

Editorial: Ist es Recht so?



München – Einen umfassenden Überblick darüber, was ihnen zusteht und was nicht, dürften nur die wenigsten Patienten haben. Das für das kommende Jahr angekündigte Patientenrechtegesetz könnte das ändern. Es soll die „verstreuten“ Ansprüche Betroffener zusammenfassen. Transparenz statt Paragraphenwirrwarr. Ein wichtiger Schritt, mit dem die Politik demonstrieren kann, dass es ihr mit dem oft propagierten „mündigen Patienten“ ernst ist. Denn nur wer seine Rechte kennt, kann sie im Zweifelsfall auch durchsetzen.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Ilka Einfeldt, Senior Manager Patient Relations

Schwerpunkt: Patientenrechtegesetz

▪ Was soll das Gesetz leisten?

Berlin – Das Patientenrechtegesetz ist wohl eine der wichtigsten Missionen von Wolfgang Zöllner (CSU), Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Worum es dabei genau geht. » [Seite 2](#)

▪ Lob und Kritik zum geplanten Gesetz

Berlin – Wie wird ein Patientenrechtegesetz außerhalb von Patientenkreisen beurteilt – wie positionieren sich die Parteien, wie die Ärzteschaft? Ein Stimmungsbild. » [Seite 3](#)

▪ Von den Nachbarn lernen

Berlin – Die Patientenrechte in Deutschland im europäischen Vergleich: Wo gibt es vorbildliche Regelungen und was passiert auf EU-Ebene? » [Seite 5](#)

▪ „Patienten werden in der Wahrnehmung ihrer Rechte gestärkt“

München – Klarheit und Transparenz von Patientenrechten – das erwartet Ralf Rambach, Vorsitzender der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe, vom geplanten Gesetz. Lesen Sie in unserem Interview, welche weitergehenden Hoffnungen er außerdem hegt. » [Seite 7](#)

▪ Menschen mit Behinderung werden benachteiligt

Berlin – Der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung soll sich dafür einsetzen, dass Menschen mit Behinderung von Zusatzbeiträgen ausgenommen werden. Das fordert die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe. » [Seite 8](#)

▪ Was bringt es für die Versorgung Betroffener?

Berlin – Nach zwei Jahren wurden die Resultate des Modellvorhabens „Leuchtturmprojekt Demenz“ in Berlin präsentiert. Jetzt stellt sich die Frage: Wie geht es mit den Ergebnissen der 29 Einzelprojekte weiter? » [Seite 9](#)

▪ Neue Krankheitsliste für 2011

Berlin – Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Liste der 80 Krankheiten veröffentlicht, die beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2011 zu berücksichtigen sind. » [Seite 10](#)

Einführung

Was soll das Gesetz leisten?

Berlin – Das Patientenrechtegesetz ist wohl eine der wichtigsten Missionen von Wolfgang Zöllner (CSU), Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Worum es dabei genau geht.

Zöllners erklärtes Ziel ist es, das hat er mehrfach bekundet, ein Patientenrechtegesetz auf den Weg zu bringen. Die Idee ist nicht neu, auch seine Vorgängerin Helga Kühn-Mengel (SPD) hatte sich an dem Thema versucht – und war gescheitert. Dieses Mal sieht es so aus, als könne das schon oft diskutierte Vorhaben endlich in die Praxis umgesetzt werden. Bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU, CSU und FDP dazu bekannt, allerdings sprach die Regierung anfangs noch von einem Patientenschutzgesetz.

Gesetz soll Patientenrechte bündeln

Ein wichtiger Grund für ein solches Gesetz ist zweifelsohne, dass Patienten oftmals ihre eigenen Rechte, aber auch Pflichten nicht kennen. Das macht es für sie schwierig, ihre Ansprüche durchzusetzen, „Patientinnen und Patienten fühlen sich Ärzten und Krankenkassen gegenüber immer öfter als Bittsteller“, stellt Zöllner fest. Das für Patienten maßgebliche Recht ist derzeit zersplittert, es ist in Sozial-, Landes-, Zivil-, Straf- und Sicherheitsgesetzen verankert. Das geplante Gesetz soll daher die bestehenden Rechte bündeln. Zöllner weist ausdrücklich darauf hin, dass dies nicht nur für Patienten, sondern auch für Ärzte mehr Klarheit bringe. Darüber hinaus wird das Thema Patientensicherheit in dem Gesetz eine wichtige Rolle spielen.

