

Was bringt das neue Gesetz den Patienten?

Das Versorgungsstärkungsgesetz 2015

Kommentar: Prof. Dr. med. Thomas Meinertz

Am 1. August 2015 ist ein wichtiges neues Gesetz in Kraft getreten: Das *Versorgungsstärkungsgesetz*, das zum Ziel hat, für alle Patienten eine zeitgerechte, gut erreichbare Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen.

Es steht außer Zweifel, dass die Patientenversorgung in Deutschland derzeit zu den weltweit besten gehört. Aber es gibt auch in unserem Gesundheitssystem erhebliche Defizite: viel zu lange Wartezeiten für Facharzttermine, ein schwerwiegender Pflegenotstand in den Kliniken, Ärztemangel in strukturschwachen Gebieten, vor allem in Ostdeutschland.

Im Folgenden sollen einige der neuen gesetzlichen Regelungen, soweit sie für den Patienten direkt von Bedeutung sind, dargestellt und analysiert werden.

Facharzttermine

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, sogenannte *Terminservicestellen* einzurichten. Diese sollen Versicherten mit einer Überweisung zum Facharzt innerhalb von 4 Wochen einen Termin vermitteln. Wenn die Terminservicestelle keinen rechtzeitigen Termin anbietet, ist sie verpflichtet, für den Patienten einen Termin in einer Krankenhausambulanz zu vereinbaren.

Kommentar

Diese Regelung ist sinnvoll. Sie behindert die freie Arztwahl des Patienten nicht. Der Patient ist nicht verpflichtet, sich von dem zugewiesenen Facharzt weiterbehandeln zu lassen. Er kann zur weiteren Behandlung wieder zu

seinem vertrauten Kardiologen gehen, bei dem kein Termin frei war.

Das Gesetz stellt lediglich sicher, dass ein Patient zeitgerecht durch einen Facharzt untersucht wird.

Keine Rolle spielen die Terminservicestellen, wenn es sich um eine lebensbedrohliche Situation handelt wie z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall. Dann muss sofort die 112 angerufen werden. Falls die Beschwerden nicht so stark sind und Zweifel bestehen, ob es sich um einen Herzinfarkt handelt, kann sich der Patient z. B. mit einem Taxi in die nächste CPU (Chest Pain Unit, Brustschmerzeinheit) fahren lassen.

Die CPU steht allen Patienten mit akuten Brustbeschwerden ohne ärztliche Überweisung 24h täglich offen. Eine andere Möglichkeit sind die Brustschmerz-Ambulanzen der niedergelassenen Kardiologen. Sie stehen den Patienten von Montag bis Freitag von 8:00–18:00 Uhr ebenfalls ohne Überweisung zur Verfügung. Listen der CPUs und der Brustschmerz-Ambulanzen können in der Herzstiftung abgerufen werden.

Ärztemangel in strukturschwachen Regionen

Das Gesetz sieht vor, mit finanziellen Anreizen den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen zu verbessern. Außerdem erhalten die Kommunen die Erlaubnis, medizinische Versorgungseinrichtungen zu gründen.

Andererseits gilt in überversorgten Gebieten: Wenn ein Arzt eine Praxis z. B. aus Altersgründen aufgibt, wird eine Nachbesetzung nur dann gestattet, wenn es für die Versorgung der Patienten nachweislich notwendig ist.

Kommentar

Obwohl von einigen Ärzten und deren Landesorganisationen heftig kritisiert, sind diese Regelungen sinnvoll. Aber die finanzielle Förderung wird nicht ausreichen, das Problem des Ärztemangels in strukturschwachen Regionen zu lösen. Das haben Beispiele in Kommunen gezeigt, die eine großzügige Starthilfe erfolglos anboten.

Die mangelnde Bereitschaft, sich in solchen Regionen niederzulassen – in der in der Regel wenig privat versicherte Patienten leben – weist auf ein erhebliches Defizit in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten hin: Eine Praxis allein auf der Basis der gesetzlich Krankenversicherten trägt sich nicht. Hier besteht dringlichst Handlungsbedarf. Ein Arzt sollte, auch wenn er nur gesetzlich versicherte Patienten betreut, mit ausreichenden Einnahmen rechnen können. Wenn sich allein durch Diagnostik und Behandlung der privat versicherten Kranken Gewinne erzielen lassen, ist das System der gesetzlichen Krankenversicherung ad absurdum geführt. Unter diesen Umständen werden sich Ärzte überwiegend um Privatpatienten und privat bezahlte Zusatzleistungen bemühen.

