

GESUNDHEITSWESEN IM SINNE DER PATIENTINNEN UND PATIEN- TEN WEITERENTWICKELN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands
zum Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterent-
wicklungsgesetz – GVWG) [Drucksache 19/26822]

zu den fachfremden Änderungsanträgen der Fraktionen der
CDU/CSU und der SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesund-
heitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

zum Antrag *Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine
bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Kran-
kenversicherungen* der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
[Drucksache 19/26889]

zum Antrag *Patientenberatung jetzt gemeinnützig ausgestal-
ten – Privatisierung rückgängig machen* der Fraktion DIE
LINKE [Drucksache 19/27833]

und zum Antrag *Eine starke Stimme für Patientinnen und
Patienten – Patientenstiftung gründen und
Unabhängige Patientenberatung reformieren* der
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [Drucksache 19/25382]

8. April 2020

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	5
1. Vorsorgeleistungen sollen von Ermessens- zu Pflichtleistungen der GKV werden....	5
2. Ausweitung strukturierte Zweitmeinungsverfahren.....	6
3. Weitere Aufgaben der Terminservicestellen	6
4. Koordination in Notfallambulanzen	6
5. Behandlungsfehler: Berufshaftpflichtversicherung Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten.....	7
6. Qualität der Versorgung für Verbraucher transparent machen.....	8
7. Transparenz auch im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen	10
8. Patientenbefragungen	11
9. Aufrechnungsverbot im Notlagentarif.....	12
10. Beitritt von schwerbehinderten Menschen in die gesetzliche Krankenversicherung erleichtern.....	12
11. Ausnahmeregelung zum Festzuschuss für Zahnersatz für das Kalenderjahr 2020	12
12. Datenerhebung Krankengeld: Klare Regelungen für die Krankenkassen notwendig	13
13. Unabhängige Patientenberatung muss neu aufgestellt werden	14
14. Unterstützung der Patientenvertretung in den Ländern: Klarstellung des § 140f Absatz 7 SGB V.....	15

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) einschließlich der oben genannten (Änderungs-)Anträge sowie für die Möglichkeit, am 12. April 2021 in der Anhörung im Gesundheitsausschuss zu den geplanten Neuregelungen aus Verbraucher- und Patientensicht Stellung zu nehmen.

Der vzbv begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltenen Einzelregelungen weitgehend. Sie können einen Beitrag dazu leisten, das Gesundheitswesen und die Versorgung patientenorientierter zu gestalten und die Qualität und die Transparenz in der Versorgung zu steigern.

So begrüßt der vzbv

- die Verbesserungen für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ durch die geplanten Regelungen zur Berufshaftpflichtversicherung für Vertrags(zahn)ärzte und Psychotherapeuten,
- den Schritt zur Verbesserung des Public-Reporting, besonders im ambulant-ärztlichen Sektor,
- die Verbesserungen der Koordination in der Versorgung durch die neuen Aufgaben der Terminservicestellen (telefonische Arztgespräche, Etablierung eines Ersteinschätzungsverfahrens für die Notfallambulanzen) und
- das Aufrechnungsverbot mit Beitragsschulden im Notlagentarif der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Der vzbv fordert darüber hinaus

- eine umfassende Reform der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) noch in dieser Legislaturperiode mit fester, nachhaltiger Anbindung an die Zivilgesellschaft, unabhängiger Finanzierung aus Bundesmitteln sowie einen Stopp der Neuausschreibung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV),
- zu Beginn der nächsten Legislaturperiode ein nachvollziehbares Gesamtkonzept für eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste Gestaltung der Versorgungsstrukturen – professionen-, sektoren-, kostenträger- und Sozialgesetzbuch-übergreifend,
- die Weiterentwicklung des Public-Reporting hin zu einem Gesamtkonzept, das von den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten her gedacht und umgesetzt wird,
- den leichten, unbürokratischen Zugang der Verbraucher zu umfassenden vertrauenswürdigen Gesundheitsinformationen und aktuellen Qualitätsdaten,
- eine Beförderung des Qualitätswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung durch stärkere Unterstützung von Versorgungsinnovationen und deren Transfer in die Regelversorgung sowie durch mehr Transparenz über das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen sowie unabhängige Vergleichsmöglichkeiten für

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.

die Verbraucher über die Versorgungs-, Service- und Beratungsqualität der Krankenkassen

