

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)102(17)
gel. VB zur öAnh am 14.10.2019 -
MDK-Reform
10.10.2019

verbraucherzentrale

Bundesverband

UNABHÄNGIGKEIT UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN STÄRKEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)

sowie zu ausgewählten Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf

10. Oktober 2019

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. Echte Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste schaffen	5
2. Transparenz bei Medizinischen Diensten ausbauen	6
3. Neue Systematik der Krankenhausabrechnungsprüfung nachschärfen	7
4. Stimme der Verbraucher, Patienten und Pflegebedürftigen im Gesundheitswesen stärken	8
5. Mehr Transparenz in den Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung schaffen	9
6. Krankenkassen zu mehr Transparenz verpflichten	10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt die grundlegenden Ziele des MDK-Reformgesetzes,

- die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste (MD) zu stärken
- und die Krankenhausabrechnungsprüfung effektiver und effizienter zu gestalten.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vielfältige zielorientierte Maßnahmen vor, um diese Zielsetzungen zu erreichen.

Dass Krankenhäuser mit vielen fehlerhaften Abrechnungen nun erstmals mit finanziellen Einbußen rechnen müssen, begrüßt der vzbv ausdrücklich. Bisher blieben auch Manipulationen ungeahndet. Die Krankenhäuser mussten lediglich nachgewiesenermaßen falsche Forderungen zurückzahlen und eine fehlerhafte Abrechnung hat sich mit hin risikolos „gelohnt“. Die Kosten für die Kontrolle lagen und liegen aber bei den Krankenkassen und damit bei den Versicherten. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, die Krankenhäuser regelhaft an den Kosten für die Kontrolle zu beteiligen. Auch die Anreizwirkung der fixen Prüfquotenregelung und weiteren geplanten Sanktionsmechanismen sollte überprüft und im Sinne der Versichertengemeinschaft nachgeschärft werden.

Die Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste trägt nur dann nachhaltig zu deren Unabhängigkeit von den Kranken- und Pflegekassen bei, wenn die geplante Zweidrittelmehrheit der Krankenkassenvertreter aufgehoben wird.

Die finanzielle Unterstützung der Patientenvertretung auf Ebene der Bundesländer begrüßt der vzbv ausdrücklich. Hier muss jedoch klargestellt werden, dass sich die Unterstützung auf alle Gremien der Patientenvertretung in den Ländern bezieht. Die maßgeblichen Organisationen in den Ländern sollten ein Recht auf die Einrichtung einer Stabsstelle Patientenbeteiligung haben. Diese muss jedoch unabhängiger von Kostenträgern und Leistungserbringern ausgestaltet werden. Für die Betroffenenvertretung im Bereich der Pflege – die auch in diesem Gesetz weitere Aufgaben erhält – fehlt eine strukturelle Unterstützung bisher gänzlich – auf der Bundes- und Landesebene.

Der Wechsel der Krankenkasse wird für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ durch die Neuregelungen erleichtert. Allerdings fehlt es immer noch an transparenten und vergleichbaren Informationen über das Genehmigungsverhalten der einzelnen Krankenkassen sowie über Service-, Beratungs- und Leistungsangebote, auf deren Basis Verbraucher eine fundierte Wahlentscheidung treffen können. Der vzbv fordert daher umfassende Informationspflichten der Krankenkassen, um eine Vergleichbarkeit für Verbraucher zu schaffen.

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

Die Medizinischen Dienste beurteilen die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) aus medizinischer und pflegerischer Sicht. Die erstellten Gutachten sind die Basis für Leistungsentscheidungen der Kranken- und Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche medizinische wie pflegerische Versorgung erhalten. Im Zuge neu definierter Aufgaben, zum Beispiel in der Pflege, der demographischen Entwicklung und der kontinuierlich steigenden Zahl von Abrechnungsprüfungen nimmt die Zahl der Gutachten der Medizinischen Dienste stetig zu.

Da die Medizinischen Dienste gegenwärtig organisatorisch eng an die Krankenkassen gebunden sind – sie sind Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, ihre Verwaltungsräte rekrutieren sich ausschließlich aus Verwaltungsräten der Krankenkassen sowie hauptamtlichen Kassenmitarbeitern – wird ihre Neutralität zunehmend in Frage gestellt. Eine stärkere Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste wird seit langem auch vom vzbv gefordert. Ein weiteres Problem, mit dem sich Medizinische Dienste, Krankenkassen und Krankenhäuser konfrontiert sehen, ist die immer weiter steigende Zahl der Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich, die einen stetig steigenden Anteil der Tätigkeit der Medizinischen Dienste ausmachen und erhebliche Ressourcen binden.

