



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

Eckpunkte zum Versorgungsgesetz Stellungnahme Deutscher Psoriasis Bund e.V.

Die zeitlich extrem kurzen Etappen von „Reformen“ am Sozialgesetzbuch V sind auffällig. Das Vertrauen in die solide Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten leidet darunter. Alle Reformen an Symptomen mündeten in steigenden Beiträgen der Versicherten oder schwerpunktmäßig in der gefühlten Ausdünnung des Leistungskataloges. Der DPB hat bereits am 17. März 2011 zum geplanten Versorgungsgesetz Stellung genommen (Anlage).

Schon in enger Auslegung des Grundgesetzes ist die Erhaltung der flächendeckenden medizinischen Versorgung ein Auftrag des Grundgesetzes, gleiche Lebensbedingungen in Deutschland zu gewährleisten. Gut, dass die Eckpunkte dem Grundgesetz folgend am Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung „festhalten“.

Die Eckpunkte sollen sich an den „Versorgungsbedürfnissen der Patienten“ orientieren. Wie werden diese Bedürfnisse bei Patienten ermittelt? Um welche Patienten bemüht sich das Versorgungsgesetz?

Notleidend sind die Angebote medizinischer Leistungen in der Fläche beispielhaft in den ostdeutschen Bundesländern. Die Verantwortung dafür tragen die Selbstverwaltungspartner. Nach dem aktuellen Report des wissenschaftlichen Instituts des AOK-Bundesverbandes gibt es keinen zahlenmäßigen Mangel an Ärzten. Vielmehr gibt es einen Überhang von 26 Prozent an Ärzten. Auch die Zahl der Studierenden ist nicht zurückgegangen.

Das Problem der Ausdünnung der Angebote vertragsärztlicher Leistungen insbesondere in Flächenländern und Randgebieten in Deutschland wurde über Jahrzehnte durch die gewählten Strukturen und die ungleichförmige Mittelzuweisungen in den Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen und unter den ärztlichen Fachgruppen manifestiert. Weder die Strukturen noch die Mittelzuweisungen orientieren sich an den Bedarfen der Bevölkerung. Der Mangel an Primärärzten ist aktuell.

Eine weitere Hypothese bleibt, dass ein medizinischer Fortschritt immer einen Mehrbedarf an ärztlicher Leistung erforderlich mache. Dient der medizinische Fortschritt nicht auch dazu, medizinische Leistungen zu minimieren? Auch die These, dass der Verbrauch an Medikamenten mit einem längeren Leben korreliert, ist nicht belegt.

Leitidee der Eckpunkte ist „die Verbesserung bzw. der Erhalt des freien Arztberufes und der Diagnose- und Therapiefreiheit“. Gehören damit Behandlungsziele mit qualitätsgesicherten patientenrelevanten Endpunkten nicht zur Leitidee dieser Eckpunkte? Soll die Ergebnisqualität gemessen an patientenrelevanten Eckpunkten nicht mit dem Versorgungsgesetz verbessert werden?

Dem DPB sind keine wissenschaftlichen Nachweise bekannt, dass eine bessere „Ausstattung“ des Arztberufes oder der Erhöhung der Arztzahlen die Versorgung von Psoriasis-Patienten qualitativ verbessert. Unklar bleibt, welche Maßnahmen durch das Versorgungsgesetz festgeschrieben werden, die Qualität der Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich für Patienten mit einer lebenslangen, genetisch bedingten, getriggerten Schuppenflechte erkennbar kontrolliert, verbessern sollen. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Überprüfung der Qualität der ambulanten medizinischen Leistung am Patienten leider fortgesetzt dem freien Lauf überlassen. Kranke gesetzlich Versicherte erhalten nicht einmal eine Dokumentation der an ihnen erbrachten Leistungen. Warum?

