

Berlin, den 24.06.2011

**Versorgungsgesetz: Konsequente Ausrichtung am
Patientenbedarf erforderlich**

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Referentenentwurf

**Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Die Versorgung der Patienten muss verbessert werden, nicht die der Leistungserbringer

Ausgangspunkt der vorliegenden Gesetzesinitiative ist die seit langem bestehende Erkenntnis, dass in Deutschland Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander bestehen. Deshalb werden die Patientinnen und Patienten wesentlich schlechter versorgt, als der enorme Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen eigentlich ermöglichen würde:

- **Überversorgung:** Viele und vor allem auch hochspezialisierte Behandlungseinrichtungen konzentrieren sich in urbanen Regionen mit hohem Durchschnittseinkommen. Die ansässigen Patienten erhalten zu viele medizinische Leistungen. Das hat nicht nur hohe Kosten zur Folge; mit jeder Behandlung ist auch das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen verbunden.
- **Unterversorgung:** In ländlichen Regionen und strukturschwachen Stadtvierteln fehlen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere in der Grundversorgung mit Haus- und Kinderärzten sowie Fachärzten mit breitem, versorgungsorientiertem Leistungsspektrum. Lange Wartezeiten und Anfahrtswege sowie generell zu wenig medizinische Behandlung fördern Chronifizierungen und damit vermeidbare und letztlich teure gesundheitliche Beeinträchtigungen.
- **Fehlversorgung:** Patientinnen und Patienten erreichen häufig nicht die Versorgungsangebote, die für ihren Bedarf das geeignetste Leistungsspektrum aufweisen. Statt einer kontinuierlichen, zuwendungsorientierten Betreuung erhalten sie hochspezialisierte Leistungen – oder umgekehrt. Besonders die Versorgung mit fachinternistischen Angeboten ist oft zufallsgesteuert. Beim Übergang zwischen den Sektoren, insbesondere bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, tun sich gefährliche Versorgungslücken auf.

Eine Reform der Versorgungssteuerung, die diese Probleme beseitigen soll, muss sich konsequent am medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Dem stehen die Interessen der Akteure entgegen: Niedergelassene Ärzte wollen Freizügigkeit, möglichst keine Belastungen durch Notdienste oder Dokumentationspflichten und die Freiheit, jene Leistungen anzubieten, die ihnen möglichst hohe Einnahmen sichern. Die Länder wiederum wollen die Freiheit, Klinikkapazitäten nach Maßgabe lokalpolitischer Überlegungen planen zu können und Einnahmequellen in Leistungsbereichen zu erschließen, die bisher der ambulanten Versorgung vorbehalten waren. In diesem Spannungsfeld der Klientelpolitik verliert sich der vorliegende Maßnahmenkatalog.

Letztlich muss eine Lösung der als mangelhaft empfundenen Attraktivität der Tätigkeit als Allgemein- oder Kinderarzt beziehungsweise als versorgender Basisfacharzt eine Aufwertung dieser Leistungen im Vergleich mit technisierter, operierender Medizin beinhalten. Hierzu ist eine umfassende Honorarreform notwendig. Hochproblematisch sieht hier der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass die Verhandlungen über diese Honorarreform unter Ausschluss der Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten im (Erweiterten) Bewertungsausschuss ohne jegliche Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit ausschließlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stattfinden. In der Vergangenheit hat das so besetzte Gremium bereits bewiesen, dass es nicht in der Lage ist, Lösungen zu finden, die den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten gerecht werden. Es ist deshalb erforderlich, auch für dieses Gremium die Patientenvertretung mit einem umfassenden Antrags- und Mitberatungsrecht auszustatten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert:

Die Versorgungsplanung muss konsequent am medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientiert werden. Wichtigste Maßnahmen sind dabei

- **die zuverlässige Erfassung der Morbidität**
- **eine sektorübergreifende Kapazitätsplanung unter Einbezug räumlicher Gegebenheiten**
- **der konsequente Abbau von ambulanter wie stationärer Über- und Unterversorgung**
- **Stärkung der kollektiven Patientenrechte in weiteren Gremien wie dem Bewertungsausschuss.**

