

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(39)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
13.10.2011

verbraucherzentrale

Bundesverband

13. Oktober 2011

Versorgungsstrukturgesetz verpasst Verbesserungen für die Patienten

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Entwurf eines

Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

1. Einleitung und Zusammenfassung

Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen wird vom Sachverständigenrat bereits seit vielen Jahren diagnostiziert.¹ Das Problem der Unterversorgung sollte von Seiten der Bundesregierung mit dem Versorgungsgesetz adressiert und gelöst werden. Darüber hinaus werden vom Gesetz zahlreiche weitere Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung aufgegriffen und neu geregelt.

Folgende Regelungen des geplanten Gesetzes sind für Verbraucherinnen und Verbraucher besonders brisant und werden in dieser Stellungnahme ausführlich aufgegriffen:

- **Reform der Bedarfsplanung**
- **Innovationen in der GKV**
- **Transparenz für und Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten sowie die Gestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses**
- **Spezialärztliche Versorgung**

Nach intensiver Analyse des geplanten Reformvorhabens kommt der Verbraucherzentrale Bundesverband zu dem **Fazit**, dass es auf dieser Basis **nicht zu einer nennenswerten Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland kommen wird**. Gleichzeitig werden sich aus den getroffenen Maßnahmen nach der Einschätzung des Verbraucherzentrale Bundesverbands erhebliche neue Finanzbelastungen für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben, die nach der derzeitigen Finanzierungslogik ausschließlich von den Beitragszahlern in Form von Zusatzbeiträgen zu tragen sein werden.

Um ohne neue Finanzbelastungen tatsächliche Verbesserungen für Patientinnen und Patienten zu erreichen, lauten die **Kernforderungen** des Verbraucherzentrale Bundesverbands:

- Bessere Versorgungsstrukturen müssen durch **Umverteilungen im System** geschaffen werden – keine neuen Finanzbelastungen für Beitragszahler und Versicherte!
- Das **Anreizsystem** für Ärzte und Krankenhäuser muss landesweit einheitlich und **patientenorientiert** gestaltet werden – nicht Gerätemedizin in der Stadt, sondern Patientenversorgung auf dem Land muss sich lohnen!
- Die **Qualitätssicherung der Leistungen** muss im Vordergrund stehen – nicht mehr, sondern bessere Versorgung zählt!
- Die Transparenz über die Versorgungsangebote und ihre Qualität sowie die **kollektiven Vertretungsrechte der Patientinnen und Patienten** in allen Gremien müssen gestärkt werden.

¹ <http://drucksachen.bundestag.de/drucksachen/index.php>

2. Die Regelungen im Einzelnen

2.1 Die Reform der Bedarfsplanung

Das Problem

Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich mit 3,5 Ärzten pro 1.000 Einwohner einen Spitzenplatz einnimmt,² haben Patienten viele konkrete Probleme, die aus einer ungeeigneten Verteilung der Versorgungsangebote herrühren:

- Trotz rechnerischer Überversorgung finden Patientinnen und Patienten in ihrer Nähe häufig keinen Facharzt, etwa für Rheumatologie, Nephrologie oder Pneumologie. Der Grund: Alle fachärztlichen Internisten werden gemeinsam zu einer Arztgruppe zusammengefasst. So verhindert eine gute Versorgung zum Beispiel mit Kardiologen die Niederlassung zusätzlicher Gastroenterologen oder Diabetologen.
- Auch innerhalb von Facharztgruppen kommt es dazu, dass rechnerisch genug oder sogar zu viele Fachärzte vorhanden sind, die gesetzlich Versicherten aber für einfache Untersuchungen monatelange Wartezeiten³ in Kauf nehmen müssen. Der Grund: Es ist lukrativer, Privatleistungen oder extrabudgetär vergütete Operationsleistungen abzurechnen als im Regelleistungsvolumen enthaltene Grundversorgungspauschalen. Problematische Regelungen finden sich hierzu auch in den Regelungen zum Vertragsarztstatus: Ein Arzt muss nur 20 Stunden Praxisöffnungszeiten pro Woche nachweisen, um seine kassenärztliche Zulassung zu erhalten,⁴ unabhängig davon, wie viele gesetzlich Versicherte er tatsächlich versorgt. —
- Auch wohnortnah benötigte Haus- oder Kinderärzte konzentrieren sich – ebenfalls bei rechnerischer Überversorgung – in der lokalen Kreisstadt oder gut situierten Stadtbezirken. Ein Planungsbezirk umfasst heute einen gesamten Landkreis. Natürliche Verkehrshindernisse wie Wälder, Berge, Flüsse, oder die Erreichbarkeiten mit dem öffentlichen Nachverkehr bleiben unberücksichtigt. Ältere, besonders kranke, behinderte oder finanziell schwache Menschen haben Probleme, diese Grundversorgungsangebote zu erreichen.
- Obwohl in unterversorgten Regionen Arztsitze bereits heute vakant sind und teilweise händeringend nach Praxisnachfolgern gesucht wird, zieht es viele niederlassungswillige Ärzte in bereits überversorgte Regionen. Dies ist nur möglich, weil sie Sonderbedarfszulassungen erhalten oder auf dem Rechtsweg erzwingen. Diese sind unbefristet und zementieren dauerhaft das Gefälle von Über- und Unterversorgung.
- Auch Überversorgung ist ein Problem für Patientinnen und Patienten. Die Praxiseinnahmen stammen dann zu einem hohen Anteil aus Privat- und Selbstzahlerleistungen. Viele der Ärzte legen den Patienten daher solche Behandlungen als notwendig nahe. Die Folge: Überdiagnostik und unnötige Behandlungen auf Kas-

