



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) – BT-Drs. 17/8986

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen – BT-Drs. 17/9169

Antrag der Fraktion DIE LINKE
Ergebnisoffene Prüfung der Fallpauschalen in Krankenhäusern – BT-Drs. 17/5119

anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 23. April 2012 in Berlin

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Um eine stärker sektorübergreifende Versorgung zu ermöglichen, bedarf es allerdings einiger weitergehender, in der Stellungnahme konkretisierter gesetzlicher Anpassungen. Die PKV fordert zudem einen verpflichtenden Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte bei Privatversicherten und eine Einbeziehung aller Patienten – unabhängig vom Versichertenstatus – in die sektorübergreifende Qualitätssicherung.

Inhalt der Stellungnahme

I. Einführende Bewertung

II. Bewertung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung im Einzelnen

- a. Zu Artikel 1 Nr. 3 b) cc) (§ 17d Abs. 4 KHG) – Optionsphase
- b. Zu Artikel 4 Nr. 3 (§ 118 SGB V) – Psychiatrische Institutsambulanzen
- c. Zu Artikel 4 Nr. 5 (§ 137 Abs. 1d SGB V) – Qualitätssicherung

III. Weiterer Änderungsbedarf

- a. Elektronischer Datenaustausch (§ 17c Abs. 5 Satz 2 KHG)
- b. Einbezug nicht gesetzlich versicherter Patienten in die sektorübergreifende Qualitätssicherung (§ 137 SGB V)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(15)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
16.04.2012

I. Einführende Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Das Gesetz ist notwendig, um die Rahmenbedingungen für die Einführung des Entgeltsystems festzulegen. Der Gesetzentwurf hat bereits einige Anregungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung aufgegriffen. Um den Auftrag von § 17d KHG zu einer vermehrten sektorübergreifenden Versorgung ermöglichen zu können, damit psychisch kranke Menschen weniger aus ihrer Lebenswelt gerissen werden, bedarf es weiterer Anpassungen. In § 118 SGB V ist die derzeitige Blockade des Prüfauftrages nach § 17d KHG bezüglich des Einbezugs von Leistungen der Institutsambulanzen durch die Rahmenvereinbarung aufzulösen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zumindest ein Beteiligungsrecht einzuräumen. Insbesondere wegen der – vermutlich optimistischen – Terminierung des Beginns der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1d (neu) SGB V erst im Jahr 2017 ist der erste Bericht zur Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG auf das Jahr 2013 vorzuziehen und jährliche Berichterstattung vorzusehen. Denn ökonomisch motivierte Reaktionen der Einrichtungen erfolgen schon in Antizipation des künftigen Entgeltsystems. Entsprechend bestehen schon derzeit Risiken für die Behandlungsqualität, hier entscheidend für die Ergebnisqualität. Deshalb sollte die Begleitforschung unverzüglich zumindest aus Routinedaten ableitbare Qualitätsindikatoren öffentlich im Vergleich der Einrichtungen darlegen.

Die Umsetzung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V wird derzeit generell durch technische Probleme, die Erfassung und Dokumentation der Qualitätsindikatoren auszulösen und die Vollzähligkeit zu prüfen, behindert. Deshalb wird – als einzig generell nutzbares Verfahren – vorgeschlagen, in § 291a Absatz 3 SGB V die verpflichtende Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für die Zwecke der Qualitätssicherung vorzuschreiben. Um dem Auftrag des § 137 SGB V zu genügen, die sektorübergreifende Qualitätssicherung grundsätzlich mit Bevölkerungsbezug durchzuführen, ist in § 291a SGB V eine Regelung aufzunehmen, die den verpflichtenden Einsatz der eGK bei privat Versicherten im selben Umfang wie bei den gesetzlich Versicherten vorsieht. Es muss gewährleistet werden, dass alle Patienten unabhängig vom Versichertenstatus gleichermaßen in die Qualitätssicherung einbezogen werden. Dies gilt nicht nur für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE fordert berechtigt eine aussagefähige und zeitgerechte und nur dann handlungsweisende Begleitforschung nicht nur bezüglich § 17d KHG, sondern auch bezüglich § 17b KHG. Die Einrichtung eines Sachverständigenrates jenseits der Partner der Selbstverwaltung wäre aber keine Problemlösung, denn entscheidend ist der Zugriff auf aussagefähige Daten, der einem Sachverständigenrat eher schwerer als den Partnern der Selbstverwaltung gelingen würde.

