



Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Selbsthilfe bei Schuppenflechte seit 1973
Seewartenstraße 10 · 20459 Hamburg
Telefon 040/22 33 99 0 · Telefax 040/22 33 99 22
E-Mail: info@psoriasis-bund.de
Internet: www.psoriasis-bund.de

DPB · Seewartenstraße 10 · 20459 Hamburg

Vorstand:
Ottofrid Hillmann (Vorsitzender)
Annette Behlau-Schnier (stellv. Vorsitzende)
Helene Ball
Manfred Greis
Marius Grosser

Bank für Sozialwirtschaft Hannover
BIC BFSWDE33HAN
IBAN DE68 2512 0510 0007 4234 00

Amtsgericht Hamburg 69 VR 7970

USt-Nr. 17/414/01130
USt-ID-Nr. DE118713326

Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bund e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – (GKV-VSG))

1. Der vorgelegte Gesetzentwurf löst das Problem der Unterversorgung von 500.000 Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Psoriasis in Deutschland nicht. Die hohe Zahl der fehl- oder gar nicht behandelten Versicherten mit Schuppenflechte wird seit fünf Jahren kontinuierlich durch die Versorgungskonferenz Psoriasis festgestellt, ohne dass sich grundlegend etwas daran ändert. Die Reaktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Verantwortliche für den Sicherstellungsauftrag, die inhaltlich ohne Substanz bleibt, ist beigefügt.
2. Der Gesetzentwurf löst auch nicht die Aufgabe der Bundesregierung, gemäß der WHO-Resolution zur Psoriasis aus Mai 2014 sich dem Problem der Schwere der Erkrankung sowie dem gesellschaftlichen Stigma dieser Volkskrankheit adäquat zu stellen.
3. Der Gesetzentwurf löst auch nicht das immer noch offene Problem der regelmäßigen Überprüfung des Vorliegens einer Berufshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe und der Zahlung der Versicherungskosten. Die Verantwortung dazu liegt allerdings in den Ländern. Versicherte Kranke vertrauen stillschweigend auf die Vorlage einer ausreichenden und im Schadensfall auch belastbaren Berufshaftpflichtversicherung bei Vertragsärzten. Dies ist ein solidarischer Anspruch, der von der Bundesregierung auch solidarisch durchzusetzen ist.
4. Der Gesetzentwurf betraut den Gemeinsamen Bundesausschuss mit einer Fülle neuer Aufgaben, ohne dafür Sorge zu tragen, auch die ehrenamtliche Mitberatung indikationsbezogener Patientenvertreter nachhaltig zu verstärken. Wo und wie sollen die ehrenamtlich tätigen sachkundigen Patientenvertreter für zusätzliche Aufgaben gewonnen werden und welche finanziellen Auswirkungen auf Patientenverbände hat das? Welche Kompensationen sind vorgesehen?
5. Die verfassungsrechtlich bedenkliche Verknüpfung von § 25 SGB V und § 62 SGB V ist medizinisch nicht zu begründen. Die Untersuchungen zum Checkup 35 können chronische Erkrankungen nicht vorhersagen und vor allem nicht verhindern. Damit verknüpft der Gesetzgeber Sachverhalte, die ursächlich in keinem Zusammenhang stehen und sanktioniert sachfremd später eintretende, chronische Erkrankung durch Verweigerung der Absenkung der Zuzahlung. Eine Psoriasis-Erkrankung erfolgt auf Grund anderer Faktoren (genetische Prägung, Trigger). Die mit dieser Vorschrift verbundene, lückenlose Dokumentation, die im Einzelfall 70 Jahren überschreiten könnte, ist beispiellos in Deutschland!

§ 27 b Zweitmeinung

Grundsätzlich gut ist es, wenn Versicherte präzise beschriebene Ansprüche auf Leistungen haben. Das Recht der freien Arztwahl schließt eigentlich die Möglichkeit einer Zweitmeinung nicht aus. Mit dieser Regelung will der Gesetzgeber die unnatürlichen Steigerungsraten von planbaren

operativen Eingriffen auf ein sachgerechtes Maß zurückführen. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung immer wieder genau solche Eingriffe notwendig macht und zu keiner systematischen Veränderungen führt. Hier liegt die Wurzel der Unzufriedenheit.

