



Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum
Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützen das mit dem Referentenentwurf des GVWG (RefE) verfolgte Ziel, die flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln, und begrüßen daher viele zur Erreichung dieses Ziels intendierten gesetzlichen Änderungen bzw. Ergänzungen, wozu u.a. auch die dort angelegten Maßnahmen zur Steigerung der Qualität und Transparenz in der Versorgung gehören.

Da für die weitaus meisten dieser – teils durchaus weitreichenden – Regelungen indes keinerlei coronabedingte oder sonstwie begründbare Eilbedürftigkeit erkennbar ist, wäre es allerdings wünschenswert gewesen, wenn insbesondere angesichts der Bedeutung der Förderung und Sicherung der Qualität für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem eine deutlich längere Stellungnahmefrist als lediglich zwei Wochen eingeräumt worden wäre, damit die betr. Regelungen in angemessener Weise gewürdigt und die Stellungnahme in angemessener Form entsprechend detailliert hätte erfolgen können. Verschiedene der intendierten Regelungen sollten daher auf spätere Gesetzgebungsverfahren verschoben werden, wenn die aktuelle Coronapandemie sich in einer Weise beruhigt hat, dass eine angemessene Würdigung und Bewertung der betr. Regelungen wieder besser möglich ist.

Diese grundlegende Kritik zum Verfahren vorausschickend wird zu den einzelnen Regelungen des RefE nur insoweit Stellung genommen, als die Belange der Zahnärzteschaft hierdurch betroffen sind.

I. Entschädigungsregelungen als Teil der Satzung der K(Z)BV bzw. K(Z)Ven

(Art. 1 Nr. 21 RefE / § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V-RefE)

Die mit der Ergänzung des § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V intendierte Einbeziehung aller Regelungen zur Entschädigung von Organmitgliedern der Kassen(zahn)-ärztlichen (Bundes)Vereinigungen einschließlich der Regelungen zur Art und Höhe der Entschädigungen in die jeweilige Satzung der benannten Körperschaften stehen die KZBV und die BZÄK kritisch gegenüber, denn sie ist unpraktikabel und nicht erforderlich.

Die intendierte Einbeziehung auch der Regelungen zu Art und Höhe der Entschädigungen der Organmitglieder in die formale Satzung hätte zur Folge, dass jede noch so geringe Anpassung der Art oder Höhe der Entschädigung durch die Vertreterversammlung mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit ihrer Mitglieder zu beschließen und der jeweiligen Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen ist.

Die Ausweitung der Genehmigung auch auf solche Sachverhalte, die von den benannten Körperschaften bisher als sonstiges autonomes Recht gem. § 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V beschlossen worden sind, ist geeignet, um das im Zusammenhang mit der Beschlussfassung und dem anschließenden Genehmigungsverfahren einhergehenden Verwaltungsaufwand sowohl in den Körperschaften als auch bei den Aufsichtsbehörden zu erhöhen. Die Entstehung solcher unnötiger Bürokratielasten gilt es jedoch zu vermeiden.

Für die Implementierung einer solchen Regelung, welche ausweislich der Begründung dem Zweck dienen soll, den Aufsichtsbehörden die Bewertung und Prüfung aller Aspekte wie z.B. auch der Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu ermöglichen, besteht auch kein Bedürfnis. Denn die Aufsichtsbehörden sind bereits jetzt in der Lage, im Rahmen ihrer aufsichtsrechtlichen Befugnisse die Entschädigungsordnungen einer Prüfung dem Inhalt und der Höhe nach zu unterziehen. Ihnen steht bspw. u.a. das Instrument der § 274-Prüfung zur Verfügung. Welchen tatsächlichen Mehrwert demgegenüber ein formales Genehmigungsverfahren hat, erschließt sich nicht.

Die vom Gesetzgeber ins Feld geführte Begründung, die Vorlage zur Genehmigung sei erforderlich, um eine umfassende Bewertung und Prüfung aller Aspekte wie z.B. auch der Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vornehmen zu können, überzeugt daher nicht. Zumal auch die Körperschaften im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums in eigener Verantwortung zur Einhaltung dieses Grundsatzes verpflichtet sind.

Mit der intendierten Regelung wird erneut in die Selbstverwaltungsautonomie der Körperschaften eingegriffen und der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungsgremien weiter sukzessive abgebaut.

Die KZBV und die BZÄK lehnen die intendierte Regelung daher strikt ab.

II. Gemeinsamer Bundesausschuss (Art. 1 Nr. 25 RefE / § 91 SGB V-E)

Die Regelung, dass der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Ausübung seiner Steuerungsverantwortung gem. § 91 Abs. 2 Satz 13 SGB V zur Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen berechtigt ist, gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA entsprechende Anträge zu stellen, um eine fristgerechte Beschlussfassung herbeizuführen, wird begrüßt.

Die Korrektur des Verweises, dass das Beteiligungsrecht der Heilberufekammern auch bei Berechtigung zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V besteht, wird begrüßt.

Die Ergänzung der regelmäßigen jährlichen Berichtspflicht des G-BA um die Darstellung der Fristeneinhaltung gem. § 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V (neu) wird als in Einklang stehend mit den neuen Verpflichtungen des G-BA gem. § 27b zur Kenntnis genommen.

III. Einführung der Berufshaftpflichtversicherungspflicht als vertragszahnärztliche Pflicht und als Zulassungsvoraussetzung

(Art. 1 Nr. 26 RefE / § 95e SGB V-E und Art. 13 RefE / §§ 18, 26 und 31 ZV-Z)

Die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung halten eine angemessene Versicherung der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegen Haftpflichtansprüche aus ihrer beruflichen Tätigkeit für ein zentrales Element des Patientenschutzes. Aus diesem Grund ist eine Berufshaftpflichtversicherung in den Berufsordnungen ausnahmslos aller (Landes-)Zahnärztekammern als Berufspflicht verankert.

Das vom Gesetzgeber mit der Einführung des § 95e SGB V-E sowie den Folgeänderungen in den §§ 18, 26 und 31 ZV-Z verfolgte Ziel, eine bundeseinheitliche Regelung zu schaffen, wonach die Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit vom Vorliegen und dem Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung abhängig gemacht wird, um hierüber für ein umfassendes und hinreichendes Vorhandensein einer Berufshaftpflichtversicherung zu sorgen, mag insoweit nachvollziehbar sein, als dass entsprechend den Ausführungen des Bundesrechnungshofes im Jahr 2017, die Vertrags(zahn)ärzte über keinen ausreichenden Versicherungsschutz verfügen sollen und auf der Kammerseite keine bundeseinheitliche Kontrolle des Vorliegens des Versicherungsschutzes erfolgen soll.

Mit der Meldung bei der Kammer und auf Verlangen der Kammer hat der Zahnarzt seine Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen. Verstöße gegen diese berufsrechtliche Pflicht werden von den Kammern konsequent verfolgt und mit

einem Ordnungsgeld bis hin zur Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens geahndet.

Das System hat sich grundsätzlich bewährt. Ggf. bestehende Probleme sollten im bestehenden System durch dessen Weiterentwicklung gelöst werden.

Die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung lehnen deshalb eine ergänzende vertragszahnärztliche Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung ab, da das bestehende System letztlich nur in das Sozialrecht gespiegelt wird. Gegebenenfalls vorhandene Defizite werden dadurch gerade nicht gelöst. Hinzu tritt, dass sich – namentlich in der Zahnmedizin – vertragszahnärztliche und privat Zahnärztliche Haftpflichtansprüche überhaupt nicht sinnvoll voneinander abgrenzen ließen, sofern man neben den bestehenden Berufshaftpflichtregelungen eine entsprechende Regelung im Vertragszahnarztrecht implementiert.

In der Muster-Berufsordnung der Bundeszahnärztekammer findet sich in § 4 „Haftpflicht“ folgende Regelung:

„Der Zahnarzt muss gegen Haftpflichtansprüche aus seiner beruflichen Tätigkeit versichert sein. Mit der Meldung bei der Kammer und auf Verlangen der Kammer hat der Zahnarzt seine Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen.“

Diese Bestimmung begründet die berufsrechtliche Pflicht des Zahnarztes, für einen angemessenen Versicherungsschutz im Falle fehlerhafter Berufsausübung durch Abschluss einer Haftpflichtversicherung Sorge zu tragen. Die Regelung ist in allen (Landes-)Zahnärztekammern durch Übernahme in die jeweilige Berufsordnung bindendes Recht aller Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Jenseits der Berufsordnung ist die Pflicht zur Versicherung gegen Haftpflichtansprüche in den meisten Heilberufe-/Kammergesetzen der Länder zur Sicherung des Patientenschutzes auch gesetzlich verankert. Nach dem Willen des Landes-Gesetzgebers übernimmt die (Landes-)Zahnärztekammer in diesem Zusammenhang eine gewisse „Wächterfunktion“. Ihr ist aus diesem Grund auf Verlangen von den Kammermitgliedern ein angemessener Versicherungsschutz nachzuweisen. Sie ist – in den meisten Bundesländern – gegenüber Haftpflichtversicherern zuständige Meldestelle im Sinne des § 117 Absatz 2 VVG bezüglich des Nichtbestehens oder der Beendigung von Versicherungsverhältnissen und gehalten, bei Missachtung der Berufspflicht eines angemessenen Haftpflichtversicherungsschutzes, geeignete berufsordnungsrechtliche Maßnahmen einzuleiten und die zuständige Berufsaufsichtsbehörde zu informieren.

Zu diesem Zweck erheben die (Landes-)Zahnärztekammern von ihren einzelnen Mitgliedern den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung und vermerken diesen im Mitgliederverzeichnis.

Die berufsrechtliche und die in den (Heilberufe-)Kammergesetzen verankerte Berufspflicht ergänzen sich daher durch Fortführung der gesetzlichen Pflicht im Satzungsrecht der Kammern.

Die Berufshaftpflichtversicherung ist eine Pflichtversicherung nach §§ 113 ff. des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Eine Pflichtversicherung (§ 113 VVG) ist eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine Verpflichtung durch Rechtsvorschrift besteht. Die entsprechenden Rechtsvorschriften finden sich in den Heilberufe-/Kammergesetzen der Länder und – siehe oben - davon abgeleitet in den Berufsordnungen.

Die Haftpflichtversicherung schützt vor finanziellen Folgen aus gesetzlichen Haftpflichtansprüchen Dritter und übernimmt die Entschädigung begründeter sowie die Abwehr versicherter, aber unbegründeter Ansprüche. Die Haftpflichtversicherung dient dem Schutz des Vermögens der versicherten Person gegen die Belastung durch Haftpflichtansprüche von Dritten. Aber die Haftpflichtversicherung schützt nicht nur den Zahnarzt, wenn es zu haftungsrechtlichen Streitigkeiten kommt, sondern auch den geschädigten Patienten, falls z.B. eine Zahlungsunfähigkeit des Zahnarztes vorliegt.

Unter die berufsrechtliche Pflicht fällt auch die Pflicht des Praxisinhabers, versicherungsrechtlichen Deckungsschutz vorzuhalten, sofern er zahnärztliche Leistungen im zulässigen Rahmen durch angestellte Zahnärzte erbringen lässt oder an qualifiziertes Praxispersonal delegiert. Dies bedingt ggf. die Erweiterung der Haftpflichtdeckung. Angestellte Zahnärzte haben gleichermaßen für einen ausreichenden persönlichen Deckungsschutz im Rahmen des beruflichen Haftpflichtrechts Sorge zu tragen, da sie ggf. typischerweise persönlich (deliktisch) haften und in solchen Fällen nicht über die Police des Praxisinhabers abgesichert sind. Der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung muss jederzeit gegenüber der (Landes-)Zahnärztekammer auf Nachfrage nachgewiesen werden.

Dessen ungeachtet wird in der Begründung zu § 95e ausgeführt, dass mit der neuen Regelung verhindert werden solle, „dass aufgrund von Behandlungsfehlern entstandene Schadensersatzansprüche der Versicherten gegen Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte aufgrund fehlenden Haftpflichtversicherungsschutzes und Zahlungsunfähigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ins Leere laufen. Daher wird neben der bisher allein im Berufsrecht verankerten Berufshaftpflichtversicherungspflicht nunmehr in § 95e zusätzlich eine entsprechende vertrags(zahn)ärztliche Pflicht statuiert und umfassende Regelungen zu den Rechtsfolgen bei einer Verletzung dieser Pflicht sowie ergänzende Verfahrensregelungen geschaffen.“

Es soll mit § 95e also – neben der berufsrechtlichen Pflicht – eine weitere Norm mit identischer Zielsetzung geschaffen werden – weil der Bundegesetzgeber der Umsetzung der gesetzlichen bzw. satzungsrechtlichen Regelungen in den Ländern misstraut. Unter Verweis auf eine Bemerkung des Bundesrechnungshofes aus dem Jahr 2017 wird ausgeführt, dass es Fälle von Behandlungsfehlern gebe, bei denen die haftenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilweise keine oder nur eine unzureichende Haftpflichtversicherung hatten.

Davon ausgehend, dass in Deutschland rund 70.000 Zahnärzte (und 400.000 Ärzte) ihren Beruf ausüben, wäre eine Quantifizierung der „Fälle“ sicher angezeigt, bevor gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden. In der Begründung zu § 95e wird zwar anerkannt, dass Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt unabhängig von ihrer vertrags(zahn)ärztlichen Zulassung über die Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder sowie die Berufsordnungen verpflichtet sind, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Von den (Zahn)Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sei jedoch „bekannt, dass allerdings nur in wenigen Kammerbezirken die Beibringung eines Versicherungsnachweises vorgeschrieben ist.“

Diese Annahme ist – jedenfalls bezogen auf die (Landes-)Zahnärztekammern – falsch. Mit der Meldung bei der Kammer und auf Verlangen der Kammer hat der Zahnarzt seine Berufshaftpflichtversicherung nachzuweisen. In den Zahnärztekammern ist kein Fall bekannt, in dem eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt als Mitglied geführt wird, ohne bei Anmeldung den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nachgewiesen zu haben.

Der Begründung zu § 95e ist zu entnehmen, dass der Nachweis bei Meldung nicht als ausreichend erachtet wird, weil die Kammern nicht immer Kenntnis vom Verlust oder von wesentlichen Änderungen im Versicherungsverhältnis bekämen.

Diesem Problem begegnen die Länder, indem die (Zahnärzte-)Kammern durch entsprechende Regelungen in den Heilberufe-/Kammergesetzen sukzessive zur zuständigen Stelle im Sinne des § 117 Absatz 2 VVG gemacht werden. Inzwischen sind 12 der 17 (Landes-)Zahnärztekammer zuständige Stelle. Die Folge ist, dass diese Kammern direkt Kenntnis vom Versicherer über Kündigungen und/oder Änderungen bestehender Berufshaftpflichtversicherungen erhalten. Wenn die verbleibende Lücke in den übrigen fünf Bundesländern geschlossen werden soll, dann wäre es ausreichend, bei den betroffenen Landesregierungen eine entsprechende Initiative anzustoßen bzw. das Verfahren zu beschleunigen. Ein weiteres Gesetz ist weder notwendig, noch verhältnismäßig.

Soweit in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird, dass „selbst in den Kammerbezirken, in denen die Kammern als zuständige Stellen im Sinne des § 117 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) benannt sind ... die Kammern keine Meldungen (erhalten), wenn ... Zahnärztinnen und Zahnärzte ... von Beginn an keine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben.“ so geht dieses Argument aus den o.g. Gründen fehl. Ein Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung bei Meldung – also „von Beginn an“ – ist gewährleistet.

Gegen die geltende berufsrechtliche Regelung wird ins Feld geführt, dass das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung nicht kontrolliert werde. Anders als im Bereich von Kfz-Haftpflichtversicherungen oder bei manchen Freiberuflern ist der Abschluss einer Haftpflichtversicherung tatsächlich keine zwingende Voraussetzung für die Approbationserteilung. § 95e scheint sich an den Regelungen der Rechtsanwälte zu orientieren: Ein Rechtsanwalt bekommt ohne den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung keine Zulassung für seine An-

waltstätigkeit. Bei einer Kündigung ohne Neuabschluss kann ihm nachträglich die Zulassung entzogen werden. Die vermeintliche Parallele zur Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung führt aber in die Irre. Denn während die Regelung bei den Rechtsanwälten den Zugang zum Beruf betrifft, regelt das SGB V nur die Voraussetzung des Zugangs zur Behandlung von GKV-Versicherten. Konsequenter wäre es daher, den Abschluss und Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung an die Erteilung der Approbation zu knüpfen. Einer Regelung im Zahnheilkundengesetz (ZHG) wäre insoweit der Vorzug vor einer überflüssigen Doppelung im SGB V zu geben.

1. zu § 95e SGB V-E:

Sofern der Gesetzgeber mit der Regelung in § 95e Abs. 1 SGB V-E das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes zu einer vertragsärztlichen Pflicht erhebt, ist zu bedenken, dass die Haftpflichtversicherungspflicht vornehmlich eine berufsrechtliche Pflicht ist, welche nunmehr zugleich zu einem Bestandteil des vertragszahnärztlichen Pflichtenkataloges gemacht werden soll. Es besteht daher kein Bedürfnis für eine die berufsrechtlichen Pflichten normierende Regelung im SGB V.

Die durch den vorliegenden RefE nunmehr bewirkte Dualität paralleler Versicherungspflichten im Berufs- und im Sozialrecht könnte zu Umsetzungsschwierigkeiten sowohl auf Seiten der Versicherer als auch auf Seiten der Versicherungsnehmer führen, insbesondere falls sich widersprechende Regelungen (etwa zur Versicherungssumme) in den unterschiedlichen Regelungskreisen getroffen würden. Bei der Bestimmung der Versicherungssumme müssten die Vertragspartner eine entsprechende Differenzierung vornehmen, womit zwangsläufig Rechtsunklarheit verbunden wäre. Ausgehend hiervon können die nach § 95e Absatz 3 SGB V mit der Prüfung beauftragten zuständigen Zulassungsausschüsse auch nur die Einhaltung der vertrags(zahn-)ärztlichen nicht aber der privat(zahn-)ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht prüfen. Dies macht es aber notwendig, dass – namentlich bei der Prüfung des ausreichenden Versicherungsschutzes – zwischen vertragszahnärztlichen und den privat(zahn-)ärztlichen Risiken unterschieden werden muss. Gerade im zahnärztlichen Bereich ist diese Trennung aber kaum möglich, weil durch das Festzuschussystem und die Auswahl zwischen gleich- und andersartiger Versorgung die Grenzen verwischen.

Zweifelhaft ist ferner, ob die Regelung des § 95e Abs. 1 SGB V-E, welcher die Versicherungspflicht regelt, überhaupt in die Regelungskompetenz des Bundes fällt.

Die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes läge dann vor, wenn § 95e Abs. 1 SGB V-E das Vorliegen der Berufshaftpflichtversicherung als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung definieren würde. Es sollte daher sorgfältig geprüft werden, ob eine bisher als Berufsrecht firmierende Materie ohne weiteres dadurch in die Gesetzgebungs-

kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gezogen werden kann, dass sie zum Gegenstand der Berufszulassung gemacht wird, zumal wenn es sich wie vorliegend nicht um eine echte Zulassungsvoraussetzung zu handeln scheint, sondern im Falle der Nichtbebringung einer Versicherungsnachweises das Ruhen der Zulassung angeordnet wird.

Diese Zweifel werden nicht dadurch geringer, dass die Regelung bzw. ihre Begründung klar zum Ausdruck bringt, dass sie der Beseitigung berufsrechtlicher Defizite bei der Überwachung der berufsrechtlichen Versicherungspflicht durch die Kammern dient. Inwieweit es Aufgabe des Sozialrechts ist, im Falle berufsrechtlicher Defizite die betreffenden Regelungsgehalte "an sich zu ziehen", ist zu hinterfragen.

Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen und angesichts der mit § 95e SGB V-E verfolgten Zielsetzung halten KZBV und BZÄK die Festlegung einer gesetzlichen Mindestversicherungssumme grundsätzlich für sinnvoll, sofern diese tatsächlich der marktüblichen Mindestversicherungssumme zahnärztlicher Berufshaftpflichtversicherungen entspricht und die Besonderheiten der einzelnen Praxis wie das Leistungsspektrum, das Patientenkontingent usw. berücksichtigt werden.

BZÄK und KZBV erachten die in § 95e Abs. 2 Satz 3 SGB V-E dem GKV-SV, der BÄK, der BZÄK, BPtK und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingeräumte Möglichkeit, sechs Monate nach Inkrafttreten des GVG, höhere Mindestversicherungssummen zu vereinbaren, dem Grunde nach zwar nicht für schädlich, aber auch nicht für erforderlich, wenn die gesetzliche Mindestversicherungssumme sinnvoll gewählt ist. Warum dann allerdings eine Anpassung lediglich sechs Monate nach Inkrafttreten ermöglicht wird, erschließt sich nicht ohne weiteres. Eine Beschränkung auf ausschließlich höhere und nicht auf geringere Mindestversicherungssummen ist jedenfalls für den Bereich der Zahnmedizin ebenso wenig nachvollziehbar, wie die fehlende Möglichkeit innerhalb der Berufsgruppe nach den unterschiedlichen Fachrichtungen zu differenzieren. Auch fehlen für das Versicherungsverhältnis weitere ganz wesentliche Bezugsgrößen. Eine erforderliche und angemessene Mindestversicherungssumme wird in der Höhe ganz unterschiedlich zu bemessen sein. Wesentliche Kriterien dafür sind u.a. auch: Anzahl der Versorgungsaufträge, Tätigkeitsgebiet.

In der Kürze der Zeit ebenfalls nicht abschließend bewertet werden kann zudem der zusätzliche Verwaltungsaufwand, der den Zulassungsausschüssen mit der intendierten Neuregelung bzw. den hierdurch neu übertragenen Aufgaben zur Überprüfung des Vorliegens des Versicherungsschutzes, zur Anordnung des Ruhens der Zulassung oder zu deren Entziehung bei fehlendem Versicherungsschutz bereitet wird. Dies gilt umso mehr für die ebenfalls zur Aufgabe gemachte Aufforderung aller bereits zugelassenen Leistungserbringer, das Bestehen ihres Versicherungsschutzes nachzuweisen (§ 95e Abs. 6 SGB V-E).

Mit der Benennung der Zulassungsausschüsse zur zuständigen Stellen im Sinne des § 117 VVG treten die Zulassungsausschüsse neben die durch Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder zu zuständigen Stellen benannten Kam-

mern. Versicherer hätten – nach den Vorstellungen des Entwurfes – künftig in Fällen, in denen im Zuständigkeitsbezirk zwei zuständige Stellen im Sinne des § 117 VVG benannt sind, beiden Stellen gegenüber Umstände im Sinne des § 117 Absatz 2 Satz 1 VVG anzuzeigen, um die Rechtsfolgen des § 117 Absatz 2 VVG auszulösen. Allerdings spricht das VVG in § 117 Absatz 2 Satz 1 ausdrücklich von „der hierfür zuständigen Stelle“. Es ist naheliegend, dass das VVG hier bewusst den Singular wählt. Die erhebliche Rechtsfolge der Nachhaftung macht eine rechtsklare und eindeutige Voraussetzung notwendig. Eine beliebige Ausweitung der zuständigen Stellen würde diese Schutzfunktion unterlaufen.

Der genutzte Begriff „Haftpflichtgefahr“ ist unbestimmt und dessen Einführung auch unnötig. Ziel der Regelung soll es nach dem Willen des Gesetzgebers sein, dass Vertrags(zahn-)ärzte verpflichtet werden, sich gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Dies sollte deshalb auch so in der Norm zum Ausdruck kommen, um eine ansonsten zu befürchtende Haftungsausweitung in der Berufshaftpflichtversicherung zu vermeiden.

Die KZBV und die BZÄK stehen der gesetzgeberischen Intention einer wirksamen Berufshaftpflichtversicherung zwar nicht kategorisch ablehnend gegenüber, regen aber eine Verschiebung dieses nicht eilbedürftig erscheinenden Regelungsvorhabens an, um die rechtlichen und tatsächlichen Implikationen sorgfältiger prüfen und beurteilen zu können.

2. Anpassung der Zulassungsverordnung für Zahnärzte

(Art. 13 RefE / §§ 18, 26 und 31 ZV-Z-E)

Die KZBV und die BZÄK erachten die in den §§ 18, 26 und 31 ZV-Z vorgenommenen Folgeänderungen insoweit als zutreffend, als diese die aus § 95e SGB V-E resultierenden Voraussetzungen für die Zulassung und die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie das Ruhen der Zulassung abbilden.

Die KZBV und die BZÄK weisen jedoch darauf hin, dass die Regelung in § 26 Abs. 1 Satz 2 ZV-Z (neu) entgegen der Begründung des RefE das bisherige Recht nicht zutreffend übernimmt, denn das Ruhen eines Viertels der Zulassung ist in § 26 Abs. 1 ZV-Z anders als in § 26 Abs. 1 ZV-Ä nicht vorgesehen (vgl. ebenso § 19a Abs. 2 ZV-Z versus § 19a Abs. 2 ZV-Ä).

Korrekterweise müsste der intendierte neue Satz 2 des neugefassten § 26 Abs. 1 ZV-Z daher lauten (Änderung durch Streichung kenntlich gemacht):

„In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 kann auch das Ruhen der Hälfte ~~oder eines Viertels~~ der Zulassung angeordnet werden“

IV. Richtlinie des G-BA zur QS in ausgewählten Bereichen

(Art 1 Nr. 34 RefE / § 136a Abs. 6 SGB V-E)

1. Der G-BA soll bis zum 31.12.2022 eine neue Richtlinie verabschieden, mit welcher einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit geschaffen werden sollen für Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Die Information der Öffentlichkeit soll dem Zweck dienen, die Transparenz und Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser zu erhöhen.

Eine weitere Richtlinie des G-BA schafft weitere Bürokratie. Dies, bevor in der Vergangenheit erfolgte Aufträge an den G-BA überhaupt umgesetzt werden und ihre Wirkung in der Praxis entfalten konnten. Der bisherige auch personelle Aufwand ist für alle Beteiligten, inklusive dem IQTIG sowie in den betroffenen Einrichtungen enorm; die personellen Ressourcen sind mehr als ausgeschöpft. Es bestehen Umsetzungsprobleme in der sektorenübergreifenden QS an sich (z.B. QS WI), die von den Beteiligten (GBA und IQTIG) momentan nicht bewältigt werden können. Des Weiteren liegen bisher aufgrund der verbesserungswürdigen Ausgestaltung der Verfahren keine belastbaren Ergebnisse vor, die fehlende Erprobung im Vorfeld führt zu einer eingeschränkten Machbarkeit, zeitnahe erforderliche Anpassungen sind kaum möglich.

Nutzenbelege oder Aufwand-Nutzenschätzungen für die Verbesserung der Versorgungsqualität durch die bestehenden Verfahren fehlen bisher, damit geht auch eine Veröffentlichung ins Leere.

Durch die geplante Veröffentlichung wird zudem der wesentliche und positive Aspekt der Qualitätsförderung durch die Durchführung von Qualitätssicherung und die Rückmeldung der gewonnenen Erkenntnisse an die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung, auch durch die damit verbundene Förderung der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer, verlassen. Eine Qualitätsverbesserung erfolgt nicht durch die Veröffentlichung von Ergebnissen und die Nutzung einer modernen Form des „Prangers“.

Daher wird das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer Qualitätsverbesserung mit einer neuen Richtlinie zur Veröffentlichung nicht erreicht. Der Fokus sollte zunächst auf die Bewältigung der bestehenden Herausforderungen gerichtet werden statt neue Herausforderungen zu schaffen.

2. Basis für die Bewertung sollen die Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten sein.

Dass mit diesem Regelungsentwurf nicht neue Datenerhebungen, außer den nach § 299 SGB V bereits vorhandenen QS-Daten vorgesehen werden, ist zu begrüßen.

Zu beachten ist jedoch, dass Qualitätsindikatoren (QI) in der DeQS-RL auf Qualitätsförderung und nicht in erster Linie auf Sanktionierung setzen. Daher entfalten die QI vor allem eine Binnenwirkung und sind nicht dazu entwickelt worden, Patienten und Zuweisern eine Orientierungshilfe zu geben. Die QI der DeQS-RL sind meistens nicht harte evidenzbasierte Referenzwerte, sondern perzentilbasierte QI, verbunden mit rein rechnerischen Auffälligkeiten. In Folge sind mit ihrer Veröffentlichung keine Aussagen hinsichtlich der Qualität verbunden und eine vergleichende einrichtungsbezogene Darstellung der QI-Ergebnisse macht in solchen Fällen keinen Sinn. Vorhandene Rückmeldeberichte, die eine vergleichende Einordnung vornehmen, wo man bei bestimmten QI steht, sind damit nicht verwendbar. Um überhaupt eine Aussage treffen zu können, wäre daher immer ein Stellungnahmeverfahren vorauszusetzen, auf dessen Basis dann eine weitere aufwändige Einordnung erfolgen müsste.

Insofern ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass sich der Regelungsvorschlag ausweislich der Begründung zunächst auf Auswertungen und Veröffentlichungen aufgrund der nach der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie der Ergebnisse von Strukturabfragen im stationären Bereich bezieht sowie auf ausgewählte Versorgungsbereiche, die sich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche eignen.¹

Der Regelungsentwurf sollte darauf beschränkt werden.

3. Für die Veröffentlichung soll der GBA insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form schaffen. Ziel ist es, mit der Veröffentlichung einrichtungsvergleichender Übersichten in einer für die Allgemeinheit verständlichen und zugänglichen Form Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Auswahlentscheidung für Leistungserbringende zu unterstützen.

Wenn die Öffentlichkeit über die Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungserbringenden in einer Weise informiert werde, dass dies Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen ermöglicht, sei davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten die Unterschiede bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sei zu erwarten, dass sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei den Leistungserbringenden mit der Neuregelung weiter stetig verbessern werden.

Es ist nicht belegt, dass sich die Öffentlichkeit von solchen Ergebnissen wesentlich leiten lässt, also ein Zuweiser sich im Vorfeld die Qualitätsergebnisse anschaut und von diesen Ergebnissen wesentlich beeinflussen ließe (vgl. das Webportal perinatalzentren.org). Soweit Patienten überhaupt zeitlich und regional die Wahl der Einrichtung haben, „wählen“ sie eine Einrichtung primär aus

¹ Vgl. Methodische Grundlagen des IQTIG Version 1.1s vom 15.04.2019 (S. 38 ff): „Entsprechend den unterschiedlichen Verwendungszwecken müssen die Mess- und Bewertungsinstrumente (z. B. Referenzbereiche) gegebenenfalls unterschiedlichen Anforderungen genügen.“

anderen Gründen (insbesondere Wohnortnähe und Empfehlung des Zuweisers oder aus dem Freundeskreis). Zudem müssten die Ergebnisse unter fachlichen Gesichtspunkten so aufbereitet sein, dass Patienten sie leicht verstehen und nachvollziehen können. Dies ist bei den aus den Qualitätsindikatoren abzuleitenden Ergebnissen in der Regel nicht der Fall und ist nicht ohne weiteres umsetzbar.

Die Informationen müssen auch objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein. Einerseits muss sich die Öffentlichkeit auf die Richtigkeit der Aussagen verlassen können, sonst sind sie unbrauchbar, andererseits dürfen nicht falsch negative Aussagen Einrichtungen schädigen. Insofern ist auch die Haftungsfrage im Vorfeld von Veröffentlichungen zu klären.

4. Die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichen Auswertungsergebnisse für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche sind in der Richtlinie darzulegen.

Dabei handelt es sich um eine aus Gründen des Datenschutzes und der Datensparsamkeit selbstverständliche Regelung. Jeder hoheitliche Eingriff muss verhältnismäßig sein. Insofern ist es selbstverständlich, dass ein hoher Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten anzulegen ist. Die gilt insbesondere für die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen.

5. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse soll insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und zugelassenen Krankenhäuser und regelmäßig erfolgen, versichertenbezogene Daten dürfen nicht veröffentlicht werden.

Die Veröffentlichungen müssen objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein. Dabei hat immer eine Abwägung der Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen im Einzelfall zu erfolgen.

Zu Recht ist daher die Veröffentlichung versichertenbezogener Daten untersagt. Eine Abwägung im Einzelfall muss jedoch auch für personenbezogene Daten von einzelnen Leistungserbringern erfolgen. Die bloße Behauptung der Verhältnismäßigkeit reicht hier nicht aus.

Zutreffend wird in der Begründung dazu ausgeführt, dass die Maßnahme die Berufsfreiheit der vertragsärztlichen Leistungserbringenden und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowie den Schutz ihrer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse berührt.

Nicht zutreffend ist dagegen die pauschale Behauptung in der Gesetzesbegründung (ohne jede Quellenangabe), dass das Interesse an einer einrichtungsbezogenen und vergleichenden Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 verarbeiteten Daten zum Zweck der Förderung der Transparenz und Verbesserung der Qualität in der Versorgung im Interesse der Informationsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten insoweit die schützenswerten Interessen der Leistungserbringenden bei ihrer beruflichen Tätigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung überwiegt.

Gerade aus den bestehenden und hauptsächlich in der QS verwendeten Qualitätsindikatoren lässt sich nicht ableiten, dass Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der etablierten und für sie verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Dies trifft ausschließlich für Ergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengenregelungen zu (vgl. dazu unter 2.).

Eine Veröffentlichung kann daher keinesfalls pauschal als höherrangig mit den Interessen der Versicherten an Transparenz über die Qualität in der medizinischen Versorgung begründet werden, im Verhältnis zur schützenswerten leistungserbringerbezogenen Information.

Insofern ist zuzustimmen, dass der GBA, in seiner Richtlinie einen hohen Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten und die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen anzulegen hat, so dass die Informationen objektiv und sachlich richtig sind. Erst, wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, besteht die theoretische Möglichkeit, dass der Wettbewerb um mehr Qualität in der medizinischen Versorgung gestärkt und der Patientenschutz weiter verbessert wird.

Von einer einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse ist auch dann abzusehen, wenn das damit verfolgte Ziel, mit einer einrichtungsvergleichenden Information tatsächlich über die Qualität der Versorgung informieren zu können, nicht erreicht werden kann.

Ist das Ziel der vom Gesetzgeber angestrebten Qualitätsverbesserung durch die Veröffentlichung - wie hier - nicht belegt, stellt sich die Frage, ob das hier angestrebte Mittel überhaupt den angestrebten Zweck erfüllen kann. Insofern ist zu prüfen, ob nicht auch weniger einschneidende Mittel, z. B. die Beschränkung der Veröffentlichung ausgewählter Ergebnisse und z. B. nur bezogen auf Einrichtungen ab einer bestimmten Größe geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen.

Von diesem Gedanken hat sich der Gesetzgeber auch bei den Vorgaben zur Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des GBA leiten lassen. Nach der gesetzlichen Vorgabe zur gestuften Vorgehensweise soll insbesondere die schwerwiegende Maßnahme einer Veröffentlichung nur dann eingesetzt werden, wenn es um besonders schwerwiegende Verstöße geht.

Insbesondere, wenn die Maßnahme im Gegensatz zu einem Krankenhaus (mit größeren Organisationseinheiten/Abteilungen) sehr kleine Einrichtungen und damit Einzelpersonen unter Namensnennung betrifft, kann eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung einen einschneidenden unwiderruflichen Eingriff darstellen, der einen Weiterbetrieb unmöglich macht. Kleine Einrichtungen leben auch von ihrem „guten“ Namen. Es sind daher sehr hohe Anforderungen an die Veröffentlichung zu stellen.

Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist für den Einzelfall eine Rechtsgüterabwägung zwischen dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG des Arztes und dem öffentlichen Informationsinteresse durchzuführen.

Es ist daher in Verantwortung für die Erfüllung der Patientensicherheit Sorge dafür tragen, dass der Ruf von Einrichtungen nicht unberechtigt oder vorschnell geschädigt wird. Der verantwortungsvolle Umgang beim Einsatz des Mittels der Veröffentlichung ist dabei essentiell. Zudem ist im Einzelfall abzuwägen zwischen den der Veröffentlichung zu Grunde liegenden Qualitätsindikatoren und deren Bedeutung für die Patientensicherheit einerseits und den daraus resultierenden Konsequenzen für eine Einrichtung andererseits, sowie den datenschutzrechtlichen Aspekten, die - je kleiner die Einrichtung an Bedeutung - gewinnen, da am Ende einzelne Personen namentlich genannt werden.

