

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0091(21)  
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.  
15\_GKV-VSG  
20.03.2015

**verbraucherzentrale**

*Bundesverband*

19.03.2015

## Schärfung der Instrumente für mehr Versorgungssicherheit

## Weitere Schritte zur Verbesserung des Nutzens für Patienten und Verbraucher notwendig

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur  
Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

### **Impressum**

Verbraucherzentrale  
Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

## 1. Allgemeine Einschätzung des Gesetzes

Wie nahezu alle Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitsbereich der letzten Jahrzehnte greift auch die vorliegende Initiative eine Vielzahl von Themen und Zielsetzungen auf, die nicht alle unmittelbar die Belange von Patienten und Verbrauchern berühren und deshalb in dieser Stellungnahme nicht dezidierte Erwähnung finden. Dennoch beinhaltet der Entwurf auch eine Vielzahl von Regelungen, die direkte oder indirekte Auswirkungen auf Verbraucher und Patienten haben und die im folgenden Kapitel aufgeführt werden.

**Der Verbraucherzentrale Bundesverband hält die Ausrichtung der vorgeschlagenen Regelungen grundsätzlich für richtig und äußerst wichtig. Er begrüßt auch, dass mit dem vorgelegten Referentenentwurf vor allem die schon lange bestehenden Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungssektoren angegangen werden. Bei verschiedenen vorgeschlagenen Änderungen ist jedoch fraglich, ob diese in der Praxis zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssicherheit und -qualität führen werden. Deshalb sollte ein besonderes Augenmerk auf der Umsetzung der Regelungen und deren Kontrolle liegen.**

Handlungsbedarf im Interesse von Verbrauchern und Patienten sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband insbesondere in drei Regelungsbereichen:

- **Zweitmeinung** (§ 27b): Bei der geplanten Regelung zur Zweitmeinung droht ungewollt eine Einschränkung des allgemeinen Rechts auf Zweitmeinung, ohne dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung das Regelungsziel, eine Eindämmung der nicht indizierten Leistungsausweitung, zu erreichen wäre.
- **Terminservicestellen** (§ 75 Abs. 1a und 1b): Die Terminservicestellen greifen zwar ein wichtiges Problem aus Verbrauchersicht auf, die Vorgaben sind aber so restriktiv und teilweise unklar, dass sie in der Praxis in vielen Fällen kaum hilfreich sein werden.
- **Besondere ambulante Versorgung** (§ 140a): Bei den Selektivverträgen, die im § 140a zusammengefasst werden sollen, wird die Transparenz für Verbraucher hinsichtlich einer qualitätsorientierten Wahlentscheidung unter den gesetzlichen Krankenkassen verschlechtert.

Mit dem Gesetzentwurf werden zahlreiche Regelungen vorgeschlagen, die eine bessere Kooperation zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung verbindlich vorgeben. Bessere Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern ist von großer Bedeutung für Patientinnen und Patienten. Das vorgelegte Gesetz bestreitet daneben mit der Schaffung eines Innovationsfonds Neuland, um tragfähige neue Versorgungskonzepte evaluieren zu können. Die vorgesehene Regelung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, wie der

verpflichtende Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfs, wird ausdrücklich begrüßt und als zielführend angesehen.

**Auch wenn die Neuregelungen grundsätzlich befürwortet werden, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband dennoch die dringende Notwendigkeit, die Ausgestaltung stärker an den Interessen der Verbraucher und Patienten auszurichten. Hierzu werden im Folgenden Vorschläge gemacht und inhaltlich begründet.**

## **2. Wesentliche Regelungsinhalte aus Patientenperspektive**

### **2.1. Sicherstellung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung**

Der Verbraucherzentrale Bundesverband betrachtet das Problem der besseren Verteilung von Ärzten zur Linderung der (drohenden) Unterversorgung in ländlichen Regionen bzw. in Gegenden mit geringem Einkommensniveau als eines der gravierendsten im deutschen Gesundheitswesen. Hier muss konstatiert werden, dass es sich hierbei im Grunde um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe hinsichtlich der Förderung der ländlichen Regionen handelt. Im vorliegenden Rahmen sind prinzipiell drei Handlungsstränge zielführend:

#### **1) Verhinderung und Abbau der weiteren Konzentration von Medizinern in überversorgten Fachgebieten/Regionen**

Jeder Arzt, der sich in einem tendenziell überversorgten Fachgebiet und/oder Region niederlässt, fällt für die Patientenversorgung in Mangelbereichen (gemeint sind damit nicht nur unterversorgte Regionen im haus- bzw. kinderärztlichen Kontext, sondern auch z.B. der öffentliche Gesundheitsdienst) aus. Deshalb ist aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands die Verhinderung des Aufbaus weiterer Überkapazitäten bzw. idealerweise sogar deren Abbau zentrale Aufgabe der Politik, da hier konsequente Lösungen aus der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aus Gründen des Bestandsschutzes nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund befürwortet der Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich die vorgeschlagene Regelung in **§ 103 Abs. 3a**, nach der Kassenärztliche Vereinigungen Praxissitze in überversorgten Regionen aufkaufen sollen, wenn die Zulassung endet und die Bedarfssituation dies zulässt. Die bisherige „kann“-Regelung hat keine Wirkung gezeigt. Im Interesse der Versorgungssteuerung, aber auch -sicherheit sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband hier aber darüber hinausgehenden Ergänzungsbedarf:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten verpflichtet werden, jährlich einen Bericht über die Nachbesetzungen von Arztpraxen zu

erstellen und so ihre Tätigkeiten der Öffentlichkeit und insbesondere den Aufsichtsbehörden zugänglich zu machen.

