

BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG BRAUCHT EIN GESAMTKONZEPT

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

10. Januar 2019

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	6
1. Verbesserter Zugang zur ambulanten Versorgung – finanzielle Fehlanreize vermeiden.....	6
1.1 Terminservicestellen.....	6
1.2 Sprechstundenangebot.....	7
1.3 Extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge, Förderung der sprechenden Medizin.....	7
2. Für eine Bedarfsplanung, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf und den Bedürfnissen der Patienten orientiert.....	8
3. Mehr Verbraucherschutz bei der zahnärztlichen Versorgung notwendig.....	9
4. Krankengeld-Lückenproblematik entschärft – weitere Schritte wichtig.....	11
5. Verpflichtende Einführung der e-Patientenakte – zentraler Schritt, damit auch Patienten von der Digitalisierung im Gesundheitswesen profitieren.....	12
6. Zu weiteren Regelungen.....	13
6.1 Wahltarife der Krankenkassen kritisch überprüfen.....	13
6.2 Geplante Richtlinie zur gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie greift in Patientenautonomie ein.....	13
6.3 Kodierrichtlinien verbessern die Qualität der ambulanten Abrechnungsdaten und sind eine wichtige Maßnahme, um den Risikostrukturausgleich vor Manipulationen zu schützen.....	13
6.4 Betreuungsdienste.....	14

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt die drei wesentlichen Ziele des Gesetzentwurfs ausdrücklich:

- gesetzlich Versicherten einen besseren Zugang zum Arzt zu ermöglichen,
- die ambulante Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern,
- dass Patientinnen und Patienten¹ von den Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen stärker profitieren sollen.

Dennoch geht der Gesetzentwurf nicht über Einzelmaßnahmen hinaus, die in den meisten Fällen nicht den Ursachen der bestehenden Versorgungsdefizite begegnen. Lediglich Symptome, etwa lange Wartezeiten auf einen Arzttermin, werden angegangen. Es fehlt ein nachvollziehbares Gesamtkonzept für eine bedarfsgerechte und zukunftsfeste Gestaltung der Versorgungsstrukturen.

Auch das Problem der unterschiedlichen Wartezeiten auf einen Arzttermin für gesetzlich und privat Versicherte wird, wenn überhaupt, nur entschärft, aber nicht überwunden. Der vzbv befürchtet durch die vorgesehenen finanziellen Anreize für niedergelassene Ärzte weitere Fehlanreize, die zu einer ungleichen Behandlung verschiedener Patientengruppen im Versorgungsalltag führen. Hier ist zwingend darauf zu achten, dass Versichertengelder zielgerichtet für die tatsächliche Verbesserung der Versorgung eingesetzt werden.

Um die Versorgung für Patienten spürbar zu verbessern, sind grundsätzliche strukturelle Veränderungen notwendig: zum Beispiel eine bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte – gerade zwischen Stadt und Land, sowie ein besseres Zusammenwirken zwischen niedergelassenen Ärzten, anderen Gesundheitsberufen, Krankenhäusern und Versorgungsbereichen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet aktuell die einmalige Chance, Versorgungsabläufe neu zu denken und patientenorientierter zu gestalten. Die verpflichtende Einführung der elektronischen Patientenakte begrüßt der vzbv daher ausdrücklich.

Positiv hervorheben möchte der vzbv außerdem, dass mit dem TSVG die sogenannte Krankengeld-Lückenproblematik endlich gelöst wird. Auf dieses Problem hatten die Verbraucherzentralen und der vzbv immer wieder aufmerksam gemacht.

Weitergehenden Handlungsbedarf sieht der vzbv in besonderem Maße bei der zahnmedizinischen Versorgung. Durch die zunehmende Bedeutung von Selbstzahlerleistungen, nicht nur beim Zahnersatz, ist eine Stärkung des Verbraucherschutzes hier dringend notwendig.

¹ Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden im Jahr 2015 die Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eingerichtet und verschiedene andere Instrumente zur Stärkung und Verbesserung der ambulanten Versorgung eingeführt. Der nun vorliegende Gesetzentwurf knüpft an vielen Stellen an das GKV-VSG an. Der Entwurf zielt insbesondere darauf ab, die Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf einen Arzttermin zu verkürzen und die ambulante Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern und zukunftsfest zu gestalten. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf verschiedene Regelungen, die einen neuen oder verbesserten Leistungsanspruch für Versicherte und Patienten definieren.

Im Vergleich zum Referentenentwurf sind unter anderem die extrabudgetären Anreize zur Terminvermittlung durch den Hausarzt von zwei auf fünf Euro angepasst und Haus- sowie Kinderärzte aus der Neuregelung zu offenen Sprechstunden ausgenommen worden. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung eine gestufte und gesteuerte Versorgung zu etablieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhält außerdem den Auftrag, ambulante Kodierrichtlinien zu entwickeln.

