

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 24.10.2014

Stellungnahme der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) Stand: 07.11.2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne kommen wir Ihrer Einladung nach, als AWMF-Mitgliedsgesellschaft zum „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ aus Sicht der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) Stellung zu nehmen.

Die GQMG wurde 1993 gegründet und ist eine Fachgesellschaft für Qualität und Management mit nahezu 700 Mitgliedern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Ihre Zielsetzungen sind die...

- ... Entwicklung und Bewertung von Konzepten, Methoden und Instrumenten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements,
- ... Positionsbestimmung zu Qualitätsfragen im gesundheitspolitischen Umfeld,
- ... Unterstützung bei der Implementierung und praktischen Umsetzung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- ... Kooperation mit Fachgesellschaften und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene,
- ... Anregung wissenschaftlicher Vorhaben und Verbreitung von Forschungs- und Entwicklungsergebnissen.

Die GQMG-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte“ treibt die Entwicklung zukunftsweisender Versorgungsmodelle zur optimalen Verzahnung der Sektoren voran mit der Intention, eine höhere Versorgungsqualität sowie eine verbesserte Patientensicherheit zu erreichen.

Die wesentlichen Punkte aus dem Referentenentwurf, auf die wir uns beziehen, werden jeweils stichpunktartig aufgeführt:

§ 27b SGB V „Zweitmeinung“

Wir begrüßen die Entscheidung, dass ein Anspruch für Patienten auf Zweitmeinung besteht und dass diese nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

Wir hinterfragen aber, dass allein die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer informieren sollen, da wir dort einen möglichen Interessenskonflikt sehen. Wir empfehlen, zusätzlich die unabhängigen Patientenberatungen als neutrale Institution mit dieser Aufgabe zu betrauen.

§ 39 SGB V „Krankenhaus-Entlassmanagement“

Die Erweiterung der Kompetenzen von Krankenhaus-Ärzten zur lückenlosen Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung bewerten wir als positiv. Es ist jedoch zu überdenken, ob die Verordnungen nicht über die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen und über die jeweils kleinste Packungsgröße bei Arzneimitteln hinausgehen sollten. Eine Gleichstellung mit den Vertragsärzten wäre zu begrüßen, da nicht sichergestellt werden kann, dass der Patient innerhalb von 7 Tagen nach Krankenhausentlassung einen Facharzttermin erhält (siehe nächster Abschnitt).

§ 75 Abs. 1 SGB V „Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung“

24% der Versicherten (gesetzlich und privat) warten länger als drei Wochen auf eine Behandlung (Studie der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV, 2014). Dies entspricht nicht einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und bedarf dringend einer Verbesserung. Eine Terminvergabe über Servicestellen beinhaltet unseres Erachtens die folgenden Nachteile:

- Es besteht keine freie Arztwahl und somit ergibt sich eine eingeschränkte Versorgungskontinuität. Es muss also parallel Bestrebungen geben, dass relevante Daten zwischen mehreren Fachärzten und Fach- und Hausärzten übermittelt werden können, auch um unnötige und teure Doppeluntersuchungen zu vermeiden.
- Eine weitere Konsequenz wäre, dass die Qualität der Facharztbehandlung weniger Bedeutung für den Wettbewerb hat.

Zu § 75, Abs. 1a

Es muss Ärzten vorbehalten bleiben, festzulegen ob und wann die Behandlung eines Patienten erforderlich ist. Im Sinne der Patientensicherheit ist es ausgeschlossen, dass eine Servicestelle entscheidet, ob die Behandlung innerhalb der Frist aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Die Formulierung „...die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein“ sollte konkreter formuliert werden. Wir schlagen eine Formulierung in Analogie zur wohnortnahen Versorgung aus dem Krankenhausplan (*Krankenhausplan NRW 2015, Seite 23*) vor:

2.2.1.4 Erreichbarkeit

Für die Erreichbarkeit ist der Begriff der Wohnortnähe bei den Angeboten der örtlichen Versorgung von entscheidender Bedeutung. Er wird im Wesentlichen geprägt durch die Entfernung und die zeitliche Komponente zur Überbrückung dieser Entfernung. Daher hat sich der Landesausschuss in seiner Klausursitzung am 2. November 2012 darauf verständigt, die bisherige Vorgabe weiter zu verwenden. Eine wohnortnahe Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, ist danach dann sichergestellt, wenn ein Krankenhaus grundsätzlich nicht weiter als 15 bis 20 km entfernt ist, es sei denn, dass wegen topographischer oder verkehrsinfrastruktureller Gegebenheiten das Krankenhaus nicht in der sonst üblichen Zeit erreichbar und eine kürzere Entfernung angemessen ist.