- ❖ klare Grenzen für die Krankenkassen zur Datenerhebung im Falle der Arbeitsunfähigkeit, eine Klarstellung, welche Daten die Kassen und welche der Medizinische Dienst erheben darf, und ein Verbot der telefonischen Datenerhebung durch die Krankenkassen,
- ❖ weitere Erleichterungen beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung über die Terminservicestellen,
- ❖ ein strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auch für ausgewählte schwerwiegende Erkrankungen und Eingriffe,
- ❖ eine gerechtere Beweislastverteilung bei Behandlungsfehlern und bessere Unterstützung der Opfer, unter anderem durch einen Härtefall- und Entschädigungsfonds, sowie
- ❖ die Beförderung der Umsetzung der Unterstützung der Patientenvertretung in den Bundesländern durch entsprechende gesetzliche Klarstellung in § 140f Absatz 7 SGB V.

II. EINLEITUNG

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

- ❖ die Umwandlung von Vorsorgeleistungen in Pflicht- statt Ermessensleistungen,
- ❖ die Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), jährlich zwei weitere strukturierte Zweitmeinungsverfahren zu erarbeiten,
- ❖ eine Konkretisierung der Regelungen zu den Terminservicestellen, insbesondere die Möglichkeit eines telefonischen Arztkontakts und den erleichterten Zugang nach einem Assessment in einer Notaufnahme,
- ❖ die Entwicklung und Einführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, an welche auch die Vergütung geknüpft wird,
- ❖ die Schärfung der Regelungen zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Vertrags(zahn)ärzte und -psychotherapeuten,
- ❖ die Verpflichtung des G-BA, Anforderungen an die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassener Krankenhäuser zu formulieren,
- ❖ die Möglichkeit zu digitalen Patientenbefragungen,

- ❖ die Erhöhung von Transparenz und Qualität in der Versorgung (Hierfür soll der GKV-SV die Versicherten auf Basis der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Reha-Verfahren) auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren.) sowie
- ❖ ein Aufrechnungsverbot im Notlagentarif der PKV.

Im Grundsatz begrüßt der vzbv die vorgesehenen Regelungen und hält sie für geeignet, die angestrebten Ziele zu erreichen. Positiv bewertet der vzbv etwa die vorgesehenen Regelungen zu Qualitätsverträgen. Wichtig ist, dass die Kassen hier stärker in die Pflicht genommen werden, dieses Instrument zu nutzen. Damit das wichtige Qualitätsinstrument der Mindestmengen gestärkt wird, werden die Vorgaben für den G-BA noch verbindlicher ausgestaltet. Insbesondere die Befristung der Beratungsverfahren auf einen Zeitraum von zwei Jahren wird hier als sehr förderlich bewertet. Der vzbv befürwortet außerdem die Einführung des Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas. Die derzeitige Versorgungsrealität von Menschen mit Adipositas weist erhebliche Verbesserungspotenziale auf. Patientenschulungen sind ein wesentlicher Baustein der DMPs, der gestärkt werden sollte. Adipositas ist außerdem ein wesentlicher Risikofaktor für verschiedenste chronische Erkrankungen, etwa Diabetes mellitus Typ 2. Dass mit dem Gesetz außerdem die Rechtsgrundlage für umfangreichere statistische Erhebungen für den Gesundheitsbereich – insbesondere für ein regionales Fachkräftemonitoring – geschaffen werden soll, begrüßt der vzbv. Das schafft die Datengrundlage für die so wichtige regionalspezifische Analyse und die darauf aufbauende Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Im Folgenden wird auf einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, detaillierter eingegangen.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. VORSORGELEISTUNGEN SOLLEN VON ERMESSENS- ZU PFLICHTLEISTUNGEN DER GKV WERDEN

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

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

2. AUSWEITUNG STRUKTURIERTE ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

Das Recht der freien Arztwahl gestattet Patienten in jedem Einzelfall, einen zweiten ärztlichen Rat einzuholen. Dass die speziellen strukturierten Zweitmeinungsverfahren – hier müssen Mediziner Patienten unter anderem explizit auf ihr Recht auf eine Zweitmeinung hinweisen – nun regelhaft auf weitere Indikationen ausgeweitet werden sollen, begrüßt der vzbv. Hierzu wird der G-BA verpflichtet, ab dem Jahr 2022 jährlich mindestens zwei weitere Verfahren in den besonderen Teil der Richtlinie gemäß § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V aufzunehmen, für die das strukturierte Zweitmeinungsverfahren Anwendung finden soll. Der Leistungsanspruch der Versicherten wird damit gestärkt. Es ist sachgerecht, dass sich die strukturierten Zweitmeinungsverfahren insbesondere auf mengenanfällige Indikationen beziehen sollen (bei Eingriffen an Rücken und Hüfte etwa fehlen sie weiterhin).