Diskussionspapier Ende des Jahres

Zu den genauen Inhalten des Gesetzes kann es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine allzu konkreten Aussagen geben, denn Zöllner hat erst für Ende dieses Jahres ein Diskussionspapier angekündigt. Zusammen mit seinen Mitarbeitern prüft der Patientenbeauftragte derzeit den Handlungsbedarf und die Regelungsmöglichkeiten. Er führt hierzu Gespräche mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und Verbänden. Allerdings machen einige Aussagen des CSU-Politikers bereits deutlich, welche Akzente er setzen will. Auf seiner Homepage beschreibt er als ein Ziel, dass Patienten Zugang zu Informationen über die Qualität und Preise der Leistungen erhalten sollen. „Denn nur wer sich über die Qualifikation eines Leistungserbringers oder verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden informieren kann, kann auch selbstbestimmt und eigenverantwortlich handeln.“

Vorwürfe zu Behandlungsfehlern sollen rasch geklärt werden

Ein wichtiges Anliegen ist es ferner, die Rechte der Opfer von Behandlungsfehlern zu stärken. „Patienten haben ein Recht darauf, dass Behandlungsfehlervorwürfe in einem transparenten und zügigen Verfahren geklärt werden“, sagte Zöllner beispielsweise beim zweiten Berliner Fachtag zur Patientenberatung und -information der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). In diesem Kontext macht er sich für eine neue Fehlerkultur im deutschen Gesundheitswesen stark. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auch das Thema Fehlermeldesystem im Patientenrechtegesetz Beachtung findet. In wieweit die UPD in ein solches System eingebunden wird, bleibt abzuwarten.

Zügige Entscheidungen über beantragte Leistungen

Zöllner geht es darüber hinaus auch darum, Rechte der Patienten gegenüber Leistungsträgern – wörtlich nennt er auf seiner Internetseite Krankenkassen und Rentenversicherungsträger – auszubauen. Der Politiker weiter: „Patientinnen und Patienten benötigen zügige Entscheidungen über beantragte Leistungen.“ Selbstverständlich müsse auch ihrem Interesse an einem ausreichenden Schutz ihrer Daten Rechnung getragen werden. Last but not least wird es in dem Gesetz wohl auch um das Thema

Patientenbeteiligung gehen. Bezogen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist offenbar daran gedacht, den Patientenvertretern ein Mitentscheidungsrecht bei Verfahrensfragen einzuräumen, aber auch bei diesem Punkt muss für konkretere Aussagen das von Zöller angekündigte Diskussionspapier abgewartet werden.

Was ist die UPD?

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist ein Verbund unabhängiger Beratungsstellen, die Bürger kostenfrei zu Gesundheits- und Rechtsfragen sowie zu psychosozialen Fragen informieren. Gesellschafter sind der Sozialverband VdK Deutschland, der Verbraucherzentrale Bundesverband und der Verbund unabhängige Patientenberatung. Bisher hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Modellprojektes die unabhängige Patientenberatung gefördert. Ab 1. Januar 2011 soll die Beratung als Regelversorgung zur Verfügung stehen. Der GKV-Spitzenverband hat hierfür bereits eine europaweite Ausschreibung gestartet. An Fördermitteln stehen künftig 5,2 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung, finanziert aus GKV-Beitragsmitteln. Die Private Krankenversicherung (PKV) ist bereit, sich entsprechend ihrem Versichertenanteil an den Kosten der UPD zu beteiligen. Diese Zusage ist zunächst auf drei Jahre befristet. Im Gegenzug verlangt die PKV, an den Gremien der UPD sowie an den Entscheidungen über die Ausschreibung, Auftragsvergabe und Qualitätssicherung angemessen beteiligt zu werden.

www.upd-online.de

Positionen

Lob und Kritik zum geplanten Gesetz

Berlin – Wie wird ein Patientenrechtegesetz außerhalb von Patientenkreisen beurteilt – wie positionieren sich die Parteien, wie die Ärzteschaft? Ein Stimmungsbild.

Ein Patientenrechtegesetz wird dringend gebraucht – darin sind sich im Prinzip die Abgeordneten aller Fraktionen im Bundestag einig. Doch wie genau ein solches Gesetz ausgestaltet werden und welche Rechte es bündeln soll, in dieser Frage gehen die Meinungen auseinander. Das illustriert die erste Beratung des von der SPD-Fraktion vorgelegten Antrags für ein „modernes Patientenrechtegesetz“ im Frühjahr dieses Jahres.

SPD: Umkehrung der Beweislast

Die SPD plädiert in ihrer Vorlage dafür, die bereits bestehenden Rechte von Patienten gegenüber Ärzten und Krankenkassen, die bislang in unterschiedlichen Gesetzen festgeschrieben sind, in einem Gesetz transparent zusammenzufassen. Außerdem drängt die Fraktion darauf, die Patientensicherheit zu verbessern und insbesondere die Opfer von Behandlungsfehlern zu stärken. Dr. Marlies Volkmer, stellvertretende SPD-Fraktionssprecherin für Gesundheit, fordert, dass in allen Krankenhäusern endlich ein wirkungsvolles Fehlermanagement etabliert werden müsse. Nur so könne aus Fehlern gelernt werden. Damit Ärzte und Krankenschwestern Fehler aber auch wirklich meldeten, sei es notwendig, sie vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen. Zudem schlägt Volkmer vor, Opfer von Behandlungsfehlern im Fall eines Prozesses besser zu unterstützen, indem die Beweislast immer dann umzukehren sei, wenn Patientenakten von Ärzten nur „unvollständig geführt und verzögert herausgegeben“ würden.

