

Deutscher Psoriasis Bund E.V. (DPB)

Frau
Dr. Martina Bunge
Gesundheitsausschuss
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Hamburg, den 13.11.2006

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

der Deutsche Psoriasis Bund e. V. ist das Sprachrohr der ca. drei Millionen Menschen, die chronisch an der ursächlich nicht heilbaren Krankheit Schuppenflechte der Haut und der Gelenke erkrankt sind. Schuppenflechte ist eine nach unserer Auffassung „versteckte“ Volkskrankheit mit einer hohen Stigmatisierung. Wissenschaftliche Studien belegen, dass gerade Menschen mit Schuppenflechte einen hohen Verlust an Lebensqualität haben und die Öffentlichkeit meiden.

Die Selbsthilfe bei Schuppenflechte ist der festen Auffassung, dass die punktuellen Eingriffe in das Sozialgesetzbuch V die Lebenssituation der chronisch kranken Menschen mit Schuppenflechte in Deutschland nicht verbessern, sondern nachhaltig verschlechtern werden. Die Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgekündigt und die paritätische Finanzierung wird auf Dauer beendet. So genannte „Leistungsanreize“ setzen prinzipiell nur bei Gesunden an. Sinnfälliger wäre, Leistungsanreize bei Kranken anzusetzen. Ein Mehrklassensystem in der medizinischen Versorgung wird gesetzlich festgeschrieben.

Wir wünschen uns, dass Sie und Ihre Fraktionskollegen unsere Sicht der Dinge bei der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen.

Selbstverständlich steht der Deutsche Psoriasis Bund e. V. auch für die inhaltliche Diskussion gern zur Verfügung. Nutzen Sie das Wissen und die Erfahrung der gesundheitlichen Selbsthilfe bei Schuppenflechte, wenn Sie gesetzmäßig in die Lebenssituation dieser Menschen eingreifen wollen.

Mit freundlichen Grüßen

DEUTSCHER PSORIASIS BUND e. V.

Horst von Zitzewitz
Vorstandsvorsitzender

Dipl.-Kfm. Hans-Detlev Kunz
Geschäftsführer

**Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
Referentenentwurf: Stand 11. Oktober 2006**

Die Psoriasis, die Schuppenflechte der Haut und der Gelenke, hat eine Prävalenz in der bundesdeutschen Bevölkerung von ungefähr drei Prozent. Dies bedeutet, dass Schuppenflechte den Rang einer Volkskrankheit hat. Etwa drei Millionen Menschen in Deutschland sind daran chronisch und dauerhaft erkrankt. Es steht medizin-wissenschaftlich außer Zweifel, dass Schuppenflechte die Lebensqualität massiv verschlechtert und bislang ursächlich nicht heilbar bleibt.

Es gibt unterschiedliche therapeutische Verfahren auf unterschiedlichem Evidenzniveau. Nicht alle stehen gesetzlich Versicherten offen. Grund ist regelmäßig das Fehlen der notwendigen Studien, die die herrschende Meinung der Fachgesellschaft untermauern. Die vorgesehenen Veränderungen werden durch die reine monetäre Ausrichtung der Veränderungen, insbesondere chronisch kranke Menschen mit Schuppenflechte gesundheitlich und finanziell in besonderer Weise treffen. Nach Auffassung des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. lösen die punktuellen Eingriffe in das Sozialgesetzbuch V nicht die Finanzierungszwänge und schaffen keine Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit einer gesicherten, finanziellen Basis für medizinisch unabdingbar notwendige Therapien für Menschen mit Schuppenflechte in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die geplanten Veränderungen im Sozialgesetzbuch V führen weiterhin zur Verschärfung der finanziellen Situation aufgrund der Erweiterung des Versichertenkreises ohne sachgerechten, finanziellen Ausgleich durch die letzte Reform. Der Entzug von Mitteln aus der Tabaksteuer ohne tragfähigen Ausgleich für sozialstaatliche Aufgaben, die durch gesetzlich Versicherte bereits über Jahrzehnte finanziert werden, verschärft das finanzielle Problem. Dies wird nicht nur zu der bereits angekündigten stärkeren finanziellen Belastung aller Versicherten führen, sondern über Rationalisierungszwänge wird es auch zur Rationierung kommen. Dies trifft in besonderem Maße chronisch kranke Menschen, die notwendigen gesundheitlichen Kosten nicht ausweichen können.