Die Zweitmeinung darf nicht von demselben Arzt oder von derselben Einrichtung eingeholt werden, in der der Eingriff durchgeführt werden soll. Dies ist auch grundsätzlich eine vernünftige Entscheidung, die allerdings verkennt, dass es sich um spezialisierte Ärzte handelt, die wechselseitig jeweils zu Zweitmeinungen herangezogen werden. Besser wäre, wenn es eine grundsätzlich von der Leistungserbringung unabhängige Stelle gäbe, die völlig losgelöst von ökonomischen Interessen der Leistungserbringung für eine Zweitmeinung zur Verfügung stünde. Der Gesetzgeber unterschätzt den hohen Korpsgeist unter Medizinern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in einer Richtlinie die Qualitätssicherung konkretisieren. Bei dieser Art der Qualitätssicherung geht es letztendlich nur um die Handlungsanweisung für die Durchführung für beteiligte Mediziner. Viel wichtiger für Patienten ist die Ergebnisqualität, gemessen an deren Auswirkungen für die individuelle Lebenswelt. Dafür sieht das Gesetz aber keine Regelung vor. Der Gesetzgeber beschränkt sich bezüglich der Qualitätsanforderungen nur auf Struktur- und Prozessvorgaben. Das Behandlungsergebnis scheint dem Gesetzgeber völlig egal zu sein.

Bei planbaren Operationen infolge einer Psoriasis-Arthritis durch Gelenkversteifung, Gelenkverlust oder Dauerschmerz ist es für den Patienten nicht nur wichtig, dass die Prozessqualität stimmt. Dies wird stillschweigend vorausgesetzt. Wichtig für den Patienten ist, dass er nach der Operation nachhaltig das prognostizierte Ziel der Operation in seinem Leben auch tatsächlich erfährt.

§ 39 Entlassungsmanagement nach Krankenhausbehandlung

Sehr befürwortet wird, dass der Gesetzgeber den Sektorenübergang „Krankenhaus – Ambulante Versorgung“ regelt. Zum Regelungsumfang der Krankenhäuser sollte aber auch zählen, dass die durchgängige Medikation des aus dem Krankenhaus entlassenen Patientensichergestellt ist. Ein verbindlicher Termin beim ambulant tätigen Haus- oder Facharzt muss verfügbar sein, bevor die im Krankenhaus verordneten Arzneimittel aufgebraucht sind. Offen lässt der Gesetzgeber, wie er die Adhärenz des Patienten, der über das Krankenhaus über Therapieziele und Zielerreichungskorridor beraten wurde, sicherstellt. Beim nachbehandelnden Vertragsarzt greifen die unbekanntes Rabattverträge in unsäglicher Weise in die Adhärenz ein. Bekannt ist, dass Mediziner aus nicht medizinischen Erwägungen häufig das „Aut-Idem-Kreuz“ nicht setzen. Diese Situation bleibt ungeklärt und geht zu Lasten des versicherten Kranken.

Der Versicherte hat zwar einen Anspruch auf Unterstützung, ist dabei aber wieder nur Medium und nicht Akteur, denn das Krankenhaus bestimmt mit Leistungserbringern, offensichtlich ohne Einbeziehung des Patienten, die Aufgaben des Entlassungsmanagements. Unklar bleibt, was der Hinweis auf die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung tatsächlich umfasst. Sind hierbei die Vielzahl der unbekanntes Rabattverträge und Austauschmodalitäten durch das Krankenhaus zu berücksichtigen? Was nützt dem Versicherten ein unmittelbarer Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassungsmanagements, wenn er keinen zeitlich fixierten Behandlungsanspruch durch Vertragsärzte erhält? Unverständlich bleibt, warum der Gesetzgeber nicht – wie sonst auch – den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, Richtlinien über das Entlassungsmanagement zu erlassen, so dass die Patientenperspektive unmittelbar Einfluss durch Mitberatung erhält.

