
Sozialpolitischer Antrag Nr. 4 des Präsidiums und des Bundesvorstands

zum Thema
Gesundheitsversorgung

19. Ordentlicher Bundesverbandstag

Empfehlung der Sozialpolitischen Kommission:

Annahme

Inhalt

1. Zur Ausgangssituation.....	3
2. Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland	4
2.1. Einheitliche solidarische Krankenversicherung.....	4
2.1.1. Solide Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung	5
2.2. Anspruch auf das medizinisch Notwendige.....	6
2.2.1. Zahnersatz und Sehhilfen.....	8
2.2.2. Fahrtkosten zur Krankenbehandlung.....	8
2.2.3. Genehmigungsfiktion.....	9
2.3. Kein Wettbewerb, keine Gewinnorientierung im Gesundheitswesen	9
2.3.1. Wettbewerb in der GKV.....	9
2.3.2. Gewinnorientierung im Gesundheitswesen	10
2.4. Flächendeckende ärztliche Versorgung	11
2.4.1. Ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte	11
2.4.2. Krankenhausbehandlung.....	12
2.4.3. Notfallversorgung	13
2.5. Altersgerechtes Gesundheitssystem	13
2.6. Barrierefreies und inklusives Gesundheitssystem.....	15
2.7. Besonderheiten bei der Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln sowie Psychotherapie, Krankengeld und Medizinischer Dienst.....	16
2.7.1. Hilfsmittelversorgung.....	16
2.7.2. Heilmittelversorgung.....	18
2.7.3. Psychotherapie	18
2.7.4. Krankengeld, Kinderkrankengeld und Verdienstausfall bei der Mitaufnahme von Eltern ins Krankenhaus	19
2.7.5. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst	20
2.8. Prävention.....	21
2.9. Digitalisierung im Gesundheitswesen.....	22
2.10. Patientenbeteiligung, Patientenberatung	24
2.10.1. Patientenbeteiligung.....	24
2.10.2. Patientenberatung	24

1. Zur Ausgangssituation

In der 19. Legislaturperiode von 2017 bis 2021 hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den selbst geschaffenen Anspruch, pro Monat wenigstens ein Gesetz auf den Weg zu bringen. Hinzu kamen ab dem Frühjahr 2020 zahlreiche Gesetze und Verordnungen im Rahmen der Corona-Pandemie.¹

Viele der Gesetzesänderungen ohne Corona-Bezug brachten Leistungsverbesserungen für die Versicherten. Darunter waren unter anderem folgende Verbesserungen, die Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland (VdK) erfüllen:

- Rückkehr zur paritätischen Finanzierung des Zusatzbeitrags der Krankenkassen durch die Versicherten einerseits und deren Arbeitgeber andererseits.
- Die Entlastung pflichtversicherter Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Umwandlung der bisherigen Freigrenze bei den Kassenbeiträgen auf Betriebsrenten in einen Freibetrag, der bei allen Betriebsrenten abzuziehen ist und jährlich ansteigt.
- Einführung von Personaluntergrenzen im Krankenhaus.
- Verbesserung der Hebammenversorgung durch die Möglichkeit, Hebammen und assistierendes medizinisches Personal in der Geburtshilfe an den Krankenhäusern vorzuhalten.
- Übergangspflege im Krankenhaus nach einer stationären Behandlung, wenn ein Platz in einer Pflege- oder Reha-Einrichtung nicht schnell gefunden werden kann.
- Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes von den Krankenkassen durch die organisatorische Ausgliederung.
- Verordnungsmöglichkeit einer geriatrischen medizinischen Rehabilitation durch einen Vertragsarzt ohne Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse.

Auch auf untergesetzlicher Ebene war der VdK erfolgreich, zum Beispiel durch:

- Erhöhten Zuschuss der GKV zum Zahnersatz von bis zu 75 Prozent der Regelversorgung.
- Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).
- Erweiterung des Anspruchs auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen nach Maßgabe des G-BA.

Weiterhin ging es bei den Reformvorhaben um:

- Verbesserung der Arzneimittelsicherheit,
- Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Einführung der Elektronischen Patientenakte, des elektronischen Rezepts und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung,
- Verbesserung der Sprechstunden- und Terminsituation in der ambulanten Versorgung.

Die finanzielle Situation der GKV hat sich verschärft. Auch ohne Corona-Pandemie haben Leistungsverbesserungen zu mehr Ausgaben geführt, ohne dass sich auf der Einnahmen-Seite etwas getan hätte. Die Pandemie hatte auch Minderausgaben zur Folge: Viele Operationen und Behandlungen wurden im Jahr 2020 nicht durchgeführt, da die Krankenhäuser Kapazitäten für Corona-Patienten vorhalten mussten. Außerdem fielen viele Kontrolluntersuchungen und Heilmittelbehandlungen aufgrund der Sorge der Patientinnen und Patienten vor einer Ansteckung aus. Auf der anderen Seite wurden viele der Leistungsverbesserungen und Pandemie-Maßnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt.

¹ Auch die Unterrichtung durch die Bundesregierung „Bericht zu den Erkenntnissen aus der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie“ enthält mit zwölf aufgezählten Gesetzen und 60 Verordnungen mit Beteiligung des Geschäftsbereichs des BMG nur einen Teil der Vorhaben (BT-Drucks. 19/31175).

Ein Mittel zur Verbesserung der finanziellen Lage ist ein erhöhter Bundeszuschuss für die GKV. Im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition sind die Dynamisierung dieses Zuschusses und eine Erhöhung um die Leistungen an Bezieher von Arbeitslosengeld II vereinbart. Dies könnte bis zu zehn Milliarden Euro zusätzlich bringen. Wegen der seit Beginn 2022 rasant steigenden Inflation und den verschiedenen Maßnahmen zur Abfederung durch die Bundesregierung sowie der Einhaltung der Schuldenbremse ist eine Umsetzung aber ungewiss.

All dies hat zu einer angekündigten Erhöhung des Zusatzbeitrages für da Jahr 2023 geführt, weitere Beitragserhöhungen stehen im Raum. Das BMG hat nach vielfachem Protest nicht nur des VdK Empfehlungen für eine „verlässliche, stabile und solidarische Finanzierung der GKV“ angekündigt.

2. Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland

Solidarität ist nach wie vor entscheidend für den Krankenversicherungsschutz in Deutschland. Ohne das Solidarsystem der GKV hätte unser Gesundheitswesen die Herausforderungen der Corona-Pandemie nicht in gleichem Maße meistern können.

Daher ist das System der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu entwickeln. Entscheidender Punkt ist dabei, einen Grundfehler im System zu beheben: dass sich ausgerechnet die Besserverdiener dem Solidarsystem GKV entziehen können und die Versorgung der Menschen mit besonderen Bedarfen allein den Gering- und Normalverdienern überlassen. Ziel muss daher eine einheitliche solidarische Krankenversicherung sein, in die alle einzahlen. Dies muss durch Anpassungen bei den Einnahmen und Ausgaben der GKV begleitet werden, um die finanzielle Leistungsfähigkeit zu sichern.

Beim Leistungskatalog der GKV muss dafür gesorgt werden, dass Gesundheit nicht eine Frage des Geldbeutels wird. Der Trend zu immer mehr Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten muss gestoppt und umgekehrt werden.

Wettbewerb und Gesundheitswesen vertragen sich kaum. Gesundheitsversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie darf sich nur am Bedarf und Wohl der Patienten orientieren und nicht am Markt und am Gewinn. Dabei muss dies die Heterogenität der Patientinnen und Patienten beachten, insbesondere die Bedürfnisse der älteren Menschen und Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen, aber auch aller anderen Gruppen in unserer Gesellschaft.

Neben einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung muss es eine lückenlose medizinische und pflegerische Versorgungskette geben. Diese muss von der Prävention bis zur Pflege reichen und abgestimmte Versorgungskonzepte beinhalten. Besondere Patientengruppen wie ältere Menschen müssen dabei mit ihren Bedarfen berücksichtigt werden.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann großen Nutzen bringen. Deshalb müssen möglichst viele Versicherte bei den einzelnen Komponenten wie elektronischer Patientenakte oder elektronischem Rezept mitgenommen werden. Gleichzeitig dürfen diejenigen, die nicht digital dabei sein können oder wollen, nicht abgehängt werden.

2.1. Einheitliche solidarische Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung als Solidarsystem ist nur teilweise solidarisch. Besserverdiener oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dem System entziehen. Hinzu kommen die Selbstständigen, Beamten und Politiker, die von vornherein für die private Krankenversicherung (PKV) vorgesehen sind. Das hat zwei Folgen: Es gibt erstens in der Gesundheitsversorgung eine Zwei-Klassen-Gesellschaft. Laut einer in 2020 veröffentlichten Studie warten gesetzlich Versicherte im Schnitt mehr

als doppelt so lange auf einen Arzttermin wie privat Versicherte.² Durch weniger generelle Leistungseinschränkungen und eine höhere Vergütung im ambulanten Bereich bekommen privat Versicherte dort mehr Leistungen angeboten. Und zweitens sind die Beitragseinnahmen geringer, wenn gerade die Menschen mit hohem Einkommen nicht in der GKV sind. Gleichzeitig wenden sich immer wieder PKV-Versicherte an den VdK, deren Versicherungsbeiträge steigen und die sich dies trotz Absenkung des Tarifes nicht mehr leisten können. PKV-Versicherte im Basistarif fühlen sich ohnehin als „Patienten dritter Klasse“. Viele dieser PKV-Versicherten streben einen Wechsel in die GKV an. Dieser Wechsel ist finanziell aber nur solidarisch, wenn der Versicherte die Altersrückstellungen aus seinen PKV-Beiträgen vollständig mitnehmen kann. Denn andernfalls verbleibt das, was von den Beiträgen für den höheren Bedarf an Gesundheitsversorgung im Alter angespart wurde, bei der PKV. Die PKV würde einseitig von einem Wechsel profitieren.

Das System muss solidarischer, gerechter und besser finanziert werden. Eine solche weitreichende Reform bedarf geeigneter Zwischenschritte. GKV und PKV müssen einander schrittweise angeglichen werden. Dazu gehört eine höhere Beteiligung der PKV an den Kosten für die Struktur der Leistungserbringer, die auch bei einem zugegebenermaßen verhältnismäßig höheren Anteil der PKV-Versicherten maßgeblich von den GKV-Versicherten lebt. Eine Vereinheitlichung der Vergütungsstruktur für ambulante Leistungen würde einen Anreiz für die bessere und schnellere Versorgung für die privat Versicherten beseitigen. Beamte und andere Beihilfeberechtigte stellen den wesentlichen Anteil der PKV-Versicherten dar und können sich mehrheitlich gar nicht in der GKV absichern. Das ist anzugleichen.

