



München, 17.10.11

## **Unterversorgung schadet, Überversorgung auch!**

### **Stellungnahme zum Versorgungsstrukturgesetz**

#### **Anhörung 19.10.11**

*Die BAGP begrüßt ein Gesetzesvorhaben, das die Versorgungsstruktur verbessern soll. Der vorliegende Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes orientiert sich jedoch zu stark an den Interessen der Leistungserbringer.*

*Die Verbesserung der Versorgung sollte fünf Kernforderungen berücksichtigen:*

- I. Gesundheitsversorgung an PatientInnen orientieren**
- II. Verlässliche und transparente Datenbasis zur Versorgungsplanung schaffen**
- III. Überversorgung abbauen und Versorgungsstrukturen verbessern**
- IV. Versorgung in unterversorgten Gebieten sichern**
- V. Qualität der Behandlung sichern und fördern**

#### **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 Versorgungsstrukturgesetz nicht angegangen. Die BAGP fordert Maßnahmen, die beispielsweise die vertraglichen Vereinbarungen der Zulassung zum Kassenarzt tatsächlich überprüfen und bei Nichteinhaltung sanktionieren.

Die BAGP hält langfristig ein Stimmrecht für Patientenvertreter in allen relevanten Gremien der Gesundheitsversorgung wie z.B. im Bewertungsausschuss oder bei den Verhandlungen zum Bundesmantelvertrag für unabdingbar. Dazu sollen zunächst die strukturellen Voraussetzungen der Patientenbeteiligung im G-BA verbessert werden.

Die BAGP fordert im G-BA die Einsetzung eines vierten Vorsitzenden, der von den Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V bestimmt wird, und Stimmrecht in Verfahrensfragen. Außerdem müssen in allen Gremien zur Versorgungsplanung PatientenvertreterInnen mit Stimmrecht beteiligt werden.

## 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 Versorgungsstrukturgesetz geht diese Problematik jedoch in keiner Weise an. Stattdessen sollen sogar Regelungen abgebaut werden, mit denen bisher der Überversorgung entgegengewirkt wird.

So soll der § 87 Abs. 2 e gestrichen werden.

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

## IV. **Versorgung in unterversorgten Gebieten sichern**

Das Versorgungsstrukturgesetz 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. Gleiches gilt für Modellversuche zu neuen Behandlungsmethoden.

Zu Versorgungsqualität gehört auch die Sicherstellung eines reibungslosen Behandlungsverlaufes. Das Versorgungsstrukturgesetz 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. Leistungsentscheidungen von Patienten müssen sich auf eine valide Datenbasis beziehen können.

Qualitätsdaten sind zu veröffentlichen und patientenverständlich aufzubereiten und zu kommunizieren.

Die qualitätsorientierte Vergütung als Anreiz für Leistungserbringer zur Qualitätssteigerung halten wir für eine bisher zu wenig genutzte Chance zur Ressourceneinsparung von Versichertenbeiträgen.

## Konkrete Stellungnahme zu den geänderten Paragraphen:

- **§ 2**

Für Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen können im Ausnahmefall abweichende Leistungen eingesetzt werden. Hierzu zählen nach Ansicht der BAGP auch die besonderen Therapierichtungen, die bisher kaum Berücksichtigung finden.
- **§ 11**

Satzungsleistungen dienen überwiegend dem Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte. Die BAGP fordert die Begrenzung auf medizinisch sinnvolle, notwendige und wirtschaftliche Leistungserweiterungen. Damit ist die Integration von Wellnessangeboten und IGeL-Leistungen aus Sicht der Ressourcenbegrenzung nicht vertretbar. Satzungsleistungen müssen hohen Qualitätsanforderungen unterliegen und deren Einsatz sollte hinsichtlich Wirksamkeit und Nutzerklientel evaluiert werden. Leistungserweiterungen sollten überwiegend für besonders stark eingeschränkte, behinderte und sozial schwache Versicherte konzipiert und angeboten werden.