Alleine schon den Begriff des „chronisch Kranken“ wieder zur Disposition zu stellen, zeigt, dass Veränderungen nur aus fiskalischen Gesichtspunkten erfolgen sollen. An dem Kriterium einer chronischen Krankheit ändern aber die finanzpolitischen Rahmenbedingungen nichts. Chronische Krankheiten sind und bleiben konstant.

Die sprechende Medizin wird nicht gefördert. Wir vermissen Regelungen, die die partnerschaftliche Entscheidungsfindung in der Behandlungssituation zwischen Patient und Arzt konkret fördern.

Uns fehlt die Einbindung von Leitlinien der Fachgesellschaften als Norm, wenn evidente Studien fehlen.

Uns fehlt die Verbindlichkeit eines öffentlichen Studienregisters.

Unverständlich bleibt, warum auf Arzneimittel weiterhin die volle Umsatzsteuer erhoben wird. Sind Arzneimittel und Lebensmittel für das Leben wirklich nicht gleichgewichtig?

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 5 SGB V Versicherungspflicht

Das Gesetz sieht keine Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen vor, sondern beschränkt sich weiterhin auf abhängig Beschäftigte. Damit wird das Zweiklassensystem unverändert fortgeführt und Abhängigbeschäftigte finanzieren fortgesetzt gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Zu § 6 SGB V Versicherungsfreiheit

Der Ausstieg aus der GKV wegen Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze muss über einen Zeitraum von drei Jahren gegeben sein. Es wird das Verlassen der GKV erschwert. Die Zugehörigkeit bleibt aber eine Frage des persönlichen Einkommens. Solche Überlegungen vertragen sich nicht mit dem Gedanken einer Solidargemeinschaft. Diese Regelung zementiert das Zweiklassensystem der Gesundheitsversorgung in Deutschland nach der Einkommenshöhe.

Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde zumindest unter Abhängigbeschäftigten den Solidargedanken stärken und Belastungen nach Leistungsstärke verteilen. Die Trennung der Versicherten in gesetzlich und privat Versicherte ist eines der Grundprobleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Zu § 11 Leistungsarten

Der neue Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen ist gut. Ob alleine die gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis der Zulieferung von Daten von Leistungserbringern eine sachgerechte Anschlussversorgung organisieren können, darf bezweifelt werden. Hier sollte gesetzlich die Einholung des Sachverständigen aus der gesundheitlichen Selbsthilfe vorgeschrieben werden. Es fehlt auch eine Regelung, wie diese Probleme mit anderen Sozialversicherungsträgern gelöst werden sollen, insbesondere mit der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Zu § 13 Absatz 2 (Sätze 2 und 3) SGB V Kostenerstattung

Es entfällt die Pflicht der Krankenkassen, Versicherte zu beraten, bevor diese die Kostenerstattung wählen. Diese Veränderung ist nicht hinnehmbar! Damit wird Versicherten in Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse der Schutz genommen, über Kostenfolgen informiert zu werden.