Neue Leistungen müssen effizient und sicher sein

Weitere Problemlagen, die der Referentenentwurf aufgreift, sind unter anderem die hohen Reibungsverluste beim Wechsel von Patienten zwischen den Versorgungssektoren und die schnellere Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante Versorgung. Hierzu werden drei Instrumente herangezogen: die Stärkung des Anspruchs auf eine umfangreiche Unterstützung beim Verlassen des Krankenhauses, die Schaffung eines spezialärztlichen Versorgungssektors zwischen stationärer und ambulanter Betreuung sowie die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Mitwirkung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Unterstützung beim Wechsel vom Krankenhaus in die nachfolgende Versorgung als verlässlicher Rechtsanspruch

Den Anspruch der Versicherten auf ein strukturiertes Entlassmanagement gibt es auch in der bereits gültigen Rechtslage, allerdings wurde diese Verpflichtung bisher aus Patientensicht in ausgesprochen unzureichendem Umfang von den Leistungserbringern umgesetzt, so dass das jetzige Vorhaben ausdrücklich zu begrüßen ist. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob und in welchem Umfang die Schärfung der Formulierungen auch zu Auswirkungen in der Praxis führt.

Drohende Mengenausweitung in der neuen spezialärztlichen Versorgung

Deutlich problematischer zeigt sich das Bild bei der neuen spezialärztlichen Versorgung. Da diese keiner kontinuierlichen Bedarfsplanung unterliegen wird, sondern die Teilnahme auf Antrag bei den Landesbehörden möglich ist, und außerdem den kompletten Bereich der ambulanten Operationen mit umfassen soll, besteht hier die begründete Befürchtung einer massiven Ausweitung des Versorgungsangebots. Verstärkt wird dieses finanzielle Risiko für die gesetzliche Krankenversicherung noch durch den Umstand, dass hier der Verbotsvorbehalt gelten soll. Das bedeutet, dass neue Methoden so lange angewendet und von der GKV erstattet werden, bis sie wegen Unzweckmäßigkeit aus der Versorgung ausgeschlossen werden. Verschärfend kommt hinzu, dass ein Beschluss im Gemeinsamen Bundesausschuss zum Ausschluss in Zukunft auch noch einer in diesem Kontext völlig unrealistischen Zwei-Drittel-Mehrheit bedarf. Diese offene Flanke wird noch weiter geöffnet, weil Vorgaben zur

kontinuierlichen Überprüfung des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen und der Versorgungsqualität ebenso wie zu klaren Konsequenzen bei Auffälligkeiten fehlen.

Erprobung neuer Methoden ohne Verluste in der Patientensicherheit

Grundsätzlich zu begrüßen ist der Gedanke, durch Vorgaben zur strukturierten Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden schnell und zuverlässig belastbare Belege zu erhalten, um eine Entscheidung über Aufnahme oder Ausschluss der Leistungen treffen zu können. Allerdings bestehen erhebliche Zweifel, ob die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Methodik hierfür geeignet ist oder nicht de facto nur eine erleichterte Einführung neuer Verfahren bei gleichzeitig abnehmender Patientensicherheit bedeutet.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband schlägt dazu vor:

- Neben der angedachten Schaffung von Rechtsgrundlagen für die Datennutzung muss auch die Finanzierung von unabhängiger Versorgungsforschung ausgebaut werden.
- Im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses muss die Frage einer gesicherten Indikationsstellung verpflichtend mit aufgenommen werden. Weiterhin sind beispielsweise im Honorarsystem konkrete Sanktionen insbesondere dann vorzusehen, wenn Leistungserbringer aufwändige und potentiell gefährliche Leistungen gehäuft ohne nachhaltige Überprüfung des Behandlungsanlasses erbringen. Dies dient auch der Patientensicherheit.
- Die Situation, dass in Kliniken innovative, das heißt in ihren Auswirkungen auf die Versorgung weitgehend ungeprüfte Leistungen quasi unbegrenzt auf Kosten der GKV erbracht werden können, bis die Krankenkassen mit einem Antrag auf Ausschluss aus dem Leistungskatalog Erfolg haben, ist ökonomisch wie inhaltlich bedenklich. Für diese Leistungen liegt weder ein sicherer Beleg über die Patientensicherheit noch über den Nutzen der Leistungen im Vergleich zu Standardtherapien vor. Dieses Problem ausschließlich dadurch zu lösen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss hier tätig werden soll, geht an der Realität vorbei, da dieses Gremium weder über die personellen noch finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für diese Aufgabe verfügt. Statt dessen müssen die Anreize für die Leistungserbringer verstärkt werden, schnell hochwertige Studien für Zulassungsanträge zu erstellen. Konkret bedeutet dies eine deutliche Beschränkung der privaten Liquidationsmöglichkeiten für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs und eine grundsätzlich zeitlich und qualitativ beschränkte Abrechnungsfähigkeit für noch nicht abschließend bewertete Leistungen im stationären Sektor.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert:

Neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss die Patientensicherheit höchste Priorität bei der Erneuerung des Leistungsangebots haben. Dazu zählt

- **Stärkung des Erlaubnisvorbehalts als Prinzip der ambulanten Versorgung**
- **bei gleichzeitiger Erhöhung der Ressourcen für die strukturierte und kontrollierte Erprobung neuer Methoden**

- **ohne Schaffung eines weiteren, in seiner Mengenentwicklung unvorhersehbaren und inhaltlich unklaren Versorgungssektors.**

Patientensouveränität und Patientenorientierung müssen als Leitbild verankert werden

Das medizinische Versorgungsangebot ist dazu da, die Probleme von Patienten – gesund bleiben, gesund werden, trotz Erkrankung bestmöglich leben oder in Würde sterben – zu lösen. Das ist die einzig legitime Existenzberechtigung für das Gesundheitswesen, woraus folgt, dass eine umfassende Patientenorientierung unabdingbar ist. Gerade die Aspekte der Patientenorientierung und der Patientensouveränität sowie die Stärkung der kollektiven Patientenrechte sind im vorliegenden Referentenentwurf schwer auszumachen.

Dringenden Ergänzungs- und Verbesserungsbedarf sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband in folgenden Punkten:

- **Ausrichtung der Qualitätssicherung an patientenrelevanten und patientenberichteten Ergebnissen**
- **Schaffung einer leicht zugänglichen und möglichst umfassenden Informationsbasis für souveräne Patientenentscheidungen und**
- **Stärkung der Beteiligungsrechte der Patientenvertretung insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss.**

Patientenrelevante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in Deutschland ruht überwiegend auf den Säulen der Struktur- und Prozessqualität: Wenn die behandelnden Personen die richtige Ausbildung haben und die richtige technische Ausstattung vorhanden ist (Strukturqualität) sowie ergänzend die Abläufe in der behandelnden Einrichtung exakt eingehalten werden (Prozessqualität), dann wird das Ergebnis schon angemessen sein. Bei dieser Vorgehensweise wird systematisch vernachlässigt, ob und in welchem Umfang die Behandlung die eingangs vorhandenen Gesundheitsprobleme der Patienten löst.

In vielen Fällen wäre eine methodisch fundierte Befragung der Patienten der beste Weg, die Frage nach der patientenrelevanten Ergebnisqualität (Patient Reported Outcomes) zu beantworten. Wenn die Versorgung über Sektorengrenzen hinweg erfolgt, sind die Patienten und ihre Erfahrungen oft der einzige Ansatzpunkt, um Lücken in der Versorgungskette ermitteln und nachfolgend auch schließen zu können. Es erscheint deshalb dringend angeraten, durch eine Klarstellung in Paragraph 299 SGB V (vgl. Anhang 1) die für die Erhebung der patientenrelevanten Ergebnisqualität notwendigen Datenflüsse und Datenschutzbestimmungen eindeutig zu regeln. Wenn die Sicherung der Versorgungsqualität durch Patientenbefragungen ermöglicht und ausgeweitet wird, ist im Gegenzug auch ein Abbau der Dokumentationspflichten und damit der Bürokratie für die behandelnden Ärzte möglich.