²http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte,templateld=renderPrint.psm1#AnkerEuropa

³<http://www.bkk.de/presse-politik/presse/bkk-pressemitteilungen/itemid/76>

⁴<http://www.kbv.de/rechtsquellen/2568.html>

senkosten, die nicht selten Risiken und Nebenwirkungen haben. Hinzu kommt: Ein Arzt in einem überversorgten Gebiet fehlt in unterversorgten Regionen.

- Ein wesentlicher Grund für die problematische Verteilung von Ärzten ist die mangelhafte Datengrundlage, um festzustellen, wo ganz konkret Über- und Unterversorgung herrschen. Dazu wäre erforderlich, sektorenübergreifend zu erfassen, wie viel Diagnostik- und Behandlungsleistungen die GKV-Versicherten nicht nur erhalten, sondern benötigen.
- Die geltenden Regelungen erschweren die Schließung von überflüssigen Praxen, selbst wenn Ärzte in den Ruhestand gehen. Der Grund: Die kassenärztlichen Zulassungen sind unbefristet gültig und werden von den Medizinern erlösträchtig an ihre Nachfolger weitergereicht.

Was enthält der Gesetzentwurf?

- Ein freiwillig von den Ländern einzurichtendes Gremium soll Empfehlungen für die sektorübergreifende Bedarfsplanung aussprechen – ohne bindenden Charakter. Das Ziel der sektorübergreifenden Planung wird also de facto verfehlt.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll, erstmals unter Beteiligung der Länder, die Planungsbezirke neu festlegen und bei der Festlegung der Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten besonders die demographische Entwicklung berücksichtigen – ohne eigene Datengrundlage und tragfähige wissenschaftliche Erkenntnisse. Von dieser Richtlinie können die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) jedoch abweichen und die Länder das Ergebnis über Beanstandungen nochmals beeinflussen. Welche Planungsziele verfolgt werden, ist noch ebenso ungewiss wie die tatsächliche Ausgestaltung vor Ort. Fortbestehende und sogar verstärkte regionale Unterschiede sind so vorprogrammiert.
- Um Praxen stillzulegen, sollen die KVen gegenüber Praxisnachfolgern ein Vorkaufsrecht ausüben können. Dies müssen sie aus eigenen Mitteln bezahlen. Zusätzliche Gelder gibt es nur für Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten, zum Beispiel Zuschüsse für Praxiseinrichtungen oder -verlegungen. Hierfür ist ein Strukturfond in Höhe von 0,2 Prozent der ambulanten Honorarsumme (für 2010 wären das bundesweit etwa 48 Mio. Euro gewesen)⁵ vorgesehen. Als Maßnahme zum Abbau von Überversorgung, die zudem im Belieben der Kassenärztlichen Vereinigung steht, reicht die vorgesehene Maßnahme nicht aus, vor allem, da die früher bereits vorgesehene Honorardifferenzierung nach Versorgungsgrad – mehr Geld bei Unterversorgung, weniger bei Überversorgung – ad acta gelegt wird. Die Fördersummen werden nicht ausreichen, um Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten für unterversorgte Regionen und Fachgebiete nachhaltig zu beeinflussen, sie sind damit weitgehend nur eine Dreingabe für ohnehin getroffene Entscheidungen.
- Eine Befristung der kassenärztlichen Zulassung soll nur in normalversorgten Regionen möglich sein, nicht aber bei Überversorgung und Sonderbedarfszulassungen.
- Die neue Spezialärztliche Versorgung wird gar nicht erst in die Bedarfsplanung einbezogen.