Beide Problemfelder greift der vorliegende Gesetzentwurf auf. Das MDK-Reformgesetz sieht zum einen Maßnahmen zur Stärkung der Medizinischen Dienste und insbesondere zur Stärkung ihrer Unabhängigkeit von den Krankenkassen vor. Zum anderen sollen die Abrechnungsprüfungen im Krankenhausbereich zielgenauer und effizienter gestaltet werden.

Im Detail sind die folgenden wesentlichen Neuregelungen vorgesehen:

- ❖ Die MD werden zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts.
- ❖ Die Verwaltungsräte werden mit 16 Vertretern der Krankenkassen, fünf Vertretern von Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherschutzorganisationen sowie zwei Vertretern der Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammer neu besetzt.
- ❖ Hauptamtliche Krankenkassenmitarbeiter und Mitglieder der Verwaltungsräte der Kassen und ihrer Verbände können nicht in die Verwaltungsräte der MD berufen werden.
- ❖ Die Richtlinienkompetenz für die Arbeit der MD geht vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf den MD Bund über.
- ❖ Ombudspersonen werden in allen MD bestellt.
- ❖ Zur Stärkung der Transparenz der Tätigkeit der MD erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung des MD Bund auf der Grundlage von Berichten der MD über die Zahl und die Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen der MD, die Personalausstattung der MD und über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtung für die Krankenkassen.

- ❖ Die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen wird im Allgemeinen auf zehn Prozent der Abrechnungen begrenzt, bei mehr als 60 Prozent nicht korrekter Abrechnungen in der Prüfung auf bis zu 15 Prozent und bei weniger als 40 Prozent auf fünf Prozent.
- ❖ Durch einen Sanktionsmechanismus (Zahlung von Aufschlägen) wird erstmals ein finanzieller Anreiz geschaffen, damit Krankenhäuser korrekt abrechnen.
- ❖ Die Zahl der Einzelprüfungen soll unter anderem durch Strukturprüfungen, die systematische Klärung von wiederkehrenden Kodier- und Abrechnungsfragen und die Überarbeitung des Katalogs für ambulante Operationen deutlich reduziert werden.
- ❖ Für das Abrechnungs- und Prüfgeschehen wird eine bundesweite Statistik etabliert.

Außerdem sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Plenumsitzungen des G-BA künftig live im Internet übertragen werden und auch nachträglich in einer Mediathek abrufbar sind. Um den Koordinierungsaufwand der Patientenbeteiligung auf Landesebene zu finanzieren, werden neue Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen. Versicherte sollen zudem in der Ausübung ihres Kassenwahlrechts gestärkt werden: durch die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von 18 auf zwölf Monate und Erleichterungen bei der Kündigung und Neuanmeldung.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 14. Oktober 2019 eine Anhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbrauchersicht 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. ECHE UNABHÄNGIGKEIT DER MEDIZINISCHEN DIENSTE SCHAFFEN

Gutachten des Medizinischen Dienstes sind eine wesentliche Grundlage für Leistungsentscheidung der Kranken- und Pflegekassen. Verbraucher müssen auf die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste vertrauen können. Das gilt insbesondere für das wettbewerblich ausgerichtete System der GKV in Deutschland.

Die fachliche Unabhängigkeit der für die Medizinischen Dienste tätigen Ärzte ist bereits normiert und wird im Rahmen dieses Gesetzentwurfs für gutachterlich tätige Pflegekräfte entsprechend geregelt. Die Medizinischen Dienste sind als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen jedoch bisher organisatorisch sehr eng mit den Kassen verwoben.

Der Bundesrechnungshof (BRH) hatte wiederholt angemahnt, dass sich die individuellen Interessen der Kassen auch auf die Medizinischen Dienste auswirken; zuletzt in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestags.² Der BRH fand Anhaltspunkte dafür, dass die Krankenkassen bestrebt sind, die zu entrichtenden

² Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2017/2017-bericht-medizinischer-dienst-der-krankenversicherung> (abgerufen am 6. Oktober 2019)

Umlagen aus kassenindividuellem Interesse möglichst niedrig zu halten. Er bemängelte, dass die Medizinischen Dienste in vielen Fällen für die zu bewältigenden Aufgaben nicht hinreichend mit finanziellen Mitteln ausgestattet seien und nicht über ausreichende Personalkapazitäten verfügten. Aufgrund dessen griffen Medizinische Dienste auch vermehrt auf externe Gutachter zurück.