- Der Aufkauf von psychotherapeutischen Zulassungen darf auch in formal überversorgten Regionen nur stattfinden, wenn eine Analyse der Wartezeiten auf Psychotherapieplätze ergeben hat, dass das Versorgungsangebot auch nach der Reduktion durch den Aufkauf ausreichend ist
  - Der GBA sollte verpflichtet werden, die heutigen Regelungen zur Zulassung aufgrund von Sonderbedarf dringend zu überarbeiten, um einerseits das Problem ungedeckten Bedarfs (Beispiele sind etwa Rheumatologie und Schmerztherapie), andererseits das der weiteren Konzentration von Kapazitäten in attraktiven Fachgebieten bzw. Regionen besser zu lösen. Angesichts der tiefgreifenden Defizite der aktuellen Bedarfsplanung erscheint eine generelle Verpflichtung des GBA zur Überarbeitung der Bedarfsplanung unter explizitem Einbezug der Erkenntnisse der Versorgungsforschung dringend angeraten.
  - Um zukünftige Spielräume für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung zu schaffen, sollte normiert werden, dass alle Zulassungen auf bisher nicht existierende Vertragsarztsitze prinzipiell mit Ende der Vertragsärztlichen Tätigkeit erlöschen, um nicht noch weitere möglicherweise verfassungsrechtlich geschützte Besitzrechte zu schaffen. Das Recht auf Fortführung des Vertragsarztsitzes durch Praxisnachfolger sollte weitest möglich begrenzt werden.
  - Auch bei sachgerechtester Bedarfsplanung, die aktuell keinesfalls gegeben ist, werden sich teilweise lange Anfahrtswege für Patienten insbesondere zu spezialisierten Versorgungsangeboten ergeben. Vor diesem Hintergrund ist dringend eine Überarbeitung des Anspruchs von Versicherten auf Unterstützung beim Erreichen der Versorgungsangebote notwendig, die auch auf die Ressourcenlage der Betroffenen und nicht nur ihren gesundheitlichen Status einbezieht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer für bestimmte Patientengruppen nicht mehr erreichbar sind.
- 2) Ergänzung und Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsangebote (weitere Gesundheitsberufe, telemedizinische Anwendungen)

Der Arztvorbehalt für zahlreiche Leistungen und Versorgungsformen im Zusammenhang insbesondere mit chronischen Erkrankungen wird sich nach Einschätzung des Verbraucherzentrale Bundesverbands angesichts der (drohenden) Unterversorgung auf absehbare Zeit nicht aufrecht-

erhalten lassen. Deshalb gilt es, schon frühzeitig intelligente Konzepte unter Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und der neuen telemedizinischen Möglichkeiten zu entwickeln, die für die betroffenen Patienten eine echte Versorgungsalternative bei mindestens gleichbleibender Versorgungsqualität bieten als das bisherige arztzentrierte Modell. Der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht hier die Notwendigkeit, dass die Politik die Blockadehaltung der ärztlichen Standesorganisationen aufbricht sowie ebenso den möglicherweise bestehenden Einsparungswünschen der Kassen eine Abfuhr erteilt, und einen Wettbewerb um gute Versorgungskonzepte unter Einbeziehung der weiteren Gesundheitsberufe und telemedizinischer Anwendungen in die Wege leitet. Der Verbraucherzentrale Bundesverband schätzt hier, dass die **Regelungen in § 87 Satz 4** bei weitem nicht ausreichen werden und regt eine entsprechende Konkretisierung der Vorgaben für den Innovationsfonds **nach § 92a** an.

Im weitesten Sinne unter der Substitution ärztlicher Leistungen steht auch die Frage nach der wirtschaftlichen Darstellbarkeit der Tätigkeit von Hebammen, die durch ein Auseinanderdriften zwischen zurückhaltender Vergütungsentwicklung einerseits und rasch steigenden Kosten für Versicherungsprämien in Frage gestellt ist. Der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht die Tätigkeit von Hebammen als wichtigen Baustein in der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen an und begrüßt deshalb die Regelungen in **§ 134a Abs. 5** zum Ersatzanspruch von Kranken- und Pflegekassen als Schritt in die richtige Richtung, gibt aber zu bedenken, dass damit die Lösung der beschriebenen Diskrepanz noch nicht erreicht ist.

3) Förderung der Ausbildung und Ansiedlung von Medizinern mit versorgenden Tätigkeitsspektren (Hausärzte, Kinderärzte, versorgende Fachärzte wie z.B. konservative Augenärzte oder Gynäkologen) in unterversorgten Regionen

Die zu diesem Punkt im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen werden überwiegend als zielführend erachtet. Allerdings ist zu konstatieren, dass die verschiedenen Erleichterungen für Ärzte, die sich im hausärztlichen Versorgungsbereich in (drohend) unterversorgten Regionen niederlassen, die bereits in der Vergangenheit gewährt wurden, nicht ausreichend waren, um nennenswert zu einer Verbesserung der Lage zu führen. Auch die gezielte Ausbildung von Allgemeinmedizinern (**§ 75a**) ist nur als eine notwendige, aber nicht hinreichende Maßnahme zur Abwendung des drohenden Versorgungsengpasses zu sehen. So lange auch zukünftig der Weg für junge Mediziner in die Niederlassung in anderen, eher überversorgten Fachgebieten bzw. Regionen weiter so offen steht wie bisher, darf bezweifelt werden, dass die nun wiederum geplante

Attraktivitätssteigerung ausreicht, um genügend Hausärzte aufs Land bzw. in städtische Problemviertel zu bringen.

Positiv beurteilt der Verbraucherzentrale Bundesverband sowohl die Möglichkeit, medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen einzurichten (**§119c**), als auch die **Ergänzung in § 103 Absatz 4 Satz 5** für die ambulante Bedarfsplanung. Bei der letzten Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den gemeinsamen Bundesausschuss hatte sich der Verbraucherzentrale Bundesverband zusammen mit den weiteren maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung dafür eingesetzt, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen wirkungsvoll bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Dies ist derzeit nicht der Fall, was zu erheblichen Problemen für die Betroffenen führt und wofür derzeit auch perspektivisch keine Ansatzpunkte zur zukünftigen Lösung des Problems bestehen. Deshalb begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass die Politik nun diesen Aspekt stärkt, gibt allerdings zu bedenken, dass die vorgeschlagene Regelung zur Erreichung des Ziels nicht ausreichen wird. Hier wäre der GBA mit Fristsetzung aufzufordern, Lösungen in Form verbindlicher Vorgaben für die Bedarfsplanungsrichtlinie zu entwickeln.