⁵ <http://www.kbv.de/37887.html> . Erwartete Gesamtvergütung der Ärzte (2011) von 24,1 Mrd. Euro * 0,2%.

- Die ambulanten Kodierrichtlinien, der bis dato einzige Ansatzpunkt, um ein besseres Bild über den tatsächlichen ambulanten Versorgungsbedarf zu bekommen, werden mit dem Ziel des „Bürokratieabbaus“ abgeschafft.
- Das erst vor wenigen Jahren für Honorarzuwächse von mehreren Milliarden Euro eingeführte Prinzip der ambulanten Vergütung, dass gleiche Leistungen überall zu den gleichen Erlösen erbracht werden sollen, wird zugunsten einer „Re-Regionalisierung“ wieder aufgegeben. Diese wird voraussichtlich dazu führen, dass die alten Vergütungsdifferenzen, die überversorgte Regionen bevorzugt haben, verstärkt zurückkehren.

Fazit: Regionale Unterschiede in der Versorgung werden voraussichtlich eher verstärkt als gemildert, ein zuverlässiger Abbau von Überversorgung, um Finanzmittel und niederlassungswillige Ärzte in unterversorgte Regionen zu lenken, findet nicht statt. Sicher scheint nur, dass die finanziellen Belastungen für die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich sein werden.

Was fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband?

- **Erhebung des Patientenbedarfs:** Durch repräsentative Patientenbefragungen, besonders bei gefährdeten Patientengruppen, sollte festgestellt werden, wo es ungedeckten Versorgungsbedarf gibt. Auch die verpflichtende standardisierte Sammlung und Veröffentlichung von Patientenbeschwerden bei Kassen, KVen und Ärztekammern wäre ein wichtiger Indikator.
- **Patientenorientierte Anreize im Vergütungssystem setzen:** Versorgungsleistungen, die Patientinnen und Patienten wohnortnah benötigen, müssen besser vergütet werden als bisher, hoch technisierte Leistungen dagegen geringer. Um dieses Prinzip umzusetzen, dürfen die Verhandlungen zur Honorarreform nicht unter Ausschluss von Öffentlichkeit und Vertretern der Interessen von Patientinnen und Patienten erfolgen. Zudem braucht es hierfür entsprechende gesetzliche Vorgaben. Die „Re-Regionalisierung“ der ambulanten Vergütung ist mit Blick auf die Unterversorgung unbedingt zu vermeiden.
- **Umschichtung statt weiterer Aufbau von Versorgungskapazitäten:** Überversorgung muss abgebaut werden, um die Ärzte und Gelder in unterversorgten Gebieten zum Einsatz kommen können. Hierzu muss vor allem die unkoordinierte Sonderbedarfszulassung unterbunden werden. Alle Zulassungen in normal- und überversorgten Gebieten müssen befristet werden. Und auch Krankenhauskapazitäten gehören auf den (unabhängigen) Prüfstand.
- **Stärkung der Qualitätssicherung:** Insbesondere vor umfangreichen medikamentösen Behandlungen und Eingriffen muss zuverlässig sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten die Behandlung auch benötigen und wollen. Hierzu wären verpflichtend die ambulante Kodierrichtlinien und Zweitmeinungsverfahren zu nutzen. Außerdem sollte bei der Qualitätssicherung neben der Indikationssicherung auch mehr Wert als bisher darauf gelegt werden, ob die Patienten die gewünschten Ergebnisse der Behandlung erreichen beziehungsweise wie sich ihre Gesundheitssituation durch die Behandlung verändert hat. Patienten sind insbesondere bei interdisziplinären Behandlungen oft die einzigen, die die Behandlung in ihrer Gänze erleben und die Qualität der Versorgungskoordination beurteilen können. Hierzu sind Patientenbefragungen das geeignete Mittel, wobei hierfür Klarstellungen der

datenschutzrechtlichen Bestimmungen und geeigneten Datenflüsse erforderlich sind, für die ein Vorschlag in **Anhang 1** enthalten ist. Fortgesetzte Qualitätsdefizite bei Leistungserbringern müssen spürbare Sanktionen nach sich ziehen.