Im Detail enthält der Gesetzentwurf die folgenden wesentlichen Regelungen:

- a) zur Verbesserung des Zugangs der Patienten zur ambulanten Versorgung
- ❖ Die Angebote der Terminservicestellen sollen ausgebaut und ihre Erreichbarkeit verbessert werden.
 - ❖ Die Mindestsprechstundenzeit von Vertragsärzten soll von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht werden.
 - ❖ Arztgruppen der grundversorgenden, wohnortnahen fachärztlichen Versorgung (zum Beispiel konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und HNO-Ärzte) werden zu offenen Sprechstunden verpflichtet.
 - ❖ Zusätzliche Vergütungsanreize und extrabudgetäre Zuschläge für Haus- und Fachärzte werden eingeführt, um die Wartezeiten auf einen notwendigen Facharzttermin für gesetzlich Versicherte zu reduzieren.
- b) zur weiteren Verbesserung der ambulanten Versorgung
- ❖ Eine Überprüfung und Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zur Förderung der „sprechenden Medizin“.
 - ❖ Regionale Zuschläge bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sollen obligatorisch gewährt werden.
 - ❖ Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ausgebaut und gestärkt werden.
 - ❖ Die Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen weiterentwickelt werden.
 - ❖ Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, soll erweitert werden.

- ❖ Über eine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 30. Juni 2019 auf Basis des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung entscheiden.
- ❖ Bis zum Abschluss der Beratungen des G-BA sollen die Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte aufgehoben werden.
 - c) weitere Regelungen
- ❖ Ab dem ersten Januar 2021 soll der befundbezogene Festzuschuss für Zahnersatz von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung auf 60 Prozent erhöht werden.
- ❖ Für Langezeiterkrankte soll die Möglichkeit, stufenweise wieder in das Berufsleben eingegliedert zu werden, verbessert werden.
- ❖ Eine Mehrkostenregelung für kieferorthopädische Leistungen soll definiert werden.
- ❖ Bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) soll vom Einzelvertragsmodell auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt werden.
- ❖ Versicherte mit substanziellem HIV-Risiko sollen einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und die Versorgung mit Arzneimitteln zur Prä-expositionsprophylaxe (PrEP) erhalten.
- ❖ Der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung soll um die Möglichkeit der Kryokonservierung bei einer Erkrankung, die eine keimzellschädigende Therapie erfordert, ergänzt werden.
- ❖ Der Krankengeldanspruch soll auch bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sichergestellt werden.
- ❖ Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen.
- ❖ Alle Krankenkassen sollen ihren Versicherten bis zum 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte (ePa) anbieten, ein Zugriff soll auch über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.
- ❖ Die Verfahren des G-BA zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen sollen vereinfacht werden.
- ❖ Verbindliche ambulante Kodierrichtlinien sollen erarbeitet werden.
- ❖ Betreuungsdienste sollen dauerhaft als Leistungserbringer in der Sozialen Pflegeversicherung zugelassen werden.

Die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages findet am 16. Januar 2019 statt. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Patienten- und Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden werden einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher und Patienten von besonderer Relevanz sind, ausführlicher diskutiert.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. VERBESSERTER ZUGANG ZUR AMBULANTEN VERSORGUNG – FINANZIELLE FEHLANREIZE VERMEIDEN

1.1 Terminservicestellen

Lange Wartezeiten sind kein gefühltes, sondern ein echtes Problem für Patienten – insbesondere für gesetzlich Versicherte. Im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten in Deutschland zwar vergleichsweise kurz, allerdings gibt es mit Blick auf spezifische Regionen und Facharztgruppen Handlungsbedarf. Eine lange Wartezeit bis zur Abklärung eines gesundheitlichen Problems kann für Patienten physisch und psychisch sehr belastend sein. Im schlimmsten Fall schreitet die Krankheit voran oder eine Chronifizierung setzt ein.

Seit Anfang 2016 vermitteln die Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Patienten mit entsprechender Überweisung einen Termin beim Facharzt, seit Frühjahr 2017 auch Termine zur psychotherapeutischen Sprechstunde beziehungsweise Akutbehandlung. Häufig werden Termine zu Fachinternisten, Nervenärzten und mit Abstand am häufigsten zu Psychotherapeuten vermittelt. Facharztgruppen, bei denen die Terminvereinbarung bekanntermaßen besonders schwierig ist und die Wartezeiten lang sind².

Bundesweit haben die Servicestellen 2017 rund 190.000 Anfragen bearbeitet. Insgesamt erreichten die Terminservicestellen 2017 391.078 Vermittlungswünsche, aber nur die Hälfte der Anrufer hatte einen Anspruch auf eine Terminvermittlung³. Ein Indiz dafür, dass die Hürden für eine Vermittlung hoch sind. Den Zugang zu den Terminservicestellen zu erleichtern (Erreichbarkeit 24 Stunden täglich über die bundeseinheitliche Notdienstnummer 116 117 sowie eine Online-Vermittlung) und ihr Angebot zu erweitern, ist aus Verbrauchersicht daher sehr positiv zu bewerten.

Für viele Patienten ist es derzeit schwierig, einen zeitnahen Termin beim Facharzt, zum Beispiel bei einem Rheumatologen, zu erhalten. Immer wieder berichten Verbraucher in der Beratung außerdem, dass es nach einem Umzug oder nach der Geburt eines Kindes schwierig ist, einen betreuenden Haus- oder Kinderarzt zu finden. Dass die Terminservicestellen nun auch bei der Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und bei der Suche nach einer dauerhaften hausärztlichen Begleitung unterstützen, befürwortet der vzbv daher ebenfalls. Die Vermittlung in Akutfällen und die Durchführung der notwendigen Triage sind weitere sachgerechte Erweiterungen des Aufgabenspektrums der Terminservicestellen.