Der vzbv fordert ein solches strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auch für ausgewählte schwerwiegende Erkrankungen und Eingriffe. Auch diese Möglichkeit sollte in der Neuregelung abgebildet werden. Strukturierte Zweitmeinungsverfahren alleine können jedoch das Problem unnötiger Eingriffe nicht lösen. Der vzbv fordert daher mit Blick auf die mengenanfälligen Indikationen, über die ergänzenden Regelungen zum Zweitmeinungsverfahren hinaus die grundsätzlichen Fehlanreize im System, etwa im Vergütungssystem und in der Krankenhausstruktur, zu beheben.

3. WEITERE AUFGABEN DER TERMINSERVICESTELLEN

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

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

Der vzbv fordert darüber hinaus, dass im Bedarfsfall durch die Terminservicestellen nicht nur eine kurzfristige telefonische Konsultation, sondern auch eine Videokonsultation vermittelt wird, und dass der Zugang zur fachärztlichen Versorgung über die Terminservicestellen für Verbraucher grundsätzlich, nicht nur bei vorherigem Aufsuchen einer Notfallambulanz, erleichtert wird. Bei der Vermittlung zum Facharzt sind die Regelungen insgesamt weiterhin zu restriktiv. Der vzbv fordert daher, die Vermittlung ohne dringende Überweisung neben Augen- und Frauenärzten auf weitere grundversorgende Facharztgruppen auszuweiten.

4. KOORDINATION IN NOTFALLAMBULANZEN

Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die geplante umfassende Reform der Notfallversorgung in dieser Legislaturperiode nicht mehr realisiert. Einzelaspekte einer großen

Reform der Notfallversorgung fließen nun in diesen Gesetzentwurf ein: die Entwicklung und Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung. Ein solches Assessment kann zur Verbesserung der Koordination der Patienten zwischen den Versorgungsebenen beitragen und wird daher vom vzbv befürwortet.

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

Der vzbv fordert daher zu Beginn der nächsten Legislaturperiode ein nachvollziehbares Gesamtkonzept für eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste Gestaltung der Versorgungsstrukturen – Professionen-, Sektoren-, Kostenträger- und Sozialgesetzbuch-übergreifend. Die Notfallversorgung ist ein zentraler erster Versorgungsbereich, um eine sektorenübergreifende Versorgung für Patienten endlich Realität werden zu lassen.

5. BEHANDLUNGSFEHLER: BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

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

Die geplanten Neuregelungen zur Berufshaftpflichtversicherung, explizit die Verankerung der Versicherungspflicht sowie Kontrollmechanismen und Sanktionen durch die Zulassungsausschüsse im Sozialgesetzbuch (SGB) V, begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Wichtig ist aus Sicht des vzbv außerdem, dass weitere Rahmenbedingungen für die Versicherung im Gesetz verankert werden, etwa die minimale Deckungssumme – wie vorgesehen. In Anbetracht der zu erwartenden sehr hohen Schadenersatzansprüche in Einzelfällen (etwa bei Geburtsfehlern) sollte aus Sicht des vzbv die bereits im Gesetz festgeschriebene Mindesthaftungssumme höher angesetzt werden. Der vzbv möchte an dieser Stelle außerdem darauf hinweisen, dass sich die Regelungen

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

zwar auf den großen vertragsärztlichen Bereich beziehen, die deutlich kleinere Gruppe der rein privatärztlich tätigen Mediziner hiervon jedoch nicht erfasst werden. Hier könnten ergänzende Konkretisierungen im Berufsrecht Verbesserungen bringen.

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

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

- eine gerechtere Beweislastverteilung: Patienten sollten grundsätzlich nur nachweisen müssen, dass ein erlittener Schaden prinzipiell auf einen erfolgten Behandlungsfehler zurückgehen kann.
- Verbesserungen beim Gutachterwesen: Patienten brauchen Zugang zu geeigneten und unabhängigen Gutachtern. Privatgutachten ist vor Gericht mehr Gewicht einzuräumen.
- psychosoziale und organisatorische Unterstützung bei der Durchsetzung der Ansprüche
- die Einrichtung eines Härtefall- und Entschädigungsfonds: Ähnlich wie in Österreich sollten Opfer von Behandlungsfehlern in bestimmten Fällen (zunächst) durch einen Fonds entschädigt werden.

