

D.A.M.i.D e.V., Chausseestr. 29, D-10115 Berlin

An das  
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Zu Händen Frau Marianne Steinert  
Vorab per e-mail marianne.steinert@bundestag.de

D.A.M.i.D e.V.  
Chausseestr. 29  
D-10115 Berlin  
Telefon: 030 | 28 87 70 94  
Telefax: 030 | 97 89 38 69  
E-Mail: info@damid.de  
Internet: www.damid.de  
Geschäftsführerin: Barbara Wais  
E-Mail: wais@damid.de  
Bankverbindung:  
GLS-Bank Stuttgart  
BLZ 430 609 67  
Konto 615 849 00

06.11. 2006

## **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV**

Block III Versicherungsrecht, Leistungsrecht

### **Einzelgutachterliche Stellungnahme zur Frage von Wahlтарifen (§ 53 neu SGB V) für die besonderen Therapierichtungen**

*Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat vorgeschlagen, bei der Einführung von Wahlтарifen eine Regelung zu ergänzen, die es Krankenkassen ermöglichen würde, Leistungen der besonderen Therapierichtungen auch dann zu erbringen, wenn diese nicht oder noch nicht als Leistungen der GKV anerkannt sind.*

Hierzu nehme ich wie folgt Stellung:

- 1.1 Die Ermöglichung von Wahlтарifen für Leistungen der besonderen Therapierichtungen würde es Krankenkassen ermöglichen, im Wettbewerb zielgenaue Lösungen zu erarbeiten, die einerseits Leistungen der besonderen Therapierichtungen garantieren und andererseits kostenneutral sind. Kostenneutral deshalb, weil Abs. 8 des neuen § 52 verlangt, dass Aufwendungen für Wahlтарife aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen ... finanziert werden müssen.
- 1.2 Durch solche Wahlтарife könnte bei allen Beteiligten die Eigenverantwortung gestärkt werden:
  - bei den Versicherten und bei den Leistungserbringern durch die Unterstützung einer primär salutogenen Orientierung in der Medizin, die verstärkt auf Prävention, Gesundheitsförderung und Eigenaktivität setzt,
  - bei den Krankenversicherungen durch das genannte Gebot der Kostenneutralität statt der Leistungsausgrenzung