- **Versorgungsangebote müssen erreichbar sein:** Je spezialisierter ein Versorgungsangebot ist, desto weiter entfernt vom Wohnort kann es prinzipiell angesiedelt sein. Damit aber auch die Schwächsten der Gesellschaft im Bedarfsfall diese Angebote erreichen, müssen die Transportkosten übernommen werden.
- **Verlässlichkeit des Entlassmanagements:** Der Anspruch von Patientinnen und Patienten auf Unterstützung beim Übergang der Behandlung vom Krankenhaus auf ein nachfolgendes Versorgungsangebot muss nicht nur formal bekräftigt, sondern auch überprüft werden. Es muss für Patientinnen und Patienten transparent werden, welche Einrichtungen ihrer Verpflichtung umfangreich nachkommen und welche weniger.
- **Einbezug der Gesundheitsberufe in die Bedarfsplanung:** Medizinische Versorgung erfolgt nicht allein durch Ärzte, sondern auch durch Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Pflegekräfte, Hebammen oder Therapeuten. Diese Angebote sollten in die Betrachtung der Versorgungssituation und ihre Planung einbezogen werden.

2.2 Medizinische Innovationen

Das Problem

Innovationen sind für den Fortschritt in der Medizin unverzichtbar. Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen sind darauf angewiesen, dass Behandlungsmethoden fortwährend verbessert werden und sie als gesetzlich Versicherte daran teilhaben. Gleichzeitig bergen Innovationen auch Gefahren für Patientinnen und Patienten: zum Beispiel Nebenwirkungen von Medikamenten oder Strahlenbehandlungen. Solche Risiken lassen sich durch Erprobung unter Studienbedingungen und mit begrenzter Teilnehmerzahl minimieren. Zudem muss bei zusätzlichen Kosten ein Zusatznutzen gegenüber den bisher gängigen Behandlungen bestehen. Bisher dürfen nicht abschließend erprobte Innovationen ausschließlich im stationären Bereich auf Kosten der Krankenkassen angewendet werden. In die ambulante Versorgung werden neue Behandlungsverfahren nur dann aufgenommen, wenn Patientensicherheit und Nutzen in Studien nachgewiesen sind. Dies ist in erster Linie für die Anbieter von medizinischen Verfahren ein Problem, denn die Hürden für die breite Markteinführung sind relativ hoch. Für die Patientinnen und Patienten kann dies bedeuten, dass ihnen die nicht in den Leistungskatalog aufgenommenen Leistungen auf Privatrechnung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wieder begegnen.

Was enthält der Gesetzesentwurf?

- Künftig sollen neue medizinische Methoden, deren Nutzen noch nicht belegt ist, de facto auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden dürfen, wenn sie „das Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative“ aufweisen – ein völlig unbestimmter Rechtsbegriff. Hierfür müssen die Hersteller einen Antrag beim Ge-

meinsamen Bundesausschuss stellen und sich an den Kosen der folgenden Erprobung „in angemessenem Umfang“ beteiligen. Die Erprobung kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Während dieser Zeit kann die Methode auch von niedergelassenen Ärzten angewendet werden, wenn sie die jeweiligen Anforderungen erfüllen und sich bereit erklären, ihre Anwendungsergebnisse zu dokumentieren. Da die Vergütung extrabudgetär erfolgt, ist der Anreiz zu breiter Leistungserbringung hoch. Darüber hinaus bleibt zu bezweifeln, ob unter diesen Bedingungen Studienergebnisse erzielt werden können, die üblichen Standards für evidenzbasierte Medizin genügen.

- Um (solche) Methoden wieder aus dem Leistungskatalog zu entfernen, müssen künftig neun von 13 Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschusses dem Ausschluss zustimmen. Eine solche Mehrheit kann nur dann zustande kommen, wenn die Interessenvertreter der Ärzte und Krankenhäuser, die von der Anwendung ökonomisch profitieren, für den Ausschluss stimmen.
- Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, in breiterem Umfang als bisher sogenannte Satzungsleistungen anzubieten.
- Es soll mit den kassenärztlichen Pflichten nicht (mehr) vereinbar sein, Patientinnen oder Patienten zu drängen, Privatleistungen in Anspruch zu nehmen, wenn an deren Stelle eine erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung steht. Kontrollen oder Sanktionen sind für diese Vorschrift nicht vorgesehen, so dass sie voraussichtlich wirkungslos bleiben wird.

Was fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband?