Der VdK fordert eine einheitliche solidarische Krankenversicherung, in die alle Bürgerinnen und Bürger einzahlen. Die Vollversicherung in der PKV wird abgeschafft. Dazu sind folgende Zwischenschritte notwendig:

Die PKV muss in geeigneter Form in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der GKV einbezogen werden.

Die Vergütung für ambulante Leistungen für Versicherte von GKV und PKV ist zu vereinheitlichen. Die Budgetierung für GKV-Leistungen ist abzuschaffen, dabei sind die deutlichen Unterschiede zwischen den Vergütungsregelungen bei einem gleichbleibenden Gesamthonorarvolumen auszugleichen.

Der Wechsel von der PKV in die GKV muss erleichtert werden. Dabei muss der Versicherte seine Altersrückstellungen vollständig mitnehmen können.

Beamte und andere Beihilfeberechtigte müssen die Möglichkeit erhalten, sich in der GKV zu versichern. Der Dienstherr muss einen hälftigen Beitrag dazu leisten. Dieses Modell gibt es schon in fünf Bundesländern.

2.1.1. Solide Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung

Nach Berechnungen in PKV-nahen und PKV-kritischen Untersuchungen würde die Vereinheitlichung von PKV und GKV zu einer spürbaren Absenkung des Beitragssatzes in der dann einheitlichen GKV führen.³ Jedoch erfordern bisherige und weitere Leistungsverbesserungen sowie Krisensituationen wie

² Studie des RWI-Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung und der Cornell University, veröffentlicht am 25.06.2020: Gesetzlich Versicherte mussten im Durchschnitt 25 Tage auf einen Arzttermin warten, privat Versicherte hingegen zwölf Tage.

³ Institut der Deutschen Wirtschaft: „IW-Analysen 143: Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?“, Juli 2021, S. 4: Die Entlastung der GKV würde 0,8 bis 1,0 Prozent betragen, nach sechs Jahren wäre aber wieder das Ausgangsniveau erreicht. Dominik Domhoff, Heinz Rothgang: „Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der

die Corona-Pandemie eine breitere finanzielle Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen haben deutliche Steigerungen der Zusatzbeiträge ab 2023 angekündigt.

Dabei hält der VdK an der überwiegenden Umlagefinanzierung fest. Die Finanz- und Wirtschaftskrise von 2009 hat gezeigt, dass Kapitaldeckung keine Alternative ist. Steuerzuschüsse sind aber in vollem Umfang für familienpolitische Leistungen wie die Familienversicherung von Ehepartnern und Kindern oder für Mutterschaftsgeld notwendig. Der Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro ist eine politisch zustande gekommene Zahl und gleicht nicht alle versicherungsfremden oder familienpolitisch veranlassten Leistungen in der GKV aus. Schon 2016 lag die Höhe dieser Leistungen nach Angaben des GKV-Spitzenverbands bei 37,5 Milliarden Euro. Andere Berechnungen gehen mit bis zu 57 Milliarden Euro weit darüber hinaus.⁴

Einkommen wird in der GKV nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. In 2023 betrug diese Grenze 4.987,50 Euro im Monat beziehungsweise 59.850 Euro im Jahr. Für Pflichtversicherte im Berufsleben wird nur das Einkommen aus der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung berücksichtigt. Damit wird die Steigerung der besseren Gehälter in Deutschland nicht berücksichtigt. Bei einem sinkenden Lohnniveau oder einer hohen Arbeitslosigkeit werden die Einnahmen niedriger, wobei andere hohe Einkommensarten wie Vermietung oder Vermögen unberücksichtigt bleiben. Hier ist mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zum Beispiel auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung – 7.300 Euro pro Monat in 2023 – und einer Ausweitung der Beiträge auf hohe andere Einkommen gegenzusteuern.

Im Gegenzug führt die Mindestbemessungsgrenze von freiwillig GKV-Versicherten immer wieder zu sozialen Härten bei Mitgliedern mit kleinen Einkommen und ohne Pflichtversicherung. Diese Grenze hat einen zu hohen Beitrag zur Folge, der gar nicht dem tatsächlichen Einkommen entspricht. Dies widerspricht dem Solidarprinzip und der Festlegung in § 240 SGB V, wonach die Beiträge für die freiwillige Versicherung in der GKV die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen haben. Sobald eine einheitliche solidarische Krankenversicherung eingeführt ist, kommt es auf die Unterscheidung zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV nicht mehr an. Bis dahin müssen die Mindestbeiträge der freiwilligen Mitglieder gesenkt werden.

Der VdK hält in seinen Forderungen am Krankenversicherungsschutz für Familien und familienpolitisch veranlasste Leistungen der GKV fest. Die Mittel dafür sind aber in der tatsächlichen Höhe durch den Bundeszuschuss aus Steuermitteln zu finanzieren.

Die Beitragsbemessungsgrenze ist mindestens auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben.

Für die Beiträge sind alle Einkommensarten heranzuziehen. Kleinen Einkommen ist dabei durch Freibeträge und andere geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen.

Die Mindestbeiträge bei freiwilligen GKV-Mitgliedern sind abzusenken.

2.2. Anspruch auf das medizinisch Notwendige

Die Leistungen der GKV werden durch immer mehr Leistungsausgrenzungen und Eigenbeteiligungen der Versicherten faktisch gekürzt. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich nicht bezahlt, auch wenn die Versicherten sie benötigen. Auf Sehhilfen besteht für Erwachsene nur

Einführung einer 'solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung', Juli 2021, S. 20: Beitragssenkung um bis zu 3,5 Prozent.

⁴ IGES-Institut: „Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025 unter besonderer Berücksichtigung einer stärkeren Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen“, Juni 2021, S. 14. Das IGES-Institut selbst geht von einer Höhe der versicherungsfremden Leistungen von 41,3 Milliarden Euro aus (S. 15).

unter engen Voraussetzungen Anspruch. Auch unter diesen Voraussetzungen gibt es lediglich Zuschüsse bis zu 110 Euro pro Glas; eine Härtefallregelung für Menschen mit kleinen Einkommen gibt es gar nicht. Beim Zahnersatz bleibt die Leistung der GKV auf Festzuschüsse zur Regelversorgung begrenzt. Dabei liegen die Marktpreise regelmäßig oberhalb der Regelversorgung.

Zuzahlungen auf Arzneimittel und Heilmittel liegen zwischen fünf und zehn Euro. Für Menschen mit kleinen Einkommen und hohem Bedarf zum Beispiel aufgrund chronischer Krankheiten ist dies eine spürbare Belastung. Zuzahlungsfreie Arzneimittel werden mehr und mehr die Ausnahme. 2010 waren noch 12.000 Arzneimittel zuzahlungsfrei; 2021 waren es rund 4.000. Die Zuzahlungsbefreiung verlangt hohen Aufwand und wird von weniger Menschen in Anspruch genommen, als möglich wäre.

Für verordnete Arzneimittel gibt es neben der Zuzahlung teilweise noch Aufzahlungen, wenn der Preis über dem Festbetrag für diese Wirkstoffgruppe liegt oder wenn die Krankenkasse einen Rabattvertrag für ein anderes günstigeres Arzneimittel abgeschlossen hat.

Bei Hilfsmitteln kennt das SGB V Aufzahlungen sogar nur, wenn das angeschaffte Hilfsmittel über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht. VdK-Mitglieder berichten aber immer wieder von hohen Aufzahlungen beim Sanitätshaus, auch wenn es sich um das vom Arzt verordnete Hilfsmittel handelt. Es gibt hier keinen echten Sachleistungsanspruch und keinen vollen Behinderungsausgleich mehr. Insbesondere bei der Hilfsmittelversorgung müssen die gesetzlichen Krankenkassen auch den Teilhabeanspruch erfüllen. Dies ist zum Beispiel in ländlichen Gegenden nicht der Fall, wenn die Krankenkasse die Brems- und Schiebehilfe für den Rollstuhl nicht genehmigt und der gehbehinderte Mensch immer auf externe Hilfe angewiesen ist oder wenn nur der E-Rollstuhl mit sechs Kilometer pro Stunde bewilligt wird und der Mensch mit eingeschränkter Mobilität weite Strecken ohne öffentlichen Nahverkehr zurücklegen muss.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden von Ärzten angeboten, aber nicht von der GKV bezahlt. Sofern diese Leistungen einen medizinischen Nutzen haben, gehören sie in den Leistungskatalog der GKV.

All diese Eigenbeteiligungen stellen für Menschen mit kleinem Einkommen eine deutliche Belastung dar. Kommen chronische Erkrankungen oder Behinderungen hinzu, wird die Gesundheitsversorgung eine Frage des Geldbeutels. Es gibt zwar Korrekturmechanismen wie die Befreiung von der Zuzahlungsgebühr. Dies erfordert jedoch einen hohen bürokratischen Aufwand wie das Sammeln sämtlicher Zuzahlungsbelege, Abgleich mit dem eigenen Bruttoeinkommen und Einreichen bei der Krankenkasse. Viele betroffene Versicherte scheuen daher diese Befreiung.

Der VdK fordert, dass die GKV alle medizinisch notwendigen Leistungen übernimmt. Dies muss als Sachleistungsanspruch geschehen, damit die Zahlung direkt zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer fließen kann und die Patientinnen und Patienten nicht in Vorleistung gehen müssen.

Zuzahlungen, Aufzahlungen, Eigenbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen darf es nicht mehr geben.

Bei der Hilfsmittelversorgung muss wieder der volle Behinderungsausgleich gelten und der Teilhabeanspruch erfüllt werden.

Individuelle Gesundheitsleistungen sind – soweit sie medizinischen Nutzen haben – in den Leistungskatalog der GKV zu übernehmen.

2.2.1. Zahnersatz und Sehhilfen

Die GKV zahlt seit 2021 einen erhöhten Zuschuss von 70 Prozent der Regelversorgung, wenn der Patient fünf Jahre lang bei der Kontrolluntersuchung war. Beim Eintrag von zehn Jahren sind es 75 Prozent der Regelversorgung. Für Menschen mit geringem Einkommen gibt es eine Härtefallregelung, wonach 100 Prozent übernommen werden.