Zu den „Effizienzreserven“ an Sektorengrenzen wird auf die Anlage 2 verwiesen, die die Probleme für Patienten skizziert. Der Übergang zwischen den unterschiedlichen Vergütungssystemen ist nicht am Patientenwohl, sondern am Umsatz der Leistungserbringer orientiert. Warum wird die Vergütung medizinischer Leistungen bei einem Patienten nicht sektorenübergreifend geregelt?

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter Berücksichtigung vorgegebener Faktoren das vorzuhaltende Angebot an medizinischer Leistung sektorenübergreifend bestimmt, muss auch zwingend ein Sanktionsrecht gegeben sein, wenn die für die Versorgungsstruktur persönlich Verantwortlichen, die notwendigen Anpassungen nicht in einer vertretbaren Zeit realisieren. Patientenwohl tritt eindeutig vor finanzielle und strukturelle Überlegungen der Selbstverwaltung und sollte sich so auch im Versorgungsgesetz wiederfinden.

Es ist nicht neu, dass Regelungen des SGB V nicht eingehalten werden, weil Sanktionen nicht vorgesehen sind. Der Gestaltungsspielraum in der Auslegung des Sozialgesetzbuches V durch die Selbstverwaltungspartner sollte eine juristische Komponente, z.B. durch ein Klagegericht der im Deutschen Behindertenrat organisierten Verbände oder der BAG Selbsthilfe erhalten.

Bislang hatten politische Vertreter keine Funktion im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Politik begnügte sich mit der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Mit der Beteiligung von Ländervertretern erhalten landespolitische Auseinandersetzungen eine bundesweite Ausstrahlung. Um den Gemeinsamen Bundesausschuss vor wahltaktischen und tagespolitischen Auseinandersetzungen zu schützen, sollten die Länder nur überprüfbare Kennzahlen für die bevölkerungsbezogene Versorgung mit landesübergreifender Betrachtung dem G-BA für seine Entscheidungen zuliefern.

Die Frage der Evidenz und die Anforderungen des § 12, um den bundesweiten Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte zu bestimmen, haben keinen Bezug zu den Ländern. Welchen Erkenntniszuwachs erhält der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Mitwirkung eines Landesvertreters, wenn es um die Evidenz einer medizinischen Methode und deren medizinischen Qualität der Erbringung geht? Diese Antwort ist nicht gegeben.

Fraglich bleibt, ob der Über- und Unterversorgung mit Leistungsanreizen oder anderen monetären Vorteilen für Leistungserbringer begegnet werden kann. Diese Gestaltung hat auch bisher nicht funktioniert.

Ein niederlassungswilliger, freiberuflich tätiger Arzt richtet seine Entscheidung nach dem von ihm zu erzielenden Einkommen und nicht nach den medizinischen Bedarfen der GKV-Bevölkerung in einer Region aus. Es werden völlig verschiedene Faktoren in nicht tragfähige Beziehungen gesetzt. Es verbleibt das Monopol der Zulassung von Vertragsarztsitzen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Unter- und Überversorgungsprobleme verantwortlich sind.

Kassenärztliche Vereinigungen richten ihre Entscheidungen nach den sie tragenden Ärzten und nicht nach den Bedarfen der gesetzlich Versicherten aus. Warum werden in Ballungszentren Arztpraxen in Gebiete verlegt, wo das Geschäft mit Privatversicherten besser funktioniert? Die „Wanderungen“ zum besseren Geschäft insbesondere durch Fachärzte innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung dürfte bekannt sein. Es mangelt im gegebenen System an einer bedarfsgerechten KV-Gebietsübergreifenden Verteilung medizinischer Angebote.

Regelungen mit „Sonderpreisen“ für z.B. niederlassungswillige Dermatologen in unterversorgten Gebieten führt auch zur beklagten Mengenausweitung („Scheine machen“), um maximale Einkommen zu erzielen. Welche qualitative Verbesserung in der Behandlung ist damit verbunden? Nimmt sich der Dermatologe dann die Zeit in partnerschaftlicher Entscheidung mit dem Patienten aus dem Arsenal der therapeutischen Möglichkeiten der S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft die wirkungsvollste Möglichkeit unter Beachtung von § 12 SGB V zu empfehlen? Stärkt das „Scheine machen“ die seit Jahrzehnten von Patienten geforderte „Sprechende Medizin“?