Bereits heute können innovative Methoden in den Krankenhäusern rasch und flächendeckend angewendet werden. Mit der neuen Innovationsregelung wird also ein Problem gelöst, das keines ist. Stattdessen werden Methoden ohne klaren Nutzen auch ambulant anwendbar und der spätere Ausschluss aus dem Leistungskatalog verzögert und erschwert. Die sich daraus ergebenden Risiken wie auch Kosten tragen letztlich die Versicherten. Vor diesem Hintergrund fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband:

- Die Neuregelungen zur Stimmrechtsübertragung im Gemeinsamen Bundesausschuss und zur erhöhten Mehrheitserfordernis bei Ausschlussentscheidungen sollten dringend fallen gelassen werden.
- Die Erprobung neuer Methoden im ambulanten Bereich muss strikt begrenzt werden und darf nur unter strengen Auflagen erfolgen, um verwertbare Studienergebnisse bei minimaler Gefährdung der Patientinnen und Patienten zu erhalten.
- Das Prinzip der Satzungsleistungen ist der gesetzlichen Krankenversicherung wessensfremd und beinhaltet die Gefahr einer schleichenden Aushöhlung des Leistungskatalogs. Es muss das Prinzip gelten, dass Leistungen für alle Versicherten immer dann in den Katalog aufgenommen werden müssen, wenn sie einen nachgewiesenen Nutzen beispielsweise hinsichtlich Prävention von Krankheiten oder der Vermeidung teurerer Leistungen bieten – Stichwort: Versorgungslücke der häuslichen Krankenpflege. Leistungen ohne derartigen nachgewiesenen Nutzen sollten in keinem Fall von der Solidargemeinschaft finanziert werden.
- Bei Privatleistungen muss darüber hinaus ein schriftlicher Kostenvoranschlag für den Patienten ebenso wie eine schriftliche Rechnung Pflicht sein. Darüber hinaus

ist eine Aufklärung der Patienten erforderlich, die ihnen anhand von verständlichen Daten und Fakten evidenzbasiert darlegt, was sie von der Behandlung zu erwarten haben. Die Aufklärung muss zeitlich von der Behandlung getrennt werden, um eine unabhängige Entscheidung der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Kommt es zu Verstößen, müssen die Kassen verpflichtet werden, diesen nachzugehen. Zudem sind für diese Fälle spürbare Sanktionen nötig.

2.3 Transparenz für und Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten sowie die Gestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Das Problem

Patientinnen und Patienten sollen – so das gerne propagierte Leitbild – als mündige Akteure ihre Krankenkasse und ihre behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser auswählen. In der Realität ist die Informationslage selbst für den engagiertesten Patienten dünn, beispielsweise in bestimmten Verträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern (Selektivverträge nach den §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V). In dieser transparenzfreien Zone können Regelungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten, aber zum Vorteil von Kassen und Leistungserbringern (etwa Hersteller, Ärzte, Krankenhäuser) prächtig gedeihen. Die wenigsten Versicherten können und wollen sich selbst tagtäglich über das Gesundheitswesen und seine Angebote informieren. Deshalb sind kollektive Patientenrechte unverzichtbar. Derzeit werden ausschließlich im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den bereits existierenden Zulassungsgremien Patienteninteressen von den unabhängigen Organisationen der Verbraucher- und Patientenberatung sowie der Selbsthilfe vertreten, in den übrigen relevanten Gremien und Verhandlungssituationen nicht.

Was enthält der Gesetzesentwurf?

- Die kollektive Patientenbeteiligung wird an keiner Stelle explizit ausgebaut. Selbst im neu eingerichteten beratenden Landesgremium der Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung keine Patientenvertreter vor. Einzig in einem Änderungsantrag der Regierungsfractionen wird eine – wenn auch von ihren Rechten her äußerst schwache – Patientenvertretung im Bereich der Verhandlungen der Bundesmantelvertragspartner (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) neu etabliert, womit allerdings eine freiwillige Praxis der Vertragspartner nachvollzogen wird.
- Die Verhandlungen der Kassen mit Zahnärzten, Ärzten, Krankenhäusern, Heilmittel-Lieferanten und Reha-Einrichtungen sind und bleiben geheim. Für die Beratungen im Bewertungsausschuss, in dem Kassen und Ärzte über die ambulante Vergütung entscheiden, und im Gemeinsamen Bundesausschuss (Leistungskatalog, Qualitätssicherung) wird eigens die Vertraulichkeit festgelegt, damit die Beratungen nicht dem Informationsfreiheitsgesetz unterliegen.
- Im Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Bestellung der unabhängigen Vorsitzenden in einer Art und Weise geändert, die leider nicht den Einfluss der Träger des G-BA verringert, dafür aber die Auswahl sachkompetenter Bewerber erschwert

und den Gedanken der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zugunsten von Einflussmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit schwächt.