## **2.2 Erleichterungen für Patienten beim Zugang zur ambulanten Versorgung (Terminvergabe)**

Die vorgesehenen Terminservicestellen sind aus Patientensicht prinzipiell zu begrüßen. Die Wartezeiten in Deutschland sind im internationalen Vergleich zwar vergleichsweise kurz, doch gibt es Versorgungsbereiche und -regionen mit erheblichem Handlungsbedarf. Beispielsweise werden während den typischen Wartezeiten auf einen Termin zur Erstvorstellung z. B. bei Rheumatologen, Schmerztherapeuten, konservativen Augenärzten oder Psychotherapeuten kritische Zeitfenster zur Vermeidung von Krankheitsprogression oder -chronifizierung regelmäßig überschritten – zum Teil mit erheblichen Folgekosten, von den vermeidbaren gesundheitlichen Schäden ganz zu schweigen. Bei den Terminservicestellen ist jedoch grundsätzlich nachteilig, dass Patienten auf ihr Wahlrecht bezüglich des behandelnden Arztes verzichten müssen, wenn sie einen von der Servicestelle vermittelten Termin wahrnehmen. Die Regelung wird dennoch als vorteilhaft angesehen, da sie für Patienten in Notlagen und nach Wohnortwechseln nützlich sein kann. Es ist allerdings äußerst fraglich, ob die im Gesetzentwurf vorgesehenen Detailregelungen, insbesondere nach den zwischen Referenten- und Kabinettsentwurf erfolgten Modifikationen, aufgrund der vorgesehenen zahlreichen Einschränkungen Verbraucherinnen und Verbrauchern in der Praxis konkret weiterhelfen werden.

Problematisch wird der Ausschluss der Vermittlung von Routineterminen oder bei „Bagatellerkrankungen“ gesehen. Damit stellt allein die Abklärung, ob eine Behandlung hierunter fällt, bei der Nutzung der Terminservicestellen bereits eine große Hürde dar. Hier stellen sich grundlegende Fragen, wer prüft dies und in welchem Umfang. Hinzu kommt, dass die vorgesehenen Terminservicestellen Versicherten in der Regel nur beim Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln hat. Der vorgesehene Verzicht auf eine Überweisung im Falle von Augen- oder Frauenärzten ist hier zwar ausdrücklich zu begrüßen, nicht nachvollziehbar ist aber, warum gerade Kinderärzte aus der Liste der überweisungsfrei dringlich aufzusuchenden Arztgruppen wieder herausgenommen wurden. Kinder sollten ein recht auf eine spezialisierte Versorgung durch einen Pädiater haben und nicht durch vorherige Überweisung in die nicht auf sie spezialisierte normale hausärztliche Versorgung geleitet werden. Darüber hinaus gibt es jedoch in der Praxis weitere Beispiele von notwendigen Facharztkontakten, die ohne eine Überweisung erfolgen.

Die neuen Anlaufstellen können allerdings in Regionen in denen wenige Fachärzte angesiedelt oder spezielle Arztgruppen, etwa Rheumatologen, nicht vorhanden sind, nicht dazu beitragen, die bestehenden grundsätzlichen Probleme zu lösen. In der konkreten Umsetzung kommt hinzu, dass auch von zugelassenen Krankenhäusern sicherlich nicht immer zeitnah ein Behandlungstermin angeboten werden kann, sollte keine ambulante Versorgung möglich sein. Ebenso ist fraglich, ob der stationäre Sektor ausreichend auf die Versorgung dieser Patienten vorbereitet ist.

Im Übrigen wird aber auch sanktionsbewerter Druck bei Vertragsärzten aufgebaut, ihren Sicherstellungsauftrag ernst zu nehmen. Die ergänzende Klarstellung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen haben, ob Vertragsärzte den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen und die Möglichkeit von Sanktionen, stellen hier eine sinnvolle und notwendige ergänzende Neuregelung dar.

Um eine Umsetzung im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher sicherzustellen regt der Verbraucherzentrale Bundesverband an, dass auch die Aufsichtsbehörden die Umsetzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen und ggf. einfordern. Andernfalls ist dieser gesamte Regelungskreis eher als Warnung für die Vertragsärzte zu sehen, dass die Politik handeln wird, wenn sie ihrer gesellschaftlichen Verpflichtung in Zukunft nicht besser nachkommen, denn als konkrete Maßnahme mit Praxisbezug. Auch als solcher Warnschuss wird sie vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt.

Studien und Umfragen zeigen, dass im Bereich des Terminmanagements und der Arbeitsorganisation in den Praxen vielfach noch erhebliche Effizienzreserven bestehen, die im Interesse einer besseren Versorgung von Patienten



gehoben werden könnten. Hidden Client Anrufe ergeben zudem mit großer Regelmäßigkeit, dass in etlichen Arztpraxen für Privatpatienten Termine zeitnah zur Verfügung stehen, nachdem das Ansinnen eines gesetzlich Versicherten kurz zuvor abgewiesen worden ist. Die Politik ist deshalb aufgerufen das Problem der ungleichen Honorare je nach Versicherungsart zeitnah anzugehen, da sich vermutlich erst dann bei einer großen Zahl von Ärzten die Bereitschaft einstellen wird, alle ihre Patienten gleich gut und schnell zu behandeln.