Ausweitung der Anwendbarkeit des Informationsfreiheitsgesetzes

Möglichst souveräne Patientenentscheidungen zu ermöglichen, ist ein Gebot jeder freiheitlich-demokratischen Gesellschaft. Ein Kernelement ist dabei die gezielte Auswahl des möglichst geeigneten Leistungserbringers durch den Patienten. Dies

wiederum setzt voraus, dass eine einfach zugängliche Informationsbasis existiert, in der Leistungserbringer mit ihrem Versorgungsangebot möglichst umfassend dargestellt sind. Für die Krankenhäuser gibt es hierzu mit den Qualitätsberichten ein Instrument, dass mit der Umsetzung in verschiedenen Internet-Suchmaschinen gut zugänglich und vergleichsweise benutzerfreundlich ist. Eine derartige Transparenz fehlt im ambulanten Bereich. Zwar bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen Auszüge ihrer Arztregister in Form von Arztsuchen im Internet an, diese haben aber weder einen bundesweit einheitlichen Umfang hinsichtlich der abgebildeten Inhalte (z.B. Schwerpunkte der Praxen, besondere Leistungsangebote), noch sind die Daten im Rahmen eines freien Wettbewerbs öffentlich nutzbar. Selbst der Umfang der Informationsbereitstellung an die Krankenkassen reicht nicht aus, um die Versicherten in angemessenem Umfang über das Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte zu informieren. Aus diesem Grund fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband, dass im Rahmen der Zulassungsverordnung und des § 98 SGB V für die von den kassenärztlichen Vereinigungen zu führenden Arztregister das Informationsfreiheitsgesetz in dem Umfang für anwendbar erklärt wird, in dem die Informationen für die Aufklärung der Versicherten über das ihnen zur Verfügung stehende Versorgungsangebot geeignet sind.

Transparenz und Qualität in den Selektivverträgen

Diese Maßnahmen können aber nur dann eine ausreichende Wirkung entfalten, wenn sie für die gesamte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Mit den Selektivverträgen nach den Paragraphen 73b, 73c und 140a ff. SGB V wurden aber weitreichende Möglichkeiten geschaffen, Steuerung und Transparenz zu entgehen. In allen drei Verträgen wird das Prinzip des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten Versorgung unterlaufen. Eine zuverlässige Qualitätssicherung der dort erbrachten Leistungen findet ebenso wenig statt wie eine fundierte und standardisierte Aufklärung von Öffentlichkeit und eingeschriebenen Patienten über die Behandlungsinhalte, ihre Qualität und die Nutzung ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten. Hier sind umfangreiche Änderungen erforderlich, die in Anhang 2 zusammengestellt sind.

Entscheidungsstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss: Ausrichtung an den Aufgaben und nicht an den Akteuren

Eine entscheidende Rolle in der konkreten Ausgestaltung verschiedenster Aspekte der Neuorientierung der Versorgungssteuerung und darüber hinaus spielt der Gemeinsame Bundesausschuss. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt dabei jede Erhöhung der Transparenz der Beratungen. Diese darf sich aber nicht auf betroffene (industrielle) Interessenvertreter beschränken, sondern muss generell gegenüber der gesamten Öffentlichkeit gelten. Der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht bei jeder möglichen Umgestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Notwendigkeit, Strukturen und Kompetenzen an den zu lösenden Aufgaben zu orientieren, die sich immer mehr auf die Überwindung beziehungsweise rationale Gestaltung der Sektorengrenzen und die Sicherung einer guten Versorgungsqualität konzentrieren. Konkrete Forderungen sind:

- Sektorübergreifende Strukturen der Entscheidungsfindung haben absolute Priorität; parallele und sektorspezifische Regelungsgremien (z.B. die Verhandlungen der Partner der Bundesmantelverträge) sind sukzessive in die sektorübergreifenden Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu überführen.

- Industriepolitische Interessen wie etwa die Förderung innovativer Medizinprodukte oder die Pharmaforschung müssen aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein. Ziel der Beratungen ist die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, nicht die Sicherung des Wirtschaftsstandortes.
- Mit der Stärkung des wettbewerblichen Charakters der gesetzlichen Krankenversicherung verlieren die Krankenkassen zunehmend Anspruch und Motivation, die Interessen der Patientinnen und Patienten zu vertreten. Entsprechend muss die Patientenvertretung durch Patienten- und Verbraucherorganisationen weiter gestärkt werden. Die Entscheidung über die finanzielle und personelle Ausstattung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss darf nicht länger von den Verhandlungsergebnissen der Leistungserbringer und Krankenkassen abhängen und muss angesichts wachsender Anforderungen dringend gestärkt werden, um so die organisatorische Grundlage zu schaffen, die Patientenvertretung mit einem eigenen Stimmrecht auszustatten.
- Die Patientenvertretung sollte in Paragraph 91 SGB V unabhängig von den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses das Vorschlagsrecht für eines der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses und seine Stellvertreter erhalten.

