

Was fordert die DCCV von der Gesundheitspolitik?

Ditmar Lümmen

Der Wahlkampf und die langwierige Zeit des anschließenden Geschachters um die Macht haben ihr Ende gefunden.

Für viele Betroffene stellt sich nun die Frage, was wird sich ändern, wie ist der Kurs der neuen Regierung in den für uns wichtigsten Bereichen Gesundheit und soziale Sicherung, sind neue Einschränkungen zu erwarten, bleibt das bisherige Niveau erhalten. Welche Erwartungen hat die DCCV e.V. als Interessenvertreter der Betroffenen an die neue Regierung.

Im Wahlkampf spitzte sich die Auseinandersetzung in wesentlichen Teilen darauf zu, wie unser Gesundheitssystem künftig aussehen soll. Zur Erinnerung, falls sie – angesichts der aktuellen Politik – in Vergessenheit geraten sein sollten, die Ausgangspositionen:

▶ Die SPD setzte sich für die Einführung einer Bürgerversicherung ein, der alle Bürger angehören sollen, zu deren Finanzierung alle Versicherten mit allen ihnen zufließenden Einkommen (neben Lohn/Gehalt etwa auch Mieteinnahmen esw.) beitragen. Zunächst sollte sowohl der Leistungskatalog,

als auch der Versichertenkreis, einschließlich der mitversicherten Personen (Ehegatten, Kinder), unverändert bleiben. Der Beitrag würde weitgehend paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert.

▶ Die CDU/CSU favorisierte die Gesundheitsprämie: danach sollte ein einkommensunabhängiger „Pro Kopf-Beitrag“ erhoben werden, jeweils gesondert für jeden Versicherten (auch Ehegatten). Versicherte sollten höchstens 7% ihres Einkommens zahlen müssen, der Rest würde als Zuschuss aus Steuermitteln finanziert. Arbeitgeber zahlen 6,5% des Einkommens jedes Beschäftigten als festen, unveränderlichen Betrag, davon sollte ein Teil an die Krankenkasse und der Restbetrag in einen Fonds eingezahlt werden, aus dem der soziale Ausgleich für Geringverdiener und die Kinderversicherung gezahlt werden. Zunächst sollte es keine Veränderungen im Leistungsangebot geben.

Diese gegensätzlichen Modelle finden sich im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD nicht mehr wieder. Stattdessen haben die Koalitionspartner festgelegt, im Laufe des Jahres 2006 ein gemeinsames Konzept für

eine Neuordnung des Gesundheitswesens vorlegen zu wollen.

Zwei Jahre nach der letzten Gesundheitsreform mit ihren gerade für Patienten erheblichen Einschränkungen stehen wir erneut vor der Situation, dass die erhofften Beitragssatzsenkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingetreten sind und die Forderungen nach einer großen Reform unseres Gesundheitssystems immer dringlicher werden. Irgendwie hat man als Betrachter bei der Diskussion den Eindruck eine beschädigte CD zu hören, bei der sich immer die gleichen Passagen wiederholen. Bislang liegen jedenfalls noch keinerlei Konzepte darüber vor, in welche Richtung eine mögliche neue Struktur unseres Gesundheitssystems gehen wird. Einigkeit besteht nur darin, dass es in keinem Fall so aussehen wird, wie die Ideen mit denen die Parteien in den Wahlkampf gezogen sind, weil jeder dieser Entwürfe für den anderen Koalitionspartner unannehmbar sein dürfte. Bisher haben sie sich noch nicht einmal auf einen Fahrplan einigen können, wie die Verhandlungen ablaufen sollen. Für Ende März/Anfang April hat die amtierende Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, angekündigt der Öffentlichkeit erste Vorschläge vorlegen zu wollen. Ob diese dann tatsächlich der endgültigen Fassung nahe kommen werden, darf angesichts der unterschiedlichen Positionen sehr bezweifelt werden. Vermutlich wird es sich nur um einen weiteren Diskussionsbeitrag handeln.