Die Aufhebung sollte mit allen Mitteln verhindert werden. Es wird das wirtschaftliche Risiko über die Entscheidung der Kostenerstattung Kranken aufgebürdet, ohne die Chance der pflichtgemäßen Beratung durch die jeweilige Kasse bezüglich der tatsächlich entstehenden Kosten. Dies führt zu einer weiteren Komplizierung der Differenzierung zwischen IGEL und GKV-Leistungen. Hinzu kommt, dass durch die Gebührenordnung der Ärzte unterschiedliche Sätze für ein und die gleiche Leistung eher willkürlich durch den Arzt angesetzt werden können. Dies kann ein Versicherter aufgrund der ihm zugänglichen Informationen überhaupt nicht abschätzen, geschweige denn kalkulieren. Kranke wissen auch nicht, welche Verträge

die Krankenkassen nach § 73 SGB V abgeschlossen haben, die sich unmittelbar auf eine Kostenerstattung auswirken.

Zu § 20 a Betriebliche Gesundheitsförderung

Warum beteiligt man nicht die unmittelbar Betroffenen? Es sind nicht die Versicherten allgemein, sondern die pflichtversicherten Beschäftigten des jeweiligen Betriebes mit einzubeziehen. Damit fließt Basiswissen aus dem Betrieb in die Entscheidungen ein. Solche Erfahrungen sollte man nicht ignorieren!

Zu § 20 b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Gut ist, dass die Krankenkassen angehalten werden, bei vermuteter Berufskrankheit die zuständigen Versicherungsträger direkt zu informieren. Es ist nicht geregelt, dass der betroffene Arbeitnehmer auch eine Information darüber erhält. Partizipation ist ohne Information nicht möglich.

Zu § 20 c Förderung der Selbsthilfe

Bei der Förderung der Selbsthilfe sollte betont werden, dass es sich um gesundheitliche Selbsthilfe handelt. Der Begriff der Selbsthilfe wird weit ausgelegt. Es fehlt in der Überschrift schon die Begrenzung auf gesundheitliche Selbsthilfe.

Die Tätigkeit der Selbsthilfekontaktstellen ist beendet. Sie haben ihren Auftrag für die Gesellschaft geleistet. Über 100.000 Selbsthilfeangebote sind doch ein deutliches Zeichen. Die Tätigkeit führt auch zu der von der Gesetzlichen Krankenversicherung beklagten Situation der Zersplitterung der gesundheitlichen Selbsthilfeszene. Dies sollte das Gesetz nicht weiter fördern.

Was hat die Versichertengemeinschaft davon, dass es Kontaktstellen in den Bundesländern gibt, die wenig bis gar nichts zu individuellen gesundheitlichen Problemlösungen beitragen. Wenn es nur noch den Spitzenverband Bund gibt, sollte dieser das Verzeichnis der Krankheitsbilder festlegen.

Die Bewilligung der Mittel sollte den einzelnen Kassen entzogen werden und nach einheitlichen Grundsätzen gemessen an den gelisteten Krankheitsbildern und der gesellschaftlichen Prävalenz durch den neuen Spitzenverband im Zusammenwirken mit den zwei Spitzenverbänden der gesundheitlichen Selbsthilfe verbindlich erfolgen.

Zu § 31 SGB V Arznei- und Verbandsmittel

Mit dieser Formulierung haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen, sich von Kosten zulasten einzelner Versicherter zu entlasten, wenn es gelingt Höchstpreise im Bereich der Zuzahlungsgrenzen durchzusetzen. Unternehmen ist es letztendlich egal, von wem sie den Preis für ihre Produkte bekommen, ob direkt durch die Krankenkasse oder über die Zuzahlung durch den Versicherten.

Vereinbarungen nach § 130 entlasten Kranke nur, wenn Kostenvorteile in ermäßigte Zuzahlungen durchgereicht werden. Krankenkassen sollten verpflichtet sein, die Budgets ihrer Versicherten pfleglich zu behandeln und wirtschaftliche Vorteile, besonders an Menschen mit geringem Familieneinkommen, durchzureichen.

Zu § 33 SGB V Hilfsmittel

Die Regelung führt zu einem reinen Preiswettbewerb. Es wird nicht sichergestellt, dass für alle Kassen die gleichen Qualitativanforderungen in Ausschreibungen anzuwenden sind. Unklar bleibt auch, wer an der Definition der notwendigen Qualität beteiligt sein soll. Es fehlt der Hinweis „der Versicherte ist auf Nachfrage über den Preis zu informieren“.

