

26. Juli 2011

## **Irrlicht Versorgungsgesetz**

**Was brauchen die Patienten, was plant die Regierung?**

**Hintergrundpapier des Verbraucherzentrale Bundesverbandes**

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

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Die Regelungen im Einzelnen .....	3
2.1 Die Reform der Bedarfsplanung .....	3
Die Kosten für Versicherte: Ein Rechenbeispiel .....	5
2.2 Medizinische Innovationen .....	6
2.3 Transparenz und Interessenvertretung.....	8
2.4 Spezialärztliche Versorgung.....	9

---

### 1. Einleitung

Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen wird vom Sachverständigenrat bereits seit vielen Jahren diagnostiziert.<sup>1</sup> Das Problem der Unterversorgung sollte von Seiten der Bundesregierung mit dem Versorgungsgesetz adressiert und gelöst werden. Inzwischen heißt das Reformvorhaben Versorgungsstrukturgesetz, ein Referentenentwurf liegt seit Anfang Juni 2011 vor.<sup>2</sup> Die Verlautbarungen der Interessenorganisationen der Leistungserbringer waren überwiegend positiv,<sup>3</sup> während die Krankenkassen die Neuerungen eher kritisch kommentieren.<sup>4</sup> Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hat zu den geplanten Änderungen ebenfalls umfangreich Stellung genommen<sup>5</sup>.

Folgende **Regelungen** des geplanten Gesetzes sind für Verbraucherinnen und Verbraucher besonders brisant und werden in diesem Papier ausführlich erläutert:

- **Reform der Bedarfsplanung:** Wie kann das medizinische Versorgungsangebot am Bedarf der Patienten ausgerichtet werden – zukunftssicher und bezahlbar?
- **Innovationen in der GKV:** Auch gesetzlich Versicherte sollen am Fortschritt der Wissenschaft teilhaben. Dient die Neuregelung tatsächlich diesem Ziel oder macht sie Patientinnen und Patienten auf Kosten der GKV zu Versuchskaninchen?
- **Transparenz und Interessenvertretung:** Was ist notwendig, um Patienten und Versicherte zu souveränen Akteuren im Gesundheitswesen zu machen?
- **Spezialärztliche Versorgung:** Bietet dieser neue Sektor zwischen dem ambulanten und stationären Bereich eine verbesserte Versorgung bei seltenen oder schweren Erkrankungen oder ist er vor allem ein neues Geschäftsfeld für Krankenhäuser und verschärft das Problem der Über- und Fehlversorgung?

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

<sup>2</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Laufende\\_Verfahren/V/10\\_06\\_11\\_Referentenentwurf\\_Versorgungsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/V/10_06_11_Referentenentwurf_Versorgungsgesetz.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/8357/title/DKG\\_zum\\_Referentenentwurf\\_des\\_GKV-Versorgungsstrukturgesetzes](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/8357/title/DKG_zum_Referentenentwurf_des_GKV-Versorgungsstrukturgesetzes), <http://www.kbv.de/39452.html>

<sup>4</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/statement\\_marini\\_praxisankauf\\_110708.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/statement_marini_praxisankauf_110708.gkvnet), [http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2011/index\\_06139.html](http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2011/index_06139.html),

<sup>5</sup> [http://www.vzbv.de/mediapics/versorgungsgesetz\\_patientenbedarf\\_referentenentwurf\\_06\\_2011.pdf](http://www.vzbv.de/mediapics/versorgungsgesetz_patientenbedarf_referentenentwurf_06_2011.pdf)

Der vzbv befürchtet, dass das geplante Gesetz nur wenige Verbesserungen für Patientinnen und Patienten bringt, die absehbaren finanziellen Belastungen jedoch deutlich über den im Referentenentwurf ausgewiesenen 122 Millionen Euro liegen werden. Diese Kosten werden ausschließlich die Versicherten über Zusatzbeiträge aufzubringen haben. Damit dies nicht geschieht, lauten die **Kernforderungen** des vzbv:

- Bessere Versorgungsstrukturen müssen durch **Umverteilungen im System** geschaffen werden – keine neuen Finanzbelastungen für Versicherte.
- Das **Anreizsystem** für Ärzte und Krankenhäuser muss **patientenorientiert** gestaltet werden – nicht Gerätemedizin, sondern Patientenversorgung muss sich lohnen.
- Die **Qualitätssicherung der Leistungen** muss im Vordergrund stehen – nicht mehr, sondern bessere Versorgung zählt.
- Die **kollektiven Vertretungsrechte der Patientinnen und Patienten** müssen in allen Gremien gestärkt werden.