Die Linke: verpflichtendes Register für Behandlungsfehler

Kathrin Vogler (Die Linke), stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, spricht sich zwar dezidiert für ein Patientenrechtegesetz aus, hält die im Antrag der SPD formulierten Vorschläge jedoch

nicht für die geeignete Ausgestaltung: „Wir brauchen ein verpflichtendes Melderegister für Behandlungsfehler“, sagt sie. Ein Fehlermanagement, das auf freiwilligen Vereinbarungen beruhe, reiche dagegen nicht aus. Gleichzeitig plädiert die Politikerin dafür, Erleichterungen bei der Beweislast einzuführen.

CSU: selbstständige Patienten

Wolfgang Zöllner (CSU), Patientenbeauftragter der Bundesregierung, macht deutlich, dass er sich in puncto Patientenrechtegesetz weder inhaltlich noch zeitlich von der Opposition drängen lassen wolle. Der Abgeordnete verweist auf die Vereinbarungen, die Union und FDP im Koalitionsvertrag zur Verbesserung des Patientenschutzes geschlossen haben. „Patienten sollen möglichst selbstständig ihre Rechte wahrnehmen können“, betont Zöllner. Inwieweit und in welcher Form das geplante Gesetz die Opfer von Behandlungsfehlern stärken soll, lässt er unbeantwortet: „Es gibt noch offene Fragen, die wir diskutieren.“

CDU: neue Sicherheitskultur

Erwin Rüdell (CDU) spricht sich in diesem Kontext für eine neue „Sicherheitskultur“ zur Vermeidung von Behandlungsfehlern aus. Sanktionen gegen Ärzte erteilt er jedoch eine Absage: „Mit einem wirkungsvollen Meldesystem erreichen wir mehr als mit Drohungen“, so der Unionspolitiker.

FDP: Mentalitätswechsel erforderlich

Die FDP-Gesundheitspolitikerin Christina Aschenberg-Dugnus warnt bei der Ausgestaltung eines Patientenrechtegesetzes vor mehr Bürokratie, Misstrauen und Kontrolle. „Das frisst unser Gesundheitswesen auf.“ Statt weiterer Rechte fordert die FDP-Abgeordnete einen Mentalitätswechsel im Gesundheitssystem. Dieses müsse vor allem auf Fairness und Vertrauen basieren. Aschenberg-Dugnus wendet sich klar gegen die von den Sozialdemokraten und Linkspartei geforderte Umkehr der Beweislast: „Wir wollen doch hier keine amerikanischen Verhältnisse!“

Grüne: öffentliche Debatte über Gesetz

Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen) befürchtet, trotz des unbestreitbaren Engagements des Patientenbeauftragten werde die Bundesregierung am Ende nur ein „schmalbrüstiges Gesetz“ vorlegen. Den Antrag der SPD bezeichnet die Fraktionssprecherin für Prävention und Patientenrechte dagegen als „ernstzunehmend“. Viele wichtige Aspekte seien darin zusammengetragen worden. Dennoch müsse bei der Ausgestaltung eines Gesetzes darauf geachtet werden, dass es nicht hinter bestehende Regelungen zurückfalle. Klein-Schmeink appelliert zudem an die Bundesregierung, die Debatte um Patientenrechte öffentlich zu führen. „Bitte öffnen Sie den Prozess, verhandeln Sie nicht im stillen Kämmerlein, sondern beziehen Sie auch die Öffentlichkeit und die Fraktionen im Bundestag mit ein.“

... und was denken die Ärzte?

Von einem Patientenrechtegesetz sind nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte unmittelbar betroffen. Der Deutsche Ärztetag hat sich deshalb in diesem Jahr zum zweiten Mal in Folge mit dem Thema befasst. In seinem Grundsatzreferat weist Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, darauf hin, dass der beste Patientenschutz von der ärztlichen Berufsordnung ausgehe. Ein extra Gesetz wird daher eher skeptisch gesehen. Im Protokoll des diesjährigen Ärztetages ist nachzulesen, dass man einer Kodifikation der entwickelten Rechte zwar nicht widerspreche, eine „eigenständige neue Gesetzgebung“ im Kern jedoch für „nicht notwendig“ erachte.

Es gibt mehrere Gründe für diese Zurückhaltung. Die Ärzteschaft unterstreicht, dass es in Deutschland bereits ein hohes Patientenrechteniveau gebe – auch im europäischen Vergleich. Der gesundheitspolitische Sprecher der EVP-Fraktion im Europäischen Parlament, Dr. med. Peter Liese, verweist zudem auf Studien wie den „European Health Consumer Index“. Demzufolge gibt es keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines Patientenrechtegesetzes und der Qualität der Patientenrechte. „Ich kann daher nicht sagen, dass ein eigenes Patientenrechtegesetz zwingend erforderlich ist“, so Liese.