### **2.3 Erweiterung und Konkretisierung von Leistungsansprüchen der Versicherten**

#### *a) Zweitmeinung*

Eine aktuelle Studie zum Thema Zweitmeinung zeigt auf, dass jeder vierte Deutsche nicht weiß, dass die Kosten für das Einholen einer zweiten Meinung bei einem anderen Facharzt, unabhängig von der Art der Erkrankung, von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Der Bedarf an ergänzenden Entscheidungshilfen ist hingegen groß: Zwei Drittel der Deutschen haben sich nach einem Arztbesuch über alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert. 53 Prozent haben sich dafür an einen anderen Arzt gewandt. 94 Prozent der Befragten gaben an, dass sie im Krankheitsfall eine Zweitmeinung einholen würden. Als Hauptmotive wurde die Unsicherheit bezüglich der empfohlenen Therapie genannt und der Wunsch, eine unnötige Operation zu vermeiden.<sup>1</sup> Die Befragung hat auch ergeben, dass den Befragten eine zweite Meinung bei Krebserkrankungen, Herzproblemen und neurologischen Erkrankungen besonders wichtig ist.

Bei der nun vorgeschlagenen Regelung **in § 27b** sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband das Erfordernis einer Klarstellung. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass das Recht der Patienten auf Zweitmeinung ausschließlich bei den vom GBA festzulegenden planbaren Eingriffen mit Gefahr der Mengenausweitung besteht. Darüber hinaus sollte der Auftrag zur Auswahl der planbaren Eingriffe an den GBA nicht nur auf mengenanfällige Indikationen abzielen, sondern auch solche Erkrankungen einbeziehen, die für Patienten mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden sind. Die verbindliche Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens sollte vorsehen, dass Patienten neben dem allgemeinen Recht, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, künftig auch bei bestimmten planbaren Eingriffen einen regelhaften Anspruch auf Zweitmeinung erhalten, über den sie vom erstbehandelnden Arzt ausdrücklich informiert werden müssen. Dies soll vor allem, aber nicht nur bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen geschehen,

---

<sup>1</sup> Studie „Zweitmeinungsverfahren aus Patientensicht“ August 2014 von den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH in Kooperation mit dem IMWF Institut für Management- und Wirtschaftsforschung.



bei denen das Risiko besteht, dass nicht nur medizinische Gründe bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, festzulegen, bei welchen planbaren Eingriffen der Arzt entsprechend aufklären und informieren muss und welche Anforderungen an ambulante oder stationär tätige Ärzte anzulegen sind, die Zweitmeinungen erbringen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhaus-gesellschaften sollen in abgestimmter Form über die Leistungserbringer informieren, an die Patienten sich mit dem Anliegen auf Zweitmeinung wenden können, denn es ist wichtig, dass die Zweitmeinung qualitativ hochwertig und herausgelöst aus den teilweise ökonomischen Anreizstrukturen der Erstmeinung erbracht wird. In der Praxis stellt häufig die Erlangung der für die Erstellung einer Zweitmeinung erforderlichen Unterlagen eine Hürde dar. Es ist weder den Patienten zumutbar noch finanziell sinnvoll, alle relevanten diagnostischen Maßnahmen (insbesondere teure bildgebende Verfahren) erneut bei einem zweiten Arzt zu durchlaufen. Hier wäre vorzusehen, dass die ursprünglich behandelnden Ärzte verpflichtet werden, alle relevanten Unterlagen auf Wunsch des Patienten an den Ersteller der Zweitmeinung oder den Patienten selbst zu übersenden.

#### *b) Entlassmanagement*

Entlassmanagement ist einer der großen Problembereiche, die sich aus der Unterteilung der Versorgungssektoren in Deutschland ergeben. Zahlreiche Patienten berichten von Leistungslücken, z.B. wenn bei einer Entlassung zum Wochenende wichtige Verordnungen von Medikamenten, Hilfsmitteln oder auch Kurzzeitpflege fehlen oder auch die Patienten damit überfordert sind, so kurzfristig wie medizinisch erforderlich die ambulante Anschlussbehandlung z.B. zur Fortführung der Verordnungen und zur Fortsetzung von Heil- und Hilfsmittelnutzungen zu organisieren. Schon bisher regelte § 39 Abs. 1 Satz 4, dass die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Lösung derartiger Probleme beinhaltet. In der bisherigen Umsetzung hat sich aber gezeigt, dass nicht nur Leistungslücken bestehen, die durch eine stärkere Einbeziehung der Krankenkassen und Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Verordnung von Anschlussbehandlungen geschlossen werden sollen, sondern auch, dass die Umsetzung dieses Anspruchs in der Praxis dringend der unabhängigen Überprüfung bedarf, damit die Gesetzesvorschrift in der Praxis nicht ins Leere läuft.

Dieses Problem wird vom vorliegenden Gesetzentwurf in § 39 teilweise aufgegriffen, was der Verbraucherzentrale Bundesverband ausgesprochen begrüßt. In einem Entlassplan sollen Krankenhäuser künftig die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Sie erhalten zuzüglich zum bestehenden Abgaberecht ein eingeschränktes Verordnungsrecht für Arzneimittel, häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für eine Dauer von maximal sieben Tagen. Um Leistungslücken zu vermeiden,

kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Gegenüber seiner Krankenkasse hat der Versicherte zukünftig einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements. Dies schließt den Kontakt zu weiterbehandelnden Leistungserbringern und die zeitliche Abstimmung von Versorgungsleistungen ein (Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste).