Weiter fehlt eine Aufforderung an die medizinischen Fakultäten, bei der Auswahl der Bewerber zum Medizinstudium zu berücksichtigen, ob diese bereit sind, nach ihrer Ausbildung in strukturschwachen Regionen, für begrenzte Zeit, z.B. für zwei Jahre, als Arzt zu arbeiten. Eine solche Bereitschaft sollte den Zugang zum Medizinstudium erleichtern.

Recht auf zweite Meinung

Die Versicherten erhalten in bestimmten Fällen bei planbaren Eingriffen das Recht, sich eine zweite Meinung bei einem anderen Arzt einzuholen. Dabei handelt es sich um sogenannte „mengenanfällige“ Eingriffe. Gemeint sind damit häufige Eingriffe, die möglicherweise im Einzelfall nicht notwendig sind. Ziel ist es, z.B. überflüssige Operationen zu vermeiden.



Ein schönes Dorf, aber der nächste Arzt ist weit weg.

Der Arzt muss den Patienten über sein diesbezügliches Recht aufklären, mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff. Eine zweite Meinung darf nicht vom Arzt, der den Eingriff durchführen wird, eingeholt werden. Ebenso wenig darf eine Klinik, in der der Eingriff vorgenommen wird, um eine zweite Meinung gefragt werden. Das Gesetz sieht vor, dass die zweite Meinung bei Vertragsärzten, medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhäusern eingeholt wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird festlegen, bei welchen Eingriffen eine zweite Meinung ermöglicht wird. Die Krankenkassen können darüber hinaus Eingriffe bestimmen, bei denen die Einholung einer zweiten Meinung bezahlt wird.



Kommentar

Bei „mengenanfälligen“, planbaren Eingriffen in der Herzmedizin, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, stehen vor allem folgende Eingriffe zur Debatte:

Ballondilatation/Stentbehandlung, Bypassoperation, kathetergestützter Herzklappenersatz, Mitralklappen-Clipping, Verschluss des Vorhofohrs, der Einsatz von Defibrillatoren und Resynchronisationssystemen und die Ablation des Vorhofflimmerns.

Die zweite Meinung bei den sogenannten mengenanfälligen Eingriffen macht nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht Sinn, sie erspart Patienten unnötige Kathetereingriffe und Operationen. Allerdings ist das Recht auf zweite Meinung in diesem Gesetz sehr eingeschränkt: Wenn ein Patient z.B. den Verschluss des Vorhofohrs wünscht und sein Kardiologe das ablehnt, hat er keine Möglichkeit, eine zweite Meinung ein-

zuholen. Deswegen ist zu wünschen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt, dass auf begründeten Antrag auch andere Eingriffe einer zweiten Meinung unterzogen werden können. Eine unbegrenzte zweite Meinung wird von den Privatpatienten seit Langem in Anspruch genommen. Sie hat sich meiner Meinung nach bewährt.

Problematisch ist die Auswahl der Ärzte, die für eine zweite Meinung ausgesucht werden. Kompetente Gutachter können am besten von den wissenschaftlichen Gesellschaften (z.B. von der DGK, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie), nicht aber von den Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen benannt werden. Denn die Fachkompetenz dieser Gutachter muss hoch sein, weil sie bei ablehnender Stellungnahme therapeutische Alternativen vorschlagen sollen.

Offen bleibt die Frage, ob im Rahmen der zweiten Meinung bei unzureichenden Befunden weitere Untersuchungen durchgeführt werden können.

Offen bleibt auch, ob der Patient auf Wunsch Angaben zu besonders erfahrenen Operateuren oder entsprechenden Krankenhäusern erhalten kann.

Zusammenfassend

Die im Gesetz verfügbaren Regelungen sind sinnvoll, aber sie reichen nicht aus. Unerlässlich ist eine Reform des Abrechnungssystems, das die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten ausreichend honoriert. Nur mit einer solchen Reform können die Ziele, die das Gesetz verfolgt, tatsächlich erreicht werden.

Eine Reform des Abrechnungssystems muss auch einer anderen Fehlentwicklung Rechnung tragen. Fast alle Patienten klagen, dass der Arzt zu wenig Zeit findet, sich mit ihnen im Gespräch zu beschäftigen und seine Vorgehensweise zu erläutern. Vom Arzt-Patienten-Gespräch hängt viel ab: die psychische Verfassung des Patienten, seine Therapietreue und daher auch seine Prognose. Das Arzt-Patienten-Gespräch wird unverständlicherweise weit weniger honoriert als technische und apparative Leistungen. Das muss sich ändern.