Individuelle und kollektive Patientenrechte

Ferner befürchtet die Ärzteschaft, dass die Debatte um das Gesetz von den grundsätzlichen Problemen der Rationierung ablenke. Die Diskussion dürfe sich nicht nur auf individuelle Patientenrechte beschränken, die im Behandlungsvertrag definiert und durch Richterrecht und Berufsrecht gesichert seien. In den Fokus gehören nach Meinung der Ärzte auch die kollektiven Rechte der Patienten in gesundheitsrechtlichen und -politischen Fragen. Im Protokoll heißt es dazu: „Eine nur ‚symbolische‘ Gesetzgebung über Behandlungsstandards und Verantwortung wäre angesichts eines Vakuums der Finanzierbarkeit für die Realität der Patientenversorgung funktionslos.“ Auch auf die von der Politik diskutierte (eingeschränkte) Beweisumkehr bei Behandlungsfehlern wird im Protokoll eingegangen. Diese wird heftig kritisiert: „Verschärfung der Behandlungsstandards und eine über Wahrscheinlichkeitsvermutungen und Beweislastumkehrungen ‚neu‘ geordnete Arzthaftung sind keine Spielmasse zur politischen Befriedung der Rationierungsfalle der GKV-Gesundheitsversorgung.“

Links:

Das Beschlussprotokoll des 113. Deutschen Ärztetages kann im Internet nachgelesen werden.

<http://www.baek.de/downloads/113Beschlussprotokoll20100712a.pdf>

Auch der Antrag der SPD-Fraktion „Für ein modernes Patientenrechtegesetz“ ist im Web verfügbar.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/009/1700907.pdf>

International

Von den Nachbarn lernen

Berlin – Die Patientenrechte in Deutschland im europäischen Vergleich: Wo gibt es vorbildliche Regelungen und was passiert auf EU-Ebene?

Bevor man den Blick auf einzelne europäische Nachbarstaaten richtet, lohnt es sich, den Status von Patientenrechten in der Europäischen Union näher zu beleuchten. Mit dem Vertrag von Lissabon, der am 1. Dezember 2009 in Kraft getreten ist, ist auch die Charta der Grundrechte in der EU rechtskräftig worden. Das besondere: In dieser Charta sind auch einige Patientenrechte verankert. Zum Beispiel heißt es in Artikel 34: „Die Union anerkennt und achtet das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, Pflegebedürftigkeit oder im Alter sowie bei Verlust des Arbeitsplatzes Schutz gewährleisten, nach Maßgabe des Gemeinschaftsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“. Artikel 35 widmet sich dem Gesundheitsschutz: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

Charta: praktische Auswirkungen müssen abgewartet werden

Zur Einordnung dieser Charta betont der Europaabgeordnete und Mediziner Dr. Peter Liese (CDU) auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Dresden: „Die Charta der Grundrechte schafft keine neuen Kompetenzen für die Europäische Union, sondern sie bietet eine Orientierung für die Ausübung der bereits vorhandenen Rechte.“ Wie die verschiedenen Länder die Prinzipien der Charta konkret in die Praxis umsetzen, werde sich in den nächsten Jahren schrittweise zeigen. Abgesehen von einer Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sei „keine Harmonisierung von Patientenrechten auf europäischer Ebene geplant“.

Charta versus Gesetz

Wie sieht es in den einzelnen Mitgliedsstaaten aus? Grundsätzlich müssen im europäischen Ausland verschiedene Rechtsnormen unterschieden werden. Konkrete Gesetze, in denen die Patientenrechte kodifiziert sind, sind rechtsverbindlich. Die Betroffenen können sich darauf berufen und ihre Rechte einklagen. Demgegenüber ist eine Patientencharta rechtsunverbindlich und kann keinen unmittelbaren Patientenschutz hervorrufen. In einigen Ländern existieren spezielle Gesetze zu Patientenrechten – wie beispielsweise in Dänemark, Frankreich und Ungarn. Andere Länder mit in der Praxis starken Patientenrechten wie Schweden haben kein gesondertes Gesetz.

Dänemark: Kommunen müssen Patienten beraten

Im Folgenden sollen zwei Länder kurz vorgestellt werden. Als Vorbild bei Patientenrechten gilt unter anderem Dänemark. Die kommunalen Verwaltungen sind dort verpflichtet, Patienten über die diversen Beschwerdemöglichkeiten bei vermuteten Behandlungsfehlern aufzuklären, zu beraten und diese im Falle einer Klage oder bei Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Außerdem führt die für Beschwerden zuständige Kommission der obersten Gesundheitsbehörde Statistiken über auffällig gewordene Ärzte und Einrichtungen und ordnet bei wiederholtem Fehlverhalten eine spezielle Überwachung an.

Niederlande: Unterstützung durch Insurance Disputes Board

In den Niederlanden existiert seit 1994 ein Patientenrechtegesetz. Das Health Insurance Disputes Board ermöglicht außergerichtliche Klagen gegen die eigene Krankenkasse, wenn gesetzliche Leistungen der Krankenversicherung nicht gewährt wurden. Das Health Insurance Disputes Board finanziert sich hauptsächlich aus Mitteln der Krankenversicherer, die allerdings nicht zweckgebunden sind. Nach vier bis sechs Monaten erhalten die betroffenen Parteien ein verbindliches Übereinkommen. Ein Ombudsmann kann zudem bei Streitfällen zwischen Versicherten und seiner privaten Krankenkasse schlichten. Der Staat fördert auch Selbsthilfegruppen und Patientenzusammenschlüsse, wobei die Patientenzusammenschlüsse in den Niederlanden gleichberechtigte Partner im Gesundheitswesen sind.