Bisher gab es von Seiten der Politik lediglich Diskussionen in einigen Detailpunkten. Den Anfang machte unsere Gesundheitsministerin noch vor Weihnachten mit der Forderung es dürfe keine Unterschiede in der Be-

handlung von Kassen- und Privatpatienten geben und deswegen müssten die Honorare beider Systeme einander angeglichen werden. Mir wäre eine Diskussion wesentlich lieber gewesen, bei der es darum ging die Behandlungssituation von 90% aller Patienten – nämlich der gesetzlich Versicherten – zu verbessern, als darum, wie bei 10% der Patienten das Niveau reduziert werden kann. Vermutlich wäre es mit einer solchen Diskussion nicht so einfach in die Schlagzeilen der Medien zu kommen, allerdings wäre damit den Patienten mehr gedient gewesen.

Danach folgten markige Worte und mehr als zweifelhafte Zahlenspiele um die Berechtigung der Ärzteproteste zunächst von Krankenhausärzten und dann der niedergelassenen Ärzte in Frage zu stellen. Auch hier wäre eine Auseinandersetzung mit den von den Ärzten vorgebrachten Kritikpunkten sicherlich für die Patienten besser gewesen als mit grober Polemik zuzuschlagen. Bislang sind in keiner Form Bemühungen zu erkennen, wie den, wohl nicht ganz unberechtigten, Forderungen der Ärzteschaft entgegen gekommen werden könnte.

Schließlich wurde ein neues Gesetz aus dem Hut gezaubert, mit dem Wortungestüm „Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz“ als Titel. Mit diesem Werk werden weitere Einschränkungen bei der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Arzneimitteln versteckt. Eine Maßnahme ist die Ausweitung der Festbeträge für Arzneimittel. Das bedeutet, dass für Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffgruppen nur noch Preise bis zu einem bestimmten Betrag von der Krankenkasse übernommen werden. Hat jetzt ein Patient seit Jahren ein bestimmtes Medikament erhalten, das teurer ist als der festgelegte

Festbetrag für den Wirkstoff, und er möchte dieses Mittel weiter einnehmen, muss er die Mehrkosten selber tragen. Problematisch dürfte eine Regelung sein, wonach bei bestimmten Arzneimitteln, die besonders häufig verordnet werden, die Menge der verordnungsfähigen Mittel, beschränkt wird. Ist die Grenze erreicht, darf der Arzt in diesem Quartal das Medikament nicht mehr verordnen, wenn er nicht riskieren will für die Kosten persönlich aufkommen zu müssen. Hat er weniger verordnet als zulässig, erhält er einen Honorarbonus. Hier bahnt sich an, dass ein Kampf zwischen den Leistungserbringern, d.h. den Ärzten und der Politik bzw. den Krankenkassen mal wieder auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird. Die müssen dann sehen, wo sie ihre Arzneimittel herbekommen. Im Zweifelsfall müssen sie bis zum Beginn des neuen Quartals warten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden – natürlich mit weitaus höheren Kosten – um dort mit den entsprechenden Arzneimitteln versorgt zu werden.

Anstatt alle Kraft in eine wirklich grundlegende Erneuerung und langfristige Sicherung des Gesundheitssystems im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stecken, werden viele Energien in Gesetze investiert, die nur ganz kurzfristig möglicherweise Einsparungen erbringen, die Patienten erheblich belasten und zu zusätzlichen Auseinandersetzungen zwischen den Gruppen in unserem Gesundheitssystem führen. Außerdem werden damit Gräben aufgerissen, die später bei der unumgänglich erforderlichen Reform des Gesundheitswesens nur eine Einigung behindern können.