Die Wahlfreiheit richtet sich nach dem persönlichen Einkommen. Festbeträge sind häufig niedriger als die Marktpreise und führen zwangsweise zu weiteren Zuzahlungen, die nicht von der Überforderungsklausel erfasst werden.

Zu § 35 b SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimittel

In der Überschrift heißt es „Nutzen“ und in Absatz 1 soll daraus „medizinischer Zusatznutzen“ werden. Einen Zusatznutzen von Arzneimitteln gibt es nicht. Arzneimittel haben Wirkung und Nebenwirkung und patientenrelevante Auswirkungen auf die Lebensqualität. Das Gesetz soll dazu berechtigen, unterschiedliche Therapien nach einem nicht definierten Zusatznutzen und den Kosten zu bewerten. Besser wäre eine Bewertung nach Wirkung und kurzfristigen und langfristigen Nebenwirkungsprofil unter Berücksichtigung patientenrelevanter Lebensqualitätskriterien, basisgleicher Medikationen oder Behandlungsformen.

Es fehlt die Gesetzesnorm, dass Selbsthilfeorganisationen spezifischer Krankheiten an der direkten Diskussion und Festlegung eines Zusatznutzens beteiligt werden. Es fehlt auch am direkten Mitberatungsrecht.

Zu § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

Hilfsmittelhersteller suchen immer wieder den Kontakt zur gesundheitlichen Selbsthilfe, um Hilfsmittel krankheitsspezifisch zu produzieren. Deshalb sollte im Gesetz die Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen im Stellungnahmeverfahren fixiert werden. Das Gesetz sieht keine Regelung für die technische Wartung von Hilfsmitteln vor. Es gibt auch keine Regelung zur Feststellung des Endes der Gebrauchstauglichkeit von Hilfsmitteln.

Zu § 37 Häusliche Krankenpflege

Gut wäre wenn auch Orte der Tagespflege expliziert aufgeführt würden. Die Krankenpflege, insbesondere wenn es um die Überwachung der Tabletteneinnahme oder sonstiger Medikationen geht, wird durch Pflegedienste der Pflegekassen für Krankenkassen im selben Arbeitsgang durchgeführt. Da deren Tätigkeit zeitlich äußerst beschränkt ist, wäre es eine deutliche Verbesserung, wenn Einrichtungen der Tagespflege auch berechtigt werden, diese Art der häuslichen Krankenpflege zu leisten. Die zu Pflegenden unterliegen hier einer deutlich längeren „Überwachung“, was bei der Einnahme von hochpotenten Arzneimitteln deutlich günstiger ist, als in der kurzen zeitlichen Präsenz einer Pflegekraft zum Zeitpunkt der notwendigen Medikation.

Nicht verständlich bleibt die bisherige Regelung, dass die Dauer und der Umfang einer Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung „eine Satzungsleistung“ der jeweiligen Kasse sind, dafür gibt es keinen sachlichen Grund. Der Pflegebedarf eines Menschen hat keine unmittelbare Beziehung zur formaljuristischen Ausgestaltung von Satzungen.

Gut ist die Aufnahme der spezialisierten Palliativversorgung in den Leistungskatalog.

Zu § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Versicherte können bei einer Rehabilitationsmaßnahme auch zertifizierte Einrichtung wählen, mit der die Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Der neue Satz in Absatz 2 unterstellt, dass durch die Wahl einer anderen Einrichtung grundsätzlich Mehrkosten entstehen. Wählt der Versicherte eine günstigere zertifizierte Einrichtung, müsste ihm die Differenz der Kosten erstattet werden. Dies wäre ein Beitrag des Versicherten zum Preiswettbewerb zwischen gleichen Qualitäten!