Quellen:

Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik: Diagnose behandlungsbedürftig – Patientenrechte in Deutschland. (Reihe: WISO direkt, Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Juni 2010.

Rede von Peter Liese auf dem Deutschen Ärztetag in Dresden.

<http://peter-liese.de/>

Link:

Charta der Grundrechte der Europäischen Union

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:DE:PDF>

Interview

„Patienten werden in der Wahrnehmung ihrer Rechte gestärkt“

München – Klarheit und Transparenz von Patientenrechten – das erwartet Ralf Rambach, Vorsitzender der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe, vom geplanten Gesetz. Lesen Sie in unserem Interview, welche weitergehenden Hoffnungen er außerdem hegt.

Wann schätzen Sie wird das Patientenrechtegesetz auf den Weg kommen?

Ralf Rambach: Laut Herrn Zöller soll das Gesetzgebungsverfahren bis zur Sommerpause 2011 begonnen werden, so dass das Gesetz zum Jahresende 2011 in Kraft treten könnte. Ich halte den Zeitplan für sehr ambitioniert, zumal Herr Zöller noch umfangreiche Beratungsrunden mit zahlreichen Patientenorganisationen abhalten will. Dies halten wir allerdings auch für unumgänglich, um die unmittelbare Patientensichtweise mit einzubinden. Aber auch bei einem Treffen mit 7 von 8 Vorsitzenden der Verbände des Hauses der Krebsselfhilfe am 07.10.10 in Berlin hat er überzeugend dargelegt, diesen Zeitplan einhalten zu können

Was erhoffen Sie sich von dem Gesetz?

Rambach: Mehr Transparenz und mehr Klarheit, was in diesem Fall mit den Patientenrechten gemeint ist. Es geht zum einen darum, die bisher in den unterschiedlichsten Gesetzen und Chartas niedergelegten grundlegenden Rechte zusammenzufassen und damit leichter zugänglich zu machen. Wichtig ist dies zum Beispiel für die Wahrnehmung und Umsetzung der Rechte im Streitfall. Zum anderen erhoffen wir uns letztlich einen umfassenden Bekanntheitsgrad innerhalb der gesamten Bevölkerung, denn schließlich kann jeder von heute auf morgen Patient werden.

Welche Inhalte fehlen Ihnen in den bisherigen Entwürfen zum Patientenrechtegesetz?

Rambach: Ein Entwurf liegt derzeit nicht vor, daher sind Aussagen über möglicherweise fehlende Aspekte nicht zu machen. Über das Zusammentragen der bisherigen Rechte hinaus wäre es wünschenswert, wenn es auch eine Weiterentwicklung in Richtung Beteiligung, Mitwirkung und letztlich Mitentscheidung von Patientenvertretern in Gremien der Beschlussfassung des Gesundheitswesens gebe – zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss. Hierzu hat sich Herr Zöller gerade in letzter Zeit mehrfach positiv geäußert. Ferner versprechen wir uns von diesem bundeseinheitlichen Gesetz, dass sich die heute unterschiedlichen Bewertungen und Empfehlungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen stetig angleichen (müssen). Das gleiche hoffen wir von den unterschiedlichen Leistungserbringungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung.

Wie wird sich ein Patientenrechtegesetz in der Praxis auswirken?

Rambach: Patienten werden in der Wahrnehmung ihrer Rechte gestärkt und letztlich erfolgreicher sein können, weil sie ihre Rechte leichter einfordern und bei Widerständen gezielter verfolgen können. Sollte es gelingen, Mitwirkung und Mitbestimmung in Form der Einführung eines Mitentscheidungsrechtes zu erweitern, wäre dies ein qualitativer Sprung in der Weiterentwicklung eines patientengerechten Gesundheitssystems.

Was bedeutet das konkret für Sie und Ihre Organisation?

Rambach: Zum einen bedeutet dies eine Erleichterung und Unterstützung unserer Informations- und Beratungstätigkeit. Bei Einführung von Mitentscheidungsrechten würden sich Bedeutung und Verantwor-

tung, kurz der Stellenwert von Patientenorganisationen insgesamt, erheblich steigern. Dies würde uns bei entsprechender Ausgestaltung den Rang einer ernst zu nehmenden, unumgänglichen politischen Kraft verleihen – ähnlich der Arbeitnehmervertretung im Bereich des Betriebsverfassungsgesetzes.

