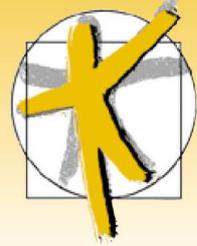


BAGP

**BundesArbeitsGemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen**



BAGP

Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen
und -Initiativen
Waltherstr. 16a
80337 München
Tel. 089 - 76 75 51 31
Fax 089 - 7 25 04 74
mail@bagp.de
www.bagp.de

**Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)**

zum Referentenentwurf GKV Versorgungsstärkungsgesetz (GKV VSG).

**Die BAGP begrüßt ein Gesetzesvorhaben, das die Patientenversorgung verbessern soll.
Der vorliegende Referentenentwurf des GKV - Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG)
orientiert sich jedoch stark an den Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer.**

Die Stellungnahme gliedert sich in drei Bereiche:

- A) Grundsätzliches**
- B) Stellungnahme zu Einzelregelungen**
- C) eigene Vorschläge**

A) Grundsätzliches

I. Gesundheitsversorgung an PatientInnen orientieren

Die BAGP fordert die konsequente Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den Interessen der PatientInnen.

Die von den Patienten erlebte Versorgungsrealität ist geprägt von z.B. langen Wartezeiten oder Bevorzugung von privat Versicherten. Diese Schwierigkeiten wurden im Versorgungsstärkungsgesetz aufgegriffen und müssen noch detailliert werden. Die BAGP fordert Maßnahmen, die beispielsweise die vertraglichen Vereinbarungen der Zulassung zum Kassenarzt tatsächlich überprüfen und bei Nichteinhaltung sanktionieren.

II. Verlässliche und transparente Datenbasis zur Versorgungsplanung schaffen

Gegenwärtig existiert keine Ist- Analyse der Versorgungsrealität und des tatsächlichen Versorgungsbedarfes.

Die BAGP fordert daher, dass systematisch Daten zum Versorgungsgeschehen erhoben werden. Hierfür sollen einerseits bereits vorhandene Daten z.B. der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Planungsgremien zugänglich gemacht werden. Andererseits muss die Versorgungsforschung intensiviert werden, um zurzeit noch nicht existierende Informationen z.B. über die ambulante Qualität der Versorgung zu erhalten.

III. Überversorgung abbauen und Versorgungsstrukturen verbessern

Überversorgung schadet sowohl gesundheitlich als auch ökonomisch. Sie begünstigt eine Ausweitung des außerbudgetären Leistungsangebots wie den Verkauf von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und die Bevorzugung von Privatpatienten.

Das Versorgungsstärkungsgesetz geht diese Problematik nun mit der Zweitmeinung für mengenanfällige planbare Eingriffe an. Hier ist die Unabhängigkeit der Zweitmeinungsgeber von besonderer Wichtigkeit. Wir fordern eine Struktur, die diese Unabhängigkeit gewährleistet und patientenorientiert vorgeht.

Formal gibt es die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse KV Sitzen aufzukaufen, was aber faktisch nicht passiert. Hier ist es zwingend notwendig, eine lobbyfreie Analyse der Gründe durchzuführen und ggf. die gesetzlichen Regelungen z.B. zur Entschädigung von Praxisaufkäufen klarer zu regeln.

Die BAGP fordert konsequente Maßnahmen zur Reduzierung von Überversorgung, die z.B. das Verbot der „Praxisvererbung“ und den Verkauf von Zulassungen bzw. Kassenarztsitzen beinhalten.

IV. Versorgung in unterversorgten Gebieten sichern

Das Versorgungsstärkungsgesetz beinhaltet sinnvolle Regelungen dem regionalen Versorgungsmangel beizukommen. So bietet die Errichtung von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen oder Gemeinden und Kommunen grundsätzlich Raum einer Unterversorgung entgegen zu wirken.

Die BAGP kritisiert allerdings, dass das Gesetz vorwiegend ökonomische Anreize setzt, um Ärzte zur Ansiedelung in unterversorgten Gebieten zu bewegen. Es ist hinreichend bekannt, dass diese Strategie allein nicht zur Lösung des Problems ausreicht.