Ermessensentscheidungen der Krankenkasse müssen eine generelle Ermächtigung des gemeinsamen Bundesausschuss haben, um die Interpretationsfähigkeit nicht einzelnen Kassen zu überlassen.

Es wird regelmäßig verkannt, dass bei einer Psoriasis emotional ausgelöster Stress zu einer Verschlimmerung der Krankheit führt und wenn dem Stress nicht adäquat begegnet wird, verpuffen rehabilitative Maßnahmen. Auch werden Patienten mit Schuppenflechte immer noch in kasseneigene Einrichtungen bevorzugt gelenkt, ohne, dass dies medizinisch zu begründen ist und notwendige Mediziner nur partiell vor Ort sind.

Gut ist, dass ein Rechtsanspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation eingeführt wird.

Versicherte können bei einer Rehabilitationsmaßnahme auch zertifizierte Einrichtung wählen, mit der die Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Der neue Satz in Absatz 2 unterstellt, dass durch die Wahl einer anderen Einrichtung grundsätzlich Mehrkosten entstehen. Wählt der Versicherte eine günstigere zertifizierte Einrichtung, müsste ihm die Differenz der Kosten erstattet werden. Dies wäre ein Beitrag des Versicherten zum Preiswettbewerb zwischen gleichen Qualitäten!

Ermessensentscheidungen der Krankenkasse müssen eine generelle Ermächtigung des gemeinsamen Bundesausschuss haben, um die Interpretationsfähigkeit nicht einzelnen Kassen zu überlassen.

Es wird regelmäßig verkannt, dass bei einer Psoriasis emotional ausgelöster Stress zu einer Verschlimmerung der Krankheit führt und wenn dem Stress nicht adäquat begegnet wird, verpuffen rehabilitative Maßnahmen. Auch werden Patienten mit Schuppenflechte immer noch in kasseneigene Einrichtungen bevorzugt gelenkt, ohne, dass dies medizinisch zu begründen ist und notwendige Mediziner nur partiell vor Ort sind.

Gut ist, dass ein Rechtsanspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation eingeführt wird.

Zu § 43 SGB V Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Etablierung von Schulungsmaßnahmen sollte eine „Muss“-Vorschrift sein. Wer Behandlung auf Augenhöhe partnerschaftlich fordert, sollte dafür auch die gesetzlichen Voraussetzungen verpflichtend schaffen.

Zu § 52 SGB V Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Die Aufnahme eines Verschuldensprinzips bei willkürlich ausgewählten körperlichen Eingriffen ist nur bei Vorsatz angemessen. Es gibt durchaus weitere Lebensweisen, die in die Verschuldensdiskussion mit einzubeziehen wären. Unklar bleibt, wie die Kausalität festgestellt werden soll. Verschuldenstatbestände zerstören Vertrauen in der medizinischen Betreuung. Wo ist das Ende, bei diesem punktuellen Anfang?

Zu § 53 SGB V Wahltarife

Selbstbehalte beenden die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Chronisch Kranke haben überhaupt nicht die Möglichkeit der Abwägung, Selbstbehalte in Anspruch zu nehmen. Gesunde Versicherte werden zu Lasten kranker Versicherter besser gestellt. Dies hat mit Solidarität nichts mehr zu tun. Die nicht Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen unterstellt, dass keine medizinische Betreuung notwendig war. Gesundheit wird belohnt. Das System der Prämienzahlung dürfte zum medizinischen Roulette von armen Menschen werden. Schleppe ich mich doch ins nächste Jahr, erhalte ich für das letzte Jahr Prämie. Die Belohnung mit Boni für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen konterkariert die freie Arztwahl. Freiwilligkeit wird quasi „abgekauft“. Außerdem können besondere Versorgungsformen flächendeckend in der Bundesrepublik nicht angeboten werden. Dies führt zur Diskriminierung von Versicherten insbesondere auf Inseln und in großen Flächenländern. Tarife für Kostenerstattung sind Selbstbehalte.