Aber auch nach der Anpassung der Regelversorgung an den Stand der Zahnmedizin in 2017 tragen die Patientinnen und Patienten bei einem begrenzten Zuschuss der Krankenkasse nicht nur den verbleibenden Prozentsatz, sondern auch die Differenz zwischen Regelversorgung und Marktpreis, wenn sich der Marktpreis für die zahnmedizinische Leistung erhöht hat. Darüber hinaus rechnen die Zahnärzte Zahnersatz, der nicht der Regelversorgung entspricht, nach der privaten Gebührenordnung der Zahnärzte ab und unterliegen nicht der Qualitätssicherung der GKV.

Bei den Sehhilfen zahlt die GKV bei Fehlsichtigkeit von Erwachsenen regelmäßig bis zu sechs Dioptrien und ohne weitere hinzutretende Erkrankungen gar nichts. Auch bei Kindern oder bei Erwachsenen oberhalb dieser Grenze zahlt die GKV lediglich einen Festbetrag von bis zu 110 Euro pro Glas. Zum Brillengestell gibt es gar keinen Zuschuss, obwohl es für eine Sehhilfe zwingend notwendig ist. Eine Härtefallregelung für Menschen mit kleinen Einkommen mit einer Erhöhung des Zuschusses gibt es nicht. Auch Empfänger von Grundsicherung oder Arbeitslosengeld II erhalten regelmäßig keine Zuschüsse zu Sehhilfen vom Jobcenter oder Sozialamt, da sie laut Bundessozialgericht nicht besser gestellt werden dürfen als vom Leistungskatalog der GKV vorgesehen.

Der VdK fordert, dass ein medizinisch notwendiger Zahnersatz und eine medizinisch notwendige Sehhilfe komplett von der GKV übernommen werden.

So lange diese Forderung nicht umgesetzt ist, muss der Festzuschuss der GKV zur Regelversorgung in einen Festbetrag des Patienten zum gesamten Zahnersatz umgewandelt werden. Dann trägt die GKV das Risiko eines höheren Marktpreises. Dies ist sachgerecht, da sie durch ihre Marktmacht diese Preise erheblich beeinflussen kann.

Ebenso muss der Festbetrag der GKV zu einer Sehhilfe in einen Festbetrag für die Versicherten umgewandelt werden. Es muss eine Härtefallregelung für Menschen mit kleinen Einkommen geben.

2.2.2. Fahrtkosten zur Krankenbehandlung

Die GKV übernimmt die Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung und in bestimmten Fällen auch zu einer ambulanten Behandlung. Bei der Fahrt mit einem privaten Pkw übernimmt die Krankenkasse durch Verweis auf das Bundesreisekostengesetz lediglich 20 Cent pro Kilometer und höchstens 130 Euro. Bei steigenden Treibstoffpreisen sorgt schon die Zuzahlung von bis zu zehn Euro dafür, dass diese Erstattung oft nicht einmal die Benzinkosten abdeckt. Bei regelmäßigen Fahrten zum Beispiel zur Dialysebehandlung muss auch ein Fixkosten-Anteil für die Nutzung des Pkw enthalten sein, was bei 20 Cent pro Kilometer nicht der Fall ist.

Der VdK fordert für alle erstattungsfähigen Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der GKV die kostendeckende Erstattung mindestens in Höhe der Fernpendlerpauschale, in 2022 in Höhe von 38 Cent pro Kilometer. Dies muss in einer eigenen Regelung für alle Fahrtkostenerstattungen nach den Sozialgesetzbüchern im SGB IV verankert werden.

2.2.3. Genehmigungsfiktion

Für Leistungen der GKV gibt es die sogenannte Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs. 3 SGB V): Die gesetzlichen Krankenkassen müssen innerhalb von drei Wochen über einen Leistungsantrag entscheiden. Können sie diese Frist nicht einhalten und teilen dies den Versicherten nicht rechtzeitig unter Darlegung der Gründe mit, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Versicherte konnten sich die Leistung infolgedessen selbst beschaffen und sich die Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen oder als Sachleistung von der Krankenkasse beanspruchen.

Im Mai 2020 hat das Bundessozialgericht seine Rechtsprechung dazu geändert und den Sachleistungsanspruch verneint, wenn die Krankenkasse auch nach Ablauf von drei Wochen die Leistung abgelehnt hat.⁵ Seitdem können sich nur noch Versicherte mit gutem Einkommen oder Vermögen ein Vorstrecken der oft sehr hohen Beträge für die Selbstbeschaffung leisten. Menschen mit kleinem Einkommen können das nicht. Weiterhin können sich einkommensstarke Versicherte zwar zunächst teure Arzneimittel leisten. Aber sobald die Krankenkasse negativ entschieden und damit die Genehmigungsfiktion laut Bundessozialgericht ausgehebelt hat, können sich die Versicherten die folgenden Arzneimittel nicht mehr selbst beschaffen und dann die Kostenerstattung bei der Krankenkasse auslösen. Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Genehmigungsfiktion daher so gut wie wirkungslos. Durch diese Rechtsprechung wird die Fiktion zum zahnlösen Tiger.

Der VdK fordert, die Genehmigungsfiktion wieder komplett herzustellen: Versicherte müssen den vollen Sachleistungs- und Kostenerstattungsanspruch haben, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen entschieden hat.

2.3. Kein Wettbewerb, keine Gewinnerorientierung im Gesundheitswesen

Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde in den 1990er Jahren in der Erwartung eingeführt, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu verbessern. Es gibt jedoch keinen Beleg dafür, dass sich diese Erwartung erfüllt hat. In der stationären Versorgung hat sich die Gewinnerorientierung mit der verpflichtenden Einführung der Fallpauschalen in 2004 verschärft und sorgt für eine Versorgung, die nicht allein den Bedarf der Patientinnen und Patienten als Ziel hat.

Bei der ambulanten Versorgung gibt es Entwicklungen über das bisherige Maß der Gewinnerorientierung von Arztpraxen hinaus. Investoren übernehmen lukrative Facharztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Behandelnde Ärzte geraten dabei offenbar leichter unter Erfolgsdruck, wenn sie Gewinnziele erreichen müssen. Wirtschaftliche Kriterien dürfen der richtigen Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten aber nicht vorgehen.

2.3.1. Wettbewerb in der GKV

In 2022 gab es 97 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland. Damit stehen die Krankenkassen allein unter den Sozialversicherungsträgern. In keinem anderen Sozialversicherungszweig haben die Versicherten die Wahl zwischen verschiedenen Trägern. 97 gesetzliche Krankenkassen bedeuten 97 Vorstände, 97 Werbebudgets, 97 Marketing-Abteilungen und weitere Abteilungen, die sich mit Gewinnung neuer Mitglieder beschäftigen und 97 parallele Verwaltungsstrukturen. All dies bedeutet Gelder, die nicht für die Leistungen an die Versicherten zur Verfügung stehen. Im Jahr 2020 sind etwa die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen prozentual mehr angestiegen als die Leistungsausgaben.

⁵ Bundessozialgericht vom 26.05.2020 (Az. B I KR 9/18 R).

Untersuchungen behaupten nicht einmal, dass der Wettbewerb in der GKV zu einer besseren Gesundheitsversorgung führt. Auch Krankenkassen-Vorstände geben zu, dass Impulse für eine Verbesserung der Versorgungsqualität in einem reinen Preiswettbewerb nicht gesetzt werden. Alle Anstrengungen wie Werbung oder Zusatzleistungen zielen darauf ab, junge und gesunde Versicherte zu gewinnen. Diese Versicherten können bei einem Wechsel der Krankenkasse profitieren. Aber so ein Wettbewerb geht immer zu Lasten der Alten, Schwachen und chronisch Kranken. Menschen mit Behinderung können zum Beispiel gar nicht so einfach die Kasse wechseln, da sie auf die fortlaufende Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln angewiesen sind. Die alte Krankenkasse wird ihre Hilfsmittel zurücknehmen, während die neue Kasse ihrerseits neue Hilfsmittel noch nicht bewilligt hat.

Der VdK fordert, den Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen abzuschaffen. Sie müssen sich allein auf die medizinische Versorgung konzentrieren. Möglichkeiten zu einer deutlichen Verschlankung des Systems der gesetzlichen Kassen sind zu prüfen mit dem Ziel einer gesetzlichen Krankenkasse mit regionalen Untergliederungen. Verwaltungsmitarbeiter der Krankenkassen sind sozialverträglich in ein flächendeckendes Netz von Filialen für die Beratung und Anliegen der Versicherten umzuleiten.

2.3.2. Gewinnerorientierung im Gesundheitswesen

Die Gewinnerorientierung im Krankenhaus hat zu einer falschen Entwicklung geführt. Die betriebswirtschaftliche Ausrichtung und Instrumente wie Fallpauschalen sind nicht dazu da, die Einrichtung gut finanzierbar zu machen, sondern um dem Träger Gewinn zu erwirtschaften. Folgen sind: Betten müssen belegt und teure Eingriffe vorgenommen werden, kostspielige technische Anschaffungen müssen sich rentieren. Im Gegensatz dazu werden gering bezahlte Leistungen wie Beratungsgespräche seltener erbracht. Es ist unrentabel, Personal für unplanbare Ereignisse wie natürliche Geburten oder Notfälle vorzuhalten, da dies vielleicht nicht eintritt und keine abrechenbare Behandlung erzeugt.

Daher sind die Auswirkungen beim Personal deutlich spürbar. Das Funktionspersonal für Operationen lässt sich gewinnbringend einsetzen und ist über die Jahre spürbar gestiegen. Beim Pflegepersonal auf den Stationen gilt dies nicht und die Pflegekräfte wurden seit Einführung der Fallpauschalen immer weiter reduziert. Neben der Unterstützung lebenswichtiger Funktionen, wie Atmung und Ernährung, sind die Pflegekräfte auch für die Prävention von Komplikationen wie Dekubitus, Thrombosen oder Harnwegsinfekten und vor allem die kontinuierliche Überwachung der Patienten zuständig. Durch die Personalreduzierung leidet die professionelle Krankenbeobachtung und es kommt zu mehr und zu spät erkannten Komplikationen. Erst Anfang 2020 wurden Personaluntergrenzen für das Pflegepersonal im Krankenhaus festgelegt. Diese Untergrenzen müssen in allgemeine bedarfsorientierte Größen für eine gute Versorgung umgewandelt werden. Im zweiten Quartal 2022 hat das BMG einen Gesetzentwurf für die Personalpflegeregelung 2.0 auf den Weg gebracht, um für eine angemessene Zahl an Pflegepersonal auf den Stationen zu sorgen. Dies wird sich frühestens ab 2024 auswirken.