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

6. QUALITÄT DER VERSORGUNG FÜR VERBRAUCHER TRANSPARENT MACHEN

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

Aus Verbrauchersicht ist es ein wichtiges Signal, dass der Gesetzgeber dieses Thema nun über verschiedene Sektoren hinweg angehen möchte. Die vorgesehenen Regelungen sind ein wichtiger erster Schritt hierzu: Das ist einerseits der Auftrag an den G-BA,

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

einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zur Erhöhung der Transparenz und der Qualität insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser in seinen Richtlinien zu formulieren. Andererseits wird der GKV-SV beauftragt, die Versicherten auf Basis der Ergebnisse des QS-Reha-Verfahrens vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen zu informieren. Beide Initiativen unterstützt der vzbv. Keinesfalls dürfen sich aus den Neuregelungen jedoch Rückschritte bezogen auf die Qualitätsberichterstattung für den Krankenhausbereich ergeben.

Gerade im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung existieren neben den Daten aus den G-BA-Verfahren weitere für Verbraucher wichtige Datenquellen, die für die Qualitätsdarstellung herangezogen werden sollten. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz sieht vor, dass die KBV bestimmte Arztinformationen an das Nationale Gesundheitsportal liefern soll. Die Überlegungen aus dem vorliegenden Gesetzentwurf sollten mit diesen Ansätzen gemeinsam gedacht werden, um eine für Verbraucher und Patienten bestmögliche Datenbasis und Qualitätsdarstellung zu erreichen. Außerdem bieten die Abrechnungsdaten wichtige Qualitätsinformationen, die zu diesem Zweck herangezogen werden sollten.⁴

Dem vzbv ist es darüber hinaus ein wichtiges Anliegen, dass Verbraucher vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen, wie etwa die Qualitätsdaten, leicht auffinden können. Für Verbraucher ist das Internet eine der Hauptquellen, um Gesundheitsinformationen zu finden. Dabei fällt es den Menschen sehr schwer, aus der Fülle an Informationen vertrauenswürdige Informationen zu identifizieren. Aus Sicht des vzbv ist es daher ganz wichtig, dass es zentrale Angebote wie das Nationale Gesundheitsportal gibt, wo Bürger vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen finden, und dass diese Angebote die Informationen (auch Qualitätsdaten) bündeln bzw. auf andere Angebote zurückgreifen und verweisen. Das trägt auch dazu bei, dass die Angebote attraktiver werden, sich stärker etablieren und genutzt werden. Ein Reha-Vergleich auf den Seiten des GKV-SV wird vermutlich nur von wenigen Verbrauchern in Anspruch genommen.

Schließlich muss auch die Integration dieser Informationsangebote in die digitale Infrastruktur (Elektronische Patientenakte (ePA)) erfolgen. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz sieht bereits eine Schnittstelle des Nationalen Portals zur ePA vor. Auch die Qualitätsdaten sollten bei diesen Überlegungen mitgedacht werden.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber dazu auf, umfassende vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen, wie etwa Qualitätsdaten, leicht auffindbar zu machen, den Verbrauchern einen unkomplizierten Zugriff darauf zu ermöglichen und die Informationen in die digitale Infrastruktur zu integrieren. Im Detail sieht der vzbv noch einige Klärungsbedarfe und Probleme im § 136a Abs. 6 SGB V neu. Dazu fordert der vzbv

- den Bezugspunkt des Begriffs „einrichtungsbezogen“ in der Regelung (Satz 1) zu klären. Aus Verbraucher- bzw. Patientensicht sollten Qualitätsdaten bezogen auf den einzelnen Arzt veröffentlicht werden. Nur so können die Daten tatsächlich bei einer qualitätsorientierten Arztwahl unterstützen.

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

- den erheblichen Zeitverzug bis zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten in den Qualitätsberichten des Krankenhausbereiches aufzulösen und zu diesem Zweck konkrete Zeitvorgaben im Gesetz zu machen.
- einen diskriminierungsfreien maschinenlesbaren Datenzugang für Dritte zu gewährleisten wie bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

7. TRANSPARENZ AUCH IM WETTBEWERB DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNGEN

Ziel der wettbewerblichen Ausrichtung des Systems der GKV ist es, ein Konkurrenzverhältnis herzustellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern.⁵

Bisher konzentriert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen jedoch in hohem Maße auf den Preis als wesentlichen Faktor. Neben Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen gibt es für die Verbraucher kaum zugängliche, vergleichbare Informationen zur Versorgungs-, Leistungs- und Servicequalität der Krankenkassen. Insbesondere besteht keine Transparenz über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der einzelnen Kassen. Entsprechend ist bei der Kassenwahl für Verbraucher derzeit eine fundierte Abwägungsentscheidung, die Preis und Qualität einer Krankenkasse einbezieht, nicht möglich. Der vzbv begrüßt daher den vorliegenden Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ausdrücklich.