Mindestbindungsfristen bei gesundheitlichen Leistungen, die quasi über Nacht bei der Schuppenflechte erstmalig und überraschend notwendig werden können, sind moralisch nicht anständig. Solch lange Kündigungsfristen findet man nicht im Arbeitsrecht, im Wohnrecht, im allgemeinen Vertragsrecht!

Effizienzsteigerungen gehen nur zu Lasten anderer Kostenfaktoren oder sind reine Rationierung durch Leistungsausgrenzung wegen persönlicher finanzieller Belastung. Auch hier wird das Solidarprinzip Gesunde und Kranke finanzieren gleichermaßen die Krankheitskosten beendet.

Es werden Kaskogemeinschaften nach Kostenstrukturen gesetzlich determiniert. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zu § 62 SGB V Belastungsgrenze

Wer definiert und kontrolliert rechtssicher „therapiegerechtes Verhalten“? Die Teilnahme an Programmen ist kein Indikator für ein solches erzwungenes Verhalten. Die Zuzahlungspflicht ist kein Instrument der Steuerung, sondern die Privatisierung von Kosten für Leistungen im Falle einer Erkrankung.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis erfährt eine weitere hohe Belastung.

Zu § 73 b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung

Der Hausarzt für Menschen mit Schuppenflechte ist überwiegend der Dermatologe. Es ist nicht hinzunehmen, dass mit dieser Wahl des Arztes des Vertrauens finanzielle Sonderbelastungen verbunden werden, wenn „freiwillige“ Angebote nicht genutzt werden.

Es fehlt bislang jeder wissenschaftliche Nachweis, dass das Angebot „einer besonderen hausärztlichen Versorgung“ tatsächlich die Gesundheitsversorgung in Deutschland für gesetzlich Versicherte verbessert. Warum soll ich zu einem minder qualifizierten Arzt gehen, wenn es für die Krankheit meines Zielorgans einen Spezialisten gibt? Warum gibt es diese Spezialisten denn überhaupt, wenn ich sie nicht direkt in Anspruch nehmen kann? Wie kann der Versicherte erkennen, dass der Allgemeinmediziner mit seinem „Latein am Ende“ ist und zur fachärztlichen Behandlung überweisen muss? Wer kontrolliert das? Was passiert dem Arzt, wenn er den Patienten auch noch aus anderen durchaus sachfremden Erwägungen in seinem Behandlungsrahmen hält? Wie ist dies, mit der „Partizipation in der Behandlung“ in Einklang zu bringen? Der Arzt will nicht überweisen, der Patient bekommt aber Schwierigkei-

ten mit der Krankenkasse, wenn er zu einem Facharzt geht. Wo bleibt hier die Freiheit des Versicherten? Es wird hier von Pflichtverstößen der Versicherten gesprochen. Wo sind die Folgen von Pflichtverstößen für Mediziner in diesem Punkt gesetzlich fixiert?

Zu § 73c SGB V Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

Dem Versicherten wird regelmäßig verschlossen bleiben, welche Verträge die Krankenkassen abgeschlossen haben. Die Wahl der geeigneten Krankenkassen und die damit verbundenen qualitativen Leistungsversprechen werden absolut intransparent. Der Preiswettbewerb unter den Kassen kann zu Abstrichen an der Qualität oder dem Umfang der zu erbringenden Leistung führen.

Das System der Gesundheitsversorgung ist für Menschen mit Schuppenflechte kaum noch durchschaubar.

Zu § 73d SGB V Verordnung besonderer Arzneimittel

Grundsätzlich spricht diese gesetzliche Regelung Fachärzten jedwede Kompetenz in der Bewertung von Wirkstoffen ab. Für Allgemeinmediziner könnte eine eingeschränkte spezielle Sachkunde über Wirkstoffe und Krankheiten angenommen werden.