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das sich am Bedarf der Menschen an Behandlungen orientiert und nicht am auszuschüttenden Gewinn. Die Krankenhausplanung muss daher sowohl die regelmäßige Versorgung der Bevölkerung auf hohem medizinischen Niveau als auch Reservekapazitäten für den Fall einer Krise einplanen. Die stationäre Gesundheitsversorgung ist als Teil der Daseinsvorsorge – wie bei der Feuerwehr – sicherzustellen. Sie muss daher auch allein dem Bedarf der Menschen folgen.

Weiterhin: Für die Krankenhausfinanzierung sind die Länder zuständig. Sie kommen ihrer Verpflichtung aber nicht nach. Laut Bundesrechnungshof besteht beim Investitionsbedarf eine Lücke von vier Milliarden Euro jährlich.⁶ Dadurch ist ein erheblicher Investitionsstau entstanden.

Investorgetragene Facharztpraxen und MVZ zeigen erste Anzeichen für eine Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten durch deutlich erhöhte Verordnungsquoten und Bevorzugung von lukrativen Behandlungsformen.

Der VdK fordert, dass der Bedarf der Patientinnen und Patienten an stationären Behandlungen das einzige Kriterium für die Versorgung im Krankenhaus sein darf. Die Profitorientierung ist abzuschaffen.

Eine Grundfinanzierung muss ausreichend Personal ermöglichen, das eine gute Versorgung aller Patienten garantiert und auch die Behandlung bei nicht planbaren Ereignissen wie Geburten oder Notfällen abdeckt.

Die Vergütung für Behandlungen ist so umzustellen, dass sie nur der Selbstkostendeckung dient. Weiterhin sind damit die Vorhaltekosten für kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum zu finanzieren.

Es muss sichergestellt werden, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung in ausreichendem Umfang nachkommen.

Auch in der ambulanten Versorgung darf Gewinnorientierung nicht zu einer Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten führen. Der VdK lehnt investorgetragene Arztpraxen und MVZ ab und fordert eine starke Regulierung dieser Versorgungsformen. Dazu gehören zum Beispiel die gesetzlichen Voraussetzungen um ein MVZ-Transparenzregister einzuführen, die Geeignetheit von MVZ durch die Zulassungsausschüsse zu prüfen, MVZ an eine Region zu binden und eine ärztliche Besetzung der Träger durchzusetzen.

2.4. Flächendeckende ärztliche Versorgung

Auch wenn der „Ärztmangel auf dem Land“ inzwischen sprichwörtlich ist, ist eine umfassende Lösung immer noch nicht in Sicht. Es gibt immer noch Gegenden, in denen die Menschen weit fahren müssen, um allein ihren Hausarzt zu erreichen, und noch weiter für den Facharzt. Oder es werden schlicht keine Patienten mehr aufgenommen. Die stationäre Versorgung ist in einer Schieflage zwischen vielen Krankenhäusern in Ballungsgebieten und wenigen auf dem Land. Es müssen Konzepte zur Abhilfe entwickelt werden.

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt immer wieder zu Lücken in der richtigen Gesundheitsversorgung, wenn etwa Patienten keinen Haus- oder Facharzt finden, aber auch nicht zur regelmäßigen Behandlung ins Krankenhaus gehen dürfen.

2.4.1. Ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte

Für die ambulante Versorgung ist die Zahl der niedergelassenen Ärzte von entscheidender Bedeutung. Diese Zahl variiert stark zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Gegenden. Auch die Zahl der PKV-Versicherten in einer Gegend führt, aufgrund der besseren Vergütungsmöglichkeiten, zu einer teilweise

⁶ „Bericht über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung“ vom 10.09.2020, S. 6.

viermal so hohen Zahl an niedergelassenen Ärzten. Zum Teil sind Haus- und Fachärzte nicht in angemessener Zeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr zu erreichen.

Hier muss mit geeigneten Maßnahmen gegengesteuert werden, die gute Anreize für die Ärzte sowie Psychotherapeuten setzen. Dazu gehören ein Landarztzuschlag, Stipendienprogramme, eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Förderung verbesserter Arbeitsbedingungen mit familienkompatiblen Arbeitszeiten. Unterstützende Behandlungsmodelle wie die „Versorgungsassistent/in der Hausarztpraxis (VERAH)“, bei denen medizinische Fachangestellte vom Hausarzt delegierte Aufgaben auch bei Hausbesuchen übernehmen, können ebenso die Gesundheitsversorgung verbessern. Denn dadurch können Lücken in der hausärztlichen Versorgung insbesondere bei pflegebedürftigen oder nicht mobilen Patienten geschlossen werden. Notwendig ist eine Bedarfsplanung, die sich nicht mehr am Bestand, sondern am tatsächlichen Bedarf orientiert. Bei der Bedarfsplanung ist zu berücksichtigen: Alle Patientinnen und Patienten müssen ihre Ärzte in einer angemessenen Zeit mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können.

Der VdK fordert eine bedarfsorientierte Planung für die ambulante Gesundheitsversorgung. Kommunen sollten stärker in die Planungsprozesse und in die Planungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen werden. Haus- und Fachärzte müssen mit dem öffentlichen Personennahverkehr in angemessener Zeit (rund 30 Minuten) zu erreichen sein.

Es sind gute und geeignete Anreize einzuführen, damit sich Ärzte und Psychotherapeuten auch in infrastrukturschwachen Gegenden niederlassen. Unterstützende Modelle mit Delegation von Aufgaben des Arztes sind zu fördern.

Der aufgrund der PKV-Versicherten ungleichen Verteilung von Ärzten ist zunächst mit einer einheitlichen Vergütung und längerfristig mit einer einheitlichen solidarischen Krankenversicherung zu begegnen.

Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind abzubauen, um die richtige Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

2.4.2. Krankenhausbehandlung

Alle Patientinnen und Patienten in Deutschland müssen Zugang zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung haben. Sie müssen im Notfall und bei planbaren Krankenhausaufenthalten Krankenhäuser mit der besten Qualität mit angemessenem Aufwand erreichen können. Entscheidend für den Bedarf ist, dass ein Krankenhaus für die Notfallbehandlung und für einfache Eingriffe für alle Menschen in Deutschland gut erreichbar ist. Für komplizierte Behandlungen müssen Mindestmengen vorgeschrieben sein, da sonst zumeist kleine Krankenhäuser nicht die nötige Expertise für diese Eingriffe erlangen können. Es ist nicht entscheidend, sehr viele Krankenhäuser zu haben, sondern das richtige Krankenhaus an der richtigen Stelle. Dabei sind auch Kriterien wie die Länge des Fahrtwegs zur Nachsorge, die Diagnosestellung durch erfahrene Ärzte und die Versorgung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause zu beachten. Kleine Krankenhäuser, die über den Bedarf hinausgehen oder die den Qualitätsanforderungen nicht entsprechen, müssen abgebaut werden. Bei entsprechendem Bedarf können sie zum Beispiel in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung oder in facharztübergreifende Versorgungsstrukturen umgewandelt werden.

Die Krankenhausplanung muss in den Händen der Länder bleiben, da dort auch der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt.

Der Bundesgesundheitsminister hat 2022 eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingesetzt. Die Kommission hat bis Ende 2022 Empfehlungen

für die Teilbereiche stationäre Vergütung von Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe sowie zur Tagesbehandlung im Krankenhaus erstellt. Der VdK wird die Empfehlungen zur Krankenhausplanung anhand der nachfolgenden Forderungen bewerten.

Der VdK fordert, dass der Sicherstellungsauftrag und die Krankenhausplanung Länderaufgabe bleiben müssen.

Zu den Planungskriterien müssen insbesondere auch Qualität und bedarfsgerechte Expertise gehören. Die Zahl und Verteilung der Krankenhäuser muss sich nach der guten Erreichbarkeit für Notfälle und einfache Behandlungen einerseits und nach der Expertise für kompliziertere Behandlungen andererseits richten. Für kompliziertere Behandlungen sind Mindestmengen vorzuschreiben.

2.4.3. Notfallversorgung

Die Reform der Notfallversorgung wurde in der 19. Legislaturperiode des Bundestages angefangen, aber nicht zu Ende geführt. Daher gilt nach wie vor, dass medizinische Notfälle in Deutschland in drei voneinander getrennten Bereichen behandelt werden: Dem Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte, dem Rettungsdienst und den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser.

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser klagen über Überlastung und „Bagatellfälle“ vor allem abends und am Wochenende, während gleichzeitig die Patienten unter langen Wartezeiten in überfüllten Notaufnahmen leiden. Die Behandlungszahlen im Bereitschaftsdienst sind dagegen stetig gesunken. Die Zeiten, in denen man seinen Hausarzt im Notfall auch abends oder nachts anrufen konnte, sind vorbei. Befragungen zeigen, dass der Bereitschaftsdienst über der Hälfte der Patienten in der Notaufnahme nicht bekannt war. In einigen Bundesländern ist der Bereitschaftsdienst in einer eigenen Praxis auf dem Klinikgelände angesiedelt, in anderen ist er noch sehr schwer zu erreichen.

Durch die Vergütung des Rettungsdienstes für Transporte in die Klinik und nicht für die Versorgung vor Ort werden falsche Anreize gesetzt, Patienten in die Klinik zu fahren. Dort gibt es wiederum falsche finanzielle Anreize, die Patienten stationär aufzunehmen. Dies sorgt nicht nur für zu hohe Ausgaben, sondern auch für unnötige Belastungen der Patienten.

Der VdK fordert eine einheitliche Notrufnummer für medizinische Notfälle, die mit Fachpersonal besetzt ist, das über die richtige Versorgung entscheidet und diese einleitet.

Unabhängig von den Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen auf dem Klinikgelände integrierte Notfallzentren geschaffen werden. Diese behandeln alle Fälle nach ihrer Dringlichkeit.

Die niedergelassenen Ärzte sollen verstärkt Sprechstunden in den Abendstunden und am Samstag anbieten, um auch berufstätigen Patienten eine kontinuierliche haus- und fachärztliche Versorgung zu gewährleisten.