Durch den vorliegenden Entwurf reagiert der Gesetzgeber auf diese Problemlage. Der vzbv bewertet die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stärkung der Unabhängigkeit der medizinischen Dienste in weiten Teilen positiv: insbesondere die institutionelle Loslösung der Medizinischen Dienste von den Kassen und die Richtlinienkompetenz beim Medizinischen Dienst Bund.

Grundsätzlich ist außerdem zu begrüßen, dass die Beteiligung von Patienten, Betroffenen und Verbrauchern bei den Medizinischen Diensten gestärkt werden soll. Sie ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Kranken- und Pflegekassen. Bereits jetzt unterstützen Vertreter einzelner Verbraucherzentralen die Medizinischen Dienste in den Pflegebeiräten in konstruktiver Zusammenarbeit.

Mit der vorgesehenen Regelung zur Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund ergibt sich im Vergleich zu der im Referentenentwurf des MDK-Reformgesetzes noch vorgesehenen Besetzung jedoch eine Änderung, die die Unabhängigkeit der Medizinische Dienste schwächt. Vorgesehen ist, dass mehr als zwei Drittel der Mitglieder der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste (insgesamt 16) von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Krankenkassen oder Kassenverbände gewählt werden. Sie sind also nicht unabhängig von den Krankenkassen. Sie können jedoch alle Beschlüsse, auch über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung, durch ihre Zweidrittelmehrheit, ohne ein Einvernehmen mit zumindest einem anderen stimmberechtigten Vertreter im Verwaltungsrat treffen.

Dieses Gesetz hat das Ziel, die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu stärken. Die Vertreter der Krankenkassen sollten daher nicht über eine Zweidrittelmehrheit in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund verfügen.

Die vorgesehene Möglichkeit die Unabhängige Patientenvertretung (UPD) für die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste zu benennen, ist in Frage zu stellen. Die UPD hat gemäß § 65b SGB V den gesetzlichen Auftrag, Verbraucher sowie Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei zu informieren und zu beraten. Eine Interessenwahrnehmung, wie in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste, gehört nicht zum derzeitigen gesetzlichen Auftrag der UPD.

2. TRANSPARENZ BEI MEDIZINISCHEN DIENSTEN AUSBAUEN

Wichtig und sachgerecht sind die verschiedenen Transparenzinstrumente, die im Rahmen des MDK-Reformgesetzes zusätzlich geschaffen werden sollen: eine Statistik über die Stellungnahmen der Medizinischen Dienste und ihre Personalausstattung sowie eine systematische Qualitätssicherung der Gutachtertätigkeit. Sie ermöglichen es, zu evaluieren, ob die geplanten Maßnahmen die vom BRH beschriebenen Defizite beheben können, und die Medizinischen Dienste in die Lage versetzt werden, ihren umfangreichen und wachsenden Aufgaben gerecht werden zu können.

Eine umfassende, leicht nachvollziehbare, länderspezifische und bundesweit vergleichbare Veröffentlichung der Kennzahlen und Berichte sollte dann zum Pflichtprogramm einer unabhängigen Prüforganisation gehören.

Erfreulich ist außerdem die Einführung einer Ombudsperson bei den Medizinischen Diensten. Bisher konnten sich Verbraucher bei Problemen und Beschwerden nur an ihre Kranken- oder Pflegekasse als Ansprechpartner wenden. Auch die Beschwerden, die bei den Ombudspersonen eingehen, sollten länderspezifisch und bundesweit veröffentlicht werden. So können eventuelle Problemfelder leichter und schneller identifiziert werden.

3. NEUE SYSTEMATIK DER KRANKENHAUSABRECHNUNGSPRÜFUNG NACHSCHÄRFEN

Der Krankenhausbereich ist einer der gewichtigsten Ausgabenposten in der GKV. Insgesamt entfallen auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus rund 75 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anteil von knapp 35 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV.³

Die Krankenkassen berichten, dass mehr als die Hälfte der auffälligen und von den Medizinischen Diensten geprüften Abrechnungen im Jahr 2017 fehlerhaft waren. Insgesamt mussten die Krankenhäuser 2,8 Milliarden Euro Versichertengelder an die Krankenkassen zurückzahlen.⁴ Ganz erhebliche Personalressourcen der Medizinischen Dienste entfallen auf die Krankenhausabrechnungsprüfung. Auch die Sozialgerichte sehen sich mit steigenden Verfahrenszahlen konfrontiert.