Verbraucher wollen mehr Transparenz: Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich im Jahr 2017 drei Viertel der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung von Zahlen zum Genehmigungsverhalten der Kassen aus. Ebenso wichtig sind für Verbraucher detaillierte Informationen zu den Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der einzelnen Krankenkassen (78 Prozent).⁶

Nicht zuletzt macht auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen sehr deutlich. Einzelne Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von digitalen Angeboten. 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 – leicht verständliche und unabhängige Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte aber leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise der Krankenkassen.

Einzelne Krankenkassen gehen bei diesem Thema mittlerweile mit gutem Beispiel voran und veröffentlichen eigene Transparenz- und Qualitätsberichte. Ein unabhängiger und leicht verständlicher Vergleich über alle Kassen hinweg fehlt bisher jedoch.

⁵ Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 7: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsberichte/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 29. März 2021).

⁶ 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 29. März 2021).

Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, fordert der vzbv die Verpflichtung aller Krankenkassen, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen. Dazu gehört unter anderem die Angabe, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren. Für vergleichbare Informationen über die einzelnen Krankenkassen fordert der vzbv zudem eine verpflichtende nutzerfreundliche Veröffentlichung von Informationen zu deren Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten, etwa in einem Online-Portal. Dies umfasst insbesondere alle Selektivverträge der Kassen, die überdies verpflichtend unabhängig zu evaluieren sind. Negativ evaluierte Verträge sollten konsequenterweise aus der Versorgung ausscheiden.

Zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs fordert der vzbv darüber hinaus, wie im Antrag formuliert, Versorgungsinnovationen stärker zu unterstützen, insbesondere mit Blick auf die sektorenübergreifende und sozialversicherungsträgerübergreifende Versorgung sowie deren Translation in die Regelversorgung. Noch immer gelingt dies im deutschen Gesundheitswesen nur im Einzelfall – üblicherweise außerhalb der Regelversorgung und nicht nachhaltig. Es fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das Reha, Pflege und die verschiedenen therapeutischen Professionen genauso berücksichtigt wie die individuelle Lebenssituation und soziale Bedarfe des Patienten. Das Anliegen, ein Gutachten in Auftrag zu geben, das geeignete Stellschrauben identifiziert, um das Engagement der Krankenkassen hier zu erhöhen, unterstützt der vzbv. Ziel muss es dabei aber immer sein, letztlich die Regelversorgung aller gesetzlich Versicherten zu verbessern.

8. PATIENTENBEFRAGUNGEN

Aus Sicht des vzbv sind Patientenbefragungen ein ganz wesentliches Instrument im Rahmen der Qualitätsmessung. Die Patientenvertretung im G-BA setzt sich seit Jahren für die Umsetzung von Befragungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ein. Wichtige Aspekte der Versorgung wie eine verständliche Aufklärung, eine angemessene Entscheidungsbeteiligung, das Schmerz- und Entlassmanagement oder das Erzielen patientenrelevanter Behandlungsergebnisse lassen sich nur unter Einbezug methodisch hochwertiger Patientenbefragungen zuverlässig erheben.

Dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die ergänzende Möglichkeit gegeben werden soll, auch digitale Patientenbefragungen zu entwickeln, begrüßt der vzbv ausdrücklich, insbesondere auch die Vorgaben hinsichtlich einer barrierefreien Ausgestaltung von Patientenbefragungen.

Der vzbv fordert ergänzend, an dieser Stelle im Gesetz die Gleichwertigkeit der Daten aus Patientenbefragungen zu anderen Qualitätsdaten klarzustellen. § 137a Abs. 3 Satz 2 Nummer 1 ist entsprechend um den Passus „als gleichwertige Datenquelle“ zu ergänzen.

Darüber hinaus wird geregelt, dass das IQTIG bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nummer 1 vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigt. Sofern entsprechende validierte Instrumente bereits vorliegen und ihre Anwendungsmöglichkeit auf den deutschen Versorgungskontext und das zu adressierende Qualitätsproblem durch das Institut geprüft wurden, wird

dieses Vorgehen ausdrücklich befürwortet. Entwicklungszeiten der Befragungen können so gegebenenfalls verkürzt werden, und Qualitätsprobleme können schneller als bisher adressiert und behoben werden.

