



Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Über 35 Jahre Selbsthilfe bei Schuppenflechte
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:
Horst von Zitzewitz (Vorsitzender)
Ottofrid Hillmann (stellv. Vorsitzender)
Annette Behlau-Schnier
Joachim Koza
PD Dr. Thomas Rosenbach

Bank für Sozialwirtschaft Hannover
Konto-Nr. 74 234 00 · BLZ 251 205 10
BIC BFSWDE33HAN
IBAN DE68 2512 0510 0007 4234 00

Postbank AG Hamburg
Konto-Nr. 2018-209 · BLZ 200 100 20

Amtsgericht Hamburg 69 VR 7970

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

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V.

Der Deutsche Psoriasis Bund e.V. (DPB) unterstützt das Ziel der Bundesregierung, eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Bereits aufgrund der demographischen Entwicklung ist der Bedarf an medizinischen Leistungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen, während die wohnortnahe Versorgung aufgrund struktureller Mängel im Gesundheitssystem für Ärztinnen und Ärzte sowohl im Bereich der Niederlassung als auch in Krankenhäusern nicht mehr attraktiv ist.

Der derzeitigen Entwicklung muss gerade auch für chronischen Hautkranke Menschen mit Psoriasis durch geeignete Weichenstellungen entgegengewirkt werden.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt die Bundesregierung insbesondere folgende Ziele:

- Auch in der Zukunft soll eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt werden,
- Die vertragsärztliche Versorgung soll flexibilisiert und regionalisiert werden,
- Innovationen sollen schneller in die Praxis umgesetzt werden,
- Wettbewerbliche Instrumente sollen die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter erhöhen.

Problematisch ist die Ausgangslage der Über- und Unterversorgung im Gesundheitssystem. Derartige Fehlentwicklung dürfte es aufgrund der bisherigen Gesetzeslage gar nicht geben, wenn die für die Systemsteuerung verantwortlichen Selbstverwaltungspartner im Gesundheitssystem ihren gesetzlichen Auftrag nachgekommen wären. Daraus folgt für den DPB, dass im Rahmen der Rechts- und Fachaufsicht der Gesetzgeber mehr als bisher sicherstellt, dass die Verantwortlichen angehalten sind, sich gesetzeskonform zu verhalten. Es fehlt dazu eine gesetzliche Sanktion (z.B. ein Verbandsklagerecht).

Der DPB sieht die Installation von Wettbewerbselementen mit Sorge. Aufgrund der Ausgangslage und der bisherigen Erfahrungen ist das Gesundheitssystem für Wettbewerbselemente nur beschränkt geeignet. Im aktuellen System erlangt derjenige Kostenträger einen „Wettbewerbsvorteil“, indem er „schlechte Risiken“ meidet und Ausgaben für kranke Versicherte reduziert, obwohl die Leistungsinhalte im Wesentli-

chen gesetzlich festgelegt sind und mithin einem Preiswettbewerb de facto kaum zugänglich sind.

Der Deutsche Psoriasis Bund unterstützt die Zielsetzungen dem Grunde nach und nimmt zu den einzelnen Regelungen wie folgt Stellung:

1. § 11 Leistungsarten

Die schleichende Aufweichung des solidarischen Leistungskataloges hin zu einer kassenindividuellen Gestaltung (z.B. „Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen auszuweiten“) führt nach Auffassung des DPB zwangsläufig zu Strukturen der privaten Krankenversicherung hin. Die Tendenz der Organisation der medizinischen Versorgung gemäß § 1 Sozialgesetzbuch für abhängig Beschäftigte nach erwerbswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu strukturieren, nimmt zu. Das Gesetz beschleunigt diesen schleichenden Prozess. Die Gesetzliche Krankenversicherung schafft sich damit allmählich ab. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen für gesetzlich Versicherte hat keinen Marktauftrag.

2. § 20c SGB V Förderung der Selbsthilfe

Obwohl der Gesetzgeber die ausdrückliche Beteiligung von Patientenvertretern wünscht und über die Patientenbeteiligungsverordnung formal bestimmt hat, baut diese Patientenbeteiligung auf keiner von den GKV-Versicherten finanzierten Struktur auf, wie sie der Selbstverwaltungs-partnerschaft zur Verfügung gestellt wird. Der Gesetzgeber sollte gleiche Rahmenbedingungen schaffen, die den Anforderungen entsprechen.

3. § 99 Bedarfsplan

Die mitberatende Beteiligung der Länder ist davon abhängig zu machen, dass einheitliche Regelungen für alle Länder mit Beteiligung und Antragsrecht von Patientenvertreter geschaffen werden. Patientenbelange werden bei allen Entscheidungen im Gesundheitswesen berührt. Die medizinische Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten ist die originäre und eigentliche Aufgabe des GKV-System (Gesundheit zu erhalten, wieder herzustellen oder zu verbessern). Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist dabei Rechnung zu tragen. Für die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Ländergremien ist eine tragfähige und vergleichbare Infrastruktur zu den übrigen Beteiligten zu schaffen.