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wirft bedenkenswerte Fragen auf. Der Gesetzentwurf überlässt den Vertragsparteien nach § 17b KHG, inwiefern die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung durch Zu- oder Abschläge zu würdigen wäre. Statt einen Abschlag für die Nicht-Teilnahme vorzusehen, sollten alle der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden Einrichtungen der regionalen Versorgungsverpflichtung unterworfen

sein. Die mangelnde Transparenz des Erfüllungsgrades des Personalsolls gemäß Psychiatrie-Personalverordnung ist tatsächlich seit jeher ein Ärgernis, da hierdurch die einzelne Einrichtung verbergen kann, wenn Erlöse aus der Versorgung psychisch kranker Menschen zur Subventionierung anderer Bereiche des Krankenhauses zweckentfremdet werden. Tatsächlich dürfte es grundsätzlich sinnvoll sein, dass Modellvorhaben nach § 64b (neu) SGB V gemeinsam und einheitlich von allen gesetzlichen und privaten Kostenträgern betrieben werden, was der Gesetzentwurf offen lässt. Diese Einheitlichkeit dürfte aber den Umsetzungsprozess verlängern. Modellversuche auch einzelner Kostenträger zuzulassen, erleichtert den Vereinbarungsprozess und schließt den späteren Beitritt der anderen Kostenträger nicht aus; dies könnte im Gesetz konkretisiert werden. Zu Recht sieht der Gesetzentwurf vor, dass dem DRG-Institut Modellversuche und dabei generierte Daten zu melden sind. Dadurch ist die gebotene, vergleichende Analyse durch das DRG-Institut gewährleistet. Die geforderte Expertenkommission kann keinen Zugang zu den Daten haben, würde also durch zusätzlichen Abstimmungsbedarf den Entwicklungsprozess eher bremsen denn befördern. Jedenfalls bietet eine neben den Organen der Selbstverwaltung agierende Expertenkommission keine Gewähr für eine bessere Systementwicklung; dies wird exemplifiziert durch das bürokratische Monstrum der Prozeduren „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (Kodes 9-60...9-64)“ bzw. bei Kindern und Jugendlichen (Kodes 9-65...9-69) im amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), mit denen das DIMDI im Wesentlichen Vorschläge der Experten der Psychiatrie, Psychosomatik bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt hat. Die Mehrererlösausgleiche zu senken und die Mindererlösausgleiche zu erhöhen, würde eine einseitige und von objektiven Versorgungsbedarfen losgelöste finanzielle Belastung der Kostenträger bedeuten.

II. Bewertung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung im Einzelnen

a. Zu Artikel 1 Nr. 3 b) cc) (§ 17d Abs. 4 KHG) – Optionsphase

Es ist nachvollziehbar, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Vorbereitungszeit für den Einstieg in das neue Entgeltsystem benötigen. Dazu gehört insbesondere das Implementieren der notwendigen Software und der Anwendungsroutinen. Es stellt sich aber die Frage, womit sich eine zweijährige Optionsphase rechtfertigt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Kostenträger bei vergleichbarem Vorbereitungsaufwand ohne Optionsmöglichkeit einsteigen und dann zwei Jahre lang parallel mit dem alten und neuen System umgehen müssen. Sie sind damit also mit einem ungleich höheren Aufwand als die einzelne psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung konfrontiert. Außerdem ist zu befürchten, dass eine zweijährige Optionsphase die Fortentwicklung des Entgeltsystems („lernendes System“) eher bremsen als beflügeln wird. Jedenfalls müsste die amtliche Begründung nachvollziehbare Gründe benennen, warum abweichend von der Einführung des DRG-Systems mit nur einem Optionsjahr hier zwei Optionsjahre vorgesehen werden müssen.

b. Zu Artikel 4 Nr. 3 (§ 118 SGB V) – Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Prüfaufträge des § 17d Absatz 1 Satz 2 und 3 KHG („Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen

der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können.“) sollen im Ergebnis – soweit eben möglich – unter anderem zu einem Abrechnungssystem führen, das in irgendeiner Weise stationäre und ambulante Leistungen einbezieht und kombiniert. Das ist mit der gesetzlichen Vorgabe in § 118 Absatz 2 SGB V, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker festlegen, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen, nicht ohne weiteres vereinbar. Wenn die Kalkulationen des DRG-Instituts nahelegen, ambulante Leistungen einzubeziehen oder kombinierte Abrechnungseinheiten einzuführen, dann könnte deren Einführung, die von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG (zu denen der Verband der Privaten Krankenversicherung gehört) zu vereinbaren ist, daran scheitern, dass Vorgaben der Rahmenvereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V dem entgegen stehen. Das würde im Ergebnis dazu führen, dass die Prüfaufträge ins Leere laufen. Diese Probleme bedürfen einer gesetzlichen Lösung in § 118 SGB V.