9. AUFRECHNUNGSVERBOT IM NOTLAGENTARIF

Der Bundesgerichtshof urteilte im Dezember 2018, dass der Versicherer im Notlagentarif der PKV nicht gehindert ist, rückständige Beiträge mit Kostenerstattungsansprüchen des Versicherungsnehmers aufzurechnen⁷. Aus Sicht des vzbv führt dies den Notlagentarif der PKV ad absurdum. Denn dieser Tarif wurde im Jahr 2013 ins Leben gerufen, um Versicherten mit Beitragsschulden in Ausnahme- bzw. Krisensituationen weiterhin einen eingeschränkten Versicherungsschutz zu ermöglichen. Für den Versicherten besteht im Notlagentarif ein deutlich reduzierter Leistungsanspruch.

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

10. BEITRITT VON SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN IN DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG ERLEICHTERN

An dieser Stelle möchte der Verbraucherzentrale Bundesverband auf ein weiteres Problem von Verbrauchern im dualen Krankenversicherungssystem aufmerksam machen: Schwerbehinderte Menschen, die privat krankenversichert sind, können gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Der Beitritt muss der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Behinderung angezeigt werden.

Die Schwerbehinderung muss mindestens 50 Prozent betragen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die schwerbehinderten Menschen, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre gesetzlich versichert waren, es sei denn, die schwerbehinderten Menschen konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen.

Die Satzung einer Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt gemäß § 9 Abs.1 Nr. 4 SGB V jedoch von einer Altersgrenze abhängig machen. Fast alle Krankenkassen legen die Altersgrenze um das 40. oder 45. Lebensjahr fest.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber dazu auf, zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass auch älteren Schwerbehinderten (etwa entsprechend der allgemeinen Altersgrenze von 55 Jahren) der Wechsel nicht grundsätzlich verwehrt wird.

11. AUSNAHMEREGLUNG ZUM FESTZUSCHUSS FÜR ZAHNERSATZ FÜR DAS KALENDERJAHR 2020

Der vzbv begrüßt, dass mit der Sonderregelung im fachfremden Änderungsantrag geregelt werden soll, dass Versicherten beim Festzuschuss für den Zahnersatz keine Nachteile entstehen, wenn sie im ersten Jahr der Corona-Pandemie die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben.

⁷ Urteil des Bundesgerichtshofs (Az: IV ZR 81/18): <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=IV%20ZR%2081/18&nr=90842> (abgerufen am 11. November 2020).

Auch das Jahr 2021 wird entscheidend von der Pandemie geprägt sein. Der vzbv fordert daher, die Regelung auch auf das Jahr 2021 auszuweiten.

12. DATENERHEBUNG KRANKENGELD: KLARE REGELUNGEN FÜR DIE KRANKENKASSEN NOTWENDIG

In bestimmten, gesetzlich definierten Fällen sind Krankenkassen befugt, den MD mit der Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit zu beauftragen. Nicht vorgesehen ist die Befugnis der Krankenkassen zum umfänglichen Einholen von Auskünften beim Versicherten. Tatsächlich berichten Versicherte in der Beratung bei den Verbraucherzentralen jedoch häufig davon, dass von verschiedenen Krankenkassen, entgegen der gesetzlichen Regelung, mit dem Hinweis auf Mitwirkungspflichten des Versicherten weitreichende telefonische oder schriftliche Auskünfte zu medizinischen Diagnosen, zur beruflichen, persönlichen und familiären Situation eingeholt werden. Mitunter berichten die Versicherten von aggressiven Anrufen, in denen sie mit Unterstellungen konfrontiert und unter Druck gesetzt wurden.

Wir begrüßen die Absicht des Änderungsantrags 7, die Befugnisse der Krankenkassen zur Erhebung von Daten des Versicherten im Vorfeld einer Beauftragung des MD bei Arbeitsunfähigkeit zu konkretisieren.

Zu begrüßen ist die Feststellung, dass die Frage der Beauftragung des MD anhand der bereits nach § 284 Absatz 1 Satz 1 vorliegenden Sozialdaten zu klären ist. Erst wenn die Verarbeitung bereits vorhandener Daten für die Klärung dieser Frage nicht ausreicht, dürfen die Krankenkassen nach Satz 2 bestimmte versichertenbezogene Daten im erforderlichen Umfang in zwei konkret bezeichneten Sachverhalten bei ihren Versicherten erheben und diese verarbeiten.

