

Perspektive GKV

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ausgabe 1/2011

KKH

Allianz 

Stand der Dinge
Patientenrechtegesetz

Seite 1

Schwerpunkt
Versorgungsgesetz

Seite 2

KKH-Allianz Intern
Betrug im Gesundheitswesen

Seite 3

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Die Koalition hat im letzten Jahr ihren Fokus auf die Finanzierung des Gesundheitswesens gelegt und mit dem GKV-Finanzierungsgesetz einen Weg eingeschlagen, der weg von der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer führt und letztlich die Finanzierung aller anstehenden Kostensteigerung ausschließlich auf die Schultern der Versicherten legt. 2011 hatte die Koalition nun als Jahr des Patienten angekündigt und sich dazu einiges in ihr Aufgabenheft geschrieben. Das ist ein unterstützenswerter Ansatz. Die Themen reichen dabei von einem neuen Versorgungsstrukturgesetz über die Schaffung eines Patientenrechtegesetzes bis hin zum Vorhaben, die Pflegeversicherung umfassend zu reformieren. Was ist dabei bisher herausgekommen?

Der Gesetzentwurf für das Versorgungsstrukturgesetz liegt inzwischen vor, welcher an der Intention, den Patienten und dessen erlebte Versorgungssituation in den Mittelpunkt zu stellen, leider vorbei zielt. Viele sprechen im Zusammenhang mit diesem Gesetz nicht ganz zu Unrecht von einem Versorgergesetz. Ein Patientenrechtegesetz als auch die notwendige Reform der Pflegeversicherung lassen leider weiter auf sich warten, obwohl dringender Handlungsbedarf besteht. Ob die Bundesregierung die Tatkraft besitzt, diese Vorhaben noch in der aktuellen Legislaturperiode zu einem für die Versicherten positiven Abschluss zu bringen, scheint derzeit vollkommen offen. Hoffen wir das Beste!



Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender



Stand der Dinge

Patientenrechtegesetz

Die Bundesregierung strebt ein neues Patientenrechtegesetz an. Dazu ist seit mittlerweile mehreren Monaten ein Grundlagenpapier der Bundesregierung bekannt. Doch der Referentenentwurf lässt unverständlicherweise weiter auf sich warten. Dabei wäre ein Patientenrechtegesetz, welches die Defizite bei der Ausgestaltung und Durchsetzung von Patientenrechten behebt, mehr als überfällig.

Das Gesetz muss die Patienten vor vermeidbaren medizinischen Schäden schützen und helfen, dass Patienten ihre Rechte auch durchsetzen können. Heutzutage herrscht zwischen Patienten und Ärzten bzw. Versicherungen leider noch keine Waffengleichheit. Die Patienten, die falsch behandelt wurden, erfahren nicht nur ein großes persönliches Leid, sie müssen auch noch jahrelang für ihr Recht streiten. So sollte hinsichtlich des Rechts auf Akteneinsicht eine verbindliche Frist vorgesehen werden, innerhalb der dem Patienten ein Einsichtsrecht zu gewähren ist. Zudem sollten Konsequenzen vorgesehen werden, falls diese Fristen nicht eingehalten werden.

Die Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten bereits heute bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler. Das Gesetz sollte die Möglichkeiten zur Unterstützung der Kassen für ihre Versicherten weiter ausbauen.



Schwerpunkt

Versorgungsstrukturgesetz

Zum aktuellen Entwurf der Bundesregierung

Die Erwartungen an das zentrale gesundheitspolitische Reformprojekt in diesem Jahr waren hoch. Zu Recht hatten die Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Bundesregierung wiederholt angemerkt, dass - nachdem man sich in den ersten anderthalb Jahren der Legislaturperiode vor allem mit Aspekten der Finanzierung des Gesundheitswesens auseinandergesetzt habe - nun die Belange der Versicherten, also Fragen der Versorgungsqualität, in den Mittelpunkt des politischen Handelns gerückt werden sollen. Dieser grundsätzlich zu begrüßende Ansatz wurde anfänglich auch durchaus verfolgt, die Forderung "Zweibettzimmer für alle" stand sinngemäß für diesen Ansatz.