Die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. (DLH)

Die DLH ist der Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen. Sie wurde im Mai 1995 gegründet und steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe. Die Geschäftsstelle befindet sich in Bonn. Ein Arbeitsschwerpunkt ist es, lokale und regionale Selbsthilfeinitiativen für Leukämie- und Lymphombetroffene zu fördern. Die DLH unterstützt die Initiativen bei speziellen Fragen, die in der Betreuung von Betroffenen und Angehörigen auftreten, durch Seminare und Foren zur Fortbildung und zum Erfahrungsaustausch sowie bei organisatorischen Fragen. Ziel ist, das Netz örtlicher Initiativen so eng wie möglich zu knüpfen. Ein wesentlicher weiterer Bestandteil darüber hinaus ist die Vertretung kollektiver Patientenrechte und Interessen gegenüber Politik, Wirtschaft und Krankenkassen sowie der Ärzteschaft. Weitere Informationen unter www.leukaemie-hilfe.de

Kontakt Geschäftsstelle

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 0228 / 33 88 9-200
Telefax: 0228 / 33 88 9-222
E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

GKV-Finanzierungsgesetz

Menschen mit Behinderung werden benachteiligt

Berlin – Der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung soll sich dafür einsetzen, dass Menschen mit Behinderung von Zusatzbeiträgen ausgenommen werden. Das fordert die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe.

Das von der Regierung geplante GKV-Finanzierungsgesetz benachteilige Menschen mit Behinderung, schreibt BAG Selbsthilfe-Bundesgeschäftsführer Dr. Martin Danner in einem Brief an Hubert Hüppe.

„Unzumutbare Konsequenzen“ hinsichtlich der Versorgung

Tatsache sei, so Danner weiter, dass sehr viele Menschen mit Behinderung auf Transferleistungen wie Eingliederungshilfe oder ALG II angewiesen seien. „Für diese Menschen wären die nun vorgesehenen Regelungen nicht nur diskriminierend, sondern hätten auch unzumutbare Konsequenzen hinsichtlich ihrer Versorgung.“ Da die Beitragszahlung auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag beschränkt werde, hätten diese Menschen aufgrund ihrer Behinderung keinen Zugang mehr zu allen gesetzlichen Krankenkassen. Eine weitere Konsequenz: Ihnen bleibe damit auch der Zugang zu kassenspezifischen Rabatt- und Hilfsmittelverträgen, Angeboten der integrierten Versorgung, speziellen Reha-Einrichtungen und zu Satzungsleistungen bestimmter Kassen verschlossen. „Dies ist insbesondere deshalb unangemessen, weil gerade solche Krankenkassen behinderungsadäquate Leistungen anbieten werden, die im Kas-senwettbewerb auf Versorgungsqualität und nicht auf einen Billigbeitrag setzen“, betont der Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe. Er weist ferner darauf hin, dass sich das Niveau der Zusatzbeiträge ständig

ändere. Dies habe zur Folge, dass Menschen mit Behinderungen unter Umständen jährlich die Krankenkasse wechseln müssten – was gerade bei komplexen Krankheitsbildern zu gravierenden Nachteilen und zu einem unzumutbaren Papierkrieg führe.

Die Forderung der BAG Selbsthilfe

Danner bittet in seinem Schreiben Hubert Hüppe dringend, sich in seiner Position als Behindertenbeauftragter der Bundesregierung dafür einzusetzen, dass Menschen mit Behinderungen von Zusatzbeiträgen ausgenommen oder dass zumindest die Kostenträger verpflichtet werden, nicht nur den durchschnittlichen Zusatzbeitrag, sondern den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu entrichten. Die Kommunen müssten jedoch dann entsprechende Kompensationsleistungen erhalten, so Danner.

Widerstand gegen die Kopfpauschale

Die geplante Finanzierungsreform der schwarz-gelben Bundesregierung stößt zum Teil auf massive Kritik. Opposition und Gewerkschaften haben vor einer Drei-Klassen-Medizin gewarnt und zu einer Unterschriftenaktion aufgerufen. Gemeinsam engagieren sie sich im Aktionsbündnis „Köpfe gegen Kopfpauschale“. Auch der Sozialverband Deutschland (SoVD) und die Volkssolidarität wenden sich gegen das GKV-Finanzierungsgesetz. So spricht SoVD-Präsident Adolf Bauer von einem „verhängnisvollen Weg der Bundesregierung“ – zum einen für Versicherte und Patienten, zum anderen für die sozialstaatliche Entwicklung Deutschlands. Der Sozialverband VdK Deutschland hat die Protestaktion „Stoppt den Sozialabbau!“ gestartet.

Leuchtturmprojekt Demenz

Was bringt es für die Versorgung Betroffener?

Berlin – Nach zwei Jahren wurden die Resultate des Modellvorhabens „Leuchtturmprojekt Demenz“ in Berlin präsentiert. Jetzt stellt sich die Frage: Wie geht es mit den Ergebnissen der 29 Einzelprojekte weiter?

Jeder muss sich seiner Verantwortung stellen

Es sind wertvolle Ergebnisse, die bei der Abschlussveranstaltung in Berlin präsentiert werden. 29 Projekte haben sich mit der besseren Versorgung demenziell erkrankter Menschen befasst. Die eigentlich spannende Frage wird in einer Podiumsdiskussion mit der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG) debattiert: Was nun? Wie soll es weiter gehen? Annette Widmann-Mauz (CDU) sagt zu, dass sich ihr Haus genau ansehen werde, wo gesetzgeberischer Bedarf der Veränderung bestehe und wo Inhalte der Projekte direkt in die aktuelle Versorgungssituation übernommen werden können. Manche Projekte müssten vielleicht fortgeführt werden, weil noch zusätzliche Erkenntnisse nötig wären. Einige Ergebnisse würden in die anstehenden Beratungen zur Reform der Pflegeversicherung einfließen. Aber sie sagt auch: „Nicht jeder Leuchtturm wird weiter strahlen.“ Die Staatssekretärin wehrt sich dagegen, „dass alles auf das BMG starrt und man sich leicht der eigenen Verantwortung entzieht.“ Der Appell von Annette Widmann-Mauz: „Wir müssen die Lasten teilen, ansonsten gibt es ein Schwarze-Peter-Spiel.“

Perspektive der Betroffenen stärker beachten

In der Diskussion geht es immer wieder um Vernetzung und die Verantwortung der Kommunen. Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die intensiven Kontakt zu Angehörigen hat, vermisst oft „ganz praktische Sachen“ im Umgang mit demenzkranken Menschen. So müssten auf lokaler Ebene Polizei,

Einzelhandel und Banken geschult werden, wie mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen sei. Weniger prioritär sieht sie die Notwendigkeit weiterer randomisierter kontrollierter Studien, lediglich Implementierungsforschung würde einigen Projekten gut tun. „Hauptsache, wir tun was.“ Dem widerspricht Prof. Clemens Tesch-Römer, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, ganz entschieden: „Das wäre das Ende der Wissenschaft.“ Man könne nicht einfach außer Acht lassen: „Was wirkt eigentlich? Was sind gesicherte Erkenntnisse? Dagegen würde ich mich wehren.“ Prof. Gabriele Doblhammer-Reiter vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen spricht insbesondere zwei Aspekte an: „Bei der wiederkehrenden Frage: Was ist der Gesellschaft der Umgang mit dieser Erkrankung wert, muss sich auch jeder selbst fragen: Inwiefern habe ich vorgesorgt, später einmal das Geld für die vielleicht notwendige Pflege zu haben.“ Ihr Anliegen als Wissenschaftlerin: „Wir sollten nicht den Anspruch aufgeben, die demenzielle Erkrankung irgendwann heilen zu können und dementsprechend in Forschung investieren.“

Was ist das Leuchtturmprojekt Demenz?

Demenz ist die häufigste und folgenreichste psychiatrische Erkrankung im Alter. Die Zahl hochaltriger Menschen wird in den nächsten zehn Jahren deutlich ansteigen. Ziel des vom Bundesgesundheitsministerium initiierten Leuchtturmprojektes Demenz war es daher, aus vorhandenen Versorgungsangeboten die Besten zu identifizieren und weiter zu entwickeln sowie Defizite bei der Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen und medizinischen Versorgung demenziell Erkrankter zu beseitigen. Hierfür wurden in den Jahren 2008 und 2009 rund 13 Mio. Euro eingesetzt und 29 Projekte aus vier Themenfeldern gefördert: 1. Therapie- u. Pflegemaßnahmen – Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen, 2. Evaluation von Versorgungsstrukturen, 3. Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung sowie 4. Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung.

Weitere Informationen zum Leuchtturmprojekt sowie zu den Themenfeldern sind zu finden unter:
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/L/GI/ossarbegriff-Leuchtturmprojekt-Demenz.htm

Risikostrukturausgleich

Neue Krankheitsliste für 2011

Berlin – Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Liste der 80 Krankheiten veröffentlicht, die beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2011 zu berücksichtigen sind.

Auf Platz eins der Liste steht HIV/Aids, gefolgt von Sepsis/Schock und Infektionen durch opportunistische Erreger. Am anderen Ende der Aufzählung sind zu finden: Risikogeburt (Platz 78), angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes (Platz 79) sowie „Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)“ (Platz 80).

Es ist die zweite Anpassung der Krankheitsauswahl. Eine Durchsicht der umfangreichen Dokumente, die das BVA dazu im Internet zugänglich macht, illustriert, dass der Morbi-RSA ein hochkomplexes System ist, dessen jährliche Aktualisierung monatelange Vorarbeiten erfordert. Die neue Krankheitsliste basiert auf umfangreichen aktualisierten Berechnungen sowie Änderungen bei der Krankheitsauswahl, die zunächst in einen Entwurf des BVA mündeten. Nach Anhörung von GKV-Spitzenverband, anderen Krankenkassenverbänden, Krankenkassen, Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, weiteren Ärzteverbänden sowie Selbsthilfegruppen ist die Liste endgültig festgelegt worden.