In keinem Fall sollte jedoch für die Vermittlung zu einem Primärversorger – Haus- oder Kinderarzt – eine Überweisung notwendig sein. Der Gesetzentwurf sieht hier näher zu definierende Ausnahmefälle vor. Wie vom Bundesrat in seiner Stellungnahme angemerkt, ist es insbesondere bei der kinderärztlichen Versorgung wichtig, dass auch Termine zu Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen vermittelt werden.

² Vgl. Evaluationsbericht zu den Terminservicestellen der KBV: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php> (abgerufen am 27.11.2018).

³ Vgl. ebenda.

Bei der Vermittlung zum Facharzt sind die Regelungen insgesamt weiterhin zu restriktiv. Der vzbv fordert, die Vermittlung ohne dringende Überweisung neben Augen- und Frauenärzten auf weitere grundversorgende Facharztgruppen auszuweiten.

Leider sind die Terminservicestellen, genau wie die bundeseinheitliche Notdienstnummer 116 117, noch viel zu wenig bekannt. Hier braucht es Maßnahmen, auch der Ärzteschaft, um die Menschen stärker für die unterschiedlichen Informations- und Zugangswege zur ambulanten Versorgung zu sensibilisieren.

1.2 Sprechstundenangebot

Die Maßnahmen zur Erhöhung des Sprechstundenangebots bewertet der vzbv grundsätzlich positiv. Dennoch sollte die tatsächliche Versorgungswirkung nicht überschätzt werden. Die Mehrzahl der Praxen bieten bereits mehr als 20 Stunden Sprechzeit pro Woche an.

Offene Sprechstunden bei grundversorgenden Fachärzten wie Augenärzten, Frauenärzten, Orthopäden oder HNO-Ärzten geben Patienten darüber hinaus die Möglichkeit, ein drängendes gesundheitliches Problem zeitnah abklären zu lassen – auch ohne Termin. Dass außer für Augen- und Frauenärzte beim Besuch der geplanten offenen Sprechstunde eine Überweisung vorzulegen ist – ohne kann der Arzt den Zuschlag für die offene Sprechstunde nicht abrechnen – widerspricht dem Grundgedanken einer offenen Sprechstunde und ist für Patienten nicht nachvollziehbar. Bereits jetzt erfolgen Termine bei diesen Facharztgruppen häufig ohne eine Überweisung.

Insgesamt sind sowohl die Angebote der Terminservicestellen als auch die Ausweitung des Sprechstundenangebots kaum mehr als eine Symptombekämpfung. Die grundsätzlichen Ursachen werden im Gesetzentwurf nur teilweise adressiert (unter anderem die Bedarfsplanung). Denn wenn Ärzte vor Ort fehlen, bleiben auch die Wartezeiten lang. Hier bedarf es einer grundsätzlichen strukturellen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Auch das Recht auf freie Arztwahl wird durch die Terminvermittlung eingeschränkt. Sie kann und darf daher nur eine Lösung im Einzel- beziehungsweise Notfall bleiben.

1.3 Extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge, Förderung derprechenden Medizin

Für viele Aufgaben, zum Beispiel die Vermittlung zum Facharzt, die Behandlung von Akutpatienten, die von Terminservicestellen vermittelt wurden, oder die Behandlung im Rahmen der geplanten offenen Sprechstunden, sollen Ärzte eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung erhalten. Insgesamt wird mit Mehrausgaben von 600 Millionen Euro pro Jahr für die Versicherungsgemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerechnet. Diese extrabudgetären Vergütungsanreize sieht der vzbv kritisch. Zum einen muss einem zusätzlichen Honorar auch eine zusätzliche ärztliche Leistung gegenüberstehen. Das ist nicht bei allen neuen Vergütungselementen der Fall. Zum anderen bergen diese finanziellen Anreize die Gefahr, zu weiteren finanziellen Fehlansätzen und damit einer Ungleichbehandlung von Patientengruppen zu führen. Analog zu den gesetzlich und privat Versicherten beispielsweise zwischen Neu- und Bestandspatienten.

Insgesamt wird man die grundsätzliche Ungleichbehandlung zwischen privat und gesetzlich Versicherten bei der Terminvergabe nicht durch einzelne finanzielle Anreize aufheben können. Dafür wäre eine einheitliche Vergütung notwendig. Hier sollten die Ergebnisse der Honorarkommission abgewartet und darauf basierend ein Gesamtkonzept für die ärztliche Vergütung erarbeitet werden. Die vorgesehenen extrabudgetären

Anreize sind vor diesem Hintergrund eher als Übergangslösung zu bewerten. Die geplante Evaluation ihrer Versorgungswirkung ist daher umso wichtiger.

Die Stärkung der sprechenden Medizin und die Aufwertung der Hausbesuche in Landarztpraxen bewertet der vzbv sehr positiv. Auch diese Aspekte sollten in eine umfassende Überarbeitung der ärztlichen Vergütung einfließen.

2. FÜR EINE BEDARFSPLANUNG, DIE SICH AM TATSÄCHLICHEN VERSOR- GUNGSBEDARF UND DEN BEDÜRFNISSEN DER PATIENTEN ORIENTIERT

Ärzte sind in Deutschland nicht bedarfsgerecht verteilt. Das machen auch die mitunter langen Wartezeiten auf einen Arzttermin oder die langen Wege, die Patienten für einen Termin beim Facharzt auf sich nehmen müssen deutlich. Die entscheidende Stellenschraube sind die Verhältniszahlen (Arzt-zu-Einwohnern), die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt werden.