Die entsprechenden Entgelte wären für alle Nutzer einheitlich gültig, also auch für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Schon derzeit können Privatversicherte und Beihilfeberechtigte durch Institutsambulanzen als Institutsleistung des Krankenhauses behandelt werden, wobei die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Entgelte gegen sich gelten lassen, weil andere Regelungen fehlen. Wenn aber Erkenntnisse des DRG-Instituts ergeben, dass ambulante Leistungen in das Entgeltsystem einbezogen werden sollten oder sektorübergreifende Abrechnungseinheiten möglich und mit einem Nutzen für die Kranken verbunden sind (also einem therapeutischen Fortschritt, den auch die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer einfordert), dann muss dieser Nutzen auch Privatversicherten und Beihilfeberechtigten zugänglich sein. Das ergibt sich schon allein aus der Einheitlichkeit der Krankenhausentgelte.

Folglich ist dem Verband der Privaten Krankenversicherung in § 118 SGB V zumindest ein Beteiligungsrecht einzuräumen. Entsprechendes gilt in Konsequenz auch für § 120 Absatz 2 SGB V.

c. Zu Artikel 4 Nr. 5 (§ 137 Abs. 1d SGB V) – Qualitätssicherung

Es ist überfällig, zu Maßnahmen zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung auch bezüglich psychischer Krankheiten zu verpflichten. Es dürfte optimistisch sein, dass diese spätestens zum 01.01.2017 wirksam werden können. Notwendig wäre, dass schon die laufende Entwicklung des Entgeltsystems durch solche Maßnahmen abgesichert würde. Denn in mutmaßlicher oder vermeintlicher Antizipation des künftigen Systems ändern die Einrichtungen schon seit 2 Jahren ihre Prozesse, ohne dass die Auswirkungen auf die Patienten monitort werden. Dieses Problem ließe sich zumindest lindern, wenn in diesem Gesetzgebungsverfahren die Begleitforschung nach § 17d Absatz 8 KHG dahingehend konkretisiert würde, dass „erste Ergebnisse“ nicht erst im Jahr 2014, sondern bereits 2013 zu veröffentlichen sind und jedenfalls jährlich veröffentlicht werden sollen. Aus Routinedaten lassen sich geeignete Qualitätsindikatoren ableiten und öffentlich im Vergleich der Einrichtungen darlegen, so dass die Begleitforschung hierzu keine eigenen Daten erheben müsste.

Die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 137 SGB V nutzt als Aufgreifkriterien primär vom Arzt gestellte Diagnosen. Ein für psychische Krankheiten spezifisches Problem ist die begrenzte Erkennensrate, die gemäß Deutschem Gesundheitssurvey 1998 bei etwa 50% lag. Die Rate des Nicht-Erkennens stellt ein grobes Qualitätsdefizit mit erheblichen Nachteilen für die betroffenen Kranken dar. Davon in besonderem Maße betroffen sind Suchtkranke, depressiv kranke Menschen und an Angststörungen leidende Menschen. Dieses Qualitätsdefizit läßt sich zwangsläufig nur anhand von Routinedaten im Wege des Benchmarking von Einrichtungen und Regionen transparent machen. Deshalb wird angeregt, die vorgesehenen Vorgaben um Vorschriften zu ergänzen, wonach die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnden Maßnahmen der Qualitätssicherung auch das Problem der begrenzten Erkennensrate psychischer Krankheiten zu würdigen haben.

III. Weiterer Änderungsbedarf

a. Elektronischer Datenaustausch (§ 17c Abs. 5 Satz 2 KHG)

Um den elektronischen Datenaustausch zwischen den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern auf eine rechtlich eindeutige Basis zu stellen, bedarf es einer Änderung in § 17c Abs. 5 Satz 2 KHG in der Weise, dass das Wort „maschinenlesbar“ durch die Worte „im Wege des elektronischen Datenaustauschs“ ersetzt wird. Die Notwendigkeit dieser Rechtsänderung ist dadurch gegeben, dass auch Papierdokumente als „maschinenlesbar“ interpretiert werden, was die tatsächliche Durchführung des gesetzlichen Auftrags in Form des elektronischen Datenaustauschs behindert bzw. blockiert, letztlich zu Lasten der Versicherten und der Krankenhäuser, indem sich der Prozess der Rechnungsprüfung verlängert.