Ersatz- und Betriebskrankenkassen: 50 Krankheiten genügen

Abzuwarten bleibt, was aus der Absichtserklärung im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP wird, den RSA zu vereinfachen und auf „das notwendige Maß“ zu reduzieren. Bei der Anhörung haben einige Krankenkassen kritisiert, das praktizierte Verfahren und die resultierende Auswahl von 80 Krankheiten sei angesichts der politisch angestrebten RSA-Reform nicht sachgerecht. Im Kern wurde von mehreren Ersatz- und Betriebskrankenkassen eine Beschränkung der Auswahl auf lediglich 50 Krankheiten gefordert, die durch besonders hohe Kosten im Einzelfall charakterisiert sein sollten. Dagegen stellt das BVA fest, dass es sich bei der Krankheitsauswahl an das geltende Recht halten müsse. Angesichts der aktuellen Rechtslage können nach Überzeugung des BVA politische Erklärungen keinen Einfluss auf den laufenden Prozess der Krankheitsauswahl haben.

Wie werden die Krankheiten ausgewählt?

Wichtig zu wissen ist: Eine Reduzierung der Krankheitsauswahl auf unter 80 wäre zwar nach § 268 Sozialgesetzbuch V möglich – dort ist von „50 bis 80 Krankheiten“ die Rede –, wird vom BVA aber unter den gegebenen Rahmenbedingungen abgelehnt. Tatsächlich erfüllten nämlich mehr als 80 Krankheiten die gesetzlichen Anforderungen, entweder „kostenintensiv chronisch“ oder „schwerwiegend“ zu sein und den Schwellenwert gemäß der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) zu übersteigen (durchschnittlich mindestens 50 Prozent teurer als durchschnittliche Leistungsausgaben für alle Versicherten). Um die Vorgabe des Gesetz- bzw. Ordnungsgebers zu erfüllen, sah sich das BVA deshalb gezwungen, den Grenzwert solange anzuheben, bis nur 80 Krankheiten die Kriterien erfüllen. Angesichts dieser Situation beinhaltet jede weitere Reduzierung auf unter 80 Krankheiten „ein willkürliches Element“, so das BVA.

ADHS nicht mehr ausgleichsfähig – Kostenschwelle knapp verfehlt

Die neue 80er-Krankheitsliste umfasst mit allen jeweils zugeordneten Diagnose-Codierungen fast 90 Seiten. Neue Krankheiten wurden aufgenommen, andere sind entfallen bzw. sie sind anders bezeichnet als in der alten Liste. Die Krankheit Aufmerksamkeitsstörung/andere hyperkinetische Störungen (ADHS) ist nicht mehr in der aktuellen Krankheitsliste enthalten, da sie den genannten Schwellenwert knapp unterschritten hat. Ärzteverbände befürchten, dass sich dies negativ auf bestehende oder künftige Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern auswirken und in der Folge die Versorgung der jungen Patienten leiden könnte. Das Problem, dass der Morbi-RSA über die Schwellenwert-Berechnung tendenziell den Ausgleich von teuren altersbedingten Krankheiten stärker berücksichtigen könnte als Krankheiten von Kindern und Jugendlichen mit hoher Prävalenz, hatte das BVA bereits in der Anhörung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im November 2006 angesprochen. Andererseits sieht das BVA hier aktuell keinen Handlungsspielraum. Die Auswirkung einer Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Krankheit auf das Vertragsgeschehen könne kein Auswahlkriterium sein. Der Gesetzgeber habe mit seiner Entscheidung für die Berücksichtigung eines reduzierten Morbiditätsspektrums in Kauf genommen, dass die Kostenbelastungen einiger Krankheiten nicht zwischen den Krankenkassen ausglich werden sollten.

Was ist der Morbi-RSA?

Um die ungleiche Versichertenstruktur der Kassen auszugleichen – einige haben überdurchschnittlich viele gut verdienende und gesunde Versicherte, andere versichern überdurchschnittlich viele kranke Menschen und Beitragszahler mit niedrigem Einkommen – gibt es seit 1994 einen Ausgleich dieser Risikounterschiede. Die Morbidität der Versicherten wurde im Risikostrukturausgleich (RSA) allerdings nur indirekt erfasst, und zwar über die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung. Seit 2002 wurden ergänzend auch chronisch Kranke gesondert berücksichtigt, wenn sie sich in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben haben. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde das Verfahren des RSA ab dem 1. Januar 2009 neu ausgestaltet. Im neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird die Morbidität der Versicherten für 80 ausgewählte, kostenintensive chronische und schwerwiegende Krankheiten direkt erfasst und deren durchschnittliche Kosten ermittelt. Für Versicherte, die eine der ausgewählten Krankheiten mit hohem Versorgungsbedarf haben, erhalten die Krankenkassen mehr Zuweisungen als für Versicherte, bei denen eine solche kostenintensive oder schwerwiegende Krankheit nicht vorliegt.

Quelle:

www.bmg.bund.de

Link:

Weitere Informationen gibt es auf der Seite des Bundesversicherungsamtes:

http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn_108/nn_1440668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegung/Festlegung__zu__beruecksichtigende__Krankheiten.html

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Dennis 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:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.einfeldt@gsk.com

Marianne Mühl
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8741
Fax: 089 - 360 44-9-8741
marianne.muehl@gsk.com

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