Eine grundsätzliche Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie ist lange überfällig und muss, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, zeitnah umgesetzt werden. Das nun vorliegende Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung⁴ bietet hierzu wichtige Empfehlungen. Die Bedarfsplanung muss sich stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Bei den Berechnungen eines angemessenen Verhältnisses zwischen Ärzten und Einwohnern sollten die regionale Morbiditätsstruktur und soziodemographische Indikatoren einfließen (etwa Demographie und Arbeitslosigkeit). Verschiedene Fachgebiete müssen im Rahmen der Bedarfsplanung differenziert betrachtet werden: Jede Arztgruppe und bestimmte Spezialisierungen müssen einzeln berücksichtigt werden. So lässt sich vermeiden, dass in einer Region zwar genug Mediziner praktizieren, sich darunter aber zum Beispiel kein Rheumatologe findet.

Vor diesem Hintergrund schlagen die maßgeblichen Patientenorganisationen, zu denen der vzbv gehört, die folgende spezifische Änderung des Gesetzestextes vor:

§ 101 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen, Schwerpunktkompetenzen oder Versorgungsschwerpunkten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.“

Begründung: Die bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung für § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V sieht lediglich eine Differenzierung auf der Basis von ärztlichen Qualifikationen (Fachgebiete, Facharztkompetenzen, Schwerpunktkompetenzen) vor. In der Gesetzesbegründung wird hingegen auch die Möglichkeit, Höchst- und Mindestversorgungsanteile auf der Basis von Versorgungsschwerpunkten zu bilden, angesprochen. Die Differenzierung nach Versorgungsschwerpunkten muss daher ergänzt werden. Andernfalls wäre eine Differenzierung beispielsweise zwischen konservativ und operativ tätigen Ärzten nicht möglich.

⁴ Vgl. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf (abgerufen am 22.11.2018).

Äußerst kritisch bewertet der vzbv die – wenn auch temporäre – vollständige Öffnung der Niederlassung für einzelne Facharztgruppen (Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte) ohne regionale Steuerungsmöglichkeit. Zwar bestehen gerade bei diesen Arztgruppen erhebliche regionale Versorgungsdefizite, aber eine offene Niederlassung ohne jegliche regulierende Steuerungsmöglichkeit wird vermutlich, trotz zeitlicher Befristung, zur weiteren Konzentration dieser in vielen Regionen dringend gebrauchten Facharztgruppen in vorzugsweise attraktiven städtischen Lagen, in denen keine Unterversorgung besteht, führen. Für die Niederlassung und Versorgung in unterversorgten Gebieten stehen diese Mediziner nach Verabschiedung der Bedarfsplanungsrichtlinie dann nicht mehr zur Verfügung. Der vzbv fordert den Gesetzgeber daher auf, von einer ungesteuerten Öffnung der Niederlassung abzusehen, auch vor dem Hintergrund, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA bald vorliegenden wird.

Ausdrücklich begrüßt werden dagegen die Regelungen zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, insbesondere die Aufstockung der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen, die weiter gefassten Fördermöglichkeiten wie obligatorische Sicherstellungszuschläge in diesen Regionen und die erweiterte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Versorgungsdefiziten durch Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu begegnen.

3. MEHR VERBRAUCHERSCHUTZ BEI DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG NOTWENDIG

Der vzbv begrüßt die Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz (§ 55 SGB V) und die damit verbundene Entlastung für Verbraucher ausdrücklich. In den vergangenen Jahrzehnten sind die Zuschüsse der Krankenkassen für Zahnersatz bis auf 50 Prozent der Regelversorgung gesunken. Für Patienten ist der Zahnersatz mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden. Um Verbraucher bereits 2019 zu entlasten, regt der vzbv an, diese Regelung früher als vorgesehen in Kraft treten zu lassen

Im Bereich der Zahnmedizin besteht nach Auffassung des vzbv ein weitergehender Handlungsbedarf. In diesem zunehmend privatisierten Bereich der Gesundheitsversorgung sehen sich Verbraucher bei der Abrechnung mit einem komplizierten und für Laien schwer nachvollziehbaren Mix aus Sachleistungen, Zuschüssen und Eigenanteilen konfrontiert. Dies gilt nicht nur für den Zahnersatz, für den Versicherte regelhaft private Zuzahlungen leisten müssen, sondern für die zahnärztliche Versorgung insgesamt und auch für kieferorthopädische Behandlungen. Eine Behandlung entsprechend des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung wäre hier möglich, wird von Zahnärzten aber leider immer seltener angeboten.

Zuverlässige und unabhängige Informationen, etwa über die verschiedenen Behandlungsalternativen und ihren Nutzen sind kaum verfügbar. Patienten sind auf sich allein gestellt. Um eigenständig über eine medizinisch und finanziell angemessene Therapie entscheiden zu können, sind Verbraucher beim Zahnarzt, noch stärker als in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, auf eine gute Beratung und Aufklärung angewiesen. Die Zahnärzte selbst profitieren jedoch von der zunehmenden Privatisierung im Bereich der Zahnmedizin. Sie agieren hier vielfach nicht mehr nur als Mediziner, sondern auch als Verkäufer.