Warum gerade der Bewertungsausschuss befähigt sein soll, festzulegen, „in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM telemedizinisch erbracht werden“ können, erschließt sich logisch nicht. Im Prinzip ist dies eine „neue medizinische Methode“ über die der Gemeinsame Bundesausschuss für gesetzlich Versicherte eine Entscheidung treffen müsste.

Gut ist die Abkehr von der dogmatisch bestimmenden Abiturnote für die Zulassung zum Studium und die Übertragung von medizinischen Leistungen an andere nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen.

Wenn bisher ärztliche Leistungen auf andere Berufsgruppen delegiert werden sollen, wäre es deutlich besser, den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Listung delegationsfähiger Leistungen zu beauftragen, um das Mitwirkungsrecht von Patientenvertretern zu gewährleisten. Dies gilt in gleicher Weise für die Mitberatung über die Honorierung der zu delegierenden Leistungen.

Die „erlebte Versorgungsrealität“ erschöpft sich nicht nur in Warte- und Wegezeiten. Viel wichtiger sind, wie schon erwähnt, eine sprechende Medizin in der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung und eine Qualität, die sich an der Lebensqualität der Versicherten überprüfen lässt.

Eine Verbesserung für Patientinnen und Patienten bezüglich der Wartezeit beim Arzt wäre schon gegeben, wenn ein Vertragsarzt sich an einen fest definierte, verbindlich vereinbarten Zeitrahmen halten müsste. Dies ist eigentlich eine selbstverständliche Pflicht, wenn man mit Vertragspartnern Termine vereinbart. Die fixe Vereinbarung von Terminen hat sich an objektiven Kriterien der notwendigen, medizinischen Behandlung und nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten auszurichten. Es fehlt ein Beschwerdesystem mit Sanktionen. Warum werden Zeitkorridoren nicht verpflichtend, wenn der Arzt frei seine Zeitvorstellungen für eine Behandlung anbietet?

Womit und wie sollen Krankenkassen wettbewerblich auf das Zeitmanagement bei Ärzten in die Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patienten unter Beachtung des Datenschutzes einwirken können? Welche diskriminierenden Vorstellungen greifen hier Platz? Was sind medizinisch zumutbare Wartezeiten bei einer mittelschweren Psoriasis im Vergleich zu einer schweren Psoriasis? Wie stellt eine medizinische Hilfskraft am Praxistresen oder am Telefon bei der Terminvereinbarung die voraussichtliche zumutbare, medizinisch vertretbare Wartezeit fest?

Die dauerhafte Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland wird nicht zu einer besseren Zufriedenheit des „erlebten Versorgungsalltag“ wirken können. Der Auftrag der Unabhängigen Patientenberatung ist überwiegend Rechtsberatung und Verweisung ohne einen Einfluss auf Versorgungsdefizite.

Freiberuflich tätige Vertragsärzte unterliegen den gleichen psychischen und physischen Beschränkungen wie andere Menschen auch. Ermüdung erhöht die Fehlerhäufigkeit und mindert die Qualität.

Gut ist, dass das Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalten ein unmittelbarer Bestandteil der Krankenhausbehandlung gemäß § 89 SGB V werden soll. Das Management muss sich allerdings an den medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten des Patienten und nicht nach monetären Aspekten ausrichten.

Gut ist, dass medizinischen Versorgungszentren zukünftig vollständig Kapitalmarktinteressen entzogen werden. Warum gilt der Entzug von Kapitalinteresse nicht auch für stationäre Einrichtungen?