Die BAGP fordert daher eine ganzheitliche Analyse des regionalen Ärztemangelphänomens und entsprechendem Abbau der Verweigerungsursachen wie den häufigen Bereitschaftsdiensten, die aus unserer Sicht nur sektorübergreifend gelöst werden können.

V. Qualität der Behandlung fördern

Medizinische Innovationen in die Behandlung einzubinden ist grundsätzlich zu befürworten. Allerdings muss im Patienteninteresse gewährleistet werden, dass nur qualitätsgesicherte Leistungsanbieter und Therapien angewandt werden. Die Wirksamkeit und Sicherheit der Innovationen muss durch Studien sichergestellt werden und höchste Sicherheit beim Einsatz von Medizinprodukten sicherstellen. Gleiches gilt für Modellversuche zu neuen Behandlungsmethoden. Den geplanten Innovationsfonds speziell für sektorübergreifende Versorgungsformen mit 300 Millionen € auszustatten ist ein bedeutender Schritt. Patientenvertreter sollten für diese wichtige Aufgabe im G-BA mit Stimmrecht ausgestattet werden, damit patientenorientierte Versorgungsformen umgesetzt werden können. Zu Versorgungsqualität gehört auch die Sicherstellung eines reibungslosen Behandlungsverlaufes. Das Versorgungsstärkungsgesetz geht hier mit dem Entlassmanagement auf die Schnittstellenproblematik ein. Leider fehlen bisher Aussagen über Aufgaben, Organisation, Finanzierung und Zuständigkeit des Entlassmanagements sowie ein für Patienten durchsetzbarer Rechtsanspruch auf diese Leistung.

Die BAGP fordert darüber hinaus eine zeitnahe Entwicklung sektorübergreifender Qualitätsindikatoren. Es ist noch immer unmöglich z.B. krankenhauserne (nosokomiale) Infektionen mit den Maßnahmen der Qualitätssicherung nachzuverfolgen, wenn Sektorengrenzen überschritten werden. Hier muss nach Lösungen entlang der Behandlungswege gesucht werden. Leistungsentscheidungen von Patienten müssen sich auf eine valide Datenbasis beziehen können. Qualitätsdaten sind zu veröffentlichen und patientenverständlich aufzubereiten und zu kommunizieren

B) Stellungnahme zu Einzelregelungen

§ 22a SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Individualprophylaxe)

Die BAGP stellt sich vollumfänglich hinter die Stellungnahme des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V..

§27 SGB V Organspende von Blutstammzellen

Die Gleichstellung von Blutstammzellspendern und anderen Lebendorganspendern ist zu begrüßen.

§27b SGB V Zweitmeinung für mengenanfällige planbare Eingriffe:

Grundsätzlich ist das Einholen einer Zweitmeinung ein Patientenrecht, das nicht eingeschränkt werden darf und zurzeit bereits besteht. Es ist bedauerlich, dass es notwendig erscheint, eine neue Instanz aufzubauen um medizinisch nicht zwingend notwendige Maßnahmen durch Zweitmeinung auszuschließen.

Als Patientenorganisation ist es uns wichtig, dass Patienten entscheiden dürfen und nicht verpflichtet werden eine zweite Meinung einzuholen. Die Zweitberatung kann laut Referentenentwurf bei allen Vertragsärzten und Einrichtungen eingeholt werden. Solange das Vergütungssystem Gewinn bringt, wenn entsprechend hohe Fallzahlen generiert werden, wird sich nach unserer Einschätzung an der Beurteilung der OP-Notwendigkeit nichts verändern. Daher ist es fast notwendig, hier eine wirtschaftlich unabhängige Einrichtung mit der Zweitmeinung zu beauftragen, deren Fokus auch nicht auf das ökonomische Einsparpotential gerichtet sein darf, sondern allein auf das Patientenwohl. Der Referentenentwurf ist bezugnehmend auf die Qualität der Leistungserbringer noch nicht ausgereift. Insbesondere fehlen Ansätze, die die Qualität der Indikationsstellung in allen Sektoren in den Blick nimmt.