- Für die Versorgungsforschung soll der Zugang zu einigen ausgewählten Daten ermöglicht werden, für die Information von Patientinnen und Patienten über das Versorgungsangebot und seine Qualität jedoch nicht. Hierzu fehlen darüber hinaus sowohl klare Zeitvorgaben für die Umsetzung als auch ein den Zielsetzungen angemessener Datenumfang.
- Selektivverträge bleiben intransparent. Nicht einmal eine Übersicht zu den Leistungsangeboten der Kassen wird den Versicherten bereitgestellt, mit denen sie passende Versorgungsangebote finden könnten, von Transparenz über die Vertragsinhalte und Vergleichbarkeit ganz zu schweigen.

Was fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband?

- Die Patientenbeteiligung muss auf alle Gremien ausgedehnt werden, die wesentliche Vorgaben für die konkrete Patientenversorgung machen.
- Im Gemeinsamen Bundesausschuss müssen die Mitspracherechte der Patientenvertretung gestärkt werden, durch ein eigenes Stimmrecht oder das Vorschlagsrecht für einen gleichberechtigten unparteiischen Vorsitzenden bei turnusmäßigem Wechsel der Leitung der Entscheidungssitzungen im Plenum. Die geplante Berufung der Unparteiischen durch Bundestag oder Bundesgesundheitsministerium ist im Interesse der Selbstverwaltung nicht sachgerecht.
- Alle Daten, die für den Zweck der Versorgungsforschung zugänglich sind, müssen auch für die Information der Patientinnen und Patienten genutzt werden können. Bei der Auswahl der Daten müssen die Zielsetzungen der Datennutzung beachtet werden, so dass auch anonymisierte Vergleiche zwischen Leistungserbringern und regionale Analysen des Versorgungsangebots möglich sind.
- Die Kassen müssen verpflichtet werden, Verbraucherinnen und Verbraucher übersichtlich und strukturiert über alle Leistungen zu informieren, in denen sie sich von anderen Kassen unterscheiden. Das betrifft die sogenannten Satzungsleistungen, aber auch die Selektivverträge. Detailliertere Anforderungen zum Umgang mit Selektivverträgen finden sich in **Anhang 2**.

2.4 Spezialärztliche Versorgung

Das Problem

Nach dem Willen der Bundesregierung soll zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein neuer Sektor, die sogenannte ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) entstehen. Sie soll an die Stelle der bisherigen ambulanten Behandlung im Krankenhaus innerhalb der Spezialambulanzen nach § 116b SGB V treten. In der ASV sollen jedoch mehr Behandlungen möglich sein. Zudem unterliegen sie keiner Bedarfsplanung. Konkrete Probleme von Patienten, die in den Spezialambulanzen heute auftreten, sind:

- In den Spezialambulanzen sollen besonders seltene oder schwerwiegend verlaufende Erkrankungen behandelt werden, was zweifellos erhöhte Anforderungen an die Qualität der Einrichtungen und die Kooperation der dort beschäftigten Fachärzte stellt. Diese Voraussetzungen werden aber in der Regel nur anfänglich bei der Genehmigung geprüft. Erfahrungsberichte von Patienten weisen darauf hin, dass in der Behandlungsrealität dieser hohe Qualitätsanspruch nicht immer gelebt wird und beispielsweise die Behandlung statt vom interdisziplinären Facharztteam durch den Assistenzarzt erfolgt.
- Trotz der bisherigen gesetzlichen Möglichkeiten finden insbesondere Menschen mit seltenen Erkrankungen oft keinen geeigneten Behandler.

Was will die Bundesregierung tun?

- Neben der Behandlung von seltenen beziehungsweise besonders schwer verlaufenden Krankheiten werden nun auch ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen in den Katalog der hier geregelten Leistungen aufgenommen. Mit anderen Worten: Spezialisierung und Massengeschäft werden den gleichen Regelungen unterworfen.
- Die Zulassung von Krankenhäusern und Ärzten für diese Versorgung erfolgt auf Antrag bei der zuständigen Landesbehörde, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind oder wenn das Land binnen zwei Monaten den Antrag nicht ablehnt. Regelmäßige Kontrollen der Leistungsqualität und Konsequenzen im Falle negativer Resultate sind nicht geplant.
- Die Vergütung erfolgt direkt über die Krankenkassen, Mengenbegrenzung und Bedarfsplanung finden nicht statt. Den Krankenhäusern wird es so sehr leicht gemacht, eine spezialärztliche Versorgung auf- und vor allem auszubauen, so dass insbesondere im Bereich der stationersetzenden Leistungen und ambulanten Operationen eine erhebliche angebotsinduzierte Mengenausweitung wahrscheinlich ist.