## 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,<sup>6</sup> 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 z.B. 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 Wartezeiten<sup>7</sup> in Kauf nehmen müssen. Der Grund: Die Ärzte ziehen privat Versicherte vor oder behandeln lieber Patienten, bei denen sie Extraleistungen oder teure Operationen abrechnen können. Dies geht zu Lasten der klassischen gesetzlichen Versorgungsleistungen. Ein Arzt muss nur 20 Stunden Praxisöffnungszeiten pro Woche nachweisen, um seine kassenärztliche Zulassung zu erhalten,<sup>8</sup> 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

<sup>6</sup>[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle\\_Aerzte.templateId=renderPrint.psml#AnkerEuropa](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.templateId=renderPrint.psml#AnkerEuropa)

<sup>7</sup><http://www.bkk.de/presse-politik/presse/bkk-pressemitteilungen/itemId/76>

<sup>8</sup><http://www.kbv.de/rechtsquellen/2568.html>

Stadtbezirken, denn der Planungsbezirk umfasst einen gesamten Landkreis. Natürliche Verkehrshindernisse wie Wälder, Berge, Flüsse, oder die Erreichbarkeiten mit dem ÖPNV bleiben unberücksichtigt. Ältere, besonders kranke, behinderte und finanziell schwache Menschen haben Probleme, diese Grundversorgungsangebote zu erreichen.

- Obwohl in unterversorgten Regionen Arztsitze 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 von den Zulassungsausschüssen, besetzt von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassen, 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 teils auf Kassenkosten, teils privat, 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 Diagnose- und Behandlungsleistungen die GKV-Versicherten erhalten.
- 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 für viel Geld an ihre Nachfolger weitergereicht.

### **Was will die Bundesregierung tun?**

- Ein freiwillig von den Ländern einzurichtendes Gremium soll Empfehlungen für die sektorübergreifende Bedarfsplanung aussprechen – ohne bindenden Charakter.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll, erstmals unter Beteiligung der Länder, die Planungsbezirke neu festlegen und bei der Festlegung, wie viele Ärzte dort erforderlich sind, besonders die demographische Entwicklung berücksichtigen – ohne jedoch über eine eigene Datengrundlage und tragfähige wissenschaftliche Erkenntnisse zu verfügen. Von dieser Richtlinie können die KVen jedoch abweichen und die Länder das Ganze über Beanstandungen nochmals beeinflussen. Was also von der ursprünglichen Planungsabsicht bei den Patientinnen und Patienten ankommt, ist ungewiss.
- Um Praxen stillzulegen, sollen die Krankenversicherungen gegenüber ungewollten 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 Strukturfonds in Höhe von 0,2 Prozent der ambulanten Honorarsumme (für 2010 wären das bundesweit etwa 48 Mio. Euro gewesen)<sup>9</sup> vorgesehen.

<sup>9</sup> <http://www.kbv.de/37887.html>, erwartete Gesamtvergütung 2011 in Höhe von 24,1 Mrd. Euro \* 0,2%.

- Eine Befristung der kassenärztlichen Zulassung soll nur in normalversorgten Regionen möglich sein.
- Die neue Spezialärztliche Versorgung wird gar nicht erst in die Bedarfsplanung einbezogen.
- 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“ de facto abgeschafft.

**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.

### Die Kosten für Versicherte: Ein Rechenbeispiel

Allein auf der Grundlage der Einbeziehung des Demographiefaktors in die Bedarfsplanungsrichtlinie, die 2010 bereits beschlossen wurde,<sup>10</sup> hat die KV Rheinland-Pfalz 130 neue Arztsitze ausgewiesen<sup>11</sup>:

130 x durchschnittlicher GKV-Umsatz der pro Jahr und Arzt: <sup>12</sup> 202.000 €  
 + durchschnittliches Arzneimittelbudget pro Jahr und Arzt<sup>13</sup>: 182.000 €

Jährliche Mehrausgaben der GKV<sup>14</sup> für Rheinland-Pfalz gesamt: 49,9 Mio. €

Hochgerechnet auf das Bundesgebiet<sup>15</sup>: 1,02 Mrd. €

Bei 51,4 Mio. Beitragszahlern der GKV<sup>16</sup>: **20 € Zusatzbeitrag pro Jahr.**

Ohne Umschichtung der Versorgung könnten die Änderungen der Bedarfsplanung ein **Vielfaches dieser Kosten** auslösen.

### Was fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband?

- **Patientenorientierte Anreize im Vergütungssystem setzen:** Versorgungsleistungen, die Patientinnen und Patienten wohnortnah benötigen, müssen besser vergütet werden als bisher, hoch technisierte Leistungen dagegen geringer.

<sup>10</sup> <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/346/>

<sup>11</sup> [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/661733/ausschuss-bewilligt-130-neue-arztsitze-rheinland-pfalz.html?sh=5&h=1271172990](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/661733/ausschuss-bewilligt-130-neue-arztsitze-rheinland-pfalz.html?sh=5&h=1271172990)

<sup>12</sup> <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=a8a8afdf0e531985fe9ed165ba6367ad&DocId=003763162&Page=1> :Honorarumsatz in Rheinland Pfalz in 2010 1,471 Mrd. Euro, [http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/4131.html](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/4131.html), Arztzahl in Rheinland Pfalz 2010: 7240

<sup>13</sup> <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2011/02/01/minus-in-rheinland-pfalz-sachsen-anhalt-und-im-saarland.html>

<sup>14</sup> ohne Heil- und Hilfsmittel, stationäre Leistungen etc.