Um Patienten über ihre Rechte und über die Pflichten der Zahnärzte aufzuklären, entstand 2016 das Projekt „Kostenfalle Zahn“ der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Berlin. Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zu kostenpflichtigen Zusatzleistungen zeigen die Defizite hinsichtlich Beratung, Information und Aufklärung in den Zahnarztpraxen deutlich auf⁵:

- ❖ Mehr als ein Viertel der Befragten (26 Prozent) gab an, nicht über die jeweils mögliche Kassenleistung informiert worden zu sein.
- ❖ Fast ein Drittel (32 Prozent) sagte, dass sie nicht über mögliche Risiken der Zusatzleistung informiert worden seien. Nur ein Viertel der Befragten fühlte sich dazu informiert.
- ❖ Knapp 40 Prozent (39 Prozent) kreuzten an, vor Beginn der Behandlung nicht schriftlich über die Kosten der Zusatzleistung informiert worden zu sein.
- ❖ Fast die Hälfte der Befragten (45 Prozent) gab an, die schriftliche Kostenübernahme nicht wie vorgeschrieben bestätigt zu haben.

Insgesamt bemängeln mehr als 70 Prozent der Beschwerden, die auf dem Portal abgegeben wurden, eine unzureichende Aufklärung über die wesentlichen Aspekte der Behandlung.

Darüber hinaus wird der steigende Anteil an Privatleistungen im Bereich der Zahnmedizin nicht wie das Leistungsspektrum der GKV auf Nutzen und Notwendigkeit geprüft. Neuheiten unterliegen vor einem Einsatz in der Praxis nur dem Medizinproduktegesetz, ihr möglicher Nutzen oder Schaden wird in der Regel nicht wissenschaftlich bewertet.

Der vzbv fordert daher mehr Verbraucherschutz im Bereich der Zahnmedizin, damit gut informierte Patienten ihr Wahlrecht zwischen verschiedenen Versorgungsalternativen ausüben können.

Notwendig dafür sind insbesondere

- ❖ Verständliche und unabhängige Patienteninformationen, die den Patienten im Rahmen der Aufklärungsgespräche erläutert und auch schriftlich ausgehändigt werden. Dazu gehören insbesondere auch Informationen zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- ❖ Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten beim Zahnarzt stärker unterstützen. Patienten sollten das Recht haben, die gesamte Planung und Rechnung einschließlich der Privatleistungen von ihrer Krankenkasse prüfen zu lassen. Zusätzlich zum § 87 Abs. 1a Satz 4 SGB V („Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen.“) ist hierzu eine ausdrückliche Regelung im SGB V notwendig.
- ❖ Die Heil- und Kostenpläne müssen insgesamt patientenfreundlicher gestaltet werden.

⁵ Ergebnisse der repräsentativen Umfrage „Marktcheck. Kostenpflichtige Zusatzleistungen beim Zahnarzt“: <https://www.kostenfalle-zahn.de/projekt-kostenfalle-zahn/gut-zu-wissen/marktcheck-kostenpflichtige-extras-beim-zahnarzt-13537> (abgerufen am 23.11.2018).

- Eine routinemäßige Erfassung aller zahnmedizinischen Leistungen, auch der privat abgerechneten, durch die Krankenkassen: zur Qualitätssicherung und Bewertung des Leistungsgeschehens.

Gleiches gilt für den Bereich der kieferorthopädischen Behandlung: Analog zum Zahnersatz und der Zahnmedizin insgesamt sehen sich auch hier Patienten zunehmend mit Leistungen auf Mehrkostenbasis konfrontiert⁶. In einer nicht repräsentativen Umfrage im Rahmen des Projekts „Kostenfalle Zahn“ gaben über 80 Prozent der befragten Eltern von Kindern in kieferorthopädischer Behandlung an, dass ihnen vom Kieferorthopäden teure Zusatzleistungen angeboten wurden. Die meisten Leistungen summieren sich schnell auf 500 bis 2.000 Euro. Die Eltern berichteten außerdem, dass die Kieferorthopäden die Leistungen häufig besonders positiv darstellen und dass sie sich gedrängt fühlten, einer teuren Behandlung zuzustimmen⁷.

Richtigerweise greift der Gesetzentwurf zum TSVG die Problematik der zunehmenden Privatisierung und mangelnden Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Patienten bei der Kieferorthopädie auf. Mehrleistungen waren hier bisher nicht definiert. Durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Definition von Mehr- und Zusatzleistungen (§ 29 SGB V) besteht jetzt allerdings die Gefahr, dass auch in der Kieferorthopädie Mehr- und Zusatzleistungen im Vergleich zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung noch weiter an Bedeutung gewinnen, mit allen begleitenden Problemen und Konsequenzen, die man aus der zahnmedizinischen Versorgung bereits kennt.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber daher auf, im Zuge der Definition von Mehrleistungen in der Kieferorthopädie mehr Transparenz für Verbraucher hinsichtlich der Qualität der Versorgung zu schaffen. Häufig ist mit einer Mehrleistung nur ein Materialwechsel verbunden, dennoch wird entsprechend der teureren privaten Gebührenordnung (GOZ) abgerechnet. Nur wenn tatsächlich mehr geleistet wird, darf auch eine Mehrleistung abgerechnet werden.