§39 SGB V Entlassmanagement:

Die BAGP fordert seit Jahren einen Rechtsanspruch auf umfängliches Entlassmanagement, da bisherige Regelungen danach nicht flächendeckend und einheitlich umgesetzt wurden. Der Referentenentwurf greift hier konkrete Lösungen wie das Verschreiben von Medikamenten und Heilmitteln im direkten Anschluss an die stationäre Behandlung auf. Aus Patientensicht ist es zwingend notwendig, für die Organisation der Anschlussleistungen ausreichend Expertise und Personal zur Verfügung zu stellen. Bisher werden viele CasemanagerInnen in Krankenhäusern dann aktiv, wenn Patienten absehbar die Kostengrenze der Fallpauschale erreichen. Die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements müssen hier konkrete und realistische

Vorgaben machen z.B. durch einen entsprechenden Personal- und Qualifikationsschlüssel im Krankenhaus mit einem klaren Auftrag im Sinne des Patienten – was auch für die ambulante Versorgung gilt. Die Zunahme von ambulanten Operationen und den damit in Zusammenhang stehenden Versorgungsproblemen müssen entsprechend mit bedacht werden. Wünschenswert wäre eine Einbindung der Patientenperspektive in die Erstellung der Rahmenvorgaben.

§44 SGB V Fallmanagement bei längerer Krankheit

Krankengeldbezieher sollen künftig einen Anspruch auf Beratung und Hilfestellung bekommen. Praxisprobleme stellen sich für Patienten eher durch die Überinterpretation des Auftrages zum Fallmanagement durch die Kostenträger. Hier sollte der Entwurf nicht nur einen Anspruch auf Beratung festhalten, sondern sich auch mit den Grenzen derselben auseinandersetzen. Übergriffige Handlungen wie tägliches Kontaktieren, Traktieren, Aufdrängen von Leistungen oder Vorgabe von Therapieschema ohne Einbeziehung des behandelnden Arztes dürfen nicht geduldet werden und gehören verboten. Die uns geschilderten Fallkonstellationen lassen daher die Forderung nach mehr Klarheit zu Umfang und Art und Weise des sogenannten Fallmanagements stellen. Es ist muss für Patienten möglich sein, übergriffige Handlungen unabhängigen Stellen schildern zu können oder sich eine unabhängige fachliche Einschätzung zu den Ratschlägen des Fallmanagements einzuholen und sich ggf. an eine unabhängige Beschwerdestelle wenden zu können, z.B. bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

§73 SGB V Heilmittel

Durch technische Vorgaben sicherzustellen, dass formale Verordnungsfehler minimiert bzw. ausgeschlossen werden ist zu begrüßen, da Patienten bisher häufig durch Fehlverordnungen einen erhöhten organisatorischen Aufwand haben und z.T. auf Differenzbeträge privat in Rechnung gestellt bekommen haben.

§73b SGB V Bereinigung, Hausarztverträge

Die BAGP begrüßt Entbürokratisierung grundsätzlich immer. Allerdings betrachten wir die Möglichkeit zur Aufnahme von Leistungen, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung der GKV hinaus gehen, skeptisch. Die BAGP fordert die Begrenzung auf medizinisch sinnvolle, notwendige und wirtschaftliche Leistungserweiterungen. Die Integration von Wellnessangeboten und IGeL-Leistungen ist aus Sicht der sinnvollen Ressourcennutzung in der GKV nicht vertretbar.

§75 SGB V Sicherstellung der Versorgung / Notdienste / Terminservicestellen

Die BAGP hält die Einbeziehung stationären Einrichtungen in den Notdienst für sinnvoll, wenn die Erreichbarkeit zumutbar für die Patienten ist. Aber auch in strukturschwachen Regionen müssen Patienten im Notfall zeitnah versorgt werden, ggf. durch die Verteilung der Notdienste auf alle geeigneten Ärzte einer Region (z.B. Ärzte aus Ballungsgebieten unterstützen Regionen mit weniger Anbietern). Auch ist gerade im Hinblick auf die Psychiatrieversorgung bundesweit sicherzustellen, dass geeignetes Fachpersonal hinzugezogen werden kann, z.B. um Zwangseinweisungen zu vermeiden.