Was fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband?

Derzeit sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband keine Verbesserungen für Patientinnen und Patienten durch die geplante ambulante spezialärztliche Versorgung. Profitieren werden hiervon in erster Linie die Krankenhäuser, denen ein erleichterter Zugang zu Einnahmequellen aus dem ambulanten Honorartopf ermöglicht wird. Um wirklich Verbesserungen für Patientinnen und Patienten zu erreichen, wäre aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands folgendes erforderlich:

- die alte Regelung weitgehend beibehalten.
- konsequente fortlaufende Prüfung, ob die Zulassungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden.
- durch regelmäßige Patientenbefragungen die erlebte Versorgungsqualität ermitteln.
- bei Qualitätsdefiziten müssen Sanktionen drohen – bis hin zum Entzug der Zulassung der Einrichtungen.

Anhang 1

Erhebung von Qualitätsindikatoren zur Erfassung von Patientenerfahrung im Rahmen verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Vorschlag für eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung des Datenflusses bei Patientenbefragungen

1. Regelungsvorschlag

In § 299 SGB V (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung) wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„Wird in den Auswertungszielen nach Abs. 3 S. 2 die Erhebung der Patientenperspektive durch das Instrument der Patientenbefragung festgelegt, erfolgt abweichend von Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 1 die Pseudonymisierung, die Auswahl der Stichprobe sowie die Versendung des Erhebungsinstruments/der Patientenfragebögen an die betroffenen Patienten (in der Regel) über die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 3. Die Rückmeldung der betroffenen Patienten erfolgt direkt an die Auswertungsstelle nach Absatz 3. Die Vertrauensstelle stellt sicher, dass weder die Auswertungsstelle nach Absatz 3 noch die beteiligten Leistungserbringer oder die in Absatz 1 Satz 4 genannten Kenntnis von Sozialdaten der an der Patientenbefragung beteiligten Patienten erlangen. Einzelheiten des Verfahrens oder im Einzelfall notwendige Abweichungen sind in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen festzulegen.“

2. Begründung

Patientenbefragungen dienen im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen als Instrument zur Erhebung der Patientenperspektive, respektive der Patientenerfahrungen und -präferenzen sowie der Erfassung der patientenrelevanten Ergebnisqualität. Ausschließlich Patienten erleben ihren Behandlungsprozess über alle Schnittstellen hinweg und können über Sektorengrenzen hinaus die Kontinuität Ihrer Behandlung beurteilen. Auch können nur Patienten aussagen, ob so wichtige Faktoren wie eine angemessene Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung oder eine die Würde wahrende Behandlung erfolgt sind. Und schließlich können sie, insbesondere bei elektiven Behandlungen, Auskunft darüber geben, ob beziehungsweise in welchem Ausmaß ihr individuelles Behandlungsziel erreicht wurde.

Häufig werden Patientenbefragungen durchgeführt, indem ein Fragebogen über den Leistungserbringer (Krankenhaus, Vertragsärzte) an die Patienten verteilt beziehungsweise versendet wird. Die Ergebnisse werden dann für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt oder für Werbezwecke verwendet. Im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden, vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V ist aus methodischen Gründen jedoch erforderlich, dass das Instrument zur Erhebung von Patientenerfahrungen nicht durch die zur Erhebung von QS-Indikatoren verpflichteten Leistungserbringer gesteuert werden kann. Schließlich soll die erlebte Versorgungsqualität und nicht die Fähigkeit des Leistungserbringers zur Auswahl beziehungsweise Beeinflussung seiner Patienten erhoben werden. Die betroffenen Patienten müssen entsprechend vor einer möglichen Einflussnahme geschützt werden.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist daher eine Klarstellung in § 299 SGB V erforderlich, wonach im Rahmen von Patientenbefragungen die datenschutzrechtlichen Anforderungen auch im Rahmen von Stichproben aufgehoben werden und die Auswahl

der Stichprobe, Pseudonymisierung und die Initiierung der Patientenbefragung über die Vertrauensstelle erfolgt.