Mit der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhausbereich sollte auch festgelegt werden, wie diese Methoden zu dokumentieren sind. Neues ist nicht immer nützlich. Was wirkt, kann auch Schäden verursachen. Ob jede Innovation auch die Lebensqualität von Patienten verbessert, ist am Anfang der Anwendung unbekannt. Innovationen sollten zunächst nur in Krankenhäusern mit hoher, geprüfter Expertise angeboten werden dürfen, bis der Nutzenbeleg einer Innovation zweifelsfrei vorliegt. Es kann nicht sein, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zum unkontrollierten Probierfeld für Innovationen wird, die sich durchaus auch als schädlich herausstellen können. Wer zahlt den Gesetzlich versicherten Kranken Schadenersatz, die mit schädlichen Innovationen behandelt wurden? Die Rekrutierung von Probanden ist kein Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Solche Behandlungen sollten nur in kontrollierten Studien erfolgen.

Die Transparenz des Gemeinsamen Bundesausschusses ist hoch. Es ist unwichtig, welche Personen bei der Entscheidungsfindung mitwirken und welchen Prozess die Entscheidungsfindung durchlaufen hat. Wird dies aufgegeben, kann vielfältiger Druck auf Verfahrensbeteiligte zur Durchsetzung finanzieller Interessen ausgeübt werden. Die Bekanntgabe von Voten einzelner Beteiligter ist obsolet.

Die schleichende Aufweichung des solidarischen Leistungskataloges hin zu einer kassenindividuellen Gestaltung („Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen auszuweiten“) führt zwangsläufig zu Strukturen der privaten Krankenversicherung. Die Gesetzliche Krankenversicherung schafft sich ab.

Der Preiswettbewerb unter den Gesetzlichen Krankenversicherungen erhöht deren Aufwendung für Marketing. Preiswettbewerb bei fixen Leistungen führt zu monopolen Strukturen. Gesundheit eignet sich schon aus moralischer Perspektive nicht für einen kaufmännischen Wettbewerb im Angebot medizinischer Dienstleistungen. Dann ist Gesundheit nur noch Ware.

Mit freundlichen Grüßen

DEUTSCHER PSORIASIS BUND e. V.



Horst von Zitzewitz
Ehrenamtlicher Vorsitzender



Hans-Detlev Kunz
Geschäftsführer

Anlagen

1. Stellungnahme vom 17. März 2011 GKV-Versorgungsgesetz 2011
2. Stellungnahme zur Versorgungslücke



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

Anlage 1

Stellungnahme vom 17. März 2011 GKV-Versorgungsgesetz 2011

Vorstand:
Horst von Zitzewitz (Vorsitzender)
Ottfried 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

Hamburg, 17. März 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Entwurf eines Positionspapiers des Bundesministeriums für Gesundheit zum geplanten „Versorgungsgesetz“ soll u.a. auch die wettbewerblichen Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen stärken. Dazu sollen eine spezifische Leistungsgestaltung durch die Ermöglichung von Gruppentarifen einzelner Krankenkassen mit beschäftigten Gruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertenverbänden eröffnet werden. Es gehe um ein „mehr an Leistungen“ für Versicherte. Solche Gruppentarife sollen die Verbesserung im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen dienen. Daneben könne das zusätzliche Angebot bzw. koordinierte Behandlungsangebote für Behinderte und Patientengruppen, besondere Vernetzungsformen von Leistungserbringern oder spezifische Serviceangebote für diese Personengruppen beinhalten.

Der Deutsche Psoriasis Bund e. V., die Selbsthilfe bei Schuppenflechte, hat den Parteien im Jahre 2008 eine Zehn-Punkte aus der gesundheitlichen Selbsthilfe übermittelt, die gemeinsam mit dem Verband der Bechterew-Erkrankten erarbeitet wurden (Anhang). Unter Punkt 5 "Bonifizierung in der gesundheitlichen Selbsthilfe" wurde ein Ressourcen sparender Mehrwert beschrieben.