Dass Krankenhäuser mit vielen fehlerhaften Abrechnungen nun erstmals mit finanziellen Einbußen rechnen müssen, begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Bisher blieben auch Manipulationen ungeahndet. Die Krankenhäuser mussten lediglich nachgewiesenermaßen falsche Forderungen zurückzahlen und eine fehlerhafte Abrechnung hat sich mithin risikolos „gelohnt“. Die Kosten für die Kontrolle lagen und liegen aber weiterhin bei den Krankenkassen und damit bei den Versicherten. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, die Krankenhäuser regelhaft an den Kosten für die Kontrolle zu beteiligen.

Mit Blick auf die herausgehobene Bedeutung des Krankenhausesektors für die Ausgaben der GKV sollte auch die Regelung zu fixen Prüfquoten überprüft und gegebenenfalls nachgeschärft werden. Aus Sicht der Versicherten erscheint der noch als akzeptabel angesehene Anteil an falschen Abrechnungen von 40 Prozent sehr hoch. Für die Versichertengemeinschaft wird durch die neue Prüfsystematik mit erheblichen finanziellen Einbußen gerechnet. Falsche Abrechnungen sollten Einzelfälle sein.

Die Krankenhäuser sollten daher deutlich früher mit höheren Prüfquoten belegt werden. Die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben

³ GKV-SV, Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017, Amtliche Statistik KJ 1: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (abgerufen am 6. Oktober 2019)

⁴ Vgl. Pressemitteilung des GKV-SV, Krankenhausabrechnungen: Argumentationspapier der Krankenkassen benennt Probleme und zeigt Lösungen auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_843648.jsp (abgerufen am 6. Oktober 2019)

hierzu einen Vorschlag konkretisiert.⁵ Alternativ könnten die Prüfquoten insgesamt, zumindest in den ersten Jahren der neuen Abrechnungsprüfung, bis Erfahrungswerte vorliegen und die flankierenden Maßnahmen greifen, angehoben werden. Für eine Anhebung der fixen Prüfquoten hat sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme ausgesprochen.⁶ Auch die Deckelung der Strafzahlungen auf 1.500 Euro sollte in diesem Zusammenhang noch einmal auf seine Anreizwirkung überprüft werden.

In den flankierenden Maßnahmen zur Reduktion der Vielzahl an Einzelprüfungen – insbesondere durch Strukturprüfungen, die abschließende Klärung wiederkehrender Abrechnungs- und Kodierfragen – sieht der vzbv große Potenziale, um die Krankenhausabrechnung effektiver und effizienter zu gestalten. Insbesondere werden hier die Vorschläge des BRH aus seinem neuesten Gutachten umgesetzt.⁷

Insgesamt sind die wechselseitigen Anpassungsreaktionen in diesem komplexen Feld schwer abzusehen. Der vzbv unterstützt daher die vorgesehene unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Auf diese Weise können die Auswirkungen der Maßnahmen von Beginn an gezielt abgeschätzt und Instrumente wie die fixen Prüfhöchstquoten bzw. der Sanktionsmechanismus angepasst oder weitere Verbesserungen vorgenommen werden.

Eine unentbehrliche Neuregelung des Gesetzentwurfs ist nach Auffassung des vzbv, dass Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen zur Abbedingung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter Krankenhausleistungen oder der Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung insgesamt nicht zulässig sind. Die Krankenkassen haben bei dieser auch vom BRH kritisierten Praxis keinerlei Kontrollmöglichkeiten.⁸ Dieses Vorgehen widerspricht einem wirtschaftlichen Umgang mit Versicherungsgeldern in ganz grundsätzlicher Weise.

4. STIMME DER VERBRAUCHER, PATIENTEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN IM GESUNDHEITSWESEN STÄRKEN

Aus der eigenen Betroffenheit, der organisierten Selbsthilfe und aus der Beratung verfügen die Organisationen der Patienten- und Betroffenenvertretung über umfangreiches Wissen um die Bedürfnisse und die drängendsten Probleme der Patienten und Pflegebedürftigen in der Versorgung.

⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss, Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz), Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des G-BA zum Referentenentwurf des BMG: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4794/2019-05-27_PA-BMG-SN-Referentenentwurf-MDK-Reformgesetz.pdf (abgerufen am 7. Oktober 2019)

⁶ Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz): [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0301-0400/359-19\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0301-0400/359-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) (abgerufen am 7. Oktober 2019).