4. KRANKENGELD-LÜCKENPROBLEMATIK ENTSCHÄRFT – WEITERE SCHRITTE WICHTIG

Bisher haben Versicherte, die langfristig erkrankt und außerdem arbeitslos (Arbeitslosengeld I) gemeldet waren oder im Zeitraum ihrer Arbeitsunfähigkeit arbeitslos geworden sind, ihren Anspruch auf Krankengeld vollständig verloren, wenn sie ihre Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen haben. Bei der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) und bei den Verbraucherzentralen ist die Problematik seit Jahren ein häufiger Beratungsgrund. Diese unverhältnismäßigen Härten werden durch die im TSVG geplanten Gesetzesänderungen aufgehoben. Der vzbv begrüßt die Änderung des § 46 Satz 2 SGB V daher uneingeschränkt.

Bereits das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zielte im Jahr 2015 darauf ab, die beschriebenen Härten für diese schwer belastete Versichertengruppe zu entschärfen. Durch die damals jedoch weiterhin sehr eng gefasste Fristenregelung konnte dies nur für einen Teil der Betroffenen erreicht werden. Der vzbv regt daher an, über die in die

⁶ Vgl. z. B. Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofs zu kieferorthopädischen Behandlungen: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/2017-ergaenzungsband/langfassungen/2017-bemerkungen-ergaenzungsband-nr-09-nutzen-kieferorthopaedischer-behandlung-muss-endlich-erforscht-werden-pdf> (abgerufen am 26.11.2018).

⁷ Vgl. <https://www.kostenfalle-zahn.de/projekt-kostenfalle-zahn/kieferorthopaedie/kieferorthopaedie-bei-kindern-ergebnisse-unserer-umfrage-22238> (abgerufen am 26.11.2018).

Zukunft gerichtete Regelung des TSVG hinaus, auch die Versicherten finanziell zu entschädigen, die seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes ihren Anspruch auf Krankengeld verloren haben.

Mit Blick auf die Nachweispflichten für Krankengeld sieht der vzbv weitergehenden Regelungsbedarf. Gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ruht der Krankengeldanspruch, solange die Arbeitsunfähigkeit der Kasse nicht gemeldet wird. Erreicht die Meldung die Krankenkasse erst mehr als eine Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, erhalten Versicherte Krankengeld erst ab dem Zeitpunkt, an dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der Kasse vorliegt. Für die Zeit davor gibt es kein Geld.

Bei Beginn einer Arbeitsunfähigkeit ist diese Regelung noch nachvollziehbar. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts greift diese Regelung bei längerdauernden Erkrankungen aber auch für jede weitere Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Wird hier die Frist versäumt, gibt es für die Zwischenzeit kein Krankengeld, obwohl Arbeitsunfähigkeit zweifelsfrei vorliegt. Das gilt sogar, wenn die Versicherten an der Verspätung gar keine Schuld tragen, zum Beispiel, weil der Postweg unerwartet länger dauerte oder die Post nicht angekommen ist.

Krankengeld soll bei Arbeitsunfähigkeit den Verdienstausfall ersetzen, der Krankenversicherten wegen der Erkrankung entsteht. Durch die gegenwärtige, streng formale Rechtsprechung können geringfügige Fehler weiterhin zum zeitweiligen Verlust des Krankengelds führen. Dies steht in deutlichem Widerspruch zu § 2 Abs. 2 SGB I und ist mit dem Charakter sozialrechtlicher Leistungen unvereinbar.

Der vzbv fordert daher, dass die streng formale Bindung des Krankengeldanspruchs an das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Fälle, bei denen Arbeitsunfähigkeit aufgrund anderer Nachweise zweifelsfrei besteht, aufgelöst wird. Außerdem sollte das Ruhen des Krankengeldanspruchs bei verspäteter Vorlage von Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unabhängig vom Zeitpunkt der Vorlage immer rückwirkend aufgehoben werden.

5. VERPFLICHTENDE EINFÜHRUNG DER E-PATIENTENAKTE – ZENTRALER SCHRITT, DAMIT AUCH PATIENTEN VON DER DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN PROFITIEREN

Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren grundsätzlich verändern. Dieser Prozess birgt viele Chancen, etwa um Patienten besser zu begleiten und in der Behandlung zu beteiligen, Versorgungsabläufe neu zu gestalten und die Vernetzung und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu intensivieren.

Die verpflichtende Einführung der ePatientenakte (ePa) (§ 291 SGB V) begrüßt der vzbv daher ausdrücklich als wichtige Etappe. Die ePa ist ein innovatives Kommunikationsmittel, das Patienten mehr Möglichkeiten eröffnet, Behandlungsabläufe zu verstehen und mit zu gestalten. Trotzdem muss für Versicherte und Patienten eine Nutzung der ePa zwingend auf freiwilliger Basis erfolgen. Eine Entscheidung gegen die Nutzung darf keinesfalls mit Sanktionen oder Einschränkungen bei ihrer medizinischen Versorgung verknüpft sein.

Damit die Digitalisierung mehr Patientenorientierung im Gesundheitssystem bewirkt und sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientiert, müssen Patienten und Verbraucher im gesamten Prozess möglichst aktiv eingebunden werden, zum Beispiel über Nutzerbefragungen, Nutzerbeiräte oder politisch über Bürgerforen. Dies ist auch ein

Schlüsselfaktor für die Akzeptanz und den Erfolg der ePa. Außerdem muss der besonderen Sensibilität der Gesundheitsdaten Rechnung getragen werden, besonders mit Blick auf einen geplanten Zugriff über mobile Endgeräte wie etwa Smartphones. Diesen zentralen Reformprozess im Gesundheitswesen begleitet der vzbv gerne kritisch konstruktiv.

