**Barbara Krell-Jäger, stellv. Vorsitzende der Fraktion DAK-VRV**

„Eines unserer sozialpolitischen Ziele ist, dass die medizinische Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll weiterentwickelt wird. Aber darüber besteht ja wohl in diesem Gremium fraktionsübergreifend Einvernehmen. Es gibt dazu viele Stichworte im Koalitionsvertrag. Nicht alles Machbare ist aber auch sinnvoll. Immer muss die Frage lauten: Hilft es dem Patienten und stimmt das Kosten-/Nutzen-Verhältnis? Ich nenne dazu drei Beispiele:

Wir haben heute wieder gehört, wie angespannt die finanzielle Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist und wie sie sich mit einiger Sicherheit noch weiter verschlechtern wird. Zunächst spreche ich die **„Entbudgetierung“** an**.** Das bedeutet nichts anderes als das Fallen der Honorarobergrenze für Hausärzte. Diese gilt, egal wie viele Patienten ein Hausarzt behandelt. Eine Honorarobergrenze mag man als ungerecht ansehen, so sehen es zumindest die Hausärzte. Aber manche von uns werden sich erinnern: Vor vielen, vielen Jahren haben sich die Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Ärzten die Budgetierung durch eine sehr hohe prozentuale Steigerung des Punkwertes erkauft. Das will heute kein Arzt mehr wissen. Heute wird Mitarbeitenden von Krankenkassen von Ärztinnen und Ärzten gelegentlich vorgerechnet, wie viele Stunden sie in der Woche ohne Bezahlung arbeiten. Richtig ist, der Bürokratieaufwand in den Praxen muss reduziert werden, das gelingt u. a. durch Digitalisierung. Auf diese sollte sich die Ärzteschaft einlassen, anstelle sich dagegen zu stemmen. Ein Koalitionspartner hat angekündigt, unter bestimmten Bedingungen auch die Entbudgetierung für den Bereich der Fachärzte zu fordern. Das steht nicht im Koalitionsvertrag. Damit ist der nächste, leider wieder öffentlich geführte Streit, vorprogrammiert. Und da es in Deutschland ca. dreimal so viele Fachärzte wie Hausärzte gibt, würde dies insgesamt Mehrausgaben von 3 Milliarden. Euro per anno bedeuten. Hier ist die Frage nach dem Kosten-/Nutzen-Verhältnis besonders bedeutsam, da ein Nutzen für den Patienten nicht erkennbar ist. Unsere Hoffnung beschränkt sich auf eine großzügigere Terminvergabe.

Seit vier Jahren gibt es **Digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGA). „Es ist ein innovatives Instrument in der Patientenversorgung und das Potential ist längst nicht ausgeschöpft“ wird Konrad Obermann, der Forschungsleiter der Stiftung Gesundheit, zitiert. Die hatte im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes auf Basis der letzten drei Jahre einen Report zur Inanspruchnahme und Entwicklung der DiGA veröffentlicht. Neben dieser positiven Grundhaltung enthielt der Report auch deutliche Kritik:

* Der durchschnittliche Herstellerpreis bei Einführung hat sich von 406 Euro auf nunmehr 593 Euro erhöht.
* Es ist nicht nachvollziehbar, dass für eine DiGA im Jahr der Einführung 2.000 Euro verlangt werde und der dann zu verhandelnde Preis ab dem zweiten Jahr nur 200 Euro betrage.
* In den ersten beiden Berichtsjahren haben 25 Prozent der neu zugelassenen DiGA einen Nutzen für den Patienten vorweisen können. Nach drei Jahren waren es nur 5,3 Prozent. Den sehr vielen zuletzt entwickelten DiGA wird also ein Nutzen für den Patienten abgesprochen.

Stefanie Stoff-Ahnis vom GKV-Spitzenverband wird deutlicher: „Die Gesundheits-Apps lösen nicht ihr Versprechen ein, die gesundheitliche Versorgung grundlegend zu verbessern“ sowie „Der hohe Anteil von Anwendungen, die aufgrund ihres unklaren Nutzens nur zur Probe zugelassen werden, sorgen für Unsicherheit und mangelnde Akzeptanz bei Ärzten und Patienten.“ Und weiter: „Das Geld der Beitragszahler soll in eine bessere Versorgung und nicht in eine Wirtschaftsförderung fließen“. Die Frage nach dem Kosten-/Nutzen-Verhältnis hat sich nach dieser Kritik wohl klar beantwortet. In den letzten Wochen haben sich Berichte gehäuft, dass die DiGA in mehr als einem Drittel der Fälle vor Ende der vorgesehenen Erstanwendungsdauer abgebrochen wurde. Nach Meinung der Fraktion DAK-VRV muss in zukünftigen Verträgen sichergestellt werden, dass dies finanziell berücksichtigt wird.

Das dritte Beispiel ist, dass die Ersatzkassen 300 Tausend Euro in die Hand genommen haben, um ein patientenorientiertes **Fehlermeldesystem** entwickeln zu lassen. Die Januarausgabe des Magazins der Ersatzkassen enthält dazu einen umfangreichen Bericht. Gleichwohl muss auch hier die Frage lauten: was ist machbar und bezahlbar? Gemeldet werden sollen kritische Ereignisse, riskante Situationen, fehlerhafte Abläufe, Fehlverhalten von Krankenkassen, aber auch positive Erfahrungen. Der Patient ist nach Aussage von Ulrike Elsner, der vdek-Vorstandsvorsitzenden, die geeignetste Informationsquelle, da nur er allein den Behandlungsprozess von Anfang bis Ende durchlebt. Eine durchgängige Anonymisierung ist sichergestellt. Es geht hier nicht um den Beweis von Behandlungsfehlern im juristischen Sinne. Die Berichte werden von Experten der Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit analysiert und daraus Handlungsempfehlungen und Maßnahmen abgeleitet. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung sieht darin eine von ihm begrüßte aktivere Rolle des Patienten. Nach Aussage des Chefs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) müssen damit aber auch Verbesserungen erreicht werden. Dem schließen wir uns als Fraktion DAK-VRV vorbehaltlos an. Das Portal läuft zunächst als Pilot bis Ende kommenden Jahres. Es wird mit 600 auszuwertenden Berichten gerechnet. Wir begrüßen die Einführung dieses Portals, weil es geeignet erscheint, die von uns geforderte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung zu unterstützen. Der Vorstand wird zu gegebener Zeit sicherlich berichten.

In einen Koalitionsvertrag ein Vorhaben unterzubringen, ist schon nicht einfach. Dies dann in der späteren politischen Realität umzusetzen, ist, wie wir seit zwei Jahren sehen können, eher schwierig.“