<sup>15</sup> Hochgerechnet anhand des Bevölkerungsanteils von Rheinland-Pfalz in Höhe von 4,9% des Bundesgebiets, [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp)

<sup>16</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/Kennzahlen\\_GKV\\_2000-2010\\_110627.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_GKV_2000-2010_110627.pdf)

- **Umschichtung statt weiterer Aufbau von Versorgungskapazitäten:** Überversorgung muss abgebaut werden, damit Ärzte und Gelder in unterversorgten Gebieten zum Einsatz kommen können. Hierzu muss vor allem die unkoordinierte Sonderbedarfszulassung unterbunden 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 Kodierrichtlinie und das Zweitmeinungsverfahren zu nutzen. Außerdem sollte bei der Qualitätssicherung mehr Wert darauf gelegt werden, ob die Patienten die gewünschten Ergebnisse der Behandlung erreichen beziehungsweise wie sich ihre Gesundheitssituation durch die Behandlung verändert hat. Fortgesetzte Qualitätsdefizite müssen Sanktionen nach sich ziehen.
- **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.
- **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 können, müssen die Transportkosten übernommen 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 in Form von Nebenwirkungen von Medikamenten oder Strahlenbehandlungen. Solche Risiken lassen sich in Erprobungsphasen minimieren. Zudem muss ein Zusatznutzen gegenüber den bisher gängigen Behandlungen bestehen.

Bislang 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 ein Zusatznutzen nachweisbar ist. 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 diese Leistungen auf Privatrechnung als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wieder begegnen.

### **Was will die Bundesregierung tun?**

- Künftig sollen neue medizinische Methoden, deren Nutzen noch nicht belegt ist, auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden dürfen. Hierfür müssen die Hersteller einen Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss stellen und sich an den Kosten der folgenden Erprobung „in angemessenem Umfang“ beteiligen. Die Erprobung kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Während dieser Zeit ist die Methode de facto im Leistungskatalog der Kassen enthalten. Der Unterschied zum Status Quo: Statt in 2.080 Krankenhäusern kann sie von 137.000 ambulanten Ärzten angewendet und abgerechnet werden, sofern sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen.
- Um diese 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.
- 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 nicht vorgesehen.

### **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 vzbv:

- 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.
- Bei Privatleistungen muss darüber hinaus ein schriftlicher Kostenvoranschlag für den Patienten Pflicht sein. Darüber hinaus ist eine Aufklärung der Patienten erforderlich, die ihnen anhand von verständlichen Daten und Fakten 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 und Interessenvertretung

### Das Problem

Patientinnen und Patienten sollen – so das gerne propagierte Leitbild der Regierung<sup>17</sup> – als mündige Akteure ihre Krankenkasse und ihre behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser nach Qualitätsgesichtspunkten auswählen. In der Realität ist die Informationslage selbst für den engagiertesten Patienten dünn, etwa im Bezug auf bestimmte Verträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern (Selektivverträge). In dieser transparenzfreen Zone können Regelungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten, aber zum Vorteil von Kassen und Leistungserbringern (etwa Pharmaunternehmen, Ärzte, Krankenhäuser) prächtig gedeihen.

Die wenigsten Versicherten können und wollen sich selbst tagtäglich über das Gesundheitswesen und seine Angebote informieren. Trotzdem wollen auch sie die Gewissheit haben, dass sich jemand in ihrem Interesse wirkungsvoll für ein qualitativ gutes Leistungsangebot einsetzt. Kollektive Patientenrechte sind daher unverzichtbar.

### Was will die Bundesregierung tun?

- Für die Versorgungsforschung soll der Datenzugang erleichtert werden, für die Information von Patientinnen und Patienten über das Versorgungsangebot und seine Qualität jedoch nicht.
- Selektivverträge bleiben intransparent. Nicht einmal eine Übersicht zu den Leistungsangeboten der Kassen, mit der sie passende Versorgungsangebote finden könnten, wird den Versicherten bereitgestellt.
- 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 nun eigens die Vertraulichkeit festgelegt, damit die Beratungen nicht dem Informationsfreiheitsgesetz unterliegen.
- Die kollektive Patientenbeteiligung wird an keiner Stelle explizit ausgebaut. Selbst im neu eingerichteten beratenden Landesgremium der Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung keinen Patientenvertreter vor.

### 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, und zwar durch ein eigenes Stimmrecht und das Vorschlagsrecht für einen unparteiischen Vorsitzenden. Die geplante Berufung der Unparteiischen durch Bundestag oder Bundesgesundheitsministerium lehnt der vzbv ab.

---

<sup>17</sup> <http://www.hek.de/gesundheitswissen/nachrichten/aktuelle-artikel/staatssekretaer-daniel-bahr-im-interview-mit-hekde-die-qualitaet-der-patienten-versorgung-wird-noch-in-diesem-jahr-verbessert/>

- Alle Daten, die für den Zweck der Versorgungsforschung zugänglich sind, müssen auch für die Information der Patientinnen und Patienten genutzt werden können.
- 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 Rabatt- und Selektivverträge.

## 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 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 stationer-setzende Leistungen in den entsprechenden Katalog 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.

**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.