Kritisch bewertet der vzbv hingegen die geplanten weitreichenden Möglichkeiten der Datenerhebung bei Leistungserbringern. Faktisch weicht dies die Begrenzungen der Datenerhebung durch die Bezugnahme auf § 284 Abs.1 SGB V erheblich auf. Den Krankenkassen werden damit zu umfangreiche Befugnisse zu Datenerhebung, insbesondere zu medizinischen Diagnosen und Prognosen sowie der beruflichen Situation des Versicherten zugebilligt, deren Erhebung dem MD im Begutachtungsverfahren obliegt.

Deshalb fordert der vzbv, die Datenerhebungsbefugnisse hier klar abzugrenzen und auf den MD zu beschränken.

Die Grenzen zum Aufgabenbereich des MD in Hinsicht auf die Erhebung und Bewertung von Daten zur Arbeitsfähigkeit eines Versicherten verschwimmen durch diese Neuregelung zum Nachteil des Versicherten. Die Auskunftproblematik, die sich bisher im Verhältnis Krankenkasse/Versicherter bewegte, wird durch diese Regelung auf die Ebene Krankenkasse/Leistungserbringer verlagert.

Positiv bewertet der vzbv, dass die Regelung darüber hinaus vorsieht, dass die Datenerhebung durch die Krankenkasse grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erfolgen darf. Durch die Möglichkeit, dass die Krankenkassen sich das Einverständnis zu einer telefonischen Erhebung einholen, wird jedoch auch diese Regelung zu stark aufgeweicht.

Der vzbv fordert, eine telefonische Datenerhebung grundsätzlich auszuschließen.

Denn sie birgt immer die Gefahr, dass dem Versicherten im Telefonat suggeriert wird, dass er weitergehende Daten und Informationen preisgeben muss, um seinen Krankengeldanspruch aufrechtzuerhalten. Auch eine Protokollpflicht bietet keine hinreichende Absicherung gegen eine unzulässige Datenerhebung, da nicht sichergestellt ist, dass der Gesprächsverlauf ausführlich und korrekt dokumentiert wird.

Der vzbv möchte an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass sich die Neuregelung nur auf die Befugnisse der Krankenkassen zur Erhebung von Daten des Versicherten im Vorfeld einer Beauftragung des MD bei Arbeitsunfähigkeit beschränkt.

Der vzbv fordert analoge, klare Vorgaben für die Krankenkassen für den gesamten Bereich des Krankengeldfallmanagements, wo ähnliche Problemlagen bestehen. Denn das Thema Krankengeld ist im Wettbewerb der Krankenkassen ein Bereich, der in hohem Ausmaß zur Kostensenkung instrumentalisiert wird. Die Zahl der Probleme und Beschwerden von Versicherten ist hier seit vielen Jahren fast unverändert hoch.

13. UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG MUSS NEU AUFGESTELLT WERDEN

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist extrem komplex und in hohem Maße von den Interessen der Krankenkassen und Leistungserbringer geprägt. Für Patientinnen und Patienten – Laien in diesem System – ist eine unabhängige Beratungsinstanz daher eine unerlässliche Anlaufstelle.

Bei der UPD erhalten die Bürgerinnen und Bürger Informationen, Beratung und Aufklärung zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Der Bundesrechnungshof (BRH) hat die Patienten- und Verbraucherberatung gemäß § 65b SGB V überprüft und im vergangenen Jahr einen Bericht vorgelegt. Dieser legt grundsätzliche Defizite und Schwachstellen der gegenwärtigen Beratungsstruktur offen. Insbesondere kritisiert der BRH den derzeitigen Träger der UPD dahingehend, dass bis zum Ende der laufenden Förderphase 20 Millionen Euro und damit rund ein Drittel der gesamten Fördersumme an den Mutterkonzern der Unabhängigen Patientenberatung gGmbH fließen. Der BRH empfiehlt, dass die UPD künftig möglichst frei von wirtschaftlichen Interessen und sonstigen Abhängigkeiten betrieben wird. Auch die befristete Vergabe hat sich aus Sicht des BRH nicht bewährt. Essentielle Strukturen, Erfahrung und Fachexpertise gingen durch die fehlende Kontinuität bei der UPD immer wieder verloren. Die UPD muss immer wieder von vorne anfangen. Der Bundesrechnungshof empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Bericht eine Reform noch in dieser Legislaturperiode.