2.5. Altersgerechtes Gesundheitssystem

Die Menschen in Deutschland werden älter und arbeiten länger.⁷ Die Menschen haben zu Recht den Wunsch, möglichst lange ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Eine gute Gesundheitsversorgung ist dafür eine wichtige Voraussetzung. Gleichzeitig gehen chronische Erkrankungen, Behinderungen und

⁷ 1970 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei 73,4 Jahren für Frauen und 67,2 Jahren für Männer. In 2020 sind diese Zahlen jeweils um über zehn Jahre gestiegen (83,4 und 78,4 Jahre). Für 2060 wird wiederum eine Steigerung um knapp fünf Jahre für Frauen und sechs Jahre für Männer prognostiziert. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter ist in den letzten zwanzig Jahren um circa zwei Jahre gestiegen.

Pflegebedürftigkeit oft ineinander über. Die Bedeutung eines altersgerechten Gesundheitssystems geht daher über den engen Bereich der medizinischen Versorgung hinaus.

Eine altersgerechte Gesundheitsversorgung stellt besondere Anforderungen an die Koordination der Versorgung. Ältere Menschen haben oft mehrere und chronische Erkrankungen. Geriatrie umfasst daher nicht nur organorientierte Medizin, sondern bietet die Behandlung im interdisziplinären Team, welche den funktionellen Status und die Lebensqualität des älteren Patienten verbessert und seine Autonomie fördert. Dies erfordert eine ganzheitliche Ausrichtung der Versorgung und komplexe, fach- sowie sektorenübergreifende Behandlungsstrategien. Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung und Pflegeleistungen sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen, der Selbsthilfe und des Ehrenamts sinnvoll verzahnt werden. Diese Kette von der Prävention bis zur Pflege muss lückenlos sein. Dies muss sich in der Ausbildung aller beteiligten Disziplinen wiederfinden. Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Verbreitung und regionale Vernetzung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote.

Dem Hausarzt kommt bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine große Bedeutung zu. Ältere Menschen haben durchschnittlich mehr Arztkontakte als Jüngere. Der ältere Patient braucht möglichst viele Versorgungsleistungen aus einer Hand beim Hausarzt, die Vergütungsstruktur sollte dafür Anreize setzen. Des Weiteren sollte der Facharzt für Geriatrie in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen eingesetzt werden, nicht in der ambulanten Versorgung. Alle Hausärzte müssen auch über geriatrisches Fachwissen verfügen. Für ältere, insbesondere hochbetagte Patienten, ist der Hausbesuch ein Schlüssel für die Verbesserung der Versorgung. Der Hausbesuch eröffnet vielfältige Möglichkeiten hinsichtlich Diagnostik, Versorgungsdefiziten, Wohnumfeld, Ressourcen und Bedürfnissen sowie der Beratung von Angehörigen. Die Verpflichtung zu Hausbesuchen für Haus- und Fachärzte ergibt sich lediglich aus dem Bundesmantelvertrag Ärzte, eine ausdrückliche Regelung im SGB V wie für Zahnärzte fehlt jedoch. Auf den Bundesmantelvertrag Ärzte hat aber weder der Gesetzgeber noch der VdK Einfluss.

Aufgrund ihrer hohen Morbidität, ihrer eingeschränkten Mobilität und häufig erschwerten Transportfähigkeit haben pflegebedürftige Menschen einen hohen Bedarf an ärztlicher und fachärztlicher Versorgung in ihrer Einrichtung. Dies gilt auch für die zahnmedizinische und zahnprothetische Versorgung, die für eine selbstständige Nahrungsaufnahme von entscheidender Bedeutung sind. Gerade in Pflegeeinrichtungen muss es möglich sein, eigene Ärzte für die medizinische Versorgung anzustellen. Diese Ärzte könnten zudem in ihrem räumlichen Umfeld zugleich zu einer besseren ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen beitragen.

Der VdK fordert eine lückenlose Kette von der Prävention für geriatrische Patientinnen und Patienten über die ambulante und stationäre Behandlung sowie medizinischer Rehabilitation bis zur Pflege. Hierzu braucht es ein gutes Versorgungsmanagement, das nicht erst nach dem Krankenhausaufenthalt ansetzt, sondern darauf zielt, diesen zu vermeiden und ältere sowie multimorbide Patienten durch die Vielzahl der ambulanten Versorgungsangebote leitet.

Hausärzte müssen über geriatrisches Fachwissen verfügen. Hausbesuche müssen weiterhin möglich sein. Die Pflicht zu Hausbesuchen ist im SGB V festzuschreiben.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden.

Darüber hinaus muss es Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, zum Beispiel durch Verträge mit Arztpraxen die medizinische Versorgung in ihrer Einrichtung sicherzustellen.

2.6. Barrierefreies und inklusives Gesundheitssystem

Laut einer Untersuchung aus 2019 sind 79 Prozent der Arztpraxen nicht ebenerdig zugänglich. Nur elf Prozent erfüllen drei Kriterien für das Prädikat „barrierefrei“.⁸ Auch stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen sind für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend ausgerüstet. Oft wird nur der Zugang für Menschen mit Rollstuhl unter Barrierefreiheit verstanden. Schon das ist selten möglich, insbesondere im Sanitärbereich, und die fehlende Barrierefreiheit setzt sich bei den Untersuchungsmethoden fort: Für kleinwüchsige Menschen gibt es keine höhenverstellbaren Untersuchungsstühle, schwerhörige und gehörlose Personen können den akustischen Anweisungen im MRT nicht folgen, das Personal ist im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Demenz oder psychischen Erkrankungen nicht geschult, es mangelt an Orientierungshilfen für blinde und sehbehinderte Menschen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erheben zwar Daten über die Barrierefreiheit in Arztpraxen, aber die Daten werden per Selbstauskunft der Ärzte eingetragen und sind daher nicht verlässlich. Die Angaben sind zudem lückenhaft, allein schon weil der Fragebogen nicht genügend detailliert ist. Ein neues Verfahren durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Erfassung hat bis Ende 2022 noch keine brauchbaren umfassenden Ergebnisse gebracht. Der Umbau von Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen ist kostspielig, daher scheuen viele Leistungserbringer diesen Aufwand.

Dies schränkt den Zugang zur medizinischen Versorgung und die freie Arztwahl von Millionen von Menschen mit Behinderungen sowie älteren Menschen massiv ein.

Für eine Verbesserung bei den niedergelassenen Ärzten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in der Verantwortung. Sie haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung der Versicherten, also auch für die Menschen mit Behinderung. Für die stationären Einrichtungen liegt die Verantwortung bei den Bundesländern, da diese den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung haben.

Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist auf die Barrierefreiheit aller Anwendungen, wie der elektronischen Patientenakte oder digitalen Gesundheitsanwendungen, zu achten. Dies muss auch für das Registrierungsverfahren und andere vorgeschaltete Abläufe wie Bedienungsanleitungen gelten.

Für Menschen mit Behinderung ist eine flächendeckende und alle Fachrichtungen beinhaltende Gesundheitsversorgung wichtig. Haus- und Fachärzte sind oft nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingestellt oder haben oft nicht das notwendige medizinische Fachwissen für deren Behandlung. Zahnärzte verweisen sehr häufig direkt auf eine stationäre Behandlung. Auch im Krankenhaus sind Ärzte und Pflegepersonal selten auf den teilweise höheren pflegerischen und zeitlichen Aufwand eingestellt. Es gibt rund 50 Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb). Dort können Menschen mit einer mehrfachen oder geistigen Behinderung nach Überweisung durch einen Arzt behandelt werden. Aber dort sind bei weitem nicht alle Fachrichtungen vertreten. Oder VdK-Mitglieder berichten von Einschränkungen bei der Häufigkeit der Behandlungen.

All dies lässt keine umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung zu und schränkt sie in der freien Arztwahl ein. Für Angehörige stellen der Aufwand für die ständige Suche nach der richtigen Arztpraxis und die notwendige Begleitung eine große Herausforderung dar. Hausbesuche von

⁸ Deutsches Institut für Menschenrechte, Pressemitteilung vom 02.12.2019.

Haus- und Fachärzten bei Menschen mit Behinderung sind besonders wichtig, da das Aufsuchen der Arztpraxis oft einen hohen Aufwand mit sich bringt und die Arztpraxis oft nicht barrierefrei ist.

Ab November 2022 gibt es einen Anspruch auf Krankengeld für Begleitpersonen, die Menschen mit Behinderung bei medizinischer Notwendigkeit zu einer Krankenhausbehandlung begleiten. Der Personenkreis der zu begleitenden Menschen ist jedoch eingeschränkt und umfasst zum Beispiel nicht Menschen mit Demenz. Die Kostenübernahme für die allgemeine Vorschrift zur Begleitung im Krankenhaus (§ 11 Abs. 3 SGB V) wird oft von den Krankenkassen abgelehnt, sodass auch die Krankenhäuser Begleitpersonen seltener aufnehmen. Die pflegerische Versorgung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist aber im Krankenhaus oft schlecht. Außerdem gibt es keinen Krankengeldanspruch.

Der VdK fordert, dass alle Einrichtungen und Angebote der medizinischen Versorgung barrierefrei nutzbar sein müssen.

Es muss ein verlässliches und detailliertes Auskunftssystem zur Barrierefreiheit aller Einrichtungen im Gesundheitswesen geben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind für die niedergelassenen Ärzte und die Bundesländer für die stationären Einrichtungen in der Pflicht, diese Forderungen umzusetzen.

Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen müssen barrierefrei sein.

Das Netz von MZEB ist flächendeckend auszubauen. Alle zentralen Fachrichtungen müssen dort vertreten sein. Es muss einen gesetzlichen Auftrag für eine dauerhafte Behandlung von Menschen mit Behinderungen für die MZEB geben.

Ärzte müssen vermehrt Hausbesuche bei Menschen mit Behinderungen machen.

Der Anspruch auf Krankengeld bei der Begleitung ins Krankenhaus ist auf vergleichbare Personenkreise wie zum Beispiel Menschen mit Demenz oder anderer Pflegebedürftigkeit auszuweiten.