4. § 101 Überversorgung

Begrüßt wird, dass mit den Veränderungen im Gesetz für Versicherte die wohnortnahe bestmögliche Versorgung geschaffen werden soll. Das Gesetz enthält aber leider keine Parameter, was z.B. die beste wohnortnahe Versorgung für Menschen mit Schuppenflechte abbildet. Nach welchen Kriterien eine solche gewünschte bestmögliche Versorgung bewertet wird, bleibt offen. Die Regelungen hierüber sind derart wesentliche, dass diese eine direkte parlamentarischer Entscheidung erfordern.

5. § 103 Zulassungsbeschränkung

Durch den neuen Satz 2 muss klargestellt sein, dass in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen eine finanzielle Förderung durch den Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Verzicht auf eine neue Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 zwingend geregelt wird. Die Kassenärztliche Vereinigung muss Praxen in überversorgten Gebieten aufkaufen müssen. Die im Entwurf vorgesehene Dispositionsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung wäre mit den wesentlichen Zielen des Gesetzes sonst nicht in Einklang zu bringen.

6. § 105a Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Gefordert wird die Patientenbeteiligung auch bei der Planung und der Zuweisung von Mitteln aus den Strukturfonds. Dies gilt in gleicher Weise auch für die Patientenbeteiligung bei allen Entscheidungen nach § 87 SGB V (Bundesmanteltarifvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).

7. § 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung

Der DPB sieht mit Sorge, dass die Krankheiten Psoriasis und Psoriasis-Arthritis fälschlich der spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden könnten. Dies führe – bei den geplanten Strukturen – für die an Psoriasis Erkrankten zu einer nicht hinnehmbaren Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität!

Die Wegstrecke und die aufzubringende Zeit für den Arztbesuch von Psoriasis-Patienten müssen auch in Flächenländern und an der Peripherie von Deutschland vertretbar bleiben, um dem grundgesetzlichen Anspruch gleicher Lebensverhältnisse gerecht zu werden. Dies wäre bei einer spezialärztlichen Versorgung im Hinblick auf die Behandlungsintensität (bei z.B. der UV-Lichtbehandlung 2-3 mal die Woche), die Behandlungsdauer (mehrere Monate im Jahr und das ein Leben lang) der Anzahl der Betroffenen (ca. drei Millionen an Psoriasis in Deutschland Erkrankter) nicht hinnehmbar.

Die Bundesregierung wird dringend gebeten, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der vorgetragenen Aspekte im Sinne der Erkrankten nochmals zu prüfen und patientenorientierte Veränderungen vorzunehmen.

8. § 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Es ist für den DPB irritierend, dass für die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das „wirtschaftliche Interesse“ von Unternehmen ausschlaggebend ist. Es ist nicht hinnehmbar, dass das unternehmerische Risiko einer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu der keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Nutzen und/oder den Schaden vorliegen, mit Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung „erprobt“ werden. Diese „Erprobung“ ist medizin-wissenschaftlicher Forschung vorbehalten und ggf. mit Steuermitteln zu finanzieren, wenn der Gesetzgeber darin eine gesellschaftliche Notwendigkeit erkennt. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist kein fi-

nanzielles Experimentierfeld unternehmerischer Interessen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne basales medizin-wissenschaftliches Wissen.

Die angestrebte Regelung steht im krassen Widerspruch zum Versorgungsauftrag des Gesetzes.

Es genügt als Innovationskraft der Verbotsvorbehalt bei der Erbringung stationärer Leistungen, allerdings verbunden mit einer Pflicht zur Dokumentation, wenn der Nutzenbeleg fehlt.

9. § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

Die professionelle Unterstützung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten muss – gemessen an der Aufgabenstellung – sachgerecht sein. Dies wird auch mit dem vorliegenden Entwurf nicht hinreichend geregelt, obwohl der Gesetzgeber die Aufgaben der Patientenvertretung erweitert. Eine Infrastruktur (Personal- und Mittelausstattung) für in die Patientenbeteiligung einbezogene Organisationen, wie sie der von GKV-Versicherten finanzierten Selbstverwaltungspartnerschaft gegeben ist, sieht das Gesetz weiterhin nicht vor.

Der Gesetzgeber hat leider schon in den letzten Novellierungen des Sozialgesetzbuchs V keine solche Regelung geschaffen, die längst überfällig ist.

Da auch die Bundesregierung die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten als wesentlich erkannt hat und auf Länderebene erweitern will, fordert der DPB die Bundesregierung auf, durch eine gesetzliche Regelung die sachgerechten Mittel für eine Patientenvertretung zur Verfügung zu stellen.

10. § 303e Datenverarbeitung und Datennutzung

Die Regelung wird insofern begrüßt, weil damit indikationsbezogenen Selbsthilfeorganisationen die Möglichkeit eröffnet wird, über die maßgeblichen Organisationen anonymisierte indikationsspezifische Versorgungsdaten erhalten zu können. Dies schafft Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen.

11. Fehlende Regelung zur Berufshaftpflicht

Unverständlich bleibt, warum der Gesetzgeber die Berufshaftpflicht für Vertragsärzte immer noch nicht auf eine (bundes-) gesetzliche Basis stellt.

Damit bleiben gesetzlich Versicherte einer latenten Gefahr ausgesetzt, bei Behandlungsfehlern keine adäquate Entschädigung zu erhalten. Warum dieser Bereich fortgesetzt ausgespart bleibt, erschließt sich dem DPB nicht.