Unstrittige Leistungen wie Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege müssen durch den Gesetzgeber einen realistischeren Leistungsumfang erhalten und nicht auf Satzungsrecht beruhen, da die Anspruchsberechtigten meist keine Ressourcen zur Erbringung der Leistung aufbringen können.
- **87 Abs. 2e**

Die bisherigen Regelungen des § 87 Abs. 2e sahen Abschlüsse bei Überversorgung vor. Die Streichung dieser Regelung, bevor sie überhaupt umgesetzt wurde, ist eine Kapitulation vor der Blockadehaltung der Kassenärztliche Vereinigungen. Die BAGP lehnt diese Regelung daher ab.
- **§ 90 a**

Das gemeinsame Landesgremium unterliegt im VStG einer Kannregelung. Wir halten ein solches Gremium für notwendig v.a. für den Bereich der Regulierung regionaler sektorübergreifender Versorgungsfragen. Daher sollte es verpflichtend und mit stimmberechtigter Patientenbeteiligung eingeführt werden.
- **§ 91**

Die BAGP lehnt die geplante Regelung ab. Statt dessen fordert die BAGP, dass der unparteiische Vorsitz des G-BA auf vier Personen erweitert wird. Sie sollen in Zukunft jeweils einer von der GKV, KBV, DKG und Patientenvertretung nach § 140 f SGB V bestimmt werden. Der Vorsitz soll monatlich alternieren .

Die Rückkehr zu sektorenspezifischen Abstimmungen im **GEMEINSAMEN** Bundesausschuss wird abgelehnt. Die BAGP fordert grundsätzlich volles Stimmrecht für Patientenvertreter in allen Gremien. Derzeit wird ein Stimmrecht in Verfahrensfragen für notwendig gehalten. Außerdem muss dringend die organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung durch Erstattung von Verdienstausschlag für Abstimmungstreffen und Fortbildungen verbessert werden.
- **§ 92**

Die genannten Organisationen der Leistungserbringer sind derzeit beschränkt. Wir halten eine Einbeziehung von Vertretern weiterer Heilberufe wie z.B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Hebammen für sinnvoll.
- **§ 95**

Die BAGP findet die Forderung des VStG sinnvoll, dass der ärztliche Leiter des MVZ selbst in der Einrichtung tätig sein soll. Darüber hinaus sollte ein MVZ in erster Linie gemeinnützigen und nicht profitorientierten Zielen des Betreibers unterliegen. Entsprechende Strukturanforderungen müssen verbindlich formuliert werden.
- **§ 99**

Bedarfsplanung über Patientenversorgung ohne Patientenbeteiligung lehnt die BAGP ab.
- **§ 101**

Spezialärztliche Versorgung ohne Einbettung in die allgemeine Bedarfsplanung lehnen wir ab.

- **§ 103**

Die Praxisadresse muss der Bedarfsplanung unterliegen. Die *BAGP* fordert Regelungen, die garantieren, dass eine Praxisverlegung nur genehmigt wird, wenn die neue Adresse unter Berücksichtigung der aktuellen Versorgungszahlen medizinisch sinnvoll ist. Praxisverlegungen zur Steigerung des Profits lehnt die *BAGP* ab, da es in erster Linie um die Sicherstellung der Versorgung der Patienten gehen muss. „Praxisvererbung“ muss endlich abgeschafft werden und der Verkauf von Zulassungen bzw. Kassenarztsitzen dürfen nur genehmigt werden, wenn sie die aktuelle Versorgungssicherung dienen.

- **§ 105**

Die Tätigkeit eines Kassenarztes ist nicht Teil der freien Berufsausübung und muss zwingend der Bedarfsplanung untergeordnet werden.

Die Möglichkeit der Eröffnung von Arztsitzen durch Kassenärztliche Vereinigung oder Gemeinden mit angestellten Ärzten finden wir gut.

- **§ 116 b**

Die *BAGP* sieht die Streichung des bisherigen § 116 b als problematisch und v.a. als verfrüht an, da es bisher nur zu wenig Erfahrungen mit diesem speziellen Versorgungsbereich gibt.

Die geplante ambulante spezialärztliche Versorgung muss den gleichen Qualitätsanforderungen wie die o.g. Leistungen unterliegen, transparent gemacht werden und am Ergebnis orientiert werden. Die begleitende Evaluation ist unbedingt notwendig zur Beurteilung des Angebotes auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die *BAGP* kritisiert die unklaren Konsequenzen bezüglich der Finanzierung dieser zusätzlichen Leistung und stellt deren Zusatznutzen für die Patientenversorgung in Frage. Sollten dadurch größere Kosten entstehen, können sie allein aus Zusatzbeiträgen der Versicherten finanziert werden, dies lehnt die *BAGP* kategorisch ab. Darüber hinaus ist völlig unplausibel, warum diese Zusatzleistung von der allgemeinen Bedarfsplanung ausgenommen werden soll.

Sollte dieser Versorgungsbereich notwendig sein, dann ist bei der Konzeption und Auswahl der Krankheitsbilder unter Patientenbeteiligung wünschenswert.

- **§ 112**

Ein Rechtsanspruch auf Entlassmanagement wäre aus Patientensicht notwendig, da bisherige Forderungen danach nicht flächendeckend und einheitlich umgesetzt wurden.