Was nun aber Anfang August in dem vom Bundeskabinett gebilligten Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu lesen ist, hat nicht mehr allzu viel mit der ursprünglichen Intention zu tun. Der Entwurf ist eine umfangreiche Sammlung einzelner Maßnahmen, die kaum den Eindruck vermitteln, konsequent das Ziel zu verfolgen, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Die zwei großen "Gewinner" sind die Ärzte und die Länder. Die einen werden deutlich mehr Geld erhalten und die anderen deutlich mehr Einfluss gewinnen. Folgend werden vier Aspekte eingehender betrachtet:

1. Nach den neuen Plänen sollen

diejenigen Ärzte mehr Geld erhalten, die bereit sind, sich auf dem Land niederzulassen. Ausgangspunkt dieser Überlegung ist ein angenommener Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Gegenden. Ein Blick auf die konkreten Zahlen verrät, dass die Unterversorgung in einigen Gebieten zwar gegeben, aber ein Mangel an Ärzten nicht wirklich besteht. 800 nicht besetzten Arztsitzen steht ein Überangebot an 24.000 Ärzten in Ballungsgebieten gegenüber. Das Überangebot an Haus- und vor allem Fachärzten in Ballungsräumen schafft sich dabei seine eigene Nachfrage. An dieser Stelle hätte sich der Gesetzgeber mehr Gedanken über eine neue Form der Umverteilung machen sollen. Einseitig nur finanzielle Anreize für die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten zu schaffen, ohne gleichzeitig die Überversorgung nachhaltig abzubauen, wird die bestehenden Verteilungsprobleme nicht lösen. Ein wirksames Instrument wäre bspw. neben den vorgesehenen Honorarzuschlägen bei einer Niederlassung in unterversorgten Regionen die Einführung von Honorarabschlägen in überversorgten Regionen. Auf diese Weise wäre auch die Gegenfinanzierung der im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung gewährleistet.

2. Angesichts des demografischen Wandels stehen wir vor neuen Versorgungsherausforderungen, auf die das Gesetzeswerk bisher nur unzureichend

Antworten gibt. Altersbedingte Krankheiten werden zunehmen. Es ist folglich nicht nur gegen den Ärztemangel auf dem Land vorzugehen, sondern auch eine Verschiebung beim Fachärztedarft notwendig, der sich dieser Entwicklung anpasst. Wir werden mehr Ärzte brauchen, die bspw. geriatrisch ausgebildet sind oder mit Themen wie Multimorbidität und chronischen Krankheitsbildern umgehen können.

3. Die Länder erhalten deutlich mehr Mitwirkungsrechte. U.a. ist vorgesehen, bundesweit geöffnete Krankenkassen zu verpflichten bundesweit gültige Selektivverträge nicht nur mit dem Bundesversicherungsamt sondern zusätzlich auch mit allen Landesaufsichten abzustimmen. Ein derartiges Verfahren bedeutet in der Praxis nicht nur hohen Verwaltungsaufwand für die Kassen, es besteht zudem die Gefahr, dass das Bundesversicherungsamt und die Landesbehörden zu unterschiedlichen Auffassungen gelangen und der Abschluss innovativer Verträge verzögert oder gar verhindert wird. Nicht zuletzt bedeutet dies für bundesweit tätige Kassen einen erheblichen Wettbewerbsnachteil gegenüber regional tätigen Kassen, die sich nur mit ihrer Landesaufsicht abstimmen müssen.

4. Das Gesetz will mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf der Leistungsseite schaffen. Dazu sollen Möglichkeiten der Satzungs- und Ermessensleistungen erweitert werden. Dieser Ansatz vernachlässigt die aktuelle Finanzierungslogik der GKV. Um die Gefahren, die mit Zusatzbeiträgen verbunden sind, zu vermeiden, werden die Kassen quasi zu einem Investitionsstopp gezwungen. Zusätzliche Satzungsleistungen bedeuten für Krankenkassen zusätzliche Investitionen. Viele Kassen, ob sie bereits einen Zusatzbeitrag erheben oder nicht, werden diese Kosten scheuen, um Wettbewerbsnachteile zu vermeiden, die mit der Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages verbunden wären.

Abschließend bleibt festzuhalten, wir brauchen nicht mehr finanzielle Mittel für die Ärzte im System, wir brauchen lediglich ein anderes Anreizsystem. Das bisher im System verfügbare Geld reicht aus. Zudem brauchen die Kassen neue Anreize, in qualitätssteigernde Angebote zu investieren und nicht, wie es derzeit der Fall ist, lediglich einen Wettbewerb um den geringsten Preis. Die grundsätzliche Intention des Gesetzes ist zu begrüßen. Vieles ist aber noch Stückwerk und bedarf der regelnden Hand des Bundestages.

Pflege

Verbesserungspotenziale heben

Vor nicht allzu langer Zeit wurde 2011 als Jahr der Pflege angekündigt. Bisher gibt es aber nichts als bloße Ankündigungen. Der politische Streit geht dabei nicht nur um eine mögliche Ausweitung der Leistungen, sondern vielmehr auch um die damit verbundenen Fragen der künftigen Finanzierung. Wie lang sich diese Debatten noch hinziehen, ist bisher nicht abschätzbar. Was aber fest steht: schon heute führen eigentlich vermeidbare Qualitätsmängel in der Pflege zu hohem persönlichen Leid bei den Pflegebedürftigen und damit gleichzeitig zu hohen und vermeidbaren Kosten.

