



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)
Otfrid 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

Zweite Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. zur Vorlage des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Niemand wird Einwände erheben, wenn die Krankenversorgung abhängig Beschäftigter durch ein Gesetz verbessert werden soll. Diese Verbesserung muss sich allerdings an den Krankenversicherten und nicht an der Leistungserbringer oder den Strukturen ausrichten und konkretisieren lassen.

Zu § 11 Leistungsarten

Der neue Absatz 6 ist zu streichen. Diese gesetzliche Regelung verschiebt private Kosten für Gesundheitsleistungen, deren Nutzen nicht belegt ist, in die Verantwortung der Versicherten einzelner Krankenkassen. Damit wird der Kern der solidarischen Gesetzlichen Krankenversicherung ausgehöhlt und Marktinteresse der Leistungserbringer mit ungewisser Qualität befriedigt. Dies ist zudem systemwidrig, weil § 11 SGB V eine andere Regelung für Leistungen vorsieht. Es ist höchst unseriös, Krankenkassen zu veranlassen ggf. mit Nutzlosem und Schädlichen Wettbewerb zu betreiben. Der vorgesehene § 6 befriedigt nur Marktinteressen von Leistungserbringern ohne Nutzen für einzelne Versicherte, für gesetzliche Krankenkassen oder das GKV-System.

Die Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann auch durch die gesundheitliche Selbsthilfe erreicht werden. Diesen Aspekt greift das Gesetz überhaupt nicht auf, obwohl mittlerweile unbestritten anzuerkennen ist, dass die Mitwirkung von Patientenvertreter bei den Bestimmungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verbesserung der Versorgungsstruktur durch Mitberatung beitragen. Der Gesetzgeber negiert diesen Sektor zu stärken. Bereits in § 1 SGB V ist die Selbsthilfe für Versicherte als Grundnorm festgelegt. „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ Dazu bietet die Vorlage keine gesetzliche Grundlage für ein Konzept. Die Vorlage berücksichtigt auch nicht § 2a SGB V, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Mit der Studie PSOreal (Augustin et al.) ist nachgewiesen, dass DPB-Mitglieder eine höhere Lebensqualität haben, therapietreuer sind und eine bessere Systemkenntnis haben, als andere gesetzlich Versicherte mit Schuppenflechte in Behandlung.

Zu § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

Das Sozialgesetzbuch V ist ein Schutzgesetz für Versicherte, bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze nur mit medizin-wissenschaftlichen evidenten Methoden behandelt zu werden. Welchen Anspruch gesetzlich Versicherte bezüglich einer Leistung haben, regelt das

Wirtschaftlichkeitsgebot. Die sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) zählen nicht dazu. Sie erfüllen grundlegende Ansprüche nicht.

Das Gesetz schützt gesetzlich Versicherte vor solchen Leistungen nicht.

Vorgeschlagen wird in § 12 Absatz 1 folgende Sätze einzufügen: „Es ist dem Leistungserbringer untersagt, Leistungen für Versicherte, die nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zählen, zu erbringen, wenn der Versicherte den Leistungserbringer nicht einzig und nur zur Erbringung einer privatärztlichen Leistung aufsucht. Zwischen der Erbringung einer vertragsärztlichen und einer privaten Leistung für einen Versicherten durch den Leistungserbringer müssen mindesten zwei Kalendertage liegen.

Eine unerlaubte aktive Ansprache des Leistungserbringers liegt auch vor, wenn Weisungsgebundene eine aktive Ansprache in den Räumen der Leistungserbringung vornehmen, wenn unklar ist, aus welchem Grund der Versicherte den Leistungserbringer aufsucht.

Jeder schriftliche, akustische oder sonstige visuelle Hinweis in einer Einrichtung eines Leistungserbringers gilt als aktive Ansprache des Leistungserbringers.“

Begründung: Jede medizinische Betreuung ist individuell. Die gewählte Begrifflichkeit „Individuelle Gesundheitsleistung“ ist in sich schon eine Täuschung. Es bleibt dem gesetzlich Versicherten verborgen, warum eine so genannte „Individuelle Gesundheitsleistung“ bei ihm zwingend erforderlich sein sollte, weil die evidenten Behandlungsmöglichkeiten der von der GKV finanzierten Behandlung nicht ausreichen. Ein Versicherter sucht einen Leistungserbringer im Vertrauen auf, um seinen Anspruch auf Leistung nach § 12 mit einem stillschweigenden Behandlungsvertrag erfüllen zu lassen. Wenn in dieser Zeit der Erledigung des stillschweigenden Behandlungsvertrages statt einer gesetzlichen eine privatärztliche Leistung als zielführender oder einzig hilfreich angeboten wird, kann durch den Versicherten in der Behandlungssituation keine rationale Entscheidung getroffen werden, da er nicht in der Lage ist zu ermessen, warum eine gesetzliche Leistung nicht zur Verfügung steht oder geringer wertig als eine private Leistung sein soll. Gerade für medizinische Handlungen müsste die Hürde zu solchen Verträgen noch höher sein, als der Gesetzgeber für Haustürgeschäfte aus gutem Grund gesetzlich geregelt hat. Es gibt gar keine Hürde, nicht einmal z.B. durch einen Widerruf.