Angleichung der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Landesgremium an die allgemeinen Regeln im Zulassungswesen

Mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach Paragraph 90a SGB V wird eine neue Institution der Bedarfsplanung geschaffen. In den inhaltlich vergleichbaren Zulassungs- und Berufungsausschüssen nach den Paragraphen 90, 96 und 97 SGB V ist die Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen nach Paragraph 140f SGB V niedergelegt. Eine analoge Regelung sollte folglich für das Gemeinsame Landesgremium vorgesehen werden.

Anhang 1

Erhebung von Qualitätsindikatoren zur Erfassung von Patientenerfahrung im Rahmen verpflichtender Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Vorschlag für eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung des Datenflusses bei Patientenbefragungen

1. Regelungsvorschlag

In § 299 SGB V (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung) wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„Wird in den Auswertungszielen nach Abs. 3 S. 2 die Erhebung der Patientenperspektive durch das Instrument der Patientenbefragung festgelegt, erfolgt abweichend von Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 1 die Pseudonymisierung, die Auswahl der Stichprobe sowie die Versendung des Erhebungsinstruments/der Patientenfragebögen an die betroffenen Patienten (in der Regel) über die Vertrauensstelle nach Absatz 2 Satz 3. Die Rückmeldung der betroffenen Patienten erfolgt direkt an die Auswertungsstelle nach Absatz 3. Die Vertrauensstelle stellt sicher, dass weder die Auswertungsstelle nach Absatz 3 noch die beteiligten Leistungserbringer oder die in Absatz 1 Satz 4 genannten Kenntnis von Sozialdaten der an der Patientenbefragung beteiligten Patienten erlangen. Einzelheiten des Verfahrens oder im Einzelfall notwendige Abweichungen sind in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen festzulegen.“

2. Begründung

Patientenbefragungen dienen im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen als Instrument zur Erhebung der Patientenperspektive, respektive der Patientenerfahrungen und -präferenzen sowie der Erfassung der patientenrelevanten Ergebnisqualität. Ausschließlich Patienten erleben ihren Behandlungsprozess über alle Schnittstellen hinweg und können über Sektorengrenzen hinaus die Kontinuität Ihrer Behandlung beurteilen. Auch können nur Patienten aussagen, ob so wichtige Faktoren wie eine angemessene Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung oder eine die Würde wahrende Behandlung erfolgt sind. Und schließlich können sie, insbesondere bei elektiven Behandlungen, Auskunft darüber geben, ob bzw. in welchem Ausmaß ihr individuelles Behandlungsziel erreicht wurde.

Häufig werden Patientenbefragungen durchgeführt, indem ein Fragebogen über den Leistungserbringer (Krankenhaus, Vertragsärzte) an die Patienten verteilt bzw. versendet wird. Die Ergebnisse werden dann für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt oder für Werbezwecke verwendet. Im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden, vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V ist aus methodischen Gründen jedoch erforderlich, dass das Instrument zur Erhebung von Patientenerfahrungen nicht durch die zur Erhebung von QS-Indikatoren verpflichteten Leistungserbringer gesteuert werden kann. Schließlich soll die erlebte Versorgungsqualität und nicht die Fähigkeit des Leistungserbringers zur Auswahl bzw. Beeinflussung seiner Patienten erhoben werden. Die betroffenen Patienten müssen entsprechend vor einer möglichen Einflussnahme geschützt werden.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist daher eine Klarstellung in § 299 SGB V erforderlich, wonach im Rahmen von Patientenbefragungen die datenschutzrechtlichen Anforderungen auch im Rahmen von Stichproben angehoben werden und die Auswahl der Stichprobe, Pseudonymisierung und die Initiierung der Patientenbefragung über die Vertrauensstelle erfolgt.