Die vorliegenden Anträge zur Neuaufstellung der UPD der Fraktionen DIE LINKE und von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Die aktuell laufende siebenjährige Förderperiode der UPD endet bereits im Dezember 2022. Sofern in dieser Legislaturperiode die Reform der UPD nicht mehr angestoßen wird, greift der Automatismus einer erneuten Ausschreibung durch den GKV-SV.

Auch der vzbv hat mit zwei Gutachten konkrete Lösungsvorschläge gemacht und Impulse für einen nachhaltigen und patientenorientierten Neustart gesetzt.^{8,9} Wesentlich für eine UPD im Sinne der Patienten ist, dass

- ❖ die UPD finanziell und organisatorisch unabhängig von Leistungserbringern, Krankenkassen und der Industrie ist und ihre Finanzierung aus Steuermitteln erfolgt,
- ❖ die wiederkehrenden Ausschreibungen beendet werden und sich dadurch ein nachhaltiges Beratungsangebot etablieren kann,
- ❖ die UPD wieder von der Zivilgesellschaft, folglich von Patientenorganisationen nach § 140f SGB V, verantwortet wird. Das sichert ihre Unabhängigkeit, schafft Bekanntheit und Vertrauen bei den Bürgerinnen und Bürgern und ermöglicht die Vernetzung vor Ort und die Stärkung der UPD als Frühwarnsystem für Probleme im Gesundheitswesen.

Diese wesentlichen Merkmale einer neuen UPD finden sich auch in den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung ist nun eine der letzten Möglichkeiten, die dringend notwendige Reform der UPD in dieser Legislaturperiode anzustoßen. Nur so kann ein reibungsloser Übergang der wichtigen Aufgabe der Patientenberatung im Jahr 2022 gelingen.

Der vzbv fordert die Einleitung einer umfassenden Reform der UPD noch in dieser Legislaturperiode. Sofern diese nicht mehr angestoßen werden sollte, muss die Bundesregierung Schadensbegrenzung betreiben und zumindest die für Herbst 2021 zu erwartende neuerliche Ausschreibung der UPD durch den GKV-SV stoppen, damit die Weichen für die Neuaufstellung der UPD gleich zu Beginn der nächsten Legislaturperiode gestellt werden können.

14. UNTERSTÜTZUNG DER PATIENTENVERTRETUNG IN DEN LÄNDERN: KLARSTELLUNG DES § 140F ABSATZ 7 SGB V

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden Unterstützungsmöglichkeiten für die Patientenbeteiligung auf Landesebene geschaffen, insbesondere wurde die Einrichtung von koordinierenden Stabsstellen in den Ländern ermöglicht.

Bisher wurde die Möglichkeit, eine Stabsstelle zu finanzieren, jedoch in keinem Bundesland umgesetzt. Damit der Wille des Gesetzgebers, der auch in der Begründung des MDK-Reformgesetzes formuliert wurde, tatsächlich umgesetzt wird, bedarf es einiger Klarstellungen im § 140f Absatz 7 SGB V.

Der vzbv fordert insbesondere die Klarstellung, dass sich die notwendige Unterstützung auf alle Gremien bezieht, in denen die Patientenvertretung Beteiligungsrechte hat. § 140f Absatz 7 SGB V sollte daher wie folgt gefasst werden:

Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung

⁸ Weiterentwicklung und Verstetigung der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung. Rechtsgutachten von Prof. Dr. Thorsten Kingreen für den Verbraucherzentrale Bundesverband: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2020/09/17/20-09-01_upd_-_verbraucher-und_patientenberatung-rechtsgutachten.kingreen.pdf (abgerufen am 29. März 2021).

⁹ Das Stiftungsmodell im Rahmen der unabhängigen Patientenberatung. Gutachterliche Stellungnahme für den Verbraucherzentrale Bundesverband erstattet von Prof. Dr. Bernd Andrick: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2021/02/08/21-02-08_gutachten_vzbv_andrick_stiftung.pdf (abgerufen am 29. März 2021).

ihrer gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung gemäß den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 SGB V durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu erstatten der Landesausschuss nach § 90 sowie die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die Einrichtung einer Stabsstelle Patientenbeteiligung sowie für die anfallenden koordinierenden Maßnahmen. Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, auf die Ausübung des in Absatz 3 Satz 2 genannten Antragsrechts sowie die Durchführung des Benennungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 4. Die sachkundigen Personen haben gegenüber dem Landesausschuss nach § 90 und den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und Verdienstaussfall nach Absatz 5 für jährlich bis zu sechs Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen nach Satz 3.