Die zeitliche Trennung der Leistungen ermöglicht es dem Versicherten erst sich über die privatärztliche Leistung zu informieren und danach seine Entscheidung auszurichten.

Es ist zu unterbinden, dass innerhalb der Räumlichkeiten eines Leistungserbringers weisungsgebundenes Personal aktiv bei gesetzlich Versicherten mit der Erbringung „Individuellen Gesundheitsleistungen“ werben, wenn der Versicherte im Vertrauen auf eine gesetzliche Leistung den Leistungserbringer aufsucht. Das Werbeverbot für medizinische Leistungen erstreckt sich auch auf das Personal, das dem Leistungserbringer weisungsgebunden ist. Zwischen der Erbringung einer vertragsärztlichen Leistung und einer privatärztlichen Leistung als so genannte „Individuelle Gesundheitsleistung“ müssen mindestens zwei Kalendertage liegen, damit dem Versicherten überhaupt eine wirkliche, reelle Möglichkeit eröffnet ist, sich über Nutzen, Schaden und Kosten unbeeinflusst, außerhalb der Räumlichkeiten des Leistungserbringers sachkundig machen zu können. Eine vertragsärztliche Leistung als IGeL-Leistung dem Versicherten zu verkaufen ist unter Strafe zu stellen, weil damit der gesetzlich Versicherte ohne Wissen übervorteilt wird. Dies sollte bis zum Entzug des Rechts, als Vertragsarzt tätig zu sein, reichen.

Zu § 89 Schiedsstelle

Es gibt keine nachvollziehbare Argumentation, warum in der Schiedsstelle Patientenvertreter von der Mitberatung ausgeschlossen bleiben sollen.

Zu § 99 Bedarfsplan

Das Versorgungsgesetz negiert den grundgesetzlichen Anspruch, gleiche Lebensverhältnisse in allen Teilen der Bundesrepublik Deutschland zu gewährleisten. Um diesen Anspruch herzustellen, ist die mitberatende Beteiligung der Länder davon abhängig zu machen, dass

einheitliche Regelungen für alle Bundesländer mit Beteiligung und Antragsrecht von Patientenvertretern geschaffen werden. Dieser Regelung fehlt auch, eine tragfähige und vergleichbare Infrastruktur seitens der Patientenvertreter zu den übrigen Beteiligten zu schaffen.

Zu § 101 Überversorgung

Der Gesetzesvorlage fehlen die Parameter, was z.B. die beste wohnortnahe Versorgung abbildet (z.B. für Menschen mit Schuppenflechte). Welche Faktoren eine solche gewünschte bestmögliche Versorgung beschreiben, bleibt offen. Die Regelungen solcher Art sind derart wesentliche, dass eine direkte gesetzliche Norm erforderlich ist.

§ 103 Zulassungsbeschränkung

Die körperliche und die psychische Leistungsfähigkeit eines Arztes sind nicht anders als bei übrigen Menschen in anderen Berufen. Wenn der Gesetzgeber die Altersgrenze für vertragsärztliche Tätigkeiten aufhebt, muss sichergestellt sein, dass aus nachlassender, körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit von Vertragsärzten keine Risiken für Versicherte entstehen. Es fehlt eine solche Risiken ausschließende Gesetzesnorm. Vorgeschlagen wird im Absatz 4 nach Satz 1 folgenden Satz zu ergänzen: „Vertragsärzte, die die Altersgrenze überschritten haben, müssen sich im Abstand von 12 Kalendermonaten einmal vom Amtsarzt bescheinigen lassen, dass sie uneingeschränkt befähigt alle Anforderungen eines Leistungserbringers erfüllen.“ Diese ist deshalb zu fordern, weil der Gesetzgeber die unklare Berufshaftpflichtsituation von Vertragsärzten noch immer nicht gesetzlich geregelt hat. Vertragsärzte können unbemerkt ohne eine solche Haftpflichtversicherung tätig sein, da diese nur zu Beginn der Tätigkeit einmal nachgewiesen werden muss. Zur Höhe der Absicherung und Kontrolle von Berufshaftpflichtversicherungen gibt es keine gesetzliche Regelung. Dieser Tatbestand bleibt den Versicherten verborgen. Der Gesetzgeber überlässt zwangsversicherte, abhängig Beschäftigte einem unbekanntem Risiko.