⁷ Vgl. BRH, 2019 Bericht - Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2019/2019-bericht-krankenhausabrechnungen-durch-die-krankenkassen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-pdf> (abgerufen am 7. Oktober 2019).

⁸ Vgl. BRH, Bericht an das BMG, Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2018-ergaenzungsband/langfassungen/2018-bemerkungen-ergaenzungsband-nr-05-krankenkassen-und-krankenhaeuser-vereinbaren-unzulaessige-pauschale-rechnungskuerzungen-in-millionenhoehe-und-umgehen-abrechnungspruefungen-pdf> (angerufen am 6. Oktober 2019).

2004 wurde § 140f SGB V geschaffen, um dieses Wissen in den G-BA einzubringen. Die Betroffenenbeteiligung in der Pflege nach § 118 SGB XI folgte später. Die Einführung der Patienten- und Betroffenenbeteiligung hat sich bewährt, und zwar nicht nur für die Betroffenen, sondern für alle Beteiligten in der gemeinsamen Selbstverwaltung und für die Fortentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt.

Der vzbv begrüßt daher ausdrücklich die Zielsetzung des Änderungsantrags 11 von 36, der vorsieht, die Unterstützungsmöglichkeiten der Patientenbeteiligung auf Landesebene auszubauen und insbesondere die Einrichtung von koordinierenden Stabsstellen zu ermöglichen. Bisher musste diese koordinierende Aufgabe in den meisten Ländern ehrenamtlich geleistet werden. Eine stabile finanzielle Unterstützung des Koordinierungsaufwands ist daher ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Patientenvertretung in den Bundesländern. Um hier eine auch für die Patientenvertreter praktikable Lösung zu finden, bedarf es jedoch einiger Konkretisierungen im Regelungswortlaut:

Neben den Abstimmungsgremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur ärztlichen Bedarfsplanung gemäß § 90 SGB V sieht der Gesetzgeber an diversen anderen Stellen Beteiligungsrechte für Patienten vor, etwa im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, in verschiedenen Landesgremien zur Qualitätssicherung sowie den in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechten bei den Medizinischen Diensten. Wichtig ist es deshalb, klarzustellen, dass der Änderungsantrag die Unterstützung aller gesetzlich vorgesehenen Bereiche der Patientenbeteiligung abdeckt. Die vorgesehene Kann-Regelung zur Errichtung einer solchen Stabsstelle sollte zudem zu einer Soll-Regelung abgeändert werden. Damit die maßgeblichen Patientenorganisationen auf Landesebene tatsächlich ein Anrecht auf die Errichtung einer solchen koordinierenden Stelle haben. Da die einzelnen Verbände ihren Koordinierungsaufwand ansonsten möglicherweise bürokratisch und einzeln beim Landesausschuss geltend machen müssen. Es sollte außerdem die Möglichkeit bestehen, dass eine der maßgeblichen Organisationen im Auftrag der anderen die koordinierende Stelle betreibt, um zumindest so eine möglichst große Unabhängigkeit von den Kostenträgern und Leistungserbringern im Landesausschuss sicherzustellen.

Damit Patienten- und Betroffenenvertreter in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und in der Pflege Kostenträgern und Leistungserbringern auf Augenhöhe begegnen können, ist dennoch weiterhin eine strukturelle Stärkung ihrer Arbeit auf Landes- und Bundesebene notwendig. Das gilt besonders vor dem Hintergrund der stetig wachsenden Aufgaben im Bereich der Vertretung von Patienten- und Betroffeneninteressen, wie die Vertretung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste. Im Bereich der Betroffenenvertretung nach § 118 SGB XI fehlt es bisher auf Bundes- und Länderebene gänzlich an den notwendigen Unterstützungsinstrumenten, um die Beteiligung wirkungsvoll zu organisieren. Zumindest ein erster Schritt wäre es daher, in § 118 SGB XI die gleichen Unterstützungsregelungen wie in § 140f SGB V gesetzlich zu verankern.