Welche Wünsche oder Forderungen hat die DCCV e.V. als eine der größten deutschen Pa-

tientenorganisationen an die sich abzeichnenden Veränderungen in unserem Gesundheitssystem:

► **Langfristige Sicherung der Finanzierbarkeit**

Für chronisch Kranke ist der Fortbestand eines solide finanzierten und in seiner Finanzierbarkeit auf Dauer gesicherten Gesundheitssystems von existenzieller Bedeutung. Chronisch Kranke verfügen im Regelfall nicht über die finanziellen Mittel Schwächen im System auf eigenen Kosten ausgleichen zu können. Auch können sie Leistungseinschränkungen nicht kompensieren, weil sie häufig auf Grund ihrer Krankheit nicht zu dem Personenkreis mit höheren Einkommen zählen, sie können auf Leistungen des Systems nicht einfach verzichten können, weil sie wegen ihrer Krankheit auf die Nutzung angewiesen sind. Von daher sind wir bereit alle Maßnahmen, die der Sicherung dienen, mit zu tragen, so lange sichergestellt ist, dass chronisch Kranke die benötigten Leistungen unter Berücksichtigung ihrer sozialen Bedürftigkeit auch erhalten. Eine chronische Erkrankung darf kein Grund für Armut sein!!!

► **Versorgung mit erforderlichen Arznei- und Hilfsmitteln**

Chronisch Kranke können auf die meisten der ihnen verordneten Arzneimittel nicht verzichten. Häufig müssen auf Grund der Schwere der Erkrankung verschiedene Arzneimittel gemeinsam eingenommen werden, um zum einen die verschiedenen Facetten der Krankheit zu behandeln, zum anderen aber auch um die Ne-

benwirkung von dringend benötigten Mitteln zu behandeln. Schließlich bündeln sich bei chronisch Kranken häufig unterschiedliche Krankheiten, im fachchinesisch der Gesundheitsexperten wird dies auch als „Multimorbidität“ bezeichnet.

Wird aus diesem sorgsam austarierten System ein Element entfernt, beispielsweise, weil ein Arzneimittel plötzlich nicht verordnet werden darf oder mit einem Festbetrag versehen ist und der Patient es sich nicht leisten kann die Mehrkosten selber zu tragen, so kann dies verheerende Folgen für den gesamten Gesundheitszustand des Patienten oder seine Lebensqualität haben. Gleiches gilt für Hilfs- und Heilmittel (z.B. Stoma-Artikel, Massagen, Krankengymnastik, Elementardiäten, Sondenernährung usw.). Während andere Patienten hier vielleicht verzichten können oder eine höhere Selbstbeteiligung zahlen können, ist dies vielen chronisch Kranken nicht möglich, weil diese Belastungen ja nicht nur einmal sondern über einen längeren Zeitraum, oft sogar lebenslang, getragen werden müssen.

► **Ungehinderter Zugang zu erforderlichen Therapien**

Chronische Krankheiten sind im Regelfall unheilbar. Trotz allen medizinischen Fortschritts sind Betroffene darauf angewiesen, dass angesichts des Versagens anderer Therapien, auch neuartige, fortentwickelte oder experimentelle Methoden bei ihnen angewandt werden. Diese sind häufig besonders kostenintensiv. Hier muss sichergestellt sein, dass chronisch Kranke, die solcher Therapien dringend bedürfen, diese auch erhalten können.

Chronisch Kranke haben häufig nicht die (Lebens-)Zeit darauf zu warten, bis die Gesundheitsbürokratie die neuen Methoden als Kassenleistung anerkannt haben.

► **Kein Verweis auf private Absicherung**

Bei Diskussionen über Reformüberlegungen zum Gesundheitssystem wird immer wieder gefordert, dass bestimmte Leistungen aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und durch die Versicherten individuell, d.h. privat, auf eigene Kosten finanziert werden sollen. Dabei bleiben meist chronisch Kranke auf der Strecke. Viele Betroffene verfügen nicht über die finanziellen Mittel so eine private Absicherung neben den sonstigen Belastungen noch eingehen zu können. Außerdem ist der Zugang zu privaten Zusatzversicherungen im Regelfall auf Grund der Vorerkrankung verschlossen, d.h. die Versicherungsunternehmen sind zumeist gar nicht bereit mit chronisch Kranken Verträge abzuschließen. Die Regierung wiederum ist aus politischen Gründen meist nicht bereit die Unternehmen zu zwingen solche Verträge einzugehen.