Terminservicestellen bei der KV anzusiedeln wäre nur dann eine sinnvolle Regelung, wenn der KV über technische Hilfen täglich aktuelle Vergabetermine von den Fachärzten gemeldet werden müssten und zudem ein wirksamer Zugriff auf diese Termine möglich wäre. Eine ähnliche Regelung für die Psychotherapieplatzvergabe funktioniert mangels Akzeptanz der Therapeuten nicht, sodass wir durch eine Terminservicestelle derzeit keine Verbesserung der Situation der Patienten erkennen können. Das vorgeschlagene Verfahren steht zudem unter dem Verdacht, vor allem bürokratische Prozesse ohne echte Wirkmacht für die PatientInnen zu entwickeln. Aus Sicht der BAGP sollte vielmehr die „gatekeeper“ Funktion des Hausarztes gestärkt werden, welcher je nach medizinischer Dringlichkeit für seine Patienten im regionalen Netzwerk fachärztlicher Expertise organisieren sollte, ohne die freie Arztwahl einzuschränken.

Vertragsformen oder Netzwerkstrukturen in Abhängigkeit von der Krankenkassenzugehörigkeit lehnen wir ab. Nur die medizinische Notwendigkeit und deren Dringlichkeit dürfen maßgeblich für den Zutritt zum Facharzt sein. Für strukturschwache Regionen müssen Alternativen bestehen, welche den Patienten z.B. den Zutritt in ermächtigte Kliniken erlaubt, wenn ambulant keine fachärztliche Expertise zeitnah eingeholt werden kann.

§75a SGB V Allgemeinmedizin

Die stärkere Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung ist unbedingt zu begrüßen. V. a. im Bereich der Rehabilitation berichten Patienten immer wieder von Behandlern mit Wissensdefiziten.

Die Finanzierung der Weiterbildung sollte allerdings nicht nur durch die Solidargemeinschaft erfolgen, sondern weiterhin entsprechend breit durch Kammern, Anstellungsträgern, Kommunen und der sich qualifizierenden Ärzte selbst. Hierbei muss ein möglichst unbürokratisches Antrags- und Verteilverfahren eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund bekannter Fehlentwicklungen sollte aber unbedingt die Zertifizierung

von Fortbildungen durch die Kammern verpflichtend mit dem Nachweis der Unabhängigkeit von Interessen der Industrie verbunden werden.

§92 SGB V Psychotherapie

Aus Patientensicht ist es dringend erforderlich, die Wartezeit auf einen Therapieplatz v.a. für „Entlasspatienten“ aus dem stationären Setting im Sinne des sektorübergreifenden Entlassmanagements zu verringern. Außerdem sollten die Therapiesitze an die geleistete Versorgungsrealität zeitnah angepasst werden, damit mehr Anbieter da sind. Erfahrungsgemäß arbeiten viele Therapeuten nur im Umfang einer halben Stelle, obwohl sie einen vollen Sitz haben. Dies führt wiederum zu unrealistischen Bedarfsplanungsangaben. Da die allermeisten Patienten während der Inanspruchnahme von therapeutischen Interventionen arbeitsfähig sind, braucht es mehr Teilzeitanbieter in den Nachmittags- und Abendstunden. Für schwer erkrankte Patienten ist der derzeitige Zugang zum qualifizierten Therapeuten sehr schwierig bis unmöglich, da für bestimmte Erkrankungen zu wenig Expertise vorhanden ist oder Therapeuten diese Patienten nicht annehmen. Es ist darüberhinaus aus unserer Sicht fraglich, ob alle therapeutischen Interventionen tatsächlich medizinisch notwendig sind. Möglicherweise wäre das Überweisen von Patienten ein Weg der Zugangsregelung – v.a. um Kapazitäten für schwer Erkrankte zu gewinnen.