Der Aufkauf von Arztpraxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Gebieten ist zwingend zu regeln. Nur so wird der Abbau der Überversorgung nicht von der Beliebigkeit von Entscheidungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abhängen, sondern sich durch Zeitablauf zwangsläufig ergeben. Bei der jetzt vorgeschlagenen Regelung bleibt im Übrigen unklar, wie der Wert aus vertragsärztlicher und aus privatärztlicher Tätigkeit getrennt wird. Das Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen könne sich allenfalls nur auf den Wert beziehen, der durch vertragsärztlicher Tätigkeit zum „anteiligen Praxisvermögen“ führte. Es kann nicht hingenommen werden, dass privatwirtschaftlich erworbene Vermögenswerte über Kassenärztlichen Vereinigungen in das System der selbstverwaltenden Gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden. Eine Regelung zur Trennung der Vermögenswerte fehlt.

Zu § 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung

Das Wort „besondere“ ist zu streichen. Damit wird sichergestellt, dass die ambulante, spezialärztliche Versorgung durch die Absätze 3 – 5 klar definiert ist.

Zu § 137c Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Gesetzesvorlage führt den neuen Begriff „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ ein. Was damit im weiten oder engeren Sinne gemeint sein könnte, bleibt unerklärt. Die Begründung liefert keine Begründung.

Zu fordern ist, dass der Begriff „Potenzial einer Behandlungsalternative“ ohne Beleg eines Nutzens definiert wird. Gesetzlich Versicherte sind vor Schäden durch unerprobte Methoden zu schützen. Eine klare Definition ist zwingend, weil sich dieser Begriff im § 137e wiederfin-

det und auch hier nicht definiert ist. Nicht die Schwere einer Erkrankung definiert die Methode, sondern der Nutzen einer Methode richtet sich an der ggf. Schwere der Erkrankung aus. In Absatz 2 wird geregelt, dass für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 137 Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln kann. Dieser Passus ist zu streichen.

Krankenhäusern ist die Behandlung einer „Erprobungsbehandlung“ strikt zu versagen, wenn eine regionale Begründung fehlt. Die Ergebnisse solcher Behandlungen finden keinen Eingang in den Erkenntnisgewinn des Gemeinsamen Bundesausschusses und die notwendige, wissenschaftliche Bewertung (Absatz 5). Ein solcher Anspruch Leistungen der Erprobung von Krankenhäusern zu erbringen, müsste einer örtlichen Versorgungsrelevanz zugrunde liegen, was bei einer Erprobung in der Regel nicht gegeben ist. Den Nachweis der Versorgungsrelevanz hat das jeweilige Krankenhaus zu erbringen.

In Absatz 6 wird geregelt, dass bei Einsatz eines Medizinproduktes der Anbieter mit wirtschaftlichen Interessen an einer Erprobung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen zuvor gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss nur eingeschränkt erklären muss, einige der entstehenden Kosten z.B. für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang zu übernehmen. Dagegen spricht sich der Deutsche Psoriasis Bund e. V. ausdrücklich aus! Der wirtschaftlich interessierte Unternehmer hat sein Medizinprodukt für die Erprobung kostenlos zur Verfügung zu stellen. Ansonsten werden Innovationskosten wirtschaftlich interessierter Unternehmen den gesetzlich Versicherten aufgebürdet. Im Übrigen hat der Unternehmer auch die Haftpflicht für die Versicherten, die mit seinem unerprobten Medizinprodukt behandelt werden, kostenmäßig sicherzustellen.

Der Deutsche Psoriasis Bund e.V. wiederholt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung keinen Innovationsauftrag für wirtschaftliche Interessen von Unternehmen hat!!! Die Gesetzliche Krankenversicherung ist kein finanzielles Experimentierfeld unternehmerischer Interessen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne basales, medizinwissenschaftliches Wissen über Nutzen und Schaden. Haftet die Bundesrepublik Deutschland für körperliche und weitere Schäden von gesetzlich Versicherten, die mit Methoden in der Erprobung behandelt werden, um wirtschaftliche Interessen zu begnügen? Erstattet der wirtschaftlich interessierte Unternehmer der GKV alle Kosten, wenn sich die Methode als nutzlos und wirtschaftlich nicht verwertbar herausstellt? Eine solche Regelung sieht das Gesetz nicht vor! Zahlt der Unternehmer bei festgestelltem Nutzen für die wirtschaftliche Verwertung Anteile aus der Verwertung und die Innovationskosten an die Versichertengemeinschaft?

Die Förderung medizin-wissenschaftlicher Innovationen in Deutschland ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Deutscher Psoriasis Bund e. V.
Hamburg, 11. Oktober 2011