6. ZU WEITEREN REGELUNGEN

6.1 Wahltarife der Krankenkassen kritisch überprüfen

Die Aufhebung des Wahltarifs zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 53 Absatz 5 SGB V) ist sachgerecht. Nur sehr wenige Verbraucher haben dieses Angebot in Anspruch genommen. Insgesamt sollten die angebotenen Wahltarife der GKV kritisch überprüft werden.

6.2 Geplante Richtlinie zur gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie greift in Patientenautonomie ein

Für die psychotherapeutische Behandlung sieht der Gesetzentwurf die Einführung einer „gestuften und gesteuerten“ Versorgung vor (§ 92 SGB V). Verantwortliche Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten sollen in einer vorgelagerten Instanz die Behandlungssteuerung übernehmen.

Die Versorgungssituation im Bereich der Psychotherapie ist sehr prekär. Dieses wichtige Versorgungsthema greift der Gesetzentwurf auf. Patienten warten oft Monate auf einen Termin. Das macht auch die herausgehobene Bedeutung der Vermittlung von Terminen zum Psychotherapeuten in der Statistik der Terminservicestellen deutlich. Seitdem die Terminservicestellen Termine auch bei Psychotherapeuten vermitteln, übernehmen Krankenkassen die Kosten der Psychotherapie auf Kostenerstattungsbasis tendenziell seltener. Dies könnte die Versorgungssituation zusätzlich verschärft haben.

Die geplante Regelung zielt darauf ab, die Versorgungssituation im Bereich der Psychotherapie zu verbessern. Hier besteht großer Handlungsbedarf. Die Regelung stellt jedoch einen grundsätzlichen Eingriff in die freie Arzt- bzw. Therapeutenwahl der Patienten dar und diskriminiert darüber hinaus psychische gegenüber somatisch erkrankten Patienten. Sie ist deshalb abzulehnen.

6.3 Kodierrichtlinien verbessern die Qualität der ambulanten Abrechnungsdaten und sind eine wichtige Maßnahme, um den Risikostrukturausgleich vor Manipulationen zu schützen

Die Relevanz der ambulant kodierten Diagnosen ist in den vergangenen Jahren ganz erheblich gestiegen. Die Daten sind einerseits Basis für die Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenkassen und für die morbiditätsorientierte Vergütung der Ärzte. Darüber hinaus sind sie eine wichtige Datengrundlage für die Versorgungsforschung, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Evaluation von Selektivverträgen und neuen Versorgungskonzepten. Perspektivisch werden die Daten auch verstärkt für die Versorgungsplanung herangezogen werden (unter anderem zur Bedarfsplanung). Ganz allgemein steigt die Bedeutung und der Bedarf an validen Morbiditätsdaten in einem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen.

Den Auftrag an die KBV, verbindliche Regeln zur Dokumentation von Diagnosen zu erarbeiten (§ 295 SGB V), begrüßt der vzbv daher ausdrücklich. Der vzbv hatte bereits in

früheren Gesetzgebungsverfahren die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien gefordert. Nicht zuletzt die Hausarztstrukturverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen haben verdeutlicht, wie dringend hier verbindliche Regelungen sind. Im stationären Bereich sind sie längst etabliert. Für die in dieser Legislaturperiode geplante Reform des Risikostrukturausgleichs sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen eine wesentliche flankierende Maßnahme, um zukünftig Manipulationsversuche zu verhindern. Die vorgesehene Einbindung in zertifizierte Praxissoftware ist sachgerecht und notwendig für eine einfache und einheitliche Anwendung in den Praxen.

In Anbetracht der herausgehobenen Bedeutung der Morbiditätsdaten für die Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen sowie für Versorgungsaspekte, regt der vzbv an, die Zeitschiene zur Erarbeitung und Etablierung der Kodierrichtlinien noch einmal zu überprüfen und enger zu fassen.

6.4 Betreuungsdienste

Mit den Änderungen des Elften Sozialgesetzbuches werden Betreuungsdienste, das heißt Dienste, die Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen, neben den ambulanten Pflegediensten als neue Kategorie von Erbringern der Sachleistungen nach § 36 SGB XI eingeführt. Diese sollen ihre Leistungen analog den ambulanten Diensten als Sachleistungsbetrag mit den Pflegekassen abrechnen können.

Über den Umwandlungsanspruch aus § 45a SGB XI n.F. können Pflegebedürftige bereits aktuell pflegerische Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung mit den Pflegekassen abrechnen. Hiernach können 40 vom Hundert der Sachleistungen aus § 36 SGB XI umgewidmet werden. Dies erfolgt bisher allerdings nach dem Kostenerstattungsprinzip, was bedeutet, dass Pflegebedürftige nach Vorkasse durch Einreichen einer Rechnung das Geld von der Pflegekasse erstattet bekommen, was umständlich und bürokratisch für den Verbraucher ist. Damit kann die Öffnung des Sachleistungsbetrages für Betreuungsdienste zu einem vereinfachten Zugang und einem erhöhten Angebot an Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige führen. Insbesondere Demenzkranke, die wenig körperbezogene Pflegemaßnahmen benötigen, können mehr Geld (den gesamten Sachleistungsanspruch) für Angebote von Betreuungsdiensten ausgeben.

