



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

BMG

Friedrichstr. 108

Referat 221 z. Hd.: Till Christian Hiddemann

10117 Berlin

221@bmg.bund.de

München, 12.11.2020

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zum
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, SprecherIn der BAGP¹

¹ Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Diese Stellungnahme greift u. a. auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene sammelt.

Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und der Kostenträger.

Aufgrund der kurzen Fristsetzung für die Abgabe dieser Stellungnahme konnten leider nicht sämtliche Vorschläge bewertet werden.

Die BAGP befürwortet grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative den Fokus auf Qualität und Transparenzsteigerung zu legen, neue Leistungen aufzunehmen und soziale Härten für privat Versicherte zu mindern. Die gezielte Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung ist zu unterstützen.

I. Zu den wesentlichen Entwurfsinhalten:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. §13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung

Die Änderungen bezüglich der Rabatte im Arzneimittelbereich sind nachvollziehbar. Grundsätzlich lehnt die BAGP das Prinzip der Kostenerstattung in der GKV ab, weil es dem Sachleistungs- und Solidarprinzip widerspricht und nur Versicherten mit dem Wahltarif Kostenerstattung ein Mehr an Mitspracherecht erlaubt.

2. § 17 SGB V Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

Die Änderung entlastet Angehörige von Arbeitnehmern im Ausland, die während der Elternzeit den Partner besuchen, da sie im Krankheitsfall Leistungen über den Arbeitgeber des Auslandsbeschäftigten erhalten. Die BAGP befürwortet diese Änderung, weil sie die betreffenden Familienmitglieder finanziell entlastet. Allerdings bleibt die Notwendigkeit einer privaten Zusatzversicherung, um Leistungslücken zu schließen. Wir sehen die gesetzliche Krankenversicherung in zwingender Beratungsverpflichtung, damit nach Auslandsrückkehr keine Versicherungslücken entstehen.

3. § 22a SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Die Änderung erweitert den anspruchsberechtigten Personenkreis um die Personen des Eingliederungshilferechts, deren Versorgung bisher nicht oder unzureichend sichergestellt werden konnte. Die BAGP begrüßt diese Änderung und hofft auf Sicherstellung der Versorgung der o. g. Versicherten.

4. § 23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen

Die Änderung von Ermessens- in Pflichtleistungen zur Erbringung von ambulanten und stationären Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ist eine angemessene Unterstützung von Versicherten, deren Lebensumstände eine ambulante Behandlung am Wohnort nicht erlauben.

Die in Satz 2 genannten Zuschüsse zur Kostenbeteiligung der Unterbringung am Kurort müssten an heutige Preise angepasst werden, da der mögliche tägliche Zuschuss von 16€ keine wirkliche Entlastung darstellt. Vor allem für chronisch kranke Versicherte sollte eine Anhebung des Betrages erfolgen, was bisher nur für chronisch kranke Kinder in Höhe von 25€ täglich ermöglicht wird (Abs. 2, S. 3).

5. § 24 c SGB V Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

In der bisherigen Beschreibung der Leistungen wird folgender Satz ergänzt: „Ein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 hat jede Person, die schwanger ist oder ein Kind geboren hat.“

Der Gesetzgeber will damit zum Ausdruck bringen (und hoffentlich technisch umsetzbar machen), dass auch intersexuelle Menschen o. g. Leistungen erhalten, wenn sie schwanger sind oder ein Kind geboren haben. Die Erweiterung des Satz 1 ist damit eine Anpassung an das Geschlechtsmerkmal Divers.

6. § 24 h SGB V Haushalthilfe

Die BAGP nimmt die grammatikalische Anpassung zur Kenntnis.

7. § 27 b Abs. 2 Satz 1 SGB V Zweitmeinung

Der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen soll ab 1.1.2022 jährlich um mindestens zwei weitere Diagnosen ergänzt werden. Dabei sollten nicht ausschließlich „mengenanfällige“ Leistungen berücksichtigt werden, sondern z.B. auch solche, bei denen mit besonders schwerwiegenden Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen ist. Auch wenn bei einer Erkrankung eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, sollten Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung durch eine Zweitmeinung Unterstützung erhalten.

Die BAGP unterstützt die Ausweitung der Zweitmeinungsregelung auf weitere Erkrankungen und weist mit Nachdruck darauf hin, dass die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser auch unabhängig davon unbedingt weiter zurückgedrängt werden sollen.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, das Einholen einer Zweitmeinung allgemein zu fördern und nicht nur eine kleine Gruppe von Eingriffen dafür zu qualifizieren.

Vor allem halten wir aber fest, dass eine Zweitmeinung die Pflicht zur qualifizierten, verständlichen und ausgewogenen Erstberatung nicht ersetzen kann.

8. § 31 SGB V Arznei- und Verbandsmittel, Verordnungsermächtigung /

Abs. 5 enterale Ernährung / bilanzierte Diäten

9. § 32 SGB V Heilmittel

10. § 33 Abs. 9 SGB V Hilfsmittel

Bei der Implantation von Intraokularlinsen erhalten Versicherte mit der Neuregelung die Möglichkeit, höherwertige Linsen zu wählen und müssen die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Dieses Verfahren ist nur dann für Versicherte eine gute Erweiterung, wenn sie hinreichend über das Für und Wider und die entstehenden Mehrkosten und auch über Folgekosten aufgeklärt werden. Eine besondere Aufklärungspflicht für den Leistungserbringer ist sicherzustellen.

11. § 39a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Die Erweiterung um den Personenkreis Jugendliche ist zu befürworten um die wichtige Versorgung der Hospizarbeit zu fördern.

12. § 39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz und Palliativnetzwerken

Die Einführung des § 39d ist sehr zu befürworten, um die Versorgungslandschaft im Bundesgebiet für palliativ behandlungsbedürftige Patienten anzugleichen und zu vereinfachen. Die strukturelle Förderung eines Netzwerkkoordinators auf kommunaler Ebene wird zu einer größeren Transparenz für die PatientInnen und deren Angehörigen beitragen. Ob die Finanzