

QUALITÄT FÜR PATIENTEN SICHT- BAR MACHEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands
zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung
der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG)

12. November 2020

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17

10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	5
1. Vorsorgeleistungen werden von Ermessens- zu Pflichtleistungen der GKV	5
2. Ausweitung strukturierte Zweitmeinungsverfahren.....	5
3. Weitere Aufgaben der Terminservicestellen	6
4. Koordination in NotfallAmbulanzen	6
5. Behandlungsfehler: Berufshaftpflichtversicherung Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten.....	7
6. Die Qualität der Versorgung für Verbraucher transparent machen.....	8
7. Patientenbefragungen	9
8. Aufrechnungsverbot im Notlagen- und Basistarif	10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltenen Einzelregelungen weitestgehend. Die Neuregelungen können einen Beitrag dazu leisten, das Gesundheitswesen und die Versorgung patientenorientierter zu gestalten und die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu steigern.

Ganz konkrete Verbesserungen ergeben sich für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ durch die geplanten Regelungen zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Vertrags(zahn)ärzte und Psychotherapeuten. Die geplante Kontrollinstanz und die möglichen Sanktionen durch die Zulassungsausschüsse bewertet der vzbv als sachgerecht, um dem Problem fehlender Berufshaftpflichtversicherungen bei Vertrags(zahn)ärzten und -psychotherapeuten zu begegnen. Immer wieder geschieht es, dass Verbraucher bei einem nachgewiesenen Behandlungsfehler nicht entschädigt werden, weil der Behandler nicht über eine Berufshaftpflicht verfügt. Durch das Aufrechnungsverbot mit Beitragsschulden im Notlagen- und Basistarif wird ein Webfehler behoben, der Verbraucher, die ohnehin schon in eine finanzielle Notlage geraten sind, extrem belastet und den Notlagentarif ad absurdum führt.

Für den vzbv ist es ein wichtiges Anliegen, dass Verbrauchern Qualitätsdaten zur Versorgung leicht zugänglich, einfach verständlich und vergleichend zur Verfügung gestellt werden und zwar für alle Versorgungsbereiche. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf geht der Gesetzgeber hier einen wichtigen Schritt, insbesondere mit Blick auf das Public Reporting zur Qualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Keinesfalls darf es durch die Neuregelungen Rückschritte und Informationseinschränkungen für den Krankenhausbereich geben. Alle vorgesehenen Regelungen müssen von den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten her und mit anderen Initiativen aus dem Bundesministerium für Gesundheit (Eckpunkte für ein Digitalisierungsgesetz) zusammen gedacht werden.

Positiv bewertet der vzbv auch die Verbesserungen hinsichtlich der Koordination in der Versorgung: die neuen Aufgaben der Terminservicestellen, etwa telefonische Arztgespräche sowie die Etablierung eines Ersteinschätzungsverfahrens für die Notfallambulanzen. Das sind Verbesserungen. Dennoch braucht es, insbesondere mit Blick auf die Zeit nach der Corona-Pandemie, ein nachvollziehbares Gesamtkonzept für eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste Gestaltung der Versorgungsstrukturen – sektorenübergreifend.

¹ Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) sollen zum Ende der laufenden Legislaturperiode eine Reihe von Einzelregelungen umgesetzt werden. Ziel der vorgesehenen Regelungen ist es, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu verbessern, Netzwerke in der Versorgung zu stärken und strukturelle Verwerfungen zu beseitigen. Hierzu zählen u. a.

- die Umwandlung von Vorsorgeleistungen in Pflicht- statt Ermessensleistungen,
- die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) jährlich zwei weitere strukturierte Zweitmeinungsverfahren zu erarbeiten,
- eine Konkretisierung der Regelungen zu den Terminservicestellen, insbesondere die Möglichkeit eines telefonischen Arztkontakts und den erleichterten Zugang nach einem Assessment in einer Notaufnahme,
- die Entwicklung und Einführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, an welches auch die Vergütung geknüpft wird,
- die Regelungen zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Vertrags(zahn)ärzte und -psychotherapeuten werden geschärft,
- der G-BA wird verpflichtet Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit und zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassener Krankenhäuser zu formulieren,
- digitale Patientenbefragungen werden ermöglicht,
- die Transparenz und Qualität in der Versorgung zu erhöhen. Hierfür soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) die Versicherten auf Basis der Ergebnisse des QS-Reha-Verfahrens auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren.
- ein Aufrechnungsverbot im Notlagen- und Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Im Grundsatz begrüßt der vzbv die vorgesehenen Regelungen und hält sie für geeignet die angestrebten Ziele zu erreichen. Positiv bewertet der vzbv etwa die vorgesehenen Regelungen zu Qualitätsverträgen. Wichtig ist, dass die Kassen hier stärker in die Pflicht genommen werden, dieses Instrument zu nutzen. Damit das wichtige Qualitätsinstrument der Mindestmengen gestärkt wird, werden die Vorgaben für den G-BA noch verbindlicher ausgestaltet, insbesondere die Befristung der Beratungsverfahren auf einen Zeitraum von zwei Jahren wird hier als sehr förderlich bewertet. Der vzbv befürwortet außerdem die Einführung des DMP Adipositas. Adipositas ist in der gesamten Bevölkerung zunehmend verbreitet und ein wesentlicher Risikofaktor für verschiedenste chronische Erkrankungen, etwa Diabetes mellitus Typ 2. Dass mit dem Gesetz außerdem die Rechtsgrundlage für umfangreichere statistische Erhebungen für den Gesundheitsbereich – insbesondere für ein regionales Fachkräftemonitoring – geschaffen wer-

den soll, begrüßt der vzbv. Das schafft die Datengrundlage für die so wichtige regional-spezifische Analyse und darauf aufbauende Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Am 19. November 2020 führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Verbändeanhörung zum Referentenentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbraucher- und Patientensicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden wird auf einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, detaillierter eingegangen.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. VORSORGELEISTUNGEN WERDEN VON ERMESSENS- ZU PFLICHTLEISTUNGEN DER GKV

Der Referentenentwurf sieht vor, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie stationäre Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt werden. Aus Sicht des vzbv ist dies ein Schritt zur Stärkung der Vorsorgeleistungen, also der Prävention insgesamt, als Teil der gesundheitlichen Versorgung.

In einer Gesellschaft des langen Lebens und in Anbetracht der Zunahme von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung sind Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensphasen von ganz grundsätzlicher gesellschaftlicher Bedeutung. Im deutschen Gesundheitswesen bestehen hier jedoch noch große Defizite. Das System fokussiert zu einseitig auf die Kuration. Auch das Finanzierungssystem setzt hier weiterhin falsche Anreize: Für Krankenkassen im Wettbewerb, die zudem der Zuweisungssystematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) unterliegen, bestehen kaum Anreize, in notwendigem Maße, in langfristig ggf. erst über Jahre oder Jahrzehnte wirkende Präventionsmaßnahmen zu investieren.

2. AUSWEITUNG STRUKTURIERTE ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

Das Recht der freien Arztwahl gestattet Patienten in jedem Fall einen zweiten ärztlichen Rat einzuholen. Dass die speziellen strukturierten Zweitmeinungsverfahren – hier müssen Mediziner Patienten u. a. explizit auf ihr Recht auf eine Zweitmeinung hinweisen – nun regelhaft auf weitere Indikationen ausgeweitet werden sollen, begrüßt der vzbv. Hierzu wird der G-BA verpflichtet, ab dem Jahr 2022 jährlich zwei weitere Verfahren in den besonderen Teil der Richtlinie gemäß § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V aufzunehmen, für die das strukturierte Zweitmeinungsverfahren Anwendung finden soll. Der Leistungsanspruch der Versicherten wird damit gestärkt.

Aus Sicht des vzbv ist es jedoch nicht sachgerecht, dass hier implizit eine Deckelung der jährlich aufzunehmenden Anzahl an Verfahren erfolgt. Der vzbv schlägt vor, dem G-BA vorzugeben, dass ab 2022 jährlich „mindestens“ zwei weitere Verfahren in den besonderen Teil der Richtlinie aufzunehmen sind. Darüber hinaus gibt der vzbv zu bedenken, dass sich die strukturierten Zweitmeinungsverfahren zwar insbesondere auf mengenanfällige Indikationen beziehen sollten, aus Patientensicht jedoch auch für andere ausgewählte schwerwiegende Erkrankungen und Eingriffe ein solches strukturiertes Zweitmeinungsverfahren sinnvoll und wünschenswert wäre.

3. WEITERE AUFGABEN DER TERMINSERVICESTELLEN

Der Gesetzentwurf sieht auch Konkretisierungen der bisherigen Regelungen zu den Terminservicestellen vor: Im Bedarfsfall soll zur weiteren Beratung des Versicherten oder zu einer besseren Einschätzung der Dringlichkeit einer Behandlung auch ein kurzfristiger telefonischer Arztkontakt bei der Terminservicestelle ermöglicht werden. In den Fällen, in denen sich dabei eine weitergehende Behandlungsnotwendigkeit herausstellt, soll die unmittelbare Weitervermittlung durch die Terminservicestelle in die medizinisch gebotene Versorgungsebene erfolgen.

Außerdem ist vorgesehen, dass Patienten, die in einer Notfallambulanz vorstellig wurden und bei denen dabei im Rahmen eines noch näher zu bestimmenden qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ein Behandlungsbedarf jedoch kein dringender Notfall identifiziert wurde, einen erleichterten Zugang zur fachärztlichen Versorgung über die Terminservicestellen erhalten. Beide Regelungen bewertet der vzbv positiv. Sie verbessern die Koordination im Gesundheitswesen, verhindern zusätzliche Arztkontakte, etwa bei einem Hausarzt für eine Überweisung, und erleichtern Patienten – zumindest in Einzelfällen – den Zugang zu einem zeitnahen Arzttermin.

Der vzbv fordert darüber hinaus, dass der Zugang zur fachärztlichen Versorgung über die Terminservicestellen für Verbraucher grundsätzlich, nicht nur bei vorherigem Aufsuchen einer Notfallambulanz, erleichtert werden sollte. Bei der Vermittlung zum Facharzt sind die Regelungen insgesamt weiterhin zu restriktiv. Der vzbv fordert daher, die Vermittlung ohne dringende Überweisung neben Augen- und Frauenärzten auf weitere grundversorgende Facharztgruppen auszuweiten.

4. KOORDINATION IN NOTFALLAMBULANZEN

In Anbetracht der Corona-Pandemie steht die Verabschiedung einer umfassenden Reform der Notfallversorgung weiter aus und wird vermutlich in dieser Legislaturperiode auch nicht mehr realisiert werden können. Einzelaspekte einer großen Reform der Notfallversorgung fließen nun in diesen Gesetzentwurf ein: die Entwicklung und Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung. Ein solches Assessment kann zur Verbesserung der Koordination der Patienten zwischen den Versorgungsebenen beitragen und wird daher vom vzbv befürwortet.

Dennoch besteht aus Sicht des vzbv weitergehender grundlegender Reformbedarf. Für Patienten sind die harten Sektorengrenzen im Gesundheitswesen in Deutschland ein großes Problem. Sie behindern noch immer koordinierte Versorgungsprozesse, Informationsaustausch und Kommunikation zwischen den Professionen. Gleiches gilt für die häufig unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb und über die Sektorengrenzen hinweg sowie die Versorgung an den Grenzen der Sozialgesetzbücher und die damit verbundenen wechselnden Zuständigkeiten, insbesondere bezüglich der unterschiedlichen Kostenträger. Das Inseldenen und -handeln dem die Patienten in der Versorgung immer noch viel zu häufig begegnen, führt in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zu erheblichen Hürden. Für die Patienten kommt es dadurch immer wieder zu vollkommen unnötigen Brüchen in der Versorgung und insbesondere im Bereich der Notfallversorgung zu einer ineffizienten Nutzung der knappen Ressourcen in der Versorgung.

Der vzbv fordert daher für die nächste Legislatur ein nachvollziehbares Gesamtkonzept für eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste Gestaltung der Versorgungsstrukturen – sektorenübergreifend. Die Notfallversorgung ist ein zentraler erster Versorgungsbereich, um eine sektorenübergreifende Versorgung für Patienten endlich Realität werden zu lassen.

5. BEHANDLUNGSFEHLER: BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

Ihre Berufsordnung verpflichtet Ärzte zwar dazu, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, die die Schädigung von Patienten abdeckt. Bisher fehlt es jedoch an Kontrollen und Sanktionen, die diese Verpflichtung nachhalten. Für die Patienten selbst ist es nahezu unmöglich zu überprüfen, ob eine Versicherung vorliegt. Es passiert zwar selten, aber, das zeigen auch die Erfahrungen aus der Beratung der Verbraucherzentralen, gibt es Fälle, in denen Ärzte ohne eine Berufshaftpflichtversicherung Patienten schädigen². Die von einem Behandlungsfehler betroffenen Patienten haben dann das Nachsehen, ein Schadenersatz bleibt aus.

Die geplanten Neuregelungen zur Berufshaftpflichtversicherung, explizit die Verankerung der Versicherungspflicht sowie Kontrollmechanismen und Sanktionen durch die Zulassungsausschüsse im SGB V, begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Wichtig ist aus Sicht des vzbv außerdem, dass weitere Rahmenbedingungen für die Versicherung im Gesetz verankert werden, etwa die minimale Deckungssumme – wie vorgesehen. In Anbetracht der zu erwartenden sehr hohen Schadenersatzansprüche in Einzelfällen (etwa bei Geburtsfehlern) sollte aus Sicht des vzbv die bereits im Gesetz festgeschriebene Mindesthaftungssumme höher angesetzt werden. Der vzbv möchte an dieser Stelle außerdem darauf hinweisen, dass sich die Regelungen zwar auf den großen vertragsärztlichen Bereich beziehen, die deutlich kleinere Gruppe der rein privatärztlich tätigen Mediziner hiervon jedoch nicht erfasst werden. Hier könnten ergänzende Konkretisierungen im Berufsrecht Verbesserungen bringen.

Nicht nur in diesen spezifischen Fällen, sondern insgesamt ist die Situation von Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten, sehr schwierig. Das Patientenrechtegesetz hat die Position der Patienten im Falle eines vermuteten Behandlungsfehlers nicht hinreichend verbessert. Viele Patienten schrecken aufgrund der geringen Erfolgsaussichten eines Verfahrens, der extrem langen Verfahrensdauer und aufgrund der hohen Belastungen in einer gesundheitlich ohnehin höchst belasteten Situation davor zurück, ihre Rechte durchzusetzen.

Der vzbv fordert daher weitere Maßnahmen, um die Situation der Betroffenen zu verbessern³:

- eine gerechtere Beweislastverteilung: Patienten sollten grundsätzlich nur nachweisen müssen, dass ein erlittener Schaden prinzipiell auf einen erfolgten Behandlungsfehler zurückgehen kann.

² Verbraucherzentrale Hamburg. Behandlungsfehler: Ärzte ohne Haftpflichtversicherung - Patienten gehen leer aus: <https://www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz/behandlungsfehler/aerzte-ohne-haftpflichtversicherung-patienten-gehen-leer-aus> (abgerufen am 11. November 2020).

³ Verbraucherzentrale Bundesverband, Faktenblatt - Patientenrechte: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2019/01/15/2017_vzbv_faktenblatt_patientenrechte.pdf (abgerufen am 11. November 2020).

- ❖ Verbesserungen beim Gutachterwesen: Patienten brauchen Zugang zu geeigneten und unabhängigen Gutachtern. Privatgutachten ist vor Gericht mehr Gewicht einzuräumen.
- ❖ psychosoziale und organisatorische Unterstützung bei der Durchsetzung der Ansprüche
- ❖ die Einrichtung eines Härtefall- und Entschädigungsfonds: Ähnlich wie in Österreich sollten Opfer von Behandlungsfehlern in bestimmten Fällen (zunächst) durch einen Fonds entschädigt werden.

In den Koalitionsvertrag wurde ein Prüfauftrag für einen solchen Fonds für Deutschland aufgenommen. Bedauerlicherweise steht der Gutachtenauftrag jedoch weiterhin aus. Positiv sind in diesem Kontext zumindest die aus Patientensicht kleinen Verbesserungen in § 277 Absatz 1 SGB V anzumerken. Künftig muss der Versicherte bei einem Behandlungsfehler aktiv zustimmen, damit der Medizinische Dienst (MD) das Gutachten an den Leistungserbringer überstellen darf. Der MD wird außerdem verpflichtet, dem Versicherten das vollständige Gutachten zu übermitteln.

6. DIE QUALITÄT DER VERSORGUNG FÜR VERBRAUCHER TRANSPARENT MACHEN

Für den vzbv ist es seit Jahren ein wichtiges Anliegen, dass Verbrauchern Qualitätsdaten zur Versorgung leicht zugänglich, einfach verständlich und vergleichend zur Verfügung gestellt werden und zwar für alle Versorgungsbereiche. Für Krankenhäuser ist man durch die Qualitätsberichte der Kliniken und die Darstellung der Daten in verschiedenen Online-Portalen, mittlerweile auch im Nationalen Gesundheitsportal, in der Entwicklung am weitesten. Aber auch hier gibt es Weiterentwicklungsbedarf. In der ambulanten ärztlichen Versorgung und im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen steht die Qualitätsberichterstattung (Public Reporting) noch ganz am Anfang.

Für den vzbv ist es ein wichtiges Signal, dass der Gesetzgeber dieses Thema nun über verschiedene Sektoren hinweg angehen möchte. Die vorgesehenen Regelungen sind ein wichtiger erster Schritt hierzu: Einerseits der Auftrag an den G-BA erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits verarbeiteten Daten in seinen Richtlinien zu formulieren. Außerdem wird der GKV-SV beauftragt, die Versicherten auf Basis der Ergebnisse des QS-Reha-Verfahrens vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen zu informieren. Beide Initiativen unterstützt der vzbv. Keinesfalls dürfen sich aus den Neuregelungen jedoch Rückschritte bezogen auf die Qualitätsberichterstattung für den Krankenhausbereich ergeben.

Gerade im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung existieren neben den Daten aus den G-BA-Verfahren weitere für Verbraucher wichtige Datenquellen, die für die Qualitätsdarstellung herangezogen werden sollten. Die Eckpunkte für ein Digitalisierungsgesetz aus dem BMG enthalten bereits Überlegungen, dass die KBV bestimmte Arztinformationen an das Nationale Gesundheitsportal liefern soll. Die Überlegungen aus dem vorliegenden Gesetzentwurf sollten mit diesen Ansätzen gemein-

sam gedacht werden, um eine für Verbraucher und Patienten bestmögliche Qualitätsdarstellung zu erreichen. Außerdem bieten die Abrechnungsdaten wichtige Qualitätsinformationen, die zu diesem Zweck herangezogen werden sollten.⁴

Für den vzbv ist es darüber hinaus ein wichtiges Anliegen, dass Verbraucher vertrauenswürdige Gesundheitsinformation, wie etwa die Qualitätsdaten, leicht auffinden können. Für Verbraucher ist das Internet eine der Hauptquellen, um Gesundheitsinformationen zu finden. Dabei fällt es den Menschen sehr schwer, in der Fülle der Informationen, vertrauenswürdige Informationen zu identifizieren. Aus Sicht des vzbv ist es daher ganz wichtig, dass es zentrale Angebote, wie das Nationale Gesundheitsportal, gibt, wo Bürger vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen finden und dass diese Informationen (auch Qualitätsdaten) bündeln. Das trägt auch dazu bei, dass die unterschiedlichen Angebote sich stärker etablieren und genutzt werden. Ein Reha-Vergleich auf den Seiten des GKV-SV wird vermutlich nur von wenigen Verbrauchern in Anspruch genommen. Schließlich muss auch die Integration dieser Informationsangebote in die digitale Infrastruktur (Elektronische Patientenakte (ePA)) erfolgen. Die besagten Eckpunkte sehen bereits eine Schnittstelle des Nationalen Portals zur ePA vor. Auch die Qualitätsdaten sollten bei diesen Überlegungen mitgedacht werden.

Im Detail sieht der vzbv noch einige Klärungsbedarfe und Probleme bei der Neuregelung im § 136a Abs. 6 SGB V neu:

- ❖ Unklar bleibt, worauf sich der Begriff „einrichtungsbezogen“ in der Regelung bezieht (Satz 1). Aus Verbraucher- bzw. Patientensicht sollten Qualitätsdaten bezogen auf den einzelnen Arzt veröffentlicht werden. Nur so können die Daten tatsächlich bei einer qualitätsorientierten Arztwahl unterstützen.
- ❖ Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung (Satz 2) sollten nicht bereits im G-BA-Verfahren festgelegt werden. Das Ergebnis der Beratungen im G-BA (Kleinster gemeinsamer Nenner) könnte die Datengrundlage bereits so beschneiden, dass eine individuelle, verbraucherorientierte und vergleichende Darstellung erheblich erschwert wird und die Daten letztlich für ihren originären Zweck – die qualitätsorientierte Wahl eines Leistungserbringers zu unterstützen – unbrauchbar werden (Negativbeispiel: Qualitätsdarstellung in der Pflege).
- ❖ Ein wesentliches Problem der derzeitigen Qualitätsberichte im Krankenhausbereich ist der erhebliche Zeitverzug, mit dem die Daten veröffentlicht werden. Im Gesetzestext sollten daher konkret Angaben zum Veröffentlichungsturnus, etwa „quartalsweise“, gemacht werden.
- ❖ Damit, wie bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, auch andere die Daten nutzen können, positive Beispiele sind hier die Weisse Liste oder die Portale der Krankenkassen, sollte ein diskriminierungsfreier maschinenlesbarer Datenzugang für Dritte gewährleistet werden.

7. PATIENTENBEFRAGUNGEN

Aus Sicht des vzbv sind Patientenbefragungen ein ganz wesentliches Instrument im Rahmen der Qualitätsmessung. Die Patientenvertretung im G-BA setzt sich seit Jahren für die Umsetzung von Befragungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung

⁴ Bertelsmann Stiftung, Public Reporting im ambulanten Sektor Routinedaten niedergelassener Ärzte sollten für Patienteninformationen genutzt werden: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_SG_PR_ambulant.pdf (abgerufen am 11. November 2020).

ein. Wichtige Aspekte der Versorgung wie z.B. eine verständliche Aufklärung, eine angemessene Entscheidungsbeteiligung, das Schmerz- und Entlassmanagement oder das Erzielen patientenrelevanter Behandlungsergebnisse lassen sich nur unter Einbezug methodisch hochwertiger Patientenbefragungen zuverlässig erheben.

Dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die ergänzende Möglichkeit geschaffen werden soll, dass das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auch digitale Patientenbefragungen entwickeln kann, wird ausdrücklich begrüßt. Mit Blick auf die zu adressierenden Zielgruppen ist hierbei zu berücksichtigen, dass durch ein digitales Format einige Patientengruppen, insbesondere ältere und multimorbide Menschen, nicht adäquat erreicht werden können. Eine wichtige Ergänzung der bestehenden Befragungsmöglichkeiten stellt diese Erweiterung des § 137 a Abs. 3 SGB V dennoch dar und wird deshalb befürwortet.

Aufgrund der oftmals schwierigen Beratungen im G-BA zum Thema, ist es aus Sicht des vzbv außerdem notwendig, dass der Gesetzgeber an dieser Stelle des Gesetzes die Gleichwertigkeit der Daten aus Patientenbefragungen zu anderen Qualitätsdaten klarstellt. § 137a Abs. 3 Satz 2 Nummer 1 sollte entsprechend um den Passus „als gleichwertige Datenquelle“ ergänzt werden.

Darüber hinaus wird geregelt, dass das IQTIG bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nummer 1 vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigt. Sofern entsprechende validierte Instrumente bereits vorliegen und ihre Anwendungsmöglichkeit auf den deutschen Versorgungskontext und das zu adressierende Qualitätsproblem durch das Institut geprüft wurden, wird dieses Vorgehen ausdrücklich befürwortet. Entwicklungszeiten der Befragungen können so gegebenenfalls verkürzt werden, und Qualitätsprobleme können schneller als bisher adressiert und behoben werden.

8. AUFRECHNUNGSVERBOT IM NOTLAGEN- UND BASISTARIF

Der Bundesgerichtshof urteilte im Dezember 2018, dass der Versicherer im Notlagentarif der PKV nicht gehindert ist, rückständige Beiträge mit Kostenerstattungsansprüchen des Versicherungsnehmers aufzurechnen⁵. Aus Sicht des vzbv führt dies den Notlagentarif der PKV ad absurdum. Wurde dieser Tarif im Jahr 2013 doch ins Leben gerufen, um Versicherten mit Beitragsschulden in Ausnahme- bzw. Krisensituationen weiterhin einen eingeschränkten Versicherungsschutz zu ermöglichen. Für den Versicherten besteht im Notlagentarif ein deutlich reduzierter Leistungsanspruch.

Mit dem Problem der Aufrechnung mit Beitragsschulden hatten sich auch betroffene Verbraucher an die Verbraucherzentralen der Länder gewandt. Die vorgesehene Neuregelung, die dieses Verbraucherproblem behebt, bewertet der vzbv uneingeschränkt positiv.

⁵ Urteil des Bundesgerichtshofs (Az: IV ZR 81/18): <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=IV%20ZR%2081/18&nr=90842> (abgerufen am 11. November 2020).