Außerdem sollten im Rahmen der Flexibilisierung der Therapieoptionen auch Kurzinterventionen ausgebaut werden, die kurzfristig zur Verfügung gestellt werden können.

§92a SGB V Innovationsfonds und

§92b SBV V Durchführung der Innovationsfonds / Innovationsausschuss

Die BAGP begrüßt die Einrichtung eines Innovationsfonds. Hier enthält der G-BA eine wirklich neue Aufgabe. Aufgrund dieser Neuartigkeit, in der ja auch ein eigener Ausschuss im G-BA eingerichtet werden soll, hält es die BAGP hier für angezeigt und möglich, die maßgeblichen Patientenorganisationen nach §140f mit Stimmrecht auszustatten.

§95 SGB V MVZ

Die BAGP begrüßt, die Klarstellungen des VSG zu den MVZ Neugründungen durch eine Kommune / Gemeinde um in unterversorgten Regionen die ärztliche Versorgung sicherzustellen.

§103 SGB V Zulassungsbeschränkungen

Durch die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie sind große Planungsbereiche nicht kleiner geworden, teilweise sogar größer. Das hat zur Folge, dass die ungleiche Versorgung in Großstädten (Überversorgung im Zentrum, Unterversorgung in Randgebieten mit vielen sozialen Problemen und geringem Anteil von Privatpatienten) zementiert wurde. Die BAGP geht davon aus, dass sich durch die geplante Regelung die Situation weiter zuspitzen wird: In den schon schlecht versorgten Gebieten darf nun eigentlich kein Arzt mehr in Ruhestand gehen, weil sein Sitz nicht mehr nachbesetzt wird.

Diese Situation darf nicht eintreten. Im Gegenteil, die Bedarfsplanung muss neu überlegt werden. Die BAGP plädiert daher dafür, diese Neuregelung zu streichen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Vorschläge der maßgeblichen Organisationen der Patientenbeteiligung zu einer Neugestaltung der Bedarfsplanung.

§116 a + b SGB V Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung

s. §75 Termine

§119c Medizinische Behandlungszentren

Unsere Erfahrungen bestätigen die Notwendigkeit der Ermächtigung entsprechender Einrichtungen. Gerade für junge Erwachsene ergibt sich derzeit eine Versorgungslücke bei Vollendung des 18. Lebensjahres, weil sie dann nicht mehr durch spezialisierte Pädiater in den Einrichtungen behandelt werden dürfen sich aber aufgrund der Schulpflicht weiter in dem bisherigen Setting aufhalten. Diese Form der speziellen Versorgungsausrichtung darf aber nicht zur Folge haben, dass Niedergelassene die Behandlung dieser Patienten grundsätzlich ablehnen.

C) eigene Vorschläge

Die BAGP schlägt darüber hinaus folgende Änderung des §56 SGB V vor:

In Artikel 2 GKV VSG soll folgende Ergänzung vorgenommen werden:

In § 56 SGB V wird nach Abs. 2 Satz 11 folgender Satz eingefügt:

Dazu liefern die KZVen die anonymisierten Daten aus allen über sie abgerechneten Heil- und Kostenplänen an den Gemeinsamen Bundesausschuss, der auf Basis dieser Daten die Versorgung reflektiert und die Regelversorgung und die Festzuschüsse anpasst.

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seit 2005, dem Zeitpunkt der Einführung der Festzuschüsse für Zahnersatz, keine ausreichende Überprüfung des Festzuschussystems vorgenommen. Trotz umfangreicher Vorarbeiten in den Gremien des G-BA wurde aufgrund unzureichender Datenlage der Auftrag des Gesetzes nicht im vollen Umfang umgesetzt. Die mittlerweile fast vollständige Umstellung der Abrechnung des Zahnersatzes inklusive der zahntechnischen Anteile der Rechnungen auf digitale Weise ermöglicht nun, die vorgeschlagene Änderung.