§ 40 Wahl einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt, weil diese das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten verbindlich macht. Sollte ein Versicherter seine zugelassene Einrichtung ohne Versorgungsvertrag wählen, dann muss ihm zumindest durch den Kostenträger dargelegt werden, welchen Anteil der Kosten dieser tatsächlich nur bereits ist, zu übernehmen. Nur so kann der Versicherte ermessen, welche tatsächlichen Kosten er aufgrund seines Wahlrechts konkret selbst tragen muss. Diese Forderung ist nicht unbillig, da die Kostenträger genau wissen, welche Preise sie vertraglich in Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V abgeschlossen haben.

§ 63 Verzicht auf Satzungsregelung

Die Regelung schafft Intransparenz und wird gegen Entbürokratisierung aufgewogen. Die Verträge von gesetzlichen Krankenkassen sind nicht öffentlich. Nicht einmal dem Versicherten der Krankenkasse sind diese zugänglich. Der Satz sollte beibehalten werden, damit Versicherte der Kasse sich überhaupt unterrichten können, was die jeweilige Krankenkasse mit Modellvorhaben beabsichtigt. Modellvorhaben sind in der Regel so angelegt, dass sie zu Kosteneinsparungen bei den Krankenkassen führen, nicht unbedingt aber wirkliche Vorteile für Versicherte bringen.

§ 73 b Hausarztzentrierte Versorgung

Einerseits wird der Gemeinsame Bundesausschuss durch den Gesetzgeber beauftragt, nach evidenten Kriterien Richtlinien zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zu formulieren. Auf der anderen Seite werden nun ausdrücklich auch Leistungen möglich, deren Evidenz nicht nachgewiesen ist, da diese nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zählen müssen. Damit verstärkt Gesetzgeber die unsägliche Situation der IGeL-Leistungen ohne Nutzenbeleg. Krankenkassen dürfen bewusst wettbewerblich gegen die Vorschrift des § 12 SGB V verstoßen?. Ob innovative Leistungen tatsächlich einen patientenrelevanten Nutzen haben, bleibt offen. Damit werden Versicherte zum Versuchsfeld von gesetzlichen Krankenkassen, die Kosten für medizinische Leistungen ohne jede Evidenz tragen, um daraus Wettbewerbsvorteile zu generieren. Geht es dem Gesetzgeber um die kranken Versicherten oder um die Wettbewerbsmöglichkeiten gesetzlicher Krankenkassen?

Durch Wegfall der Praxisgebühr haben Versicherte keinen finanziellen Vorteil mehr, an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen. Es fehlt bislang jeder evidente Nachweis, dass die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung tatsächlich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führt. Außerdem bleibt nach wie vor unregelt, wann der Hausarzt das Ende seiner medizinischen Kompetenz erreicht hat und zwanghaft kranke Versicherte an Fachärzte zur abschließenden Weiterbehandlung überantworten muss. Auf die Unter- und Fehlversorgung von Psoriasis-Patienten wurde bereits hingewiesen! Solange der Gesetzgeber den tatsächlichen Vorteil für gesetzlich Versicherte durch primäre Nutzung eines Hausarztes nicht herausstellt und die fachkompetente Behandlung strukturell sicher für die Versicherten darstellt, führt dies nicht zu einer verbesserten Behandlungssituation des Versicherten. Die Überlegung basiert nicht auf medizin-wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf ökonomischen Betrachtungen des Versorgungssystems, weil angeblich die Hausarztbehandlung preiswerter erscheint. Studien der Versorgungsforschung belegen das am Beispiel des niederländischen Versorgungssystems nicht. Es ist nicht billiger, sondern teurer. Im Übrigen fehlt es an jeder evidenten Aussage zur Ergebnisqualität einer hausarztzentrierten Versorgung. Das der Gesetzgeber Ergebnisqualität eigentlich erwartet, ist § 130c zu entnehmen, da dort Preise an messbare Therapieerfolge geknüpft sind, ohne jedoch Therapieerfolg gesetzlich zu definieren.