Über die bereits vorgeschlagenen Änderungen hinaus sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband weiteren dringenden Ergänzungsbedarf der Regelungen zum Entlassmanagement:

- Krankenhäuser sollen verlässlich direkt in die Kurzzeitpflege überleiten können. Es ist Versicherten mit entsprechendem Pflegebedarf nicht zuzumuten, dass sie in die Häuslichkeit ohne hinreichende pflegerische Versorgung entlassen werden müssen. In der Praxis wird davon berichtet, dass es zu vorläufigen Gutachten und Bescheiden der Pflegekassen über die Gewährung von Kurzzeitpflege vor dem Hintergrund kurzfristiger Begutachtungsverpflichtungen des MDK kommt. Es wird nach Aktenlage auf der Grundlage von Arztberichten u.ä. ohne Zuordnung zu einer konkreten Pflegestufe entschieden, immer wieder unter dem Vorbehalt des Widerrufs. Kommt es bei der anschließenden persönlichen Begutachtung zur Feststellung eines Hilfebedarfs unterhalb einer Pflegestufe, steht an dieser Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI die Frage des Widerrufs der Leistungsgewährung im Raum. Unbeschadet der abschließenden rechtlichen Beurteilung der Zulässigkeit des Widerrufs bzw. der Rücknahme begünstigender Leistungszusagen, fehlt es insoweit an einer klarstellenden Regelung, die die Vorschriften zum Entlassmanagement ergänzt.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss muss verpflichtet werden, bis zu einem festen Datum, etwa dem 01.01.2017, eine Qualitätssicherungsmaßnahme nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 zu entwickeln und in die Versorgung zu bringen, die die Umsetzung des Entlassmanagements unter Einbeziehung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in Form von einrichtungsbezogenen, aber standardisiert und unabhängig durchgeführten Patientenbefragungen und mit Hilfe von Routinedaten prüft und öffentlich transparent macht.

*c) weitere neue bzw. konkretisierte Leistungsansprüche*

*Zahngesundheit und ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz:*

Nachdem bereits im Versorgungsstrukturgesetz und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz Anreize geschaffen worden sind, um die aufsuchende

Versorgung durch Vertragsärzte zu verstärken, wird jetzt mit im **§ 22a** SGB V ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen für diesen Personenkreis geschaffen. Dieser besteht unabhängig davon, ob die pflegebedürftigen oder behinderten Menschen zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. Prinzipiell befürwortet der Verbraucherzentrale Bundesverband die Verbesserung der Leistungen für diesen Personenkreis, da eine deutliche Versorgungslücke besteht. Die konkrete Umsetzung wird der Verbraucherzentrale Bundesverband u.a. im Rahmen der Mitwirkung aufmerksam begleiten. Er weist zudem daraufhin, dass entsprechende Regelungsbedarfe auch bezüglich anderer medizinischer Fachrichtungen bestehen. Dazu zählen u.a. die Augenheilkunde, die HNO-Kunde, die Gynäkologie und die Neurologie.

*Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen:*

Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können nach **§119c** SGB V künftig in medizinischen Behandlungszentren behandelt werden, die auf ihre besonderen Bedürfnisse eingerichtet sind. Auch diese Regelung wird ausdrücklich befürwortet.

#### **2.4. Rationaler Umgang mit Innovationen**

Um die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens (demografischer Wandel, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bezahlbarkeit des Gesundheitswesens bei fortschreitender Technik) bewältigen zu können, ist ein rationaler Umgang mit Innovationen unerlässlich. In diesem Zusammenhang werden durch den vorliegenden Gesetzentwurf drei wichtige Komponenten eines solchen rationalen Umgangs mit Innovationen adressiert:

1. die Suche nach geeigneten Innovationen, wobei diese Suche explizit über die reine Produktinnovation (neues Medikament oder Medizinprodukt) hinausgehen muss,
2. die Prüfung, ob Neuerungen tatsächlich eine Verbesserung der Effizienz, Effektivität oder Qualität der Versorgung darstellen, und
3. die Überführung ausschließlich der vorteilhaften Innovationen in die Regelversorgung, damit sie allen Patienten zu Gute kommen und die Kosten für die Versichertengemeinschaft im Rahmen bleiben.

Prinzipiell werden mit dem Innovationsfonds ebenso wie mit der Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die auf Medizinprodukten basieren (**§ 137h**), Schritte in die richtige Richtung gemacht. Auch die Ausgestaltung der Regelungen wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband weitgehend als sachgerecht eingeschätzt. Ergänzungsbedarf wird allerdings beim geplanten **§ 92a** zum Innovationsfonds gesehen. Auch wenn öffentliche Transparenz und Patientenorientierung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Verbraucherzentrale Bundesverband

als verbesserungswürdig eingestuft werden, wird unter dem Strich die Anbindung des Innovationsfonds an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor allem im Kontrast zu den Selektivverträgen nach (bisher) § 73 c und 140 a ff SGB V positiv bewertet:

1. Selektivverträge waren und sind Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen, was nicht unbedingt eine Orientierung an den dringendsten Versorgungsbedürfnissen gewährleistet. Das bedeutet auch, dass erfolgreiche Konzepte Betriebsgeheimnisse darstellen. So ist Überleitung in die Regelversorgung weder gewährleistet noch wahrscheinlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrales Gremium in der Gestaltung des Kollektivvertrags ist hingegen prädestiniert dafür, erfolgreiche Konzepte auch in die Regelversorgung einführen zu können.
2. Bei den Selektivverträgen kam es nur ausnahmsweise zu einer Beteiligung von Patientenorganisationen. Damit war weder die Orientierung an Patienteninteressen gewährleistet, noch die Transparenz über die für Patienten wesentlichen Leistungsinhalte oder die Qualitätssicherung. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind Antrags- und Mitberatungsrechte der Patientenorganisationen institutionalisiert, wobei der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass diese Rechte **in § 92b Abs. 1** noch einmal ausdrücklich genannt sind, um Rückschritten bei der Patientenbeteiligung vorzubeugen.

Weiterhin begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband auch weitere Regelungen zum Innovationsfonds, teilweise mit geringem Änderungsbedarf, ausdrücklich:

- Ausrichtung insbesondere auf organisatorische Neuerungen: Zwar sollte diese Fokussierung nicht ausschließlich gelten, da es auch Systemversagen z.B. bei der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog gibt, aber bislang gibt es kein strukturiertes Verfahren, mit dem organisatorische Neuerungen entdeckt, auf ihre Eignung für den Kollektivvertrag überprüft und in die Regelversorgung übernommen werden. Hier wird also eine Lücke im Repertoire der fortlaufenden Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen.
- Antragstellung auch durch Patientenorganisationen möglich.
- Pflicht zur wissenschaftlichen Evaluation der Projekte: Selektivverträge wurden nicht durchgängig evaluiert, und auch die inhaltlichen Kriterien der Evaluationen, die öffentlich bekannt wurden, waren nicht notwendigerweise objektiv am Patientennutzen orientiert. Indem nun das Evaluationskonzept Teil der Bewertungskriterien bei der Auswahl der Projekte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird, ist eine

wesentliche Qualitätssteigerung und Objektivierung zu erwarten. Diese ist auch notwendig, um nach Abschluss der Projekte ihre Eignung für die Regelversorgung überprüfen zu können.