5. MEHR TRANSPARENZ IN DEN ENTSCHEIDUNGSGREMIEN DER GEMEINSAMEN SELBSTVERWALTUNG SCHAFFEN

Die Selbstverwaltung entscheidet über wesentliche finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und in der Pflege in Deutschland. Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich ist der G-BA. Hier wird die medizinische Versorgung der Verbraucher über Verträge, Richtlinien und ein-

heitliche Vorgaben organisiert und in Teilen über den Leistungskatalog der GKV entschieden. Der vzbv unterstützt Bestrebungen, die zu mehr Transparenz hinsichtlich der Entscheidungen und Entscheidungsprozesse in der Selbstverwaltung führen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA, die bereits öffentlich sind, künftig live im Internet übertragen werden, wie etwa im Bundestag üblich. Außerdem sollen sie in einer Mediathek verfügbar gemacht werden. Ein Schritt zu mehr Transparenz. Mehr Transparenz ist jedoch in vielen Bereichen der Selbstverwaltung notwendig. Die gleiche Öffentlichkeit sollte zum Beispiel auch für die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflege gelten.

Um Transparenz über die Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege zu schaffen, fordert der vzbv, die Öffentlichkeit der Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses herzustellen. Auch die dort gefertigten Beschlüsse und Beschlussfassungen sollten grundsätzlich öffentlich sein. Dies schafft die Möglichkeit, Entscheidungsprozesse besser nachvollziehen zu können und gegebenenfalls auch Kritik an den Verfahren im Ausschuss zu üben. Geschützte Denk- und Kommunikationsbereiche sind weiterhin in den vorbereitenden Arbeitsgruppen vorhanden.

6. KRANKENKASSEN ZU MEHR TRANSPARENZ VERPFLICHTEN

Dass Verbraucher ihre Krankenkasse frei wählen können, ist ein wesentliches Element des wettbewerblich orientierten Krankenkassensystems. Die mit dem Änderungsantrag 12 von 36 vorgesehene Stärkung der Verbraucherrechte bei der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts – die Verkürzung der Mindestbindungsfrist auf 12 Monate sowie weitere Erleichterungen und Unterstützung bei der Ausübung des Wahlrechts – bewertet der vzbv positiv. Mit den vorgesehenen Neuregelungen wird ein Krankenkassenwechsel für Verbraucher erheblich vereinfacht.

Zur Ausübung ihres Wahlrechts benötigen Verbraucher jedoch transparente und vergleichbare Informationen hinsichtlich Preis und Qualität aller Krankenkassen. Neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen gibt es kaum entsprechende Informationen zur Versorgungs-, Leistungs- und Servicequalität der einzelnen Krankenkassen. Insbesondere besteht keine Transparenz über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der einzelnen Kassen. Bei der Kassenwahl ist für Verbraucher somit derzeit keine fundierte Abwägungsentscheidung, die Preis und Qualität einer Krankenkasse einbezieht, möglich. Hier sieht der vzbv dringenden Handlungsbedarf.

Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, müssen die Einzelkassen verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen, also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren.

Der vzbv schließt sich der Forderung der Patientenbeauftragten der Bundesregierung an, die Widerspruchszahlen aller Krankenkassen zu veröffentlichen. Dies fordert auch

das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.⁹ Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus.¹⁰ Vereinzelt gehen Krankenkassen hier bereits auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Angaben zur ihrem Genehmigungsverhalten. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller Kassen ermöglichen. Ebenso wichtig sind für Verbraucher detaillierte Informationen zu den Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der einzelnen Krankenkassen (78 Prozent).¹¹

Nicht zuletzt macht auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen sehr deutlich. Einzelne innovative Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von speziellen medizinischen Apps und weiteren digitalen Anwendungen. Verbindliche detaillierte Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten für Verbraucher fehlen jedoch bislang. Verbraucher benötigen für eine fundierte Wahlentscheidung – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – einfache und verlässliche Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Aber auch bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis spürbare Unterschiede zu verzeichnen.¹² Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte auch hier leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen. Wesentlich dafür ist eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. bei der Stiftung Warentest.

Damit Verbraucher verbindliche und vergleichbare Informationen über einzelne Krankenkassen erhalten, fordert der vzbv eine verpflichtende Veröffentlichung von Informationen zu deren Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten. Dies umfasst auch alle Selektivverträge der Kassen, die außerdem verpflichtend unabhängig evaluiert werden sollten. Negativ evaluierte Verträge sollten konsequenterweise aus der Versorgung ausscheiden.

⁹ Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 150: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).

¹⁰ vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).

¹¹ Vgl. u.a. Pressemeldung des vzbv vom 13.10.2017: vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (abgerufen am 6. Oktober 2019).

¹² Vgl. u.a. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen: https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media231404A.pdf (abgerufen am 6. Oktober 2019).