2.7. Besonderheiten bei der Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln sowie Psychotherapie, Krankengeld und Medizinischer Dienst

Bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und auch bei der psychotherapeutischen Versorgung gibt es entscheidende Mängel, die abgestellt werden müssen. Die Krankenkassen haben nach wie vor ein hohes finanzielles Interesse, den Krankengeldbezug so früh wie möglich zu beenden. Das Krankengeld ist ein regelrechtes Steuerungsinstrument im Wettbewerb der Krankenkassen. Für viele Entscheidungen der GKV spielen die gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes eine Schlüsselrolle. Auch hier gehen Mängel zu Lasten der Versicherten und sind zu beheben.

2.7.1. Hilfsmittelversorgung

Die Hilfsmittelversorgung, wie zum Beispiel die Stoma-Versorgung, hat einen hohen Anteil an einer körpernahen und besonders intimen Dienstleistung. Solch eine intime Dienstleistung kann nicht durch die Krankenkasse vorgegeben und nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten vergeben werden, sodass die Vertrauensperson beim Dienstleister ständig wechselt. Auch bei der Inkontinenzversorgung ist ein Vertrauensverhältnis wichtig, das von zentralen Verteilerdepots nicht geschaffen werden kann. Dienstleistung und Produkt könnten getrennt werden. Auch nach dem Heil- und Hilfsmittel-

versorgungsgesetz von 2017 (HHVG) haben zwar nicht nur wirtschaftliche Aspekte bei der Ausschreibung von Versorgungsverträgen eine Rolle zu spielen, sondern auch Kriterien wie die Erfahrung des beauftragten Personals. Weiterhin haben Patienten die Wahl zwischen mehreren mehrkostenfreien Hilfsmitteln. Aber ein umfassendes Wahlrecht der Patienten ist damit nicht verbunden.

Eine individuelle, passgenaue Hilfsmittelversorgung setzt eine qualifizierte Beratung voraus. Vor allem für angepasste Hilfsmittel wie Prothesen, Rollstühle oder Beatmungsmasken, braucht es Spezialwissen. Für seltene und individuell anzupassende Hilfsmittel sollten spezielle Berater aufsuchende Beratung anbieten. Für häufige, nicht angepasste Hilfsmittel, wie Windeln und Rollatoren, muss die Beratung wohnortnah und niedrigschwellig erfolgen. Die Beratung darf nicht von finanziellen Interessen beeinflusst werden, wie es bei den Krankenkassen aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots und bei Sanitätshäusern aufgrund der Gewinnorientierung der Fall ist. Auch hier brachte das HHVG Verbesserungen wie die Verpflichtung, Versicherte danach zu beraten, welche Sachleistung innerhalb des Sachleistungssystems geeignet und medizinisch notwendig ist. Aber immer noch beklagen sich VdK-Mitglieder über teure Hilfsmittel mit hohen Aufzahlungen.

Viele Familien mit Kindern mit Behinderungen kämpfen mit der gesetzlichen Krankenkasse um passende Hilfsmittel für ihr Kind. Trotz ärztlicher Verordnung werden Hilfsmittel von Krankenkassen abgelehnt. Schalten Krankenkassen den Medizinischen Dienst ein, entscheidet dieser oft rein nach Aktenlage, ohne das Kind je zu Gesicht bekommen zu haben. Solch einem Gutachten des Medizinischen Dienstes wird von den Krankenkassen eine größere Bedeutung beigemessen als der Verordnung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin. Dieser Arzt oder die Ärztin haben jedoch aufgrund ihres direkten und oft langjährigen Kontaktes zum Kind die nötige Expertise, um eine adäquate und an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Hilfsmittel-Verordnung auszustellen.

Eltern müssen sich bei einer Ablehnung der von ihnen beantragten Hilfsmittel teilweise auf einen jahrelangen Kampf einstellen. Bis ihnen ein Gericht ein Hilfsmittel zuspricht, müssen die Familien ohne das benötigte Hilfsmittel auskommen oder das Kind hat schon Bedarf an einem anderen Hilfsmittel. Viele Eltern müssen außerdem um mehrere Hilfsmittel gleichzeitig kämpfen. Dadurch fehlt den Familien wertvolle Zeit für die Pflege ihres Kindes und gegebenenfalls für die Betreuung von Geschwisterkindern.

Die derzeitigen Regelungen zu den Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenkasse und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V gehen somit in vielen Fällen auf Kosten der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.

Der VdK fordert daher Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil, wie der Stoma-Versorgung.

Die Hilfsmittelberatung muss unabhängig und frei von wirtschaftlichen Interessen erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentliche Hand unabhängige Hilfsmittelberatungsstellen finanzieren. Sie können bei gemeinnützig tätigen Organisationen, bei öffentlichen Körperschaften oder auch bei privatwirtschaftlich tätigen Institutionen angesiedelt sein.

Bei der Bewilligung von Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung muss die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen immer über der Wirtschaftlichkeit stehen. Außerdem muss sich die Bewilligung der Hilfsmittel durch die Krankenkasse an der Verordnung des behandelnden Facharztes oder der behandelnden Fachärztin ausrichten.

2.7.2. Heilmittelversorgung

Heilmittel wie Physiotherapie oder Podologie können die Gesundheit wiederherstellen oder bewahren und damit Operationen wie Gelenkersatz oder Amputationen überflüssig machen. Bewegung kann den Schmerzmitteleinsatz reduzieren helfen. In einer alternden Gesellschaft müssen daher zukünftig mehr Heilmittel erbracht werden.

Bei der Versorgung mit Heilmitteln besteht allerdings bei manchen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen eines vorgegebenen Richtgrößenvolumens für den behandelnden Arzt eine Ausgabenobergrenze. Diese berücksichtigt nicht die Empfehlungen des Heilmittelkatalogs, sondern orientiert sich vor allen Dingen an den Ausgaben des Vorjahres. Diese Grenze ist nicht zwingend, jedoch verordnen Ärzte aus Angst vor einem Regress der Krankenkasse nicht alle benötigten Heilmittel. Der Heilmittelkatalog orientiert sich am Bedarf. Hier wird beschrieben, welche und wie viele Heilmittel verordnet werden sollten, um im Regelfall eine medizinisch angemessene und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung zu erreichen. Mit der langfristigen Genehmigung und den Praxisbesonderheiten wurden Heilmittel für Menschen mit Behinderung und besonders schweren Erkrankungen aus diesen Budgets herausgenommen. Noch immer erhalten aber auch diese Personengruppen nicht alle notwendigen Therapien.

Durch eine Änderung der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Regelfallsystematik bestehend aus Erstverordnung, Folgeverordnung und „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ abgelöst durch einen Verordnungsfall und eine daran geknüpfte orientierende Behandlungsmenge. Bei der Festlegung der Behandlungsmenge je Verordnung wurden die Regelungen für Indikationen mit einem besonderen Verordnungsbedarf und für Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf vereinheitlicht. Für diese Indikationen können notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Da jedoch die noch weitreichendere Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ abgeschafft wurde, bedeutet dies für manche Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und einem dauerhaften Heilmittelbedarf mehr Aufwand und mehr Zuzahlungen durch Ausstellung mehrerer Rezepte.

Der VdK fordert daher, die Heilmittelrichtgrößen abzuschaffen. Gleichzeitig muss die Heilmittelerbringung weiterentwickelt werden. Ziel ist eine möglichst breite Möglichkeit der Inanspruchnahme von Heilmitteln.

Neben der Zuzahlungsfreiheit von Heilmittelverordnungen müssen auch Verordnungen für einen längeren Zeitraum unabhängig von der Indikation in einem vereinfachten Verfahren möglich sein.

2.7.3. Psychotherapie

Psychische Erkrankungen sind einer der häufigsten Gründe für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und stehen als Grund für einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente sogar an erster Stelle.⁹ Allerdings warten nach einer Untersuchung der Bundespsychotherapeutenkammer anhand der Versichertendaten aus 2019 40 Prozent der Patientinnen und Patienten drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde.¹⁰ Die Terminservicestellen sind zwar verpflichtet, den Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten, wenn sie keinen Termin innerhalb der Frist von vier Wochen bei einem niedergelassenen

⁹ Bettina Hesse u. a.: „Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder“, RV Aktuell 8/2019, S. 194: In 2018 erfolgten 43 Prozent der Neuberentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen.

¹⁰ Bundespsychotherapeutenkammer, Pressemitteilung vom 29.03.2021.

Psychotherapeuten anbieten können. Jedoch haben zu wenige Krankenhäuser ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot.

Bei psychischen Erkrankungen beginnt hier häufig ein Teufelskreis: Sich um die Heilung der Erkrankung zu kümmern, fällt vielen psychisch Kranken schon aufgrund der Besonderheit der Störung schwer. Bei einer längeren Wartezeit verschlimmert sich die Erkrankung und das Organisieren und Einhalten von Terminen fällt dann noch schwerer.

Abhilfe durch mehr Psychotherapeuten ist geboten. Die Bundespsychotherapeutenkammer ging 2018 von einem Mangel an 7.000 Psychotherapeutenpraxen bundesweit aus, während ein Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses lediglich 2.400 fehlenden Behandlungsplätzen annimmt.¹¹

Viele Menschen in höherem Alter leiden zum Beispiel an Depression aufgrund von Einsamkeit oder einer Grunderkrankung wie Demenz. Hinzu kommt oft eine eingeschränkte Mobilität, sodass diese Menschen ebenso wie Erkrankte mit Angststörungen auf Hausbesuche angewiesen sind. Es gibt zwar auch die psychotherapeutische Behandlung per Videosprechstunde, jedoch können nicht alle Patienten aus diesen Gruppen mit der notwendigen Technik umgehen. Zudem erfordert eine psychische Erkrankung oft ein besonderes Näheverhältnis zwischen Therapeut und Patient, das nicht per Video herstellbar ist.

Die Stigmatisierung von psychisch Erkrankten ist zurückgegangen, die Akzeptanz ist gestiegen. Dennoch berichten VdK-Mitglieder immer wieder von Ärzten, die Symptome für eine psychische Erkrankung nicht ernst nehmen oder Schwierigkeiten mit der sachgerechten Diagnose haben.

Der VdK fordert den Ausbau psychotherapeutischer Behandlungsplätze anhand des Bedarfs der Patienten. Dabei muss es ausreichend Möglichkeiten für Hausbesuche geben, wo es die Patienten oder die Krankheit erfordern. Akzeptanz und ein sachgerechter Umgang mit psychischen Erkrankungen sind zum Beispiel durch eine verstärkte Aus- und Weiterbildung der Ärzte in diesem Punkt zu fördern.