b. Einbezug nicht gesetzlich versicherter Patienten in die sektorübergreifende Qualitätssicherung (§ 137 SGB V)

Seit dem Jahr 2000 werden Krankenhauspatienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus – und damit auch Privatversicherte – in die externe stationäre Qualitätssicherung einbezogen. Der Einbezug Privatversicherter war in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 dadurch gesichert, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 137 SGB V Partei im Qualitätssicherungsverfahren war. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2003) gingen die Aufgaben des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über; der PKV-Verband verlor seinen Status als Vertragspartei zugunsten einer Beteiligung. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007) wurden die separaten Regelungen zur Qualitätssicherung im ambulanten (§ 135a SGB V) und stationären (§ 137 SGB V) Sektor in Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 137 SGB V zur grundsätzlich sektorübergreifend umzusetzenden Qualitätssicherung zusammengeführt. Beteiligungsrechte der PKV für diese sektorübergreifende Qualitätssicherung waren nicht mehr vorgesehen. Im Zusammenhang mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG 2008) gelang es, ein Beteiligungsrecht des PKV-Verbandes sowie eine Gültigkeit der Richtlinien des G-BA zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung „grundsätzlich einheitlich für alle Patienten“ in § 137 SGB V zu verankern. Gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 137

Abs. 1 Satz 3 SGB V beschließt der G-BA seither *unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung* die inhaltliche Ausgestaltung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung für die vertragsärztliche Versorgung und die zugelassenen Krankenhäuser.

Am 20.01.2011 hat der G-BA sinngemäß beschlossen, nicht gesetzlich versicherte Personen zunächst von der sektorübergreifenden Qualitätssicherung auszuschließen, solange eine gesetzliche Grundlage fehle, nicht gesetzlich versicherte Personen auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung einzubeziehen. Dieser Beschluss wird sich auch auf die Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung auswirken. Während § 299 SGB V das informationelle Selbstbestimmungsrecht gesetzlich versicherter Personen einschränkt, indem deren pseudonymisierte Daten ohne ausdrückliche Einwilligung für die Zwecke der Qualitätssicherung erfasst und verarbeitet werden dürfen, darf dies bei nicht gesetzlich versicherten Personen nur mit deren expliziten Einverständnis geschehen.

Inhaltlich dürfte außer Zweifel stehen, dass eine angemessene Qualität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten eine staatliche Aufgabe ist, die der gesamten Bevölkerung gilt und nicht vom Versichertenstatus abhängen darf. Es ist zumindest schwer nachvollziehbar, wie das informationelle Selbstbestimmungsrecht vom Versichertenstatus abhängen kann.

Das Problem kann durch Regelungen zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte und Regelungen im Bundesdatenschutzgesetz gelöst werden.

Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Unter Mitwirkung und mit einem erheblichen Finanzierungsbeitrag der Privaten Krankenversicherung wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vorbereitet. Da sich unverändert aus keiner gesetzlichen Regelung für die Ärzteschaft die Verpflichtung ergibt, bei privat Krankenversicherten die elektronische Gesundheitskarte verpflichtend einzusetzen, ist zu befürchten, dass ihr Einsatz bei privat Versicherten weitgehend unterbleiben wird. Eine Akzeptanz der Karte durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser auf lediglich freiwilliger Basis würde den Nutzen aus den hohen Investitionskosten, die mit dem Einsatz der eGK für die Private Krankenversicherung und ihre Versicherten verbunden sind, in die Entscheidung Dritter stellen. Dies wäre inakzeptabel. Zudem wäre kaum vermittelbar, warum die Anwendung der Karte für PKV-Versicherte auf freiwilliger, für GKV-Versicherte aber auf verpflichtender Basis erfolgen soll. Deshalb hat die Private Krankenversicherung ihre Mitfinanzierung und Mitwirkung in der Gematik eingestellt, solange die gebotenen rechtlichen Grundlagen fehlen.