Es soll nun den hoch spezialisierten Arzneimittellarzt geben. Eine Medikation ist aber nicht innerhalb einer Behandlungssituation isoliert zu betrachten. Dazu sind intensive Kenntnisse über den Patienten, seine gesamtgesundheitliche Situation, über sein soziales Umfeld und seinen Intellekt, seine Herkunft usw. notwendig, um in diesem Kontext eine Therapieempfehlung treffen zu können. Ein nur auf Arzneimittel spezialisierter Arzt kann diesen Hintergrund überhaupt nicht berücksichtigen.

Die Regelung verschleppt Behandlung, führt zum Arzthopping und zu massiven und unnötigen Wegekosten- und Zeitbelastungen der Kranken.

Unklar ist auch, wer „eine besondere Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität in der Anwendung bei einem Arzneimittel“ definiert. Patientensicherheit ist doch durch die Zulassungskriterien definiert und der Therapieerfolg ist ein Blick in die Zukunft auf der Basis von Studien und praktischen Erfahrung der Kranken.

Zu § 84 SGB V Arznei- und Heilmittelvereinbarung

Neben der Wirtschaftlichkeit einzelne Tabletten zu verordnen, gibt es auch Fälle, wo Krankenhauspackungen für Kranke die wirtschaftlichere Methode ist, und vor allen Dingen wiederholte Zuzahlungen vermeiden.

Zu §§ 85, 85 a und b SGB V

Vertragsärzte haben einen Anspruch auf angemessene Vergütung in Euro, die sicherstellt, dass Behandlungen auch am Ende eines Quartals noch stattfinden. Die sektoralen Budgets oder Richtgrößen der unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen führen zu fragwürdigen Allokationen mit der Folge von Unterversorgung schon wegen der Androhung von Regressen. Notwendig wären eine Vereinheitlichung der Kopfpauschalen und die Ausrichtung an den tatsächlichen Kosten. Kritisch ist der versichertenbezogene Austausch von Daten im § 85 b SGB V. Dies wird zur Identifizierung von schlechten Risiken bei den Kassen führen. Das ist nicht hinnehmbar.

Zu § 91 SGB V- Gemeinsamer Bundesausschuss

Dem Ministerium wird neu die Möglichkeit durch Rechtsverordnung gegeben, unmittelbar auf die inhaltliche Arbeit des Bundesausschusses einzuwirken. Die Handlungsautonomie des Ausschusses wird beendet und anfällig für tagespolitische Eingriffe.

Die ehrenamtlichen Mitglieder von KBV, DKG und Krankenkassen werden durch hauptamtliche Mitglieder im Beschlussgremium ersetzt. Die Professionalisierung von Entscheidungsstrukturen unter Beibehaltung der Ehrenamtlichkeit von Patientenvertretern ist nur dann noch akzeptabel, wenn entsendende Organisationen zur Unterstützung der Patientenvertreter eine strukturelle und finanzielle Unterstützung erhalten und daneben eine professionelle Koordination und Unterstützung der Vertreter eingerichtet wird. Es besteht fortgesetzt sonst keine Beratungssituation auf Augenhöhe zwischen den Bänken.

Zu § 101 SGB V Überversorgung

Die Regelungen stellen nicht sicher, dass ein vertretbares Netz dermatologischer Einrichtungen den Kranken zur Verfügung steht. Wegezeiten und Wegekosten zu einem Facharzt von über 100 KM sind inakzeptabel.

Zu § 106 Abs. 5 a SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Richtgrößen korrespondieren nicht mit dem Sachleistungsanspruch der Versicherten. Gut ist, dass einheitliche und überprüfbare Regelungen für Praxisbesonderheiten festgelegt werden. Dies schafft eine verlässliche und sichere Basis bei den Vertragsärzten.