- 1.3 Die Leistungen sollten entsprechend § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V „Behandlungsverfahren, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen“ umfassen und in allen Sektoren der Versorgung erbracht werden können. Die Regelung könnte in Analogie zu § 34 Abs. 2 Satz 2 um die offene Aufzählung „wie Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophische Medizin“ ergänzt werden.
- 1.4 Die Öffnung des Leistungskataloges könnte analog der Regelung bei den Modellvorhaben (§ 63 Abs. 2) gestaltet werden. Eine Lösung über Wahltarife hat gegenüber Modellvorhaben den Vorteil, weniger aufwändig, flexibler und auch nicht von vornherein befristet zu sein.
- 1.5 Mit der Einführung solcher Wahltarife könnte innerhalb der Versichertenpopulation einer Krankenkasse eine vergleichende Bewertung vorgenommen werden zwischen den Leistungen und Kosten der Versicherten, die im Wahltarif versichert sind und denjenigen der übrigen Versicherten. Damit werden auch längerfristige Untersuchungen über die nachhaltigen Auswirkungen der besonderen Therapierichtungen möglich, die bisher fehlen.
- 1.6 Am Beispiel der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente als Teil der Pharmakotherapie der besonderen Therapierichtungen soll erläutert werden, wie durch die Ermöglichung solcher Wahltarife die negativen Auswirkungen der letzten Reform für die besonderen Therapierichtungen korrigiert werden können.
- Der fast vollständige Leistungsausschluss aller nicht verschreibungspflichtigen Medikamente war antiplural, weil sich unter den nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten weit überproportional solche der besonderen Therapierichtungen befinden würden nicht verschreibungspflichtige Medikamente der besonderen Therapierichtungen im Rahmen eines Wahltarifes wieder erstattungsfähig, so stünde den Versicherten in diesem Wahltarif die Pharmakotherapie der besonderen Therapierichtungen wieder vollständig zur Verfügung. Außerdem bestünde damit die Möglichkeit zu zeigen, dass der Einsatz dieser Medikamente auch ökonomisch sinnvoll ist, da er teure Alternativen wo möglich vermeiden hilft. Eine solche Lösung wäre auf jeden Fall besser für ein plurales Gesundheitssystem, das die besonderen Therapierichtungen einschließt, als der status quo, auch wenn aus unserer Sicht anzustreben bleibt, dass diese Leistungen künftig allen Versicherten zur Verfügung stehen.
- 2.1 Eine Grenzziehung, um eine medizinisch nicht begründete Leistungsausweitung zu vermeiden, erscheint uns zusätzlich zu § 52 Abs. 8 (neue Fassung) nicht erforderlich.
- 2.2 Das Gebot für die Krankenkassen, zusätzliche Aufwendungen im Wahltarif durch entsprechende Einsparungen an anderer Stelle kompensieren zu müssen, in Verbindung mit der 3 jährigen Rechenschaftspflicht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, ist der denkbar stärkste Anreiz gegen eine Leistungsausweitung. Im Sinne der genannten zielgenauen „intelligenten“ Lösungen im Kassenwettbewerb werden die Kassen selbst Maßnahmen ergreifen müssen, um einer unbegründeten Leistungsausweitung entgegen zu steuern.
- 2.3 Möglichkeiten in dieser Richtung bieten z.B. die Regelungen zur integrierten Versorgung, aber auch die neuen Regelungen zu einer „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ (§ 73 c dieses Entwurfs). Sie ermöglichen es den Kassen, gezielt Einzelverträge mit solchen Leistungserbringern zu schließen, die sich auf höhere Qualitätsanforderungen verpflichten. Damit können sie auch auf Seiten der Leistungserbringer Anreize gegen Leistungsausweitungen setzen. Sie können in diesem Rahmen auch die Versicherten primär an diese Leistungserbringer binden.

- 2.4 Dass es auch realistisch ist, von kurzzeitigen (auf den einzelnen Krankheitsfall bezogen) Mehraufwendungen für Leistungen der besonderen Therapierichtungen mittelfristig Einsparungen in anderen Bereichen (insbesondere bei den Krankenhauseinweisungen) zu erwarten, haben in jüngster Zeit Untersuchungen sowohl in Deutschland für die Homöopathie und die Anthroposophische Medizin als auch in der Schweiz im Rahmen des „Programms Evaluation Komplementärmedizin“ gezeigt. (Für die Anthroposophische Medizin beispielsweise zeigte die Evaluation des Modellvorhabens der IKK Hamburg u.a., dass die Kosten erwartungsgemäß im 1. Jahr nach Behandlungsbeginn gegenüber dem Vorjahr anstiegen. Bereits im 2. und noch deutlicher im 3. Jahr nach Behandlungsbeginn lagen sie jedoch unter den Kosten im Jahr vor dem Beginn einer anthroposophisch-medizinischen Behandlung. *Hamre, H.J.; Witt, C.; Glockmann, A.; Ziegler, R.; Willich, S.N.; Kiene, H. (2006), Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study. BMC Health Services Research 6:65 (www.biomedcentral.com/1472-6963/6/65)*)
- 2.5 Eine Grenzziehung zwischen den besonderen Therapierichtungen und anderen Verfahren der Komplementärmedizin ist durch den Gesetzgeber und die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erfolgt. Die Formulierung in § 34 Abs. 2 Satz 2 „**wie** homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Arzneimittel“ als nicht abschließende Aufzählung trifft einerseits die historisch entstandene Lage und markiert andererseits die künftige Aufgabe, ein definiertes System zu einem lernenden System weiterzuentwickeln, das entwicklungs offen und innovationsfördernd angelegt ist. Notabene: immer unter dem Wissenschaftlichkeitsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 135 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 1 SGB V). Hierfür den Rahmen festzulegen ist Aufgabe des Gesetzgebers.

Peter Zimmermann

Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland

(Vorstand)