Die Versendung der Fragebögen erfolgt durch die Vertrauensstelle in schriftlich-postalischer Form an die betroffenen Patienten. Die Vertrauensstelle stellt weiter sicher, dass weder die Auswertungsstelle nach Absatz 3 noch die beteiligten Leistungserbringer oder die in Absatz 1 Satz 4 genannten Kenntnis von Sozialdaten der an der Patientenbefragung beteiligten Patienten erlangen. Hierzu versieht die Vertrauensstelle die Fragebögen mit dem Pseudonym des Patienten. Beigefügt wird ein Umschlag, der an die Institution nach § 137a SGB V adressiert ist. Die Patienten senden dann den ausgefüllten Fragebogen an die Institution nach § 137a SGB V, welche die Ergebnisse des Bogens erfasst, mit den übrigen pseudonymisierten QS-Daten zusammenführt und auswertet.

Die Vertrauensstelle hat dem Fragebogen eine Patienteninformation beizufügen, die den datenschutzrechtlichen Anforderungen eines Informationsschreibens genügt, die Freiwilligkeit der Teilnahme verdeutlicht und auch ausdrücklich darauf hinweist, dass der Auswertungsstelle keine personenbezogenen Daten übermittelt werden sollen.

Anhang 2

Steigerung von Patientensicherheit und Transparenz im Bereich der Selektivverträge

Mit Blick auf diese Selektivverträge fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband:

- **Verpflichtung der Krankenkassen zu Qualitätsprüfung und Einhaltung der Mindeststandards des Kollektivvertrags**
 - Die Krankenkassen übernehmen im Selektivvertrag den Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie müssen deshalb verpflichtet werden, die Einhaltung von Qualitätsvorgaben gegenüber den an ihren Verträgen teilnehmenden Ärzten durch verpflichtende Prüfungen sicherzustellen.
 - Umfang und Inhalt der Prüftätigkeit der Krankenkassen müssen verpflichtend mindestens das im Kollektivvertrag geltende Niveau erreichen.
 - Hierfür muss eine einheitliche Aufsicht beim Bundesversicherungsamt eingerichtet werden, die überwacht, ob diese Prüfverpflichtungen auch in der Praxis eingehalten werden. Bei Nichteinhaltung ist die Genehmigung für den betreffenden Vertrag zu entziehen.
- **Verpflichtung der Krankenkassen zur Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit**
 - Die Verpflichtung zur Transparenz über die bei einer Kasse bestehenden Selektivverträge darf sich nicht nur auf die eigenen Versicherten erstrecken, sondern muss sich auch auf die Öffentlichkeit erstrecken, um die qualitätsorientierte Wahl der Krankenversicherung zu ermöglichen.
 - Für Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die ambulante Versorgung aufgenommen wurden, sind Studien öffentlich bereitzustellen, die nachweisen, dass die Patientensicherheit gewährleistet ist. Leistungen, die dieser Anforderung nicht genügen, dürfen nicht selektivvertraglich angeboten werden.
 - Für alle Selektivverträge sind standardisiert Informationen bereitzustellen, die Patientinnen und Patienten, aber auch Beratungs- und Verbraucherorganisationen eine strukturierte Marktübersicht ermöglichen. Diese Informationen sollen mindestens enthalten:
 - Indikation(en)
 - Leistungsinhalte im Vergleich zur Regelversorgung (wird mehr oder nur ein Ausschnitt angeboten?) und im Vergleich zu bestehenden Leitlinien, Nachweis der Patientensicherheit bei weitergehenden Versorgungsinhalten
 - Zahl und Art der teilnehmenden Leistungserbringer, deren regionale Verteilung bzw. Flächendeckung
 - Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung und ggf. auch von Evaluationen der Vertragswirkungen unter dem Aspekt der Versorgungsqualität
 - Umfang und Empfänger personenbezogener Daten, insbesondere von Behandlungsdaten
- **Bereitstellung der Daten aus den Selektivverträgen für Bedarfsplanung und Versorgungsforschung durch die Krankenkassen**

- **Verbesserung der kollektiven Vertretung von Patienteninteressen in Selektivverträgen und der Beratungsqualität**
 - Etablierung von verpflichtenden Vorgaben zur Einbeziehung der Patientenvertretung nach § 140f SGB V in die Gestaltung und Evaluation von Selektivverträgen
 - Etablierung und Finanzierung eines unabhängigen internetbasierten Transparenzportals, in dem die oben geforderten standardisierten Informationen zu Selektivverträgen in patientenverständlicher Form vergleichend und übersichtlich dargestellt werden