



Aktenzeichen: Pet 2-20-15-8271-008677

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 04.07.2024 abschließend beraten und beschlossen:

1. Die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, soweit zu überprüfen ist, wie innerhalb des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung präventive Diagnostik stärker berücksichtigt werden kann,
2. das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

Begründung

Mit der Petition wird die Aufnahme von individuellen Gesundheitsleistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert, sofern diese der Früherkennung von Krankheiten dienen.

Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) seien bis dato privat zu bezahlen, obwohl diese teilweise notwendig seien. Dies führe dazu, dass sozialschwache Menschen IGeL oftmals nicht in Anspruch nehmen könnten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die Eingabe verwiesen, welche als öffentliche Petition auf der Internetseite des Petitionsausschusses eingestellt wurde. Es gingen 121 Mitzeichnungen und 29 Diskussionsbeiträge ein.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung einer zu der Petition erbetenen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt dar:

Nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung.



Der konkrete Leistungsanspruch der Versicherten auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung wird nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch oder durch das BMG festgelegt, sondern von der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Leistungserbringern und Kostenträgern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in entsprechenden Richtlinien (Näheres unter: www.g-ba.de) bzw. durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge in Beschlüssen konkretisiert.

IGeL sind Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der vertragsärztlichen Versorgung gehören. Dies sind beispielsweise Leistungen, für die keine ausreichenden Belege für ihren Nutzen vorliegen oder die noch nicht einer Nutzenbewertung durch den G-BA unterzogen wurden. Ärzte bieten als IGeL beispielsweise Zusatzvorsorgeuntersuchungen an. Zu den IGeL gehören aber auch Atteste, soweit sie nicht von gesetzlichen Krankenkassen angefordert werden oder dem Krankheitsnachweis beim Arbeitgeber dienen.

Vertragsärzte erbringen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags die von der vertragsärztlichen Versorgung umfassten Leistungen. (Zahn-)Ärztliche Leistungen, die darüber hinausgehen, sind insoweit vom Patienten privat zu bezahlen, als dass der Patient diese ausdrücklich wünscht. Voraussetzung ist, dass der Vertrags(zahn)arzt vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen hat.

Durch ausdrücklich geregelte, umfassende Informationspflichten seitens der behandelnden (Zahn-)Ärzte soll insbesondere auch sichergestellt werden, dass Patienten wissen, was finanziell auf sie zukommt, wenn sie sich für eine entsprechende Behandlung entscheiden. Sie können auf dieser Grundlage das Angebot genau prüfen und das Für und Wider abwägen.

Haben Patienten im Gespräch mit ihrem Arzt noch Zweifel, besteht die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rat zu fragen oder den IGeL-Monitor im Internet (www.igel-monitor.de) zu nutzen. Beim IGeL-Monitor handelt es sich um ein Angebot des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Bewertet werden eine Vielzahl von IGeL wissenschaftlich fundiert und allgemeinverständlich.



Hinzuweisen ist auch darauf, dass etwaige Verstöße der Ärzte gegen ihre Informationspflichten durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder ggf. auch die jeweilige Ärztekammer zu ahnden sind.

Zu dem in der Petition geäußerten Wunsch, dass die FeNO-Messung grundsätzlich in den Leistungsumfang der GKV aufgenommen wird, bemerkt der Ausschuss Folgendes: Damit niedergelassene Vertragsärzte diese Methode als Kassenleistung anbieten können, muss der G-BA diese für den ambulanten Bereich prüfen und zu dem Ergebnis kommen, dass ihr Einsatz dort für Patienten nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich ist. Die Bewertung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem bestimmten Anwendungsbereich durch den G-BA erfolgt auf Antrag. Antragsberechtigt für die Beratung zur Aufnahme von ambulant anzuwendenden Methoden im G-BA sind neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen. Zu diesen maßgeblichen Organisationen gehören nach der Patientenbeteiligungsverordnung der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und die Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Der Ausschuss empfiehlt mit Blick auf die obigen Darlegungen, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, soweit zu überprüfen ist, wie innerhalb des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung präventive Diagnostik stärker berücksichtigt werden kann, und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.