Zu § 126 Versorgung durch Vertragspartner

Vor Abschluss von Verträgen sollten die spezifischen gesundheitlichen Selbsthilfeorganisationen im Stellungnahmeverfahren beteiligt werden. Erst Kranke, die Hilfsmitteln nutzen, stellen fest, ob geforderte Qualitäten und Eigenschaften auch vorliegen und ein Hilfsmittel tatsächlich bestimmungsgemäß gebrauchstauglich ist, wenn keine Studien zum Nutzen und der Verbesserung der patientenrelevanten Lebensqualität vorliegen.

Zu § 133 SGB V Versorgung mit Krankentransportleistungen

Die Zunahme an Krankentransporten ist eine Folge der Verkürzung von Liegezeiten in Krankenhäusern mit Verlagerung in die Ambulanz. Abschläge sind eine reine Kostenverlagerung in den privaten Bereich und eine zusätzliche Mehrbelastung ohne medizinische Begründung für Kranke.

Zu § 135 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Fristen sollten für alle Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten. Über z.B. die Hautkrebsvorsorge debattiert der Ausschuss bereits seit über 16 Jahren - ohne Ergebnis!

Zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis

Es ist zu unterstützen, dass das Hilfsmittelverzeichnis Leistungsansprüche nicht verbindlich definiert.

Zu § 139 a SGB V Aufgabendurchführung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zukünftig eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt wird. Der Arbeitsauftrag wird außerdem auf die Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung erweitert.

Die Erweiterung des Arbeitsauftrages des IQWIGs wird dann mit erheblichen Problemen für die Versorgung verbunden sein, wenn das IQWIG sich nur an evidenten Studien orientiert, die häufig gar nicht vorliegen. Gut wäre es, wenn Leitlinien der Fachgesellschaften verbindlich herangezogen werden, wenn Studien meist aus wirtschaftlichen Erwägungen nicht vorliegen oder eine mindere Evidenz haben. Dies schafft bezüglich eines etwaigen Leistungsanspruches die Gewähr, dass Erstattungsansprüche auf der Basis des Wissens und nicht nur auf der Basis von (zufälligen) Studien erfolgen, wenn die Ergebnisse des IQWIGs über den Gemeinsamen Bundesausschuss für verbindlich erklärt werden.

Leistungsausgrenzung darf nicht mit fehlenden Studien begründet werden!

Zu § 242 SGB V Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Regelung wird dazu führen, dass Krankenkassen aus Gesichtspunkten des eigenen Überlebens, nicht den Weg über Zusatzbeiträge gehen werden, sondern auf der Leistungsebene besondere Hürden für schlechte Risiken, wie eine Erkrankung an Schuppenflechte, aufbauen oder wo es geht, schlicht Leistungen direkt verweigern, wenn eine finanzielle Notlage entsteht oder bereits vorhanden ist. Auch Entscheidungen auf die lange Bank zu schieben, durch differenzierte Befragungen des Medizinischen Dienstes, wird eine Folge sein. Mit der Einführung eines nur von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrages wird die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung weiter aufgelöst. Auch die Arbeitgeberbeiträge werden durch die Arbeit Abhängigbeschäftigter erwirtschaftet und sind deshalb uneingeschränkt legitim.

Die besondere Benachteiligung kleiner Einkommen ist unsozial und antisolidarisch.

Zu § 266 SGB Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond

Unklar bleibt, welche Determinanten die Höhe der notwendigen Zuweisungen bestimmen.

Zu § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

An der Beschreibung von Begutachtungsregeln sollten krankheitsspezifische Selbsthilfeorganisationen im Stellungnahmeverfahren beteiligt werden. Der DPB hat dem MDS wiederholt Anhaltspunkte zur Begutachtung zur Verfügung gestellt, ohne dass es zu einer inhaltlichen Diskussion oder zu sonstigen Hinweisen gekommen ist, wie diese Anhaltspunkte Eingang in die konkrete Arbeit des MDS gefunden haben oder warum diese ggf. verworfen wurden.

Deutscher Psoriasis Bund e.V.

November 2006