► **Keine weitere Belastungen durch Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse**

In der Vergangenheit sind die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit zahlreichen Zuzahlungen, Leistungsausschlüssen und sonstigen finanziellen Belastungen, die manchmal die tollsten Bezeichnungen tragen, überzogen worden. Gleichzeitig wurden die Härtefallgrenzen aufgehoben. Die Grenze der Leistungsfä-

higkeit für die meisten chronisch Kranken ist nicht nur erreicht, sondern überschritten. Schon seit langem geht es für Viele an die Substanz, muss auf erhebliche Lebensqualität verzichtet werden um die Belastungen tragen zu können.

► **Angemessene und vernünftige Bezahlung der Leistungserbringer (Ärzte usw.)**

Eine qualitativ gute und erfolgreiche Behandlung ist nur möglich, wenn auch Leistungserbringer da sind, die diese Behandlung anordnen, koordinieren und durchführen können. Ein Gesundheitssystem, das von Leistungserbringern fordert auf Leistungen zu verzichten oder diese selber zu bezahlen, wird auf Dauer nicht sicherstellen können, dass genügen Leistungserbringer zur Behandlung zur Verfügung stehen.

Ein System, das fordert zunächst zu behandeln und drei Monate später darüber befindet, ob und wie die Leistung vergütet wird, das auch für chronisch Kranke nur eine Behandlung im Quartal vergütet und alle anschließenden Maßnahmen lediglich mit „Anerkennungsprämien“ versieht, oder das die Leistungserbringer dazu zwingt mehr Zeit mit Bürokratie zu verbringen als bei der Behandlung von Patienten, wird eher dazu führen, dass sich immer mehr Leistungserbringer aus diesem Beruf verabschieden und für eine ausreichende Versorgung gerade auch der chronisch Kranken nicht mehr zur Verfügung stehen. Zumindest vor diesem Hintergrund müssen auch chronisch Kranke ein großes Interesse daran haben, dass Leistungserbringer, in erster Linie die Ärzte, angemessen bezahlt werden. Hierfür haben wir ja schließlich auch unsere Krankenversiche-

rungsbeiträge entrichtet. Insofern sind die Forderungen der Ärzte zu einem Teil auch unsere Forderungen.

► **Zumutbare Bedingungen für Krankenhausbehandlungen**

Durch die neuen Bezahlungsregelungen in den Krankenhäusern sowie die Verlagerung von bisher im stationären Bereich durchgeführte Behandlungen auf den ambulanten Bereich leidet häufig die Qualität der Behandlung, gerade auch für chronisch Kranke, die oft einer besonders intensive Betreuung und Kontrolle bedürfen. Durch die notwendigen Dokumentationspflichten (im Zusammenhang mit dem neuen Abrechnungssystem nach Fallpauschalen) wird der bürokratische Apparat wieder einen großen Schritt aufgebläht und Ärzte ihrer eigentlichen Aufgabe – der Behandlung von Patienten – entzogen. Dies kann und ist nicht im Interesse der Patienten.

► **Stärkere Beteiligung der Patienten an Entscheidungsgremien im Gesundheitssystem**

Mit der letzten Gesundheitsreform sind erstmals bescheidene Mitwirkungsmöglichkeiten für Patienten geschaffen worden. Dies war mehr als überfällig. Die Patienten brauchen eine eigene Vertretung. Ansätze hierzu gibt es, diese müssen weiter entwickelt und ausgebaut werden. Aber die Patientenvertreter müssen auch in die Lage versetzt werden die ihnen gestellten Aufgaben erfüllen zu können. Dazu gehören neben Fortbildungsveranstaltungen auch angemessene Reisekostenerstattungen, Mitentscheidungsrechte sowie die finanziel-

len und tatsächlichen Möglichkeiten auch eine angemessene objektive Zuarbeit von externen Fachleuten des eigenen Vertrauens in Anspruch nehmen zu können.