2.7.4. Krankengeld, Kinderkrankengeld und Verdienstausschluss bei der Mitaufnahme von Eltern ins Krankenhaus

Die Ausgaben für das Krankengeld sind allein von 2018 bis 2021 von 13 auf 16,6 Milliarden Euro gestiegen. Krankengeld wird mit Ausnahme des Kinderkrankengeldes den Krankenkassen nicht vollständig durch den Risikostrukturausgleich ersetzt, sondern ist eines von mehreren Merkmalen für diesen Ausgleich. Krankenkassen mit hohen Ausgaben versuchen deshalb, durch ihr Krankengeldmanagement mit allen Mitteln, wie zum Beispiel eigens eingerichteten Callcentern, Versicherte aus dem Krankengeldbezug zu drängen, um ihre Situation im Wettbewerb nicht zu verschlechtern. Dies geht soweit, dass die Versicherten zur Kündigung ihres Arbeitsvertrages und zum Bezug von Arbeitslosengeld aufgefordert werden.

Ein Teil der Krankenkassen hat Elternteilen, deren Mitaufnahme bei der stationären Behandlung eines Kindes medizinisch notwendig war, einen Verdienstausschluss gezahlt. Dies war zum Beispiel bei der Krankenhausbehandlung von Kindern unter acht Jahren der Fall. Dabei handelte es sich um eine lückenhafte Regelung ohne sichere Rechtsgrundlage. Auch diese Regelung wurde von den Krankenkassen in 2022 größtenteils aufgekündigt. Es bleibt eine reine Einzelfallentscheidung ohne gesetzlichen Anspruch, ob Verdienstausschluss gezahlt wird oder nicht. Das Kinderkrankengeld reicht als alternativer Anspruch nicht aus, da die Tage pro Kind und Jahr gedeckelt sind. Eltern haben es aber

¹¹ Bundespsychotherapeutenkammer, Pressemitteilung vom 15.10.2018; Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.09.2018, S. 37.

nicht in der Hand, wie oft ein Kind krank ist; außerdem sind die Grenzen bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung schnell erreicht. Daher sind die Deckelungen beim Kinderkrankengeld allgemein nicht sachgerecht.

Der VdK fordert, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für Krankengeld vollständig durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden, um keine Anreize zu setzen, Kranke aus dem Krankengeldbezug zu drängen. Das Herausdrängen von Versicherten aus dem Krankengeldbezug ist zu verbieten und zu sanktionieren.

Eltern müssen einen gesetzlichen Anspruch auf Verdienstaufschlag bei der Mitaufnahme ins Krankenhaus haben, wenn ihr Kind stationär behandelt wird. Deckelungen bei der Zahl der Tage mit Anspruch auf Kinderkrankengeld sind zu streichen.

2.7.5. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst

Um den Bedarf der Patientinnen und Patienten für eine bestimmte Leistung oder die Voraussetzungen für das Krankengeld zu überprüfen, kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst (MD) mit einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragen. Der MD ist seit 2020 organisatorisch unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen. Die Zahlen der Bewilligungspraxis sind aber weiterhin teilweise erschreckend: Im Jahr 2020 hat der MD bei der Hilfsmittelversorgung nur in gut einem Drittel der Fälle das Hilfsmittel befürwortet, das die Patientin oder der Patient beantragt haben und was deren Arzt für medizinisch notwendig gehalten hat. Bei den verordneten Heilmitteln hat der MD über die Hälfte der geprüften verordneten Leistungen nicht befürwortet, bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde nicht mal ein Drittel ganz oder teilweise befürwortet.

Betroffene berichten von fachfremden Ärzten, die Gutachten erstellen. Wenn ein Frauenarzt den Bedarf eines Kindes mit Gehirnschaden für einen Rollstuhl prüfen soll und dann von der Einschätzung des Facharztes abweicht, ist der Fehler im Gutachten schon zu Beginn angelegt. Zu oft entscheiden die Gutachter nach Aktenlage. VdK-Mitglieder auch mit schweren Erkrankungen werden ohne persönlichen Kontakt „gesundgeschrieben“, wobei der Gutachter zu einer anderen Ansicht kommt als der behandelnde Arzt, der den Patienten seit langem kennt. Zudem enthalten die Gutachten oft keine oder nur eine völlig pauschale und unzureichende Begründung. Dies geht zu Lasten der Nachvollziehbarkeit und Angreifbarkeit der Entscheidung der Krankenkasse durch die Versicherten. Erst Mitte 2021 hat der Bundestag eine Gesetzesänderung verabschiedet, die eine „kurze“ Darlegung des Sachverhalts und der „wesentlichen Gründe“ für das Ergebnis der Begutachtung vorschreibt.

Lehnt der Gutachter die beantragte Leistung ab, muss der Patient die Gelegenheit haben, eine Richtigstellung aus seiner Sicht beizusteuern. Der Patient kann damit der Krankenkasse zum Beispiel Mängel im Auftreten des Gutachters, Grundfehler wie einen fachfremden Gutachter oder das Fehlen einer persönlichen Begutachtung mitteilen. Die Krankenkasse hat damit die Möglichkeit, die Sicht des Patienten in ihre Entscheidung einzubeziehen oder etwa ein neues Gutachten in Auftrag zu geben. Der zeitliche Ablauf darf dabei das Verfahren nicht übermäßig in die Länge ziehen.

Die maßgeblichen Patientenorganisationen haben durch das MDK-Reformgesetz das Recht erhalten, fünf stimmberechtigte Mitglieder in die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu entsenden. Allerdings reicht dieses Recht angesichts der 16 Stimmen der GKV-Vertreter nicht aus.

Der VdK fordert deshalb: Die Gutachter dürfen nicht nur nach Aktenlage entscheiden, sondern müssen den Patienten persönlich begutachten.

Die Gutachter müssen die richtige Fachausbildung haben, um den medizinischen Bedarf der Versicherten angemessen beurteilen zu können.

Die Gutachten müssen ausführliche und nachvollziehbare Begründungen enthalten. Bei ablehnenden Gutachten müssen die Patienten ein Stellungnahmerecht erhalten. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes sind den Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

Die Patientenvertretung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste muss das gleiche Stimmrecht wie die Vertreter der GKV haben.

2.8. Prävention

Die Gesundheitsversorgung fängt mit der Prävention und Früherkennung – also mit der Verhinderung von Krankheiten oder des Fortschreitens einer Krankheit – an.

Das rechtzeitige Erkennen von Krankheiten, wie insbesondere Krebs, kann die Chancen auf einen Behandlungserfolg beziehungsweise auf eine vollständige Heilung erhöhen. Früherkennungsmaßnahmen bergen allerdings auch Risiken. Zum Beispiel führen falschpositive Ergebnisse bei Mammographien oder Hämoccult-Tests auf Darmkrebs zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten und auch zu unnötigen Operationen.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmenden Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft sowie der steigenden Zahl degenerativer und psychischer Krankheiten wird Prävention immer wichtiger.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Präventionsprogramme für spezielle Risikogruppen deutlich effizienter als die bisherige Praxis sind. So lassen sich mit Sturzprophylaxe Oberschenkelhalsbrüche bei älteren Menschen mit Osteoporose deutlich reduzieren. Weiterhin werden die Möglichkeiten der Prävention im Hinblick auf Ziele der Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe auch im hohen Alter in Deutschland bei weitem nicht ausreichend genutzt. Präventionsangebote können ältere Menschen nicht über Angebote in Lebenswelten wie Arbeitsplatz oder Kita erreichen. Aber fast alle haben regelmäßig Kontakt mit ihrem Hausarzt, zu dem in der Regel auch ein gutes Vertrauensverhältnis besteht. Daher kommt dem Hausarzt eine besondere Bedeutung bei der gesundheitlichen Prävention zu.

Die Präventionsempfehlung des Hausarztes reicht nicht aus, da die Versicherten die empfohlene Leistung extra beantragen müssen. Um einen niederschweligen und zielgruppensensiblen Zugang zu notwendigen Präventionsleistungen zu ermöglichen, müssen Ärzte nicht nur Präventionsbedarf feststellen und über Präventionsangebote informieren, sondern diese auch gleich verordnen.

Die kommunale Ebene ist entscheidend für die Realisierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen in Lebenswelten. Kommunen haben den besten Überblick darüber, wo örtliche Bedarfe bestehen und welche örtlichen Akteure vorhanden sind. Präventionsangebote dürfen daher nicht nur den Zusatzleistungen der gesetzlichen Krankenkassen überlassen werden.

Weiterhin wird deutlich, dass der individual-präventive Ansatz seine Grenzen hat, wenn zum Beispiel Präventionsangebote der Krankenkassen zwar die Mittelschicht, aber nicht sozial benachteiligte Schichten erreichen. Prävention im Einzelfall kann keine sozialen Unterschiede ausgleichen. Hier ist eine Systemprävention notwendig. Der Ansatz „Health in All Policies“ verlangt deshalb bei Entscheidungen etwa zu Verkehr, Ernährung oder Bildung die Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Gesundheit. Die behördliche Genehmigung von größeren Bauprojekten kennt eine Umweltverträglichkeitsprüfung. Es muss ein vergleichbares Verfahren für die Abschätzung der gesundheitlichen Folgen der betroffenen Menschen geben.

Der VdK fordert die Verbesserung der Qualität von Früherkennungsmaßnahmen sowie eine bessere Information über Chancen und Risiken. Es soll sichergestellt werden, dass bei positiven Befunden vor Operationen und vergleichbaren Eingriffen eine Zweitmeinung eingeholt wird.

Ärzte müssen Präventionsangebote direkt verordnen können. Dies gilt bei der Diagnose von Risikofaktoren ebenso wie für spezielle Präventionsangebote – gerade für psychische Erkrankungen – für ältere Menschen. Die Mittel für diese Angebote müssen erhöht werden. Hausärzte müssen gerade bei älteren Patienten präventive Hausbesuche machen.

Die Kommunen müssen vermehrt sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und primären und sekundären Prävention auf- und ausbauen. Zur Entwicklung von passgenauen individuellen und praxisorientierten Gesundheits- und Pflegekonzepten sollten Bildungs-, Sport-, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Sozial- und Pflegedienste sowie Hausärzte kooperieren. Die Potentiale der kommunalen Ebene müssen bei der Präventionspolitik des Bundes unterstützt und finanziell gefördert werden.