Damit soll ein Krankenhaus der örtlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten in kürzerer Entfernung als 20 km liegen. In einer kürzeren Entfernung als 15 km sollen Angebote vorgehalten werden, wenn verkehrsbedingte Situationen regelmäßig zu langen Wegezeiten zwingen oder topographische Verhältnisse eine Einrichtung nur unter erschwerten Bedingungen erreichen lassen.

§ 75 Absatz 1b, SGB V „sprechstundenfreie Zeiten (Notdienst)“

2012 haben sich 92% der allgemeinen Krankenhäuser an der Notfallversorgung beteiligt. Von den insgesamt im Jahr 2012 fast 18 Millionen behandelten Patientinnen und Patienten kamen 41,5 Prozent als Notfall. (Deutscher Bundestag: Zur Situation in den klinischen Notaufnahmen. Drucksache 18/2302. 07.08.2014).

Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und im Zusammenhang mit der sich abzeichnenden Tendenz zum Ärztemangel insbesondere in ländlichen Regionen, muss man fragen, ob der Sicherstellungsauftrag für „sprechstundenfreie Zeiten“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung bleiben kann.

Vernetzte Versorgung

Die GQMG begrüßt die Weiterentwicklung von Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung, der Regelungen zur Förderung von Praxisnetzen sowie zur Gründung und Ausgestaltung von medizinischen Versorgungszentren. Dies gilt ebenfalls für den Themenbereich „Vernetzte Versorgung“. Wir sehen es als sehr positiv an, dass MVZs zukünftig von Kommunen eröffnet werden dürfen und durch fachgruppengleiche Ärzte gegründet werden können.

Durch die Förderung des flächendeckenden Einsatzes von besonders qualifizierten Praxisassistentinnen und -assistenten im Wege der Delegation (§ 87 SGB V) wird ein weiterer wichtiger Schritt zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche getan.

Behandlungsprogramme (DMP)

Wir befürworten die Entwicklung und Einführung neuer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP; § 137f SGB V) und die in diesem Zusammenhang geplante Reduktion des Bürokratieaufwandes für chronisch kranke Versicherte.

Wir empfehlen jedoch eine adäquate Begleitforschung nicht nur der neuen strukturierten Behandlungsprogramme, sondern auch der bereits bestehenden DMPs. Der bereits seit 2007 bestehende Auftrag an die Institution gemäß § 137a SGBQ V zur Erstellung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren für die DMPs wurde bisher nicht umgesetzt und sollte vom mit höherer Priorität weiter verfolgt werden.

Innovationsfond

Den Innovationsfond zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen halten wir für einen wichtigen Meilenstein zur Entwicklung weiterer innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen. Dabei sprechen wir uns deutlich für den Vorrang von Prozess-Innovationen gegenüber Produkt-Innovationen aus.

Auch die Entscheidung, dass Leistungserbringer einen Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten für die Antragstellung erhalten, bewerten wir als positiv. Wir empfehlen für das Antragsverfahren einen möglichst niederschweligen Zugang für die Leistungserbringer zu etablieren. Uns stellt sich jedoch die Frage, ob und wie der G-BA neben den vielen anderen Tätigkeiten dieser neuen Aufgabe gerecht werden kann.

Selektivverträge

Wir begrüßen den Trend zur Entbürokratisierung des Verfahrens für Selektivverträge, aber weisen darauf hin, dass sowohl die Erreichbarkeit als auch die Qualität der Versorgung gewährleistet bleiben muss.

Medizinprodukte der höchsten Risikoklasse

Im Sinne der Patientensicherheit ist eine Durchführung der Frühbewertung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden mit einem Medizinprodukt der höchsten Risikoklassen zu befürworten, in der Ausgestaltung muss jedoch darauf geachtet werden, dass sich dies nicht zu einem Innovationshemmnis entwickelt.

Fazit

Insgesamt sehen wir viele positive und nützliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im neuen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Generell empfehlen wir eine (indikationsbezogene) stärkere Vernetzung der verschiedenen Sektoren (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Rehabilitation).

Die GQMG stellt gerne ihre Expertise für die weitere Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungskonzepte zur Verfügung.

Zur GQMG

Die GQMG versteht sich als Fachgesellschaft für Qualitäts- und klinisches Risikomanagement und vertritt unter anderem die Qualitätsmanager in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Entwicklung und Bewertung von Konzepten, Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements gehört ebenso dazu, wie die Unterstützung bei der Implementierung und praktischen Umsetzung. Die GQMG vertritt damit auch stark die Interessen der operativen Ebene.

[Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e.V.](#)

Geschäftsstelle

Industriestraße 154

D-50996 Köln

Telefon +49 2236 9696188

Telefax +49 2236 9696189

E-Mail info@gqmg.de

Internet www.gqmg.de