6. Gesetzgeberisches Ziel ist es, ein Instrument zu schaffen, die Öffentlichkeit regelmäßig und einrichtungsvergleichend über die Erfüllung von Qualitätskriterien durch Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der nach § 299 verarbeiteten Daten zu informieren.

Die Neuregelung soll ermöglichen, über die etablierte Qualitätsberichterstattung hinaus, weitere und aktuellere Datengrundlagen auch in anderen Versorgungsbereichen für die gezielte einrichtungsvergleichende Information der Öffentlichkeit zu nutzen und beschränkt sich nicht auf ein jährliches Format. Durch die Verpflichtung zu einer regelmäßigen Veröffentlichung soll sichergestellt werden, dass die Auswertungsergebnisse fortlaufend aktualisiert werden.

Unterjährige Vergleiche sind sehr zeitaufwändig und ressourcenintensiv, Aufwand, entstehende Kosten für die GKV und zu erwartender Nutzen stehen nicht in Relation und sind aktuell (auch in Zeiten der Corona-Pandemie) nicht vertretbar.

7. **Fazit:**

Das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer Qualitätsverbesserung wird mit einer neuen „Richtlinie zur Veröffentlichung“ nicht erreicht. Der Fokus sollte zunächst auf die Bewältigung der bestehenden Herausforderungen gerichtet und keine neuen Herausforderungen geschaffen werden.

Veröffentlichungen müssen objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein, also auf belegbaren Fakten beruhen. Sie können daher nur auf Basis von QI mit festen evidenzbasierten Referenzwerten mit entsprechender Risikoadjustierung erfolgen.

Veröffentlichungen müssen verlässlich sein, sonst sind sie unbrauchbar. Es dürfen keine falschen Angaben Einrichtungen schädigen. Insofern ist auch die Haftungsfrage im Vorfeld von Veröffentlichungen zu klären.

Auswertungen und Veröffentlichungen sind auf die gemäß der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und von Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie auf Ergebnisse aus Strukturabfragen im stationären Bereich und auf ausgewählte Versorgungsbereiche, die sich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche eignen, zu beschränken.

An die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten ist im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen ein hoher Maßstab anzulegen. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist für den Einzelfall eine Rechtsgüterabwägung zwischen dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG des Arztes und dem öffentlichen Informationsinteresse durchzuführen.

Es ist daher in Verantwortung für die Erfüllung der Patientensicherheit Sorge dafür tragen, dass der Ruf von Einrichtungen nicht unberechtigt oder vorschnell geschädigt wird. Der verantwortungsvolle Umgang beim Einsatz des Mittels der Veröffentlichung ist dabei essentiell. Zudem ist im Einzelfall abzuwägen zwischen den der Veröffentlichung zu Grunde liegenden Qualitätsindikatoren und deren Bedeutung für die Patientensicherheit einerseits und den daraus resultierenden Konsequenzen für eine Einrichtung andererseits sowie den datenschutzrechtlichen Aspekten. Diese gewinnen - je kleiner die Einrichtung - an Bedeutung, da am Ende einzelne Personen namentlich genannt werden.

Veröffentlichungen dürfen im ambulanten Bereich aus Gründen des Datenschutzes nur für Einrichtungen ab einer bestimmten Größe erfolgen.

V. Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

(Art. 1 Nr. 36 RefE / § 137 Abs. 2 SGV-E)

Grundsätzlich ist gegen die Verpflichtung zu einer 100 % Dokumentationsrate nichts einzuwenden. Allerdings ist die jetzt angestrebte Übertragung der bisher nur im stationären Sektor üblichen Regelung verhältnismäßig auszugestalten. Berücksichtigt werden müssen die unterschiedlichen Strukturen in ambulanten Praxen und in Krankenhäusern.

Die Argumentation, es müsse einen Gleichlauf geben, geht jedoch ins Leere. Ein „Gleichlauf“ von Regelungen einerseits setzt andererseits auch gleiche Strukturen voraus. Diese sind aber im Verhältnis stationär zu ambulant nicht gegeben, hinsichtlich der Größe der Organisation. Die meisten Krankenhäuser haben für die QS-Dokumentation eigene Abteilungen und Dokumentare. Die ambulanten Einrichtungen haben dies nicht. Sie müssen die QS-Dokumentation neben dem normalen Praxisbetrieb, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, leisten. Dies ist zu berücksichtigen.

Angemessen wären adäquate Reminder-Regelungen, dabei wäre - wie bei anderen „Mahnverfahren“ im Rechtsverkehr - ein mehrstufiger Reminder erforderlich und angemessen. Fehlt es belegbar an einer Mitwirkung, können auch weitere Maßnahmen in Frage kommen. Diese müssen aber auf die unterschiedlichen Strukturen zugeschnitten und angemessen sein. Dies gilt gleichfalls für den zu erbringenden Nachweis der nicht verschuldeten fehlenden Dokumentation.

VI. Löschrufen von Daten im Kontext Patientenbefragungen

(Art. 1 Nr. 59 RefE / § 299 Abs. 4 SGB V-E)

Die Verlängerung der Löschrufen von 6 auf 24 Monate ist sachlich begründet aufgrund der Argumentation des IQTIG. Patientendaten derart lange zu speichern ist aus Datenschutzgründen jedoch kritisch zu hinterfragen.

Insofern kommt auch eine Stichtagsregelung als gute Alternative zu der vom IQTIG vorgeschlagenen kontinuierlichen Datenauslösung in Betracht.

Köln/ Berlin, 12.11.2020