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung soll die zunehmend überwiegend von abhängig beschäftigten Versicherten gesetzlich zur Verfügung zu stellenden Mittel gemäß § 1 Sozialgesetzbuch V einsetzen, um die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. 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. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistung zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

In der Versorgungswirklichkeit der Bundesrepublik Deutschland scheinen die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, diesen Gesetzesauftrag mit belastbaren Ergebnissen zu erfüllen, eingeschränkt. Es gibt für uns erkennbar keine Konzepte insbesondere für Versicherte mit lebenslangen, chronischen Erkrankungen wie z.B. der Systemerkrankung Psoriasis und Psoriasis-Arthritis, die die Vorgabe aus § 1 SGB V erfüllen. Belegt ist, dass die Compliance bzw. Adherence, die Kenntnis über die eigene Erkrankung und die Kenntnisse über die Zusammenhänge im deutschen Gesundheitswesen extrem schwach bis gar nicht bei insbesondere chronisch Kranken ausgeprägt sind.

Mit vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Studien ist hinlänglich bekannt, dass Share-Decision-Making für Patienten, Ärzte und für das Versorgungssystem positive Effekte entfaltet. Konzepte, die auch zur von Fachkreisen gewünschten „Partnerschaftliche Entscheidungsfindung“ (Trojan et al, Hamburg) führen, existieren im Katalog der GKV nicht.

Ein privates an Krankheiten ausgerichtetes Konzept ist das System der Patientenselbsthilfeorganisationen.

Durch die Studie PsoReal (Augustin et al, Hamburg) ist wissenschaftlich gezeigt worden, dass Mitglieder des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. im Vergleich zu in Behandlung befindlicher Menschen mit Psoriasis ohne diese Mitgliedschaft eindeutig eine bessere Lebensqualität haben, therapietreuer sind und eine deutlich bessere Systemkenntnis haben. Nur einer dieser drei politisch gewünschten Effekte müsste die Gesetzliche Krankenversicherung geradezu motivieren, in solche Konzepte zu investieren, weil deren Einspareffekte immens sind. Wie viele Medikamente landen z.B. im Hausmüll, weil Therapien nicht zu Ende geführt werden? Wie viele Psychotherapien werden verordnet, weil die Lebensqualität, insbesondere chronisch Kranke, depressiv werden lässt? Mangelhafte Systemkenntnis produziert wie viele Krankheitskarrieren und –tourismus?

Auf der marginalen von einer mit immensen bürokratischen Aufwand begleiteten Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V kann kein solides und nachhaltiges krankheitsbezogenes System aufgebaut sein, das z.B. ein „mehr an Leistungen“ durch regelmäßige, geprüfte, medizinische Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild dem Versicherten unmittelbar in seiner häuslichen Umgebung schafft und krankheitsspezifische Beratung und Motivation bietet. Ohne solche Grundleistungen ist es, wie sich ja in der Versorgungswirklichkeit zeigt, nicht möglich, durch Krankenkassen selbst, den Gesetzesanspruch aus § 1 SGB V zu erfüllen.

Mit Hinweis auf die wissenschaftlichen Ergebnissen der Studie PsoReal schlägt der Deutsche Psoriasis Bund e. V. vor, den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, Mitgliedsbeiträge von chronisch kranken Versicherten für durch Dachverbände der Selbsthilfe zertifizierte Patientenselbsthilfeorganisationen auf Bundesebene im Rahmen des Versorgungsgesetzes, unter der Voraussetzung eines entsprechenden untergesetzlichen Rahmens zur Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes, zu ermöglichen und die Effekte heraus für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich begleiten zu lassen.

Gern ist der Deutsche Psoriasis Bund e. V. bereit, das Vorstehende im persönlichen Kontakt zu vertiefen oder näher zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen

DEUTSCHER PSORIASIS BUND e. V.



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

Anlage 2

Stellungnahme zur Versorgungslücke

Vorstand:

Horst von Zitzewitz (Vorsitzender)

Ottfrid 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

Stellungnahme des Deutschen Psoriasis Bundes e. V.

„Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter, medizinischer Behandlung schließen“, Drucksache 17 29 24, Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen

Der Deutsche Psoriasis Bund e. V., die Selbsthilfe bei Schuppenflechte, begrüßt sehr, dass das Problem der Schnittstellen im GKV-Versorgungssystem mit nachhaltiger Wirkung auf Patienten öffentlich diskutiert wird und zu einer Lösung führen soll.

Das Problem der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung hat mit biologisch-medizinischen Aspekten keinen ursächlichen Zusammenhang. Die sich ergebenden, medizinischen Probleme für Patienten sind das Ergebnis eines Übertritts der „Behandlung“ in ein anderes Kostenerstattungssystem z.B. vom stationären DRG-System in das System des Regelleistungsvolumens ambulant tätiger Vertragsärzte. Alle entstehenden Probleme sind System immanent und in der Selbstverwaltungspartnerschaft begründet. Diese Partnerschaft organisiert sich selbst und schafft Situationen zu Lasten Dritter, die nicht beteiligt sind. Diese Form der Organisation scheint nicht in der Lage, für den Patienten eine adäquate Versorgungskette sicherzustellen. Gleiches gilt für die sich gebietende und zwingende nahtlose Anknüpfung pflegerischer Leistungen.

Was nützt es einem Patienten, wenn er im Krankenhaus z.B. auf eine bestimmte Medikation eingestellt wurde, wenn diese aus Kostengründen, Regressängsten oder anderen Erwägungen in der ambulanten Behandlung nicht fortgesetzt wird?

Was ist das für ein System, wenn zwischen Beendigung des Krankenhausaufenthaltes und einer notwendigen Rehabilitation der Versicherte ein oder mehrere Tage zunächst wieder in der häuslichen Umgebung verbringen muss, nur weil diese Lücke aus wirtschaftlichen Erwägungen bewusst erhalten bleibt? Die Praxis zeigt auch, dass Patienten häufig im Unklaren darüber bleiben, wann die nächste Leistungseinheit in der Versorgungskette in der Lage ist, ihre Leistungen, für den aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten, zu erbringen.

Dem Patienten werden unnötige Kosten für Zwischenfahrten aufgebürdet. Warum muss ein Patient erst nach Hause fahren, um dann am nächsten oder ggf. wenige Tage später eine weitere Fahrt auf sich nehmend finanzieren zu dürfen, um den nächsten Leistungserbringer zu erreichen?

Für wenige Tage werden dem Patienten in seiner häuslichen Umgebung Unterstützungsleistungen z.B. Assistenz bei fehlender Mobilität durch das System verweigert, auf die der Patient aber auch in seiner Wohnung ggf. zwingend angewiesen ist.

Der Deutsche Psoriasis Bund e. V. geht von der Erwartung aus, dass der Gesetzgeber eine lückenlose, medizinisch adäquate, Lebensqualität sichernde Versorgungskette sicherstellt, weil die Selbstverwaltung dies bisher objektiv nicht kann.

Wichtig ist, dass Krankenhäuser während der DRG-Verweilzeiten bereits den nahtlosen Anschluss gemeinsam mit dem Patienten für eine Anschlussheilbehandlung oder das Eiltverfahren oder die notwendige Rehabilitation und aller pflegerischen Maßnahmen sicherstellen und dem Patienten alle überflüssigen Transporte und sonstigen Belastungen neben seiner Krankheit erspart. Partnerschaftliche Entscheidungsfindung braucht tragfähige Konzepte, wenn es sich dabei nicht nur um eine politische Worthülse handeln soll.

Der Patient ist auch hier wieder deutlich das Objekt finanzieller Interessen von Sphären unterschiedlicher Leistungserbringer und nicht der Souverän. Dies gilt es, zu ändern!

Deutscher Psoriasis Bund e. V.