Die Versendung der Fragebögen erfolgt durch die Vertrauensstelle in schriftlich-postalischer Form an die betroffenen Patienten. Die Vertrauensstelle stellt weiter sicher, dass weder die Auswertungsstelle nach Absatz 3 noch die beteiligten Leistungserbringer oder die in Absatz 1 Satz 4 genannten Kenntnis von Sozialdaten der an der Patientenbefragung beteiligten Patienten erlangen. Hierzu versieht die Vertrauensstelle die Fragebögen mit dem Pseudonym des Patienten. Beigefügt wird ein Umschlag, der an die Institution nach § 137a SGB V adressiert ist. Die Patienten senden dann den ausgefüllten Fragebogen an die Institution nach § 137a SGB V, welche die Ergebnisse des Bogens erfasst, mit den übrigen pseudonymisierten QS-Daten zusammenführt und auswertet.

Die Vertrauensstelle hat dem Fragebogen eine Patienteninformation beizufügen, die den datenschutzrechtlichen Anforderungen eines Informationsschreibens genügt, die Freiwilligkeit der Teilnahme verdeutlicht und auch ausdrücklich darauf hinweist, dass der Auswertungsstelle keine personenbezogenen Daten übermittelt werden sollen.

Anhang 2

Steigerung von Patientensicherheit und Transparenz im Bereich der Selektivverträge

Mit Blick auf diese Selektivverträge fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband:

- **Verpflichtung der Krankenkassen zu Qualitätsprüfung und Einhaltung der Mindeststandards des Kollektivvertrags**
 - Die Krankenkassen übernehmen im Selektivvertrag den Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie müssen deshalb verpflichtet werden, die Einhaltung von Qualitätsvorgaben gegenüber den an ihren Verträgen teilnehmenden Ärzten durch verpflichtende Prüfungen sicherzustellen.
 - Umfang und Inhalt der Prüftätigkeit der Krankenkassen müssen verpflichtend mindestens das im Kollektivvertrag geltende Niveau erreichen.
 - Hierfür muss eine einheitliche Aufsicht beim Bundesversicherungsamt eingerichtet werden, die überwacht, ob diese Prüfverpflichtungen auch in der Praxis eingehalten werden. Bei Nichteinhaltung ist die Genehmigung für den betreffenden Vertrag zu entziehen.
- **Verpflichtung der Krankenkassen zur Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit**
 - Die Verpflichtung zur Transparenz über die bei einer Kasse bestehenden Selektivverträge darf sich nicht nur auf die eigenen Versicherten erstrecken, sondern muss sich auch auf die Öffentlichkeit erstrecken, um die qualitätsorientierte Wahl der Krankenversicherung zu ermöglichen.
 - Für Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den ambulante Versorgung aufgenommen wurden, sind Studien öffentlich bereitzustellen, die nachweisen, dass die Patientensicherheit gewährleistet ist. Leistungen, die dieser Anforderung nicht genügen, dürfen nicht selektivvertraglich angeboten werden.
 - Für alle Selektivverträge sind standardisiert Informationen bereitzustellen, die Patientinnen und Patienten, aber auch Beratungs- und Verbraucherorganisationen eine strukturierte Marktübersicht ermöglichen. Diese Informationen sollen mindestens enthalten:
 - Indikation(en)
 - Leistungsinhalte im Vergleich zur Regelversorgung (wird mehr oder nur ein Ausschnitt angeboten?) und im Vergleich zu bestehenden Leitlinien, Nachweis der Patientensicherheit bei weitergehenden Versorgungsinhalten
 - Zahl und Art der teilnehmenden Leistungserbringer, deren regionale Verteilung bzw. Flächendeckung
 - Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung und ggf. auch von Evaluationen der Vertragswirkungen unter dem Aspekt der Versorgungsqualität
 - Umfang und Empfänger personenbezogener Daten, insbesondere von Behandlungsdaten
- **Bereitstellung der Daten aus den Selektivverträgen für Bedarfsplanung und Versorgungsforschung durch die Krankenkassen**

- **Verbesserung der kollektiven Vertretung von Patienteninteressen in Selektivverträgen und der Beratungsqualität**
 - Etablierung von verpflichtenden Vorgaben zur Einbeziehung der Patientenvertretung nach § 140f SGB V in die Gestaltung und Evaluation von Selektivverträgen
 - Etablierung und Finanzierung eines unabhängigen internetbasierten Transparenzportals, in dem die oben geforderten standardisierten Informationen zu Selektivverträgen in patientenverständlicher Form vergleichend und übersichtlich dargestellt werden