

Gesundheitsreform-Fiasko für IC setzt sich fort

Bundesministerium und Patientenbeauftragte geben unbefriedigende Antwort.

Die wenigen Erfolg versprechenden Behandlungsmöglichkeiten, die für IC-Betroffenen in den vergangenen 20 Jahren entwickelt wurden, wurden durch die Gesundheitsreform 2004 mit einem Schlag zu Nichte gemacht. Es wird nichts mehr bezahlt. Anträge, Bitten und Anfragen des ICA-Deutschland eV an den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie an die Bundesregierung wurden nun **erstmalig** von der Patientenbeauftragten Frau Helga Kühn-Mengel beantwortet. Für die Beantwortung benötigte sie 1 ½ Jahre.

Sie weist darauf hin, dass Sonderregelungen geprüft worden sein. Da es aber ausreichend Behandlungsmöglichkeiten gäbe, sei eine Sonderregelung nicht erforderlich. Welche Behandlungsmöglichkeiten das sind, verrät sie nicht. Die Erfolg versprechenden Therapiemöglichkeiten stehen nach Erfahrungen von IC-Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Produkten die entweder rezeptfrei, ohne IC-Indikation oder keine Arzneimittel sondern „nur“ Medizinprodukte sind und somit nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden.

Hier Auszüge des Schreibens vom 29.8.2005

...Sie äußern die Besorgnis, dass mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 Patienten mit Interstitieller Zystitis Behandlungskosten selbst tragen müssen. In diesem Zusammenhang führen Sie u.a. die Kostenübernahme für das Arzneimittel Natrium-Pentosanpolysulfat (PPS) an. Hierzu möchte ich Ihnen folgendes erläutern.....

.....Das Arzneimittel Pentosanpolysulfat SP54 ® zur Behandlung der interstitiellen Cystitis ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Prüfung der vorhandenen Literatur nicht in die Liste aufgenommen worden. Wie Sie selbst anmerken, fehlt dem Medikament die Zulassung für die Indikation. Es stehen jedoch Alternativen zur Verfügung, und der Arzt kann auch weiterhin Natriumpentosanpolysulfat für seine Patientinnen und Patienten verordnen. Für PPS ist eine Übernahme der entstehenden Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung allerdings nicht möglich..

Nahezu gleicher Text wurde bereits Ende 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit übermittelt.

Der gemeinsame Bundesausschuss, den wir 4 Mal (VIER) angeschrieben haben und mit reichlich Informationsmaterial versehen haben, hat sich **nicht** bei uns gemeldet. Wie uns aber von einem freundlichen Patientenvertreter des Ausschusses telefonisch mitgeteilt wurde, habe sich der Ausschuss tatsächlich mit dem Thema befasst und eine fachkundige Prüfung vorgenommen. So sei bei SP-54 festgestellt worden, dass das Medikament a) nicht die Indikation IC vorweise und b) nicht verschreibungspflichtig sei. Damit war die Sache vom Tisch.

Hier liegt die Vermutung nahe, dass die so genannte „Literaturprüfung“ wenn überhaupt dann sehr oberflächlich erfolgt ist. Das Problem der Betroffenen wurde zumindest nicht erkannt. Das gilt für die Patientenbeauftragte als auch für den Bundesausschuss.

Stellt sich die Frage in wie weit mit dieser Entscheidung die Kosten im Gesundheitswesen reduziert oder verlagert werden. Wenn sich die Patientinnen und Patienten die für sie erfolgreiche Therapie nicht leisten können, wird sich ihr Zustand verschlimmern, an Arbeitsfähigkeit wird nicht zu denken sein, wird der Sozialstaat in vielen Fällen Leistungen erbringen müssen und werden vor den Sozialgerichten Klagen erfolgen. Wer hier Eins und Eins zusammen zählen kann nur die Hände über den Kopf zusammen klatschen. Andererseits kann es auch ein Beleg für die „PISA-Studien“ sein: Rechnen mangelhaft. Im Bundesausschuss und Bundesministerium ist zumindest kein Klatschen zu hören.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch ein Bericht der Financial Times Deutschland vom Dezember 2004, der die Zustände treffend beschreibt. Zitat:

Kaum jemand kennt sie, die mächtigsten Männer und Frauen im Gesundheitssystem. Sie treffen sich in Siegburg bei Bonn. Ihre Entscheidungen bekommen Patienten oft erst hinterher zu spüren. Dann übernimmt die Kasse plötzlich auf einmal bestimmte Medikamente oder Leistungen nicht mehr..... Wie und warum es dazu kommt, erfahren die Patienten meistens nicht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist eine jener Institutionen, auf die wohl nur Deutsche kommen können. Die 19 Männer und zwei Frauen entscheiden über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Sie verwalten einen Ausgabentopf, gefüllt mit immerhin mehr als 120 Mrd. Euro im Jahr. Und in guter Tradition sind es Vertreter der Krankenkassen und der Leistungserbringer, die über die Ausgaben entscheiden. Zwar gibt es seit diesem Jahr auch Patientenvertreter in der Runde. Aber bei Entscheidungen haben sie kein Stimmrecht und sind damit machtlos.

Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Transparenz: *Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wurde 2004 mit der Gesundheitsreform eingesetzt, um die bis dahin tätigen unterschiedlichen Gremien zu bündeln. Ziel ist mehr Effizienz und Transparenz bei den Entscheidungen.*

Gestaltung: *Während das Parlament den gesundheitspolitischen Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe der Selbstverwaltung, diesen Rahmen auszufüllen und für die alltagspraktische Umsetzung der politischen Vorgaben zu sorgen.*

Mitglieder: *Neben den drei unparteiischen Mitgliedern stellen die gesetzlichen Kassen sowie die Gruppe der Ärzte und Krankenhäuser je neun Personen. Außerdem können - ohne Stimmrecht - bis zu neun Patientenvertreter teilnehmen.*

Quelle: [Von ftd.de, 11:10, 27.12.04]