Eine Zunahme der Anbieter derartiger Dienste ist mit Blick auf den Versorgungs- und Personalengpass in der Pflege grundsätzlich zu begrüßen. Es zeigt sich, dass für ambulante Pflegedienste eine Angebotserweiterung aufgrund fehlenden Pflegefachpersonals derzeit nicht möglich ist. Pflegedienste sind bereits vielfach mit den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der medizinischen Behandlungspflege an die Grenzen ihrer Ressourcen gestoßen. Immer wieder kommt es vor, dass Pflegebedürftige in strukturschwachen Regionen schlicht keinen Pflegedienst finden⁸. Auch entsprechende Zahlen des Statistische Bundesamtes verdeutlichen dies⁹.

Sowohl die pflegerische Betreuung als auch die hauswirtschaftliche Versorgung müssen nicht zwingend von einer Pflegefachkraft erbracht werden – vielmehr geht es

⁸ Im Rahmen einer Umfrage von 500 Pflegediensten bundesweit boten 22 Prozent pflegebedürftigen Verbrauchern in ihrer Nähe bei geringem Hilfebedarf keine Leistungen an. Verbraucherzentrale Berlin, Brandenburg, Saarland: Projekt „Marktprüfung ambulante Pflegeverträge“, <https://www.pflegevertraege.de/> (abgerufen am 23.08.2018)

⁹ Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2017, S. 11

um einen Personalmix, der die individuellen Bedarfe Pflegebedürftiger umfassend abdecken sollte.

Der vzbv begrüßt den Vorschlag, Betreuungsdienste als neue Kategorie von Sachleistungserbringern zuzulassen. Hiermit kann eine unmittelbare und schnelle Verbesserung der Versorgungssituation Pflegebedürftiger im Hinblick auf Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung erreicht werden.

Laut Gesetzesentwurf gelten alle Vorschriften grundsätzlich auch für die Betreuungsdienste. Dies bedeutet, dass sie eigene Vergütungsverhandlungen nach § 89 SGB XI führen und zur Zulassung Versorgungsverträge abschließen. Die Studie zu den Modellprojekten stellte fest, dass die Vergütung der Betreuungsdienste unterhalb derjenigen von Pflegediensten lag und führt dies auf die geringen Qualifikations-Voraussetzungen zurück¹⁰.

Pflegerische Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung kostengünstiger anzubieten, sieht der vzbv als positiv an, da auch nicht pflegefachlich professionalisiertes Personal bestimmte Tätigkeiten übernehmen kann, wenn hierfür klare Mindestanforderungen für die Personalqualifizierung vorhanden sind.

Die Qualitätssicherung der Betreuungsdienste soll in § 112a SGB XI eigenständig erfolgen. Es handelt sich dabei um eine Übergangsregelung, welche die Erarbeitung einer Richtlinie zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vorsieht. Im Anschluss daran sollen die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich angepasst werden, so dass auch bei Betreuungsdiensten analog, jedoch angepasst auf den Leistungsinhalt, Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, durchgeführt werden können. Ebenfalls soll ab diesem Zeitpunkt die Qualitätsberichterstattung einsetzen, welche bis zur Einführung der Qualitätsmaßstäbe nicht stattfinden soll.

Der vzbv begrüßt die Übertragung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements ambulanter Pflegedienste auf die Betreuungsdienste angepasst an deren Leistungserbringung. Transparente Informationen hinsichtlich der Qualität der Dienste sind für Verbraucher sehr wichtig. Die Neuregelungen müssen hier zügig erfolgen. Die neue Qualitätsdarstellungsvereinbarung sollte bei Inkrafttreten auch für die Betreuungsdienste greifen. Nur so können sich der Verbraucher über die Qualität der neuen Dienste informieren und nach seinen Kriterien auswählen.

Weiterhin werden die ambulanten Pflege- und auch die Betreuungsdienste verpflichtet, Informationen über den Umwandlungsanspruch nach § 45a SGB XI vorzuhalten. In der Begründung heißt es: „Insbesondere durch die bereitgestellten Informationen zur Ausschöpfung des Sachleistungsbetrages wird transparent, in welcher Höhe der Sachleistungsbetrag monatlich jeweils gegebenenfalls noch zur Verfügung steht.“

Der vzbv begrüßt diese Regelung vollumfänglich, da sie für den Verbraucher Transparenz über seine Leistungsansprüche schafft. Dennoch ist es wichtig, hier die Art

¹⁰ Rellecke, J./Krieger, J./Nolting, H.-D.: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI. Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, 2018, S. 328, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_betreuungsdienste_125/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf (abgerufen am 24.08.2018)

der Informationsdarstellung zu beachten. Komplizierte Abrechnungstabellen nützen Verbrauchern nicht. Der vzbv fordert daher, dass Anbieter verpflichtet werden, die Informationen laienverständlich, regelmäßig und übersichtlich darzulegen, damit diese tatsächlich einen Mehrwert für den Verbraucher entfalten. Auch die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, ihre Versicherten regelmäßig und verbraucherfreundlich zu informieren, falls sie ihren Sachleistungsbetrag nicht ausschöpfen.