Die Frage, welche der großen Entwürfe zur Neuordnung unseres Gesundheitssystems wir als Betroffenenorganisation favorisieren, kann und will ich hier nicht beantworten. Dies ist eine politische Frage, die je nach politischem Standort jeder Betroffene vielleicht anders sehen wird. Hinzu kommt, dass jedes der Modelle gravierende negative Entwicklungen für chronisch Kranke nach sich ziehen wird. Hier wollen und können wir uns nicht anmaßen für alle unsere Mitglieder zu sprechen. Wohl aber können wir sagen, welche Anforderungen wir an ein Gesundheitssystem der Zukunft stellen. Das Modell, das diesen Anforderungen am meisten genügt wird dasjenige sein, welches wir – jenseits aller Ideologien – unterstützen können und wollen.

Neben den besorgniserregenden Entwicklungen im Bereich der Gesundheitspolitik machen uns allerdings auch Maßnahmen in anderen Bereichen der Sozialpolitik große Sorgen, weil sie chronisch Kranke härter treffen als andere Versicherte. Erwähnen darf ich hier nur die Entscheidung, die das Renteneintrittsalter auf das 67. Lebensjahr zu erhöhen und die ständigen Diskussionen über die Leistungen nach dem Arbeitslosengeld II, auch Hartz IV genannt.

Wenn das Reglerentenalter heraufgesetzt wird, bedeutet dies für chronisch Kranke nicht nur, dass sie länger durchhalten müssen bis das Ziel der Rente erreicht ist. Da viele chronisch Kranke aufgrund ihrer Krankheit dazu häufig nicht in der Lage sind bis zum festgesetzten Rentenalter zu arbeiten und vorzeitig

aus Gesundheitsgründen ausscheiden müssen, werden sie künftig mit einer erheblich niedrigeren Rente auskommen müssen. Sie haben in wesentlich höherem Umfang als bisher mit Abschlägen von der Rente zu rechnen, weil der Zeitraum zwischen Renteneintritt und der Regelaltersgrenze noch größer wird. Von dieser Einschränkung bleibt der Betroffene bis an sein Lebensende und – über die Witwen- und Waisenrente – auch seine hinterbliebenen Angehörigen betroffen.

Chronisch Kranke sind, bedingt durch Ihre Krankheit in weitaus größerem Umfang als andere Arbeitnehmer von Arbeitslosigkeit bedroht. Sind sie erst einmal arbeitslos, dauert es meist auch sehr viel länger, bis sie wieder eine neue Beschäftigung finden. Von daher ist dieser Personenkreis auch häufiger gezwungen Arbeitslosengeld II in Anspruch zu nehmen. In diesem Bereich wird, nachdem sich zeigt, dass die angestrebten Ziele, insbesondere der Kosteneinsparung, nicht nur nicht erreicht wurden, sondern die Kosten sogar gestiegen sind, massiv über Leistungseinschränkungen nachgedacht. Soweit es nur darum geht ungerechtfertigten Missbrauch zu beseitigen, verdienen diese Bemühungen unsere Unterstützung. Soweit aber an das ohnehin sehr begrenzte Leistungsniveau herangegangen wird, lehnen wir dies ab.

Bei allen unseren Bemühungen Interessen zu vertreten können wir aber nur erfolgreich sein, wenn unser Stimme auch gehört wird. Voraussetzung hierfür ist insbesondere auch die Größe des Personenkreises, den wir vertreten. Darum ist es im Interesse aller Betroffenen wichtig, dass möglichst viele Mitglied unseres Verbandes werden, denn nur so können wir Einfluss auf politische Entscheidungen und Diskussionen nehmen.