Der Ansatz „Health in All Policies“ muss konsequent weiterverfolgt werden. Alle Politikbereiche müssen die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger berücksichtigen. Bei größeren Projekten muss es eine „Gesundheitsfolgenabschätzung“ geben.

2.9. Digitalisierung im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen wird immer digitaler. Entscheidende Neuheiten sind:

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen seit Anfang 2021 ihren Versicherten die elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen. Darin können Befunde, Arztbriefe, Therapie- und Medikationspläne, Notfalldatensätze oder Patientenverfügungen gespeichert werden. In den Folgejahren sollen die niedergelassenen Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser angeschlossen sein. Weitere Berufe wie Hebammen, Heilmittelerbringer oder Pflegeeinrichtungen sollen nach und nach angeschlossen werden. Die Nutzung der ePA ist für die Versicherten freiwillig; der Patient entscheidet darüber, was in die ePA hineinkommt und was nicht.

Bestimmte Leistungen wie Heilmittel, Arzneimittel oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sollen per Fernbehandlung zumindest per Videosprechstunde (Stand September 2022) ermöglicht werden. Zu einem großen Teil ist das nur für Patienten möglich, die dem Arzt oder seiner Praxis schon bekannt sind.

Sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) sind Apps für das Smartphone oder Tablet, die verschreibungspflichtig sind und von der Krankenkasse bezahlt werden. Dies kann zum Beispiel eine App sein, die eine automatische Datenauswertung zum Blutzuckerspiegel erstellt und mit einer Ampel-Funktion das Selbstmanagement für Diabetes-Patienten erleichtert. Im Oktober 2022 gab es 38 DiGas, die Tendenz ist steigend.

Ab 2022 wurde das elektronische Rezept (E-Rezept) eingeführt, das die digitale Verschreibung von Arzneimitteln und zum Beispiel die Online-Bestellung in einer Apotheke erlaubt. Ab Anfang 2023 sollen Arztpraxen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch an die Krankenkassen schicken.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann viel Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringen. Bei einer Akuteinweisung ins Krankenhaus wissen viele kaum ihre Blutgruppe oder welche Arzneimittel

sie in welcher Dosierung einnehmen. Kann der behandelnde Arzt dies direkt in der ePA nachprüfen, bedeutet das weniger Zeitverzug und mehr Präzision bei der Behandlung. Das E-Rezept und die Fernbehandlung können gerade nicht mobilen Patienten viele Wege ersparen. Die elektronische Übermittlung der AU-Bescheinigung kann eine Fehlerquelle beim lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Krankenkasse und damit beim Krankengeldbezug ausschließen.

Datenschutz ist wichtig, denn gerade Gesundheitsdaten sind sensibel. Entscheidend ist das richtige Gleichgewicht zwischen Datenschutz und etwa der anonymen Nutzung von Metadaten für die medizinische Forschung. Eine Weichenstellung für die Nutzung der Vorteile wird sein, ob die Versicherten sich aktiv zum Beispiel für die ePA aussprechen müssen (Opt In) oder aktiv widersprechen müssen, wenn sie die ePA nicht nutzen wollen (Opt Out).

Dabei steht die Freiwilligkeit außer Frage. Es gibt viele Menschen, die digitale Anwendungen nicht nutzen können oder wollen. Grund dafür können Datenschutzbedenken sein oder dass die Versicherten den Umgang mit PC, Smartphone oder Tablet nicht gewöhnt sind. Weiterhin gibt es Menschen, die sich nicht ständig das neueste Gerät leisten können. Da Digitalisierung vom Fortschritt lebt, laufen neue Programme immer wieder nur auf aktuellen Geräten oder Verbindungen zwischen einzelnen Geräten können nur mit einem gewissen aktuellen Standard hergestellt werden. Menschen mit kleinen Einkommen dürfen hier nicht faktisch abgehängt werden. Es darf nicht irgendwann der Effekt eintreten, dass eine Leistung nicht erbracht werden kann, weil die Patienten oder Pflegebedürftigen dafür eine digitale Anwendung bräuchten oder zwingend in die Nutzung der ePA eingewilligt haben müssten.

Die Digitalisierung kann ihre Vorteile nur entfalten, wenn alle im Gesundheitswesen eingebundenen Menschen in der Anwendung von Geräten und Programmen geschult sind: Versicherte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen sowie sämtliche Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken oder Heilberufe.

Barrierefreiheit und eine einfache Bedienbarkeit sind Grundvoraussetzungen einer breiten Nutzung von digitalen Anwendungen.

Der VdK fordert, dass alle digitalen Neuerungen im Gesundheitswesen freiwillig zu nutzen sein müssen. Für Anwendungen mit deutlichen Vorteilen einer breiten Nutzung sollte es eine Opt-Out-Lösung geben, damit möglichst viele Versicherte davon profitieren oder eben widersprechen können.

Es muss immer eine analoge Variante zu einer digitalen Anwendung geben, um alle Versicherten mitzunehmen.

Fernbehandlung per Videosprechstunde und Telefon müssen weitreichend möglich sein, um nicht mobilen Patientinnen und Patienten unnötige Wege zu ersparen oder um eine Ansteckungsgefahr zu vermindern.

Es muss eine digitale Kompetenz im Gesundheitswesen bei Patienten, Krankenkassen, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und allen weiteren Leistungserbringern ausgebildet werden.

Alle digitalen Anwendungen müssen barrierefrei und einfach zu bedienen sein.

2.10. Patientenbeteiligung, Patientenberatung

2.10.1. Patientenbeteiligung

Das Gesundheitswesen dreht sich um die Patientinnen und Patienten. Und doch haben sie im zentralen Selbstverwaltungsgremium – dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – nur eine untergeordnete Rolle. Die anderen Bänke – der GKV-Spitzenverband, die Kassen- und Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft – müssen das Votum der Patientenvertretung zwar anhören, sich bei der Abstimmung aber nicht danach richten. Dabei können nur die Patienten sagen, wie sich eine Leistungsänderung oder ein neues Verfahren für die betroffenen Menschen auswirkt. Die Patientenvertretung im G-BA hat nur ein sehr eingeschränktes zwingendes Beteiligungsrecht, wenn zum Beispiel die Einrichtung einer Arbeitsgruppe nur im Einvernehmen mit den Patientenvertretern möglich ist.

Die meisten Patientenvertreterinnen und -vertreter sind ehrenamtlich tätig. Soweit Verbände hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsenden, ist die Arbeit im G-BA oft nur eine von vielen Aufgaben. Die Beratungsgegenstände sind oft hochkomplex und erschließen sich auch hauptberuflichen Mitarbeitern nur nach und nach. Die Patientenvertretung hat eine Stabsstelle Patientenbeteiligung an ihrer Seite. Aber schon rein zahlenmäßig kann die Stabsstelle nicht alle Patientenvertreter in bis zu 80 Arbeitsgruppen des G-BA fachlich unterstützen. Hier bedarf es der Waffengleichheit mit den Vertretern der anderen Bänke, die einen enormen personellen Aufwand für die Durchsetzung ihrer Positionen betreiben.

Der VdK fordert als ersten Schritt ein zwingendes Stimmrecht der Patientenvertretung im G-BA: In allen wichtigen Verfahrensfragen muss ein Einvernehmen mit der Patientenvertretung herbeigeführt werden.

Patientenvertreter müssen organisatorisch, personell und finanziell vergleichbar mit den Selbstverwaltungspartnern im G-BA gestellt werden. Dazu gehört eine dauerhafte Unterstützung bei der Qualifizierung der Patientenvertreter und Expertise für die patientenorientierte Analyse und Aufbereitung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Auf der Landesebene ist eine vergleichbare Unterstützung zu schaffen.

Der VdK fordert, dass die Beteiligungsrechte der Patientenvertretungen für alle Angelegenheiten der Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse sowie die Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Landesausschüsse analog zum Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt werden.

2.10.2. Patientenberatung

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wurde ab 2016 von einem gewinnorientierten Träger betrieben. In der öffentlichen Kritik standen schnell ein eingeschränktes Beratungsangebot, das im Wesentlichen durch ein zentrales Callcenter zur Verfügung gestellt wurde, und dass bis zu 30 Prozent der Mittel an den Träger geflossen sind. Der Weg der wettbewerbsrechtlichen Ausschreibung hat sich als falsch erwiesen, da damit alle Bewerber streng gewinnorientiert und rein betriebswirtschaftlich arbeiten müssen, um die Mitbewerber zu unterbieten. Dies geht zu Lasten einer breiten, niedrigschwelligen und flächendeckenden Beratung der Patientinnen und Patienten.

In 2021 wurde ein Zwischenstand im Gesetz erreicht: Die Patientenberatung wird nicht mehr ausgeschrieben, sondern wird vom bisherigen Träger mit Blick auf eine „institutionelle Neuausrichtung“ bis 2023 weitergeführt. Danach soll es eine andere organisatorische Form zum Beispiel durch eine Stiftung bürgerlichen Rechts geben. Die Ampelkoalition hat in ihrem Koalitionsvertrag eine

Überführung in „eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen“ vereinbart.

Die Patienten sind das schwächste Glied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie benötigen oft dringend eine medizinische Behandlung, haben aber keine medizinische oder sozialrechtliche Expertise. Damit stehen sie den Leistungserbringern wie Ärzten oder Krankenhäusern einerseits und den Krankenkassen andererseits benachteiligt gegenüber. Diese Stellung ist durch eine unabhängige Beratung zu stärken. Damit die Unabhängigkeit von den Krankenkassen gesichert ist und da die Beratung auch für PKV-Versicherte und Nichtversicherte zur Verfügung steht, muss das Geld für die Beratung aus Steuermitteln kommen.

Patientenberatung muss niedrigschwellig, kompetent und in der Fläche in Anspruch zu nehmen sein. Gerade vulnerable Zielgruppen brauchen eine zugehende Beratung und eine Vernetzung vor Ort. Die maßgeblichen Patientenorganisationen haben eine große Erfahrung darin. Die großen Verbände unter diesen Organisationen haben weiterhin ein Netz an Beratungsstellen, das eine Beratung in der Fläche ermöglicht.

Der VdK fordert, die Unabhängige Patientenberatung wieder in die Hände der maßgeblichen Patientenorganisationen zu legen. Die Patientenberatung ist aus Steuergeldern zu finanzieren. Es muss eine dauerhafte Organisation geben, die eine niedrigschwellige und kompetente Beratung in der Fläche erlaubt.