Bereits im Kontext des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und der dort erfolgten Ergänzung zu § 21 KHEntgG, wonach die lebenslange Krankenversicherungsnummer für die Zwecke der Entwicklung/Pflege der Krankenhausentgeltsysteme nach § 17b bzw. 17d KHG zu übermitteln sind, hat der Verband der Privaten Krankenversicherung angemahnt, eine verpflichtende Anwendung der Gesundheitskarte auch bei nicht gesetzlich Versicherten gesetzlich zu verankern, weil anderenfalls keine lebenslange Krankenversicherungsnummer verfügbar ist und folglich die Daten von 10% der Nutzer des Krankenhauses bei der Entwicklung der Entgeltsysteme fehlen. Das gilt gleichermaßen für die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Die Umsetzung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V wird derzeit generell durch technische Probleme behindert. Es liegt im Wesen sektorübergreifender Qualitätssicherung, dass die Notwendigkeit der Erfassung und Dokumentation der Qualitätsindikatoren dem weiterbehandelnden Arzt des zuständigen Fachgebietes signalisiert werden muss. Dieser weiterbehandelnde Arzt ist nicht vorherbestimmbar, weil der Patient seinen Arzt frei wählen kann. Dem Patienten kann nicht abverlangt werden, die gebotene Erfassung und Dokumentation der Qualitätsindikatoren selbst herbeizuführen. Der Patient – bisher nur der gesetzlich versicherte – hat sich aber bei dem Arzt seiner Wahl mit seiner Versichertenkarte (künftig Gesundheitskarte) auszuweisen. Wird auf die eGK ein entsprechender elektronischer Marker geschrieben, dann kann dieser Marker beim Einlesen der Karte durch den zuständigen weiterbehandelnden Arzt zur Erfassung und Dokumentation der Qualitätsindikatoren veranlassen. Zu detaillierten Informationen über Bedarf und Verfahren dieser Nutzung der eGK kann das AQUA-Institut als Institut nach § 137a SGB V gehört werden.

Deshalb wird vorgeschlagen, in § 291a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine Nr. 7 „Daten zur Auslösung der Erfassung und Dokumentation von Qualitätsindikatoren“ zu ergänzen.

Dabei muss eine gesetzliche Verpflichtung zum Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auch bei privat Krankenversicherten, selbstverständlich unter Berücksichtigung der für diesen Bereich bereits gesetzlich definierten Regelungen zum Datenschutz, festgelegt werden. Dies kann dadurch geschehen, dass

- in § 257 SGB V die Zahlung des Krankenversicherungszuschusses nach Absatz 2 a durch Einfügung einer weiteren Ziffer an die Ausgabe einer eGK durch das Versicherungsunternehmen gebunden wird;
- in § 291a nach Absatz 1a ein Absatz 1b eingefügt wird, der den verpflichtenden Einsatz der eGK bei privat Versicherten im gleichen Umfang, wie bei den gesetzlich Versicherten vorsieht.

Regelungen im Bundesdatenschutzgesetz

Während § 299 SGB V das informationelle Selbstbestimmungsrecht gesetzlich versicherter Personen einschränkt, indem deren pseudonymisierte Daten ohne ausdrückliche Einwilligung für die Zwecke der Qualitätssicherung erfasst und verarbeitet werden dürfen, darf dies bei nicht gesetzlich versicherten Personen nur mit deren explizitem Einverständnis geschehen. Dies hat dazu geführt, dass der G-BA am 20.01.2011 sinngemäß beschlossen hat, nicht gesetzlich versicherte Personen zunächst von der sektorübergreifenden Qualitätssicherung auszuschließen, solange eine gesetzliche Grundlage fehle, nicht gesetzlich versicherte Personen auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung einzubeziehen.

In jedem Einzelfall eine Einwilligungserklärung einzuholen, birgt das Risiko einer Selektion, die die Aussagefähigkeit der Qualitätssicherung und damit ihren Nutzen für die Patienten in Frage stellen kann. Daher bedarf es zum Schutz der Patienten einer gesetzgeberischen Klarstellung. Im Übrigen dürfte auch erst durch diese Klarstellung eindeutig geregelt sein, dass gemäß § 299 SGB V die Daten der Qualitätssicherung in pseudonymisierter Form

übermittelt werden dürfen, ohne dass das Einverständnis der gesetzlich Versicherten eingeholt werden muss.

Vorschlag:

Das Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. August 2009 (BGBl. I S. 2814) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 13 Abs. 2 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Erheben besonderer Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9) ist nur zulässig, soweit (...)

7. dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder deren Qualitätssicherung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen; im Falle der medizinischen Qualitätssicherung dürfen personenbezogene Daten ohne Einwilligung der Person pseudonymisiert von einer unabhängigen Stelle ausgewertet werden, wobei die Pseudonymisierung durch eine räumlich, organisatorisch und personell getrennte Vertrauensstelle zu erfolgen hat, ...“