- Förderung ergänzender Versorgungsforschung.
- Evaluation des Innovationsfonds im Auftrag des BMG.
- Aktive Beteiligung des BMG im Innovationsausschuss, um rasch auf interne Blockaden der stimmberechtigten Organisationen reagieren zu können.

Änderungsbedarf sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband beim Innovationsfonds nach § 92a bzw. bei der Durchführung der Förderung nach § 92b in folgenden Punkten:

- Die Ziele des Innovationsfonds nach **§ 92a Abs. 1 Satz 2** sollten anders gefasst werden:
  - Wichtigster Vorteil des Innovationsfonds war in der ursprünglichen Entwurfsfassung seine klare Ausrichtung an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Regelversorgung, die durch die Anreize der Selektivverträge gefährdet ist. Dies ist im Kabinettsentwurf zurückgenommen und durch Übertragbarkeit auf andere Regionen oder Indikationen, mithin weitere Selektivverträge, ersetzt worden. Der Verbraucherzentrale Bundesverband rät dringend dazu, hier den Kollektivvertrag als wichtigstes Ziel der Innovationen wieder einzusetzen.
  - Unter den Zielen der zu fördernden Projekte sollte an prominenter Stelle der Patientennutzen aufgenommen werden. Der reine Hinweis auf die Verbesserung der Versorgung reicht hier nicht, da darunter beispielsweise auch eine reine Steigerung der Angebotsmenge gefasst werden kann.
- Geförderte Versorgungsprojekte sollten verpflichtend Maßnahmen zur Qualitätssicherung enthalten, die mindestens denen im Kollektivvertrag entsprechen.
- Bei der Förderung der Forschung sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch die Möglichkeit eingeräumt werden, Projekte auszu-schreiben und zu fördern, die der gezielten Schaffung von Evidenz für Beratungsthemen dienen, z.B. wenn in Versorgungsbereichen, in denen Anhaltspunkte für schwerwiegende Qualitätsdefizite vorliegen, keine Forschung als Grundlage geeigneter Leitlinien erfolgt.
- Es ist zu konkretisieren, dass zu den geförderten Projekten spätestens mit Abschluss alle relevanten Informationen zu Inhalten und Ergebnissen veröffentlicht werden. Darüber hinaus sollte die Geschäftsstelle nach § 92 b in Ergänzung zu Absatz 4 auch die Aufgabe erhalten,

jederzeit eine aktuelle Liste über die beantragten, die geförderten und die abgeschlossenen Projekte öffentlich bereitzustellen, anhand derer sich Patienten orientieren können, in welchen Regionen von welchen Krankenkassen und Leistungserbringern welche innovativen Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

*§139b Bewertung medizinischer Verfahren durch das IQWiG auf Antrag von Versicherten und anderen interessierten Einzelpersonen*

Hier sollte noch aufgenommen werden, dass das IQWiG auch über die eingegangenen Anträge berichten muss, bzw. diese im Internet aus Transparenzgründen einsehbar sein sollen.

## **2.5 Regelungen bei Selektivverträgen von Krankenkassen**

Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands haben die Selektivverträge die an sie gerichteten Hoffnungen überwiegend, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht erfüllt. Insbesondere haben sie nicht zum erhofften Wettbewerb um Versorgungsqualität geführt, was insbesondere an den lückenhaften Vorgaben zur Transparenz liegt. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird ein Konstruktionsfehler der Selektivverträge, die Aufteilung in sektor- oder arztgruppenübergreifende integrierte Versorgung und die besondere ambulante Versorgung, bereinigt, was der Verbraucherzentrale Bundesverband prinzipiell begrüßt. Auch die Differenzierung der potentiellen Vertragsteilnehmer und der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen von der integrierten Versorgung ließ eine stringente Logik vermissen und war allenfalls historisch-politisch zu begründen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband regt an, diese Gelegenheit unbedingt auch zur Verbesserung in weiteren zentralen Punkten zu nutzen:

- Damit sich Versicherte bei der Wahl der Krankenkasse an dem Angebot an Selektivverträgen orientieren können, ist eine verpflichtende zentrale Veröffentlichung für alle Selektivverträge vorzusehen, die mindestens folgende Punkte umfassen muss: teilnehmende Krankenkasse, teilnehmende Leistungserbringer, regionale Verfügbarkeit, erfasste Leistungen und Indikation. Die Veröffentlichung dieser Angaben sollte zentral z.B. durch das Bundesversicherungsamt oder den GKV-Spitzenverband erfolgen. Bisher war in den Regelungen zu den §§ 73c und 140a ff. alt auch zumindest eine Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedern enthalten, die im Entwurf des **§ 140a (neu)** mindestens erhalten bleiben sollte, wenn nicht dem Vorschlag einer zentralen Erfassung und Transparenz gefolgt wird.
- Die im Entwurf vorgesehene Information der Patienten im Rahmen der Teilnahmeerklärungen ist weder zur Information der teilnehmenden



Patienten ausreichend, da diese in der Praxis teilweise nicht einmal die unterschriebenen Teilnahmeerklärungen erhalten, noch ermöglicht sie Versicherten eine qualitätsorientierte Auswahl durch Vergleich der Angebote verschiedener Krankenkassen miteinander, da keine Transparenz über den Kreis der eingeschriebenen Patienten hinaus geschaffen wird.

- Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, die Daten zu ihrem Leistungsgeschehen gegebenenfalls an die durchführenden Stellen der Qualitätssicherung nach den §§ 136 und 137 SGB V zu übermitteln, damit die Einbindung in die Qualitätssicherung nach §§ 136 und 137 SGB V gewährleistet wird. Nur so kann sichergestellt werden, dass in den Verträgen mindestens das Qualitätsniveau des Kollektivvertrags erreicht wird. Aktuell sind diese Leistungen nicht in der gesetzlichen Qualitätssicherung erfasst und es gibt auch keine öffentlich transparente Qualitätssicherung innerhalb der Verträge.

Weiterhin wird in **§ 71** die Prüfung der Selektivverträge durch das Bundesversicherungsamt geändert: Während bisher eine Prüfung vor Inkrafttreten der Verträge mit besonderem Fokus auf Wirtschaftlichkeit erfolgte, ist nun eine nachgelagerte Reaktion mit erheblichen finanziellen Folgen und der Möglichkeit, zur unmittelbaren Beendigung der Verträge, auf erhebliche Rechtsverletzungen vorgesehen. Problematisch ist hieran aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands einerseits die Begrenzung der Handlungsmöglichkeiten auf Fälle erheblicher Rechtsverletzungen, da es in der Praxis sehr auf die Definition der Erheblichkeit ankommen wird, andererseits, dass bei einer rein nachgelagerten und anlassbezogenen Reaktion die Frage im Raum steht, wie das Bundesversicherungsamt von derartigen Rechtsverletzungen überhaupt Kenntnis erhält bzw. welche Ermittlungsbefugnisse und -kapazitäten bestehen. Vor allem aus der oben beschriebenen Grundproblematik der völlig unzureichenden Transparenz der Selektivverträge bezüglich Existenz, Inhalten und Versorgungsqualität befürchtet der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass leicht Regelungen zu Lasten von Patienten entstehen und unentdeckt bleiben können.

## 2.6 Weitere verbraucher- und patientenrelevante Regelungen

### a) Krankengeldbezug

Ausgesprochen positiv bewertet der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass mit dem Kabinettsentwurf ein wesentliches Problem bei längerem Bezug von Krankengeld, nämlich die Lücke von einem Tag zwischen Feststellung und versicherungsrechtlichen Wirksamwerden der Arbeitsunfähigkeit, geschlossen wurde. Im Zusammenhang mit dem Bezug von Krankengeld wird jedoch in **§ 44 Absatz 4** auch eine Regelung getroffen, die der Verbraucherzentrale Bundesverband ausgesprochen kritisch sieht. Zahlreiche Berichte von



Versicherten weisen auf ein teilweise sehr rigoroses Vorgehen von Krankenkassen bei langfristigem Bezug von Krankengeld hin. Versicherte wurden mit unangemessenen Fragen überzogen bzw. zur Rückkehr an den Arbeitsplatz oder zur Frühverrentung gedrängt. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands sind die Versicherten vor derartigem Verhalten besser als in der Vergangenheit zu schützen. Die Regelung in § 44 Absatz 4 könnte leicht von Krankenkassen als Vorwand für derartiges unangemessenes Verhalten genutzt werden und sollte deshalb entfallen oder wesentlich umgestaltet werden. Mindestens muss ein jederzeitiges Widerrufsrecht der Patienteneinwilligung in die Beratung zusammen mit Sanktionen bei Zuwiderhandlung normiert werden. Noch problematischer wird die vorgeschlagene Regelung in Kombination mit den vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen des § 275. Dort wird argumentiert, dass die Krankenkassen, um Versicherten das Angebot einer Beratung bei Krankengeld machen zu können und die Einbindung des MDK zur Prüfung beurteilen zu können, alle Daten erhalten und nutzen dürfen, die dies ermöglicht. Hier wird gegen das datenschutzrechtlich äußerst bedeutsame Prinzip verstoßen, dass Krankenkassen keinen Einblick in medizinische Unterlagen erhalten, sondern dies dem MDK vorbehalten ist. Diesem Vorschlag sollte nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands keinesfalls gefolgt werden.

#### *b) Mitwirkungsrechte der Patientenvertretung*

Die Interessenvertretung der Patienten, in der auch der Verbraucherzentrale Bundesverband mitwirkt, erfüllt wichtige Funktionen: Sie erhöht Transparenz und vor allem Patientenorientierung in den Gremien, in denen sie etabliert ist, allen voran im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der vorliegende Gesetzentwurf tangiert drei Bereiche, in denen eine Ausweitung der Mitwirkungsrechte vorgesehen ist oder wünschenswert wäre:

- Prinzipiell wird eine inhaltliche Ausrichtung der medizinischen Dienste der Krankenkassen an den Interessen der Patienten vom Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich begrüßt. Die in **§ 279** vorgeschlagene alleinige Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste auf Landesebene, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband jedoch nicht als ausreichend an, diesen gewünschten Effekt zu erzielen, da kein weitergehender Einblick auf das Versorgungsgeschehen ermöglicht wird. Im Übrigen erscheint die alleinige Bezugnahme auf die im SGB XI benannten Interessenverbände ohne gleichzeitige Berücksichtigung der Verbände der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (§ 140 f SGB V) fragwürdig. Es besteht keine Verbändeidentität. Gleichermäßen betreffen aber die Wirkungskreise der Verwaltungsräte die Interessenwahrnehmung in der Pflege und in der Gesundheit.