§ 75 Terminservicestellen

Es ist begrüßenswert, dass der Gesetzgeber sich der Terminierung von Facharztterminen durch gesetzlichen Eingriff widmet.

Die Grundvoraussetzung des Vorliegens einer Überweisung konterkariert allerdings die freie Arztwahl. Chronisch Kranke gehen wegen ihrer chronischen Erkrankung nicht zum Allgemeinmediziner, um sich eine Überweisung für den Facharzt geben zu lassen. Diese Versicherten suchen den Facharzt direkt auf.

Das Problem der Terminvergabe besteht auch ohne Vorliegen einer Überweisung. Darüber hinaus verkennt der Gesetzgeber, dass insbesondere chronisch Kranke sich um Termine bei Fachärzten und insbesondere beim Arzt des Vertrauens schon aus eigenem Interesse stark bemühen.

Der Weg über eine Terminservicestelle stellt die Vertrauensbeziehung zum jeweiligen Arzt ins Abseits. Die Folge wird sein, dass chronisch Kranke über unterschiedliche Arztpraxen „wandern“ müssen. Versichertendaten werden über unzählige Praxen verteilt. Datensparsamkeit wird in das Gegenteil verkehrt. Wie die angemessene Wegstrecke, Wegstreckenkosten und die dafür aufzubringende Zeit – insbesondere von Berufstätigen – gefasst werden soll, bleibt offen. Schon jetzt

fahren gesetzlich Versicherte in Flächenländern, von den Inseln oder aus dem Gebirge, erhebliche Wegstrecken und zwar ohne auf öffentliche Verkehrsmittel zurückgreifen zu können.

Es ist für einen Versicherten mit einer Psoriasis oder Psoriasis-Arthritis im aktuellen Schub nahezu unterlassene Hilfeleistung, wenn dieser Erkrankte vier Wochen auf einen Facharzttermin bei einem ihm unbekanntem Vertragsarzt warten muss. Im Übrigen sollte auch gelten, dass am vereinbarten Tag auch die vereinbarte Uhrzeit so verbindlich gefasst ist, dass die tatsächliche Wartezeit beim Arzt 30 Minuten nicht überschreitet. Bei schwacher öffentlicher Verkehrsinfrastruktur müssen die Versicherten nicht nur den Arzttermin, sondern auch die Fahrtzeit koordinieren können. Arzt und Patient kennen den Termin rechtzeitig vorher und es ist nicht unbillig, dass beide sich darauf einstellen.

§ 75 a Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Vertragsärzte sind freiberufliche Selbstständige. Diese arbeiten auf der Basis der Gewinnmaximierung im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten. Wieso mit Beiträgen der gesetzlich Versicherten die Weiterbildung der Allgemeinmediziner zusätzlich hälftig zu finanzieren ist, erschließt sich nicht. Es ist ureigenes Interesse eines Anbieters einer Leistung, dass er diese auf dem höchsten qualitativen Niveau erbringt, um nicht im Leistungswettbewerb zu erliegen. Es ist Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages auch die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen. Dies kann kein zusätzlicher finanzieller Auftrag der Versichertengemeinschaft sein.

§ 79 Vertreterversammlungen

Der Eingriff des Gesetzgebers in die Beziehungsstrukturen der kassenärztlichen Leistungserbringer stellt einmal mehr diese Struktur selber in Frage. Welchen Vorteil haben gesetzlich Versicherte durch die Existenz des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung? Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gezeichnet durch Verteilungskämpfe der Zuweisung von Honorarvolumen.

Darüber hinaus sind die Volumina in der Bundesrepublik Deutschland in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus unterschiedlich. Dies ist gesetzlich Versicherten nicht plausibel vermittelbar.