Gerade die Pflegequalität muss verbessert werden und in den Fokus der politischen Debatte rücken. Die KKH-Allianz hat dazu in ihrer Analyse „Pflegeoffensive 2011 – Wegweiser für mehr Qualität“ einfache Wege aufgezeigt, wie Verbesserungen in der Versorgung auch kurzfristig möglich sind. Zwei Beispiele:

1. Rund 20 Prozent der KKH-Allianz Versicherten nehmen durchschnittlich fünf oder mehr Arzneimittelwirkstoffe ein. 27 Prozent der älteren Versicherten bekommen dabei sogar Medikamente, die ihnen schaden. Diese Arzneimittel kosten die Kassen jährlich rund 270 Millionen Euro. Mit einem Medikamentencheck für ältere Patienten, der sich an der Priscus-Liste orientiert - eine Auflistung potenziell

ungeeigneter Präparate für ältere Menschen - könnte künftig gewährleistet werden, dass solche Medikamente nicht mehr oder nur mit Vorsicht verschrieben werden.

2. Pflegende Angehörige müssen unterstützt werden und dürfen nicht, wie derzeit noch viel zu oft, mit der schwierigen Aufgabe der Pflege ihrer Angehörigen allein gelassen werden. Mit individuellen Beratungen und Schulungen kann es gelingen, Probleme frühzeitig zu identifizieren, Empfehlungen zur Vermeidung von Fehlpflege zu geben und gezielte Maßnahmen einzuleiten. Doch derzeit nehmen nur 6 Prozent der Angehörigen eine individuelle Beratung und Schulung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch. Hier besteht enormer Verbesserungsbedarf.

Die optimale Versorgung Pflegebedürftiger ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und erfordert Engagement und die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Erste Schritte sind kurzfristig möglich.

Es zeigt sich, dass Pflege nicht nur eine Frage nach der Menge der im System verfügbaren finanziellen Mittel, sondern vor allem eine Frage des richtigen Versorgungsmanagements ist.

KKH-Allianz intern

Kampf gegen Korruption im Gesundheitswesen

Durch Betrug im Gesundheitswesen ist allein der KKH-Allianz im Jahr 2010 ein Schaden von rund 2,1 Millionen Euro entstanden. Seit zehn Jahren beschäftigt die Kasse ein eigenes Ermittlerteam, welches in dieser Zeit noch nie eine höhere Schadenssumme feststellen musste. Die größte Schadenssumme wurde im Bereich der Ärzte mit 953.000 Euro bilanziert. Auf Platz zwei folgen Apotheken mit 431.000 Euro und Leistungsmissbrauch durch Versicherte mit 189.000 Euro.



v.l.n.r.: Dina Michels (Leiterin der Prüfguppe Abrechnungsmanipulation der KKH-Allianz), Ingo Kailuweit, Andre Schmidt (Staatsanwalt bei der Staatsanwaltschaft Braunschweig, Zentralstelle für Korruptionsstrafaten)

Um Betrug und Korruption im Gesundheitswesen nachhaltig einzudämmen, muss der Gesetzgeber tätig werden. Notwendig ist u.a. eine Klarstellung im Gesetz, dass sich ein niedergelassener Arzt wegen Korruption strafbar machen kann. Noch ist dieser Sachverhalt in der Praxis und in der einschlägigen Literatur höchst umstritten. Zudem

wäre ein spezieller Straftatbestand „Betrug im Gesundheitswesen“, der die sozialrechtlichen Besonderheiten berücksichtigt, sinnvoll.

Zurzeit gibt es für Fälle des Abrechnungsbetruges keinen Sondertatbestand, so dass der „normale“ Betrugsstrafatbestand des § 263 Strafgesetzbuch herangezogen wird. Dieser bezieht sich jedoch fast ausnahmslos nur auf tatsächliche, objektiv messbare Vermögensschäden. Zudem muss der Gesetzgeber die notwendige Kontrolle durch und Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Staatsanwaltschaften durch brauchbare datenschutzrechtliche Bestimmungen flankieren.

Impressum

Perspektive GKV –
Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH-Allianz
Herausgeber: Berliner Büro der KKH-Allianz
Redaktion:
Hogne-Holm Heyder (v.i.S.d.P.), Schumannstraße 2, 10117 Berlin

Falls Sie den Newsletter abbestellen möchten, senden Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff "Abbestellen; Newsletter - Berliner Büro der KKH-Allianz" an politik@kkh-allianz.de