- Für den (erweiterten) Bewertungsausschuss wird in **§ 87 Abs. 5b** festgelegt, dass für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses neu in den Leistungskatalog aufgenommen werden, innerhalb von sechs Monaten eine Regelung zu treffen ist. Zurück geht diese Regelung, die vom Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich begrüßt wird, auf Probleme wie bei der Knochendichtemessung, für die die Festlegung von Vergütungsregelungen verzögert wurde und Patienten deshalb nach wie vor auf Eigenleistung in Form von IGeL angewiesen waren. Gerade die Knochendichtemessung zeigt exemplarisch aber auch, dass die jetzt gewählte Fristenlösung bei weitem nicht ausreicht, um die Anliegen von Patienten im Bewertungsausschuss aufzugreifen: Die dort festgesetzte Vergütungshöhe für die Leistung ist nämlich im Vergleich zur Selbstzahler-Vergütung so niedrig (im Schnitt weniger als ein Drittel), dass Betroffene erhebliche Probleme haben, die Leistung ohne Kostenbelastung zu erhalten. Ein anderes Beispiel ist die Schmerztherapie: Die Vergütungsziffern sind so gestaltet, dass Ärzte keinen Anreiz haben, gut eingestellte Patienten in die hausärztliche Versorgung zurück zu leiten und neue anzunehmen, trotz langer Wartezeiten und drohender Chronifizierung. Um gezielt in solchen Fällen im (erweiterten) Bewertungsausschuss wirken zu können, fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband folgende Mitwirkungsrechte für die Patientenvertretung nach § 140f SGB V:
  - Antragsrecht,
  - Einsichtsrecht in Tagesordnungen und Sitzungsunterlagen einschließlich Sitzungsprotokollen,
  - Mitberatungsrecht bei allen Beratungsgegenständen, die entweder auf Anträge der Patientenvertretung zurückgehen oder bei denen die Patientenvertretung schriftlich und mit Begründung des Patienteninteresses einen Antrag auf Mitberatung stellt.
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die darauf basierenden Regresse haben in der Praxis einen weitreichenden Einfluss auf die Versorgung der Patienten mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Deshalb fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband ein Mitwirkungsrecht der Patientenvertretung nach § 140f SGB V bei der Vereinbarung der Richtlinien zur Festlegung der Rahmenbedingungen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach **§ 106 a Abs. 3** auf Bundesebene als auch im Beschwerdeausschuss nach **§ 106c Abs. 1 Satz 2** auf Landesebene.

Für die Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V und die Interessenverbände nach § 118 SGB XI sind neben Aufwandsersatz analog zu § 140f Abs. 5 auch prinzipiell geeignete Unterstützungsstrukturen analog zu § 140f Abs. 6 vorzusehen, um die maßgeblichen Organisationen in die Lage

zu versetzen, die verschiedenen bereits im Gesetz vorgesehenen und auch die neuen Aufgaben erfüllen zu können. Sehr positiv bewertet der Verbraucherzentrale Bundesverband die vorgeschlagene Unterstützung der Patientenorganisationen nach § 140f auf der Landesebene.

#### c) Regelungen zum Datenschutz

§ 299 regelt den Datenschutz bei Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nach den §§ 136 und 137 SGB V. Dabei besteht ein wesentlicher methodischer Unterschied in der Herangehensweise: Die Qualitätssicherung nach § 137 beruht darauf, je Leistungserbringer und Leistungsbereich alle relevanten Leistungen zu erfassen und z.B. über den Anteil an unerwünschten Ereignissen an der Gesamtheit Qualitätsaussagen zu generieren. Datenschutzrechtlich wichtig ist hier, dass die personenbezogenen Daten auf jeden Fall pseudonymisiert übermittelt und verarbeitet werden. Die Stichprobenprüfung nach § 136 basiert darauf, dass für einen Leistungserbringer durch eine unabhängige Stelle vorgegeben wird, welche Stichprobe von ca. 10-12 Patienten mit einer entsprechenden Leistung in die Prüfung einbezogen wird. Zu diesen Patienten sind alle relevanten Behandlungsunterlagen an eine Prüfungskommission zu übermitteln, die aus der Überprüfung dieser Fälle auf die gesamte Behandlungsqualität schließt. Ein Aspekt ist auch die Gewährleistung der Patientensicherheit durch entsprechende Beschriftung z.B. von Bildmaterial, um Verwechslungen auszuschließen. Eine Pseudonymisierung durch den Leistungserbringer, wie bisher vorgesehen, würde nicht nur die Prüfung dieser Aspekte der Patientensicherheit unmöglich machen, sondern auch die sichere Identifizierung der von den Leistungserbringern übermittelten Fälle in Übereinstimmung mit den angeforderten verhindern und damit eine valide Qualitätsaussage unmöglich machen. Die nun vorgeschlagene Änderung des § 299 trägt dieser unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen und Zielsetzungen in der Qualitätssicherung prinzipiell Rechnung und wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband nachdrücklich begrüßt. Allerdings bittet der Verbraucherzentrale Bundesverband um Klarstellung, dass die Konkretisierungen bezüglich der Fälle, in denen auf die Pseudonymisierung beim Leistungserbringer verzichtet werden kann, nicht mit einem „und“, sondern mit einem „oder“ verknüpft sind, damit die Regelungsabsicht der Ermöglichung aussagekräftiger Stichprobenprüfungen erreicht wird. Methodische Überlegungen zur Validität der abgeleiteten Qualitätsaussagen hängen nicht von technischen Rahmenbedingungen oder dem Aufwand der Pseudonymisierung ab.

#### d) Langfristige Heilmittelversorgung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die **Klarstellung unter § 106b (4) Nr. 1**, die aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands eine wichtige Erleichterung für die betroffenen Patienten darstellt. Es war ursprünglich die Absicht des Gesetzgebers, Patienten mit langfristigem oder dauer-

haftem Bedarf an Heilmitteln zu einer sicheren Versorgung und den verordnenden Ärzten zu einer Entlastung von Bürokratie zu verhelfen. Die Umsetzung in der Praxis war hier zu zögerlich und hat paradoxerweise zeitweilig sogar zu Verschlechterungen für die betroffenen Patientengruppen geführt. Mit den genannten Formulierungen bekräftigt der Gesetzgeber nochmals die ursprüngliche Absicht. Ob damit die ursprüngliche Regelungsabsicht in der Praxis erreicht wird, wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband aufmerksam begleitet werden.