§ 87 b Vergütung der Ärzte

Die Behandlung einer Psoriasis und einer Psoriasis-Arthritis wird aufgrund besseren Wissens des pathologischen Geschehens immer schwieriger. Mittlerweile hat sich eine Spezialisierung durch „Psoriasis-Netze“ in der Facharztgruppe herausgebildet. Es ist absolut nicht hinnehmbar, dass minderqualifizierte Hausärzte Facharztbehandlungen an Menschen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis abrechnen können, die selbst Fachärzte vor medizinische Probleme stellen. Damit wird mindere Qualität bezahlt. Wichtiger wäre, innerhalb der Facharztgruppe den besser spezialisierten Psoriasis-Netz-Ärzten für die bessere Qualität einen Honorarzuschlag zu gewähren. Es ist nicht hinnehmbar, dass ein minderqualifizierter Arzt den gleichen Honoraranspruch wie ein höher qualifizierter Facharzt hat. Besser wäre den zwingenden Übergang vom Allgemeinmediziner zum Facharzt zu regeln, damit leidvolle Patientenkarrerien verhindert werden. Die Änderung in Absatz 2 Satz 2 folgt dem Ansatz besserer Vergütungsregeln für Praxisnetze. Dies sollte allerdings durch Verrechnung auch innerhalb der Facharztgruppe erfolgen. Im Übrigen ist immer noch nicht sichergestellt, dass Vertragsärzte für die gleiche Leistung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland auch die gleiche Vergütung erhalten. Für diese Situation gibt es weder eine medizinische noch eine sachlich-ökonomische Begründung.

§92 a Innovationsfonds

Der Innovationsfonds ist nicht so angelegt, die Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung gesetzlich Versicherter in Deutschland zu verbessern. Gefördert werden neue Versorgungsformen nur mit Blick auf ökonomische Effizienz. Naturwissenschaftliche Tatsachen kollidieren regelmäßig aber mit ökonomischen Überlegungen.

Kranke gesetzlich Versicherte haben nur ein Interesse am Ergebnis ihrer Versorgung. Unklar bleibt bei der Formulierung der Vorschrift, ob mit neuen Versorgungsformen auch die inhaltliche Einbeziehung der Tätigkeit von Patientenselbsthilfeorganisationen gemeint sein kann. Durch die Studien PsoReal und PsoPlus hat der DPB mit wissenschaftlicher Methodik zeigen lassen, dass Patienten mit Schuppenflechte einen Vorteil durch eine Mitgliedschaft gegenüber solchen Patienten in Behandlung ohne Mitgliedschaft haben. Der Fonds sollte auch für indikationsbezogene Patientenselbsthilfeverbände Möglichkeiten der Erprobung z.B. für bessere Information, Schulung usw. ermöglichen.

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Unterliegen Vertragsärzte der latenten Bedrohung durch Prüfvorgänge ökonomischer Natur hat dies einen Einfluss auf medizinisches Handeln, was die Unterversorgung von Menschen mit Psoriasis unethisch belegt! Jede ökonomische oder administrative Erwägung des Arztes darf keine Auswirkung auf medizinische Notwendigkeiten haben.

§ 117 Überweisung in Fachambulanzen

Wenn der Gesetzgeber die Honorierung einer Facharztbehandlung beim Allgemeinmediziner zulässt, dann muss er auch die Überweisung des Allgemeinmediziners in Fachambulanzen der Krankenhäuser zulassen. Der Gesetzgeber wechselt wiederholt die Betrachtungsebene zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt ohne schlüssige Begründung.

§ 140a Besondere Versorgung

Verträge der AOK Thüringen und der Techniker Krankenkasse zur „besonderen“ Behandlung von Versicherten mit Psoriasis-Arthritis belegen, dass im Preiswettbewerb der Kassen Verträge abgeschlossen werden, die medizinischen Unsinn beinhalten und absolut keinen Vorteil für die kranken Versicherten bedeuten. Diese Verträge bedienen nur ökonomische Interessen der Vertragspartner ohne jede Patientenperspektive.

Es bedarf einer Prüfstelle, die Verträge zur „besonderen Versorgung“ überprüft und genehmigen muss, damit diese dem Stand des medizinischen Wissens entsprechen. Eine solche Prüfung können auch indikationsbezogene Patientenselbsthilfeverbände mit ihren wissenschaftlichen Beiräten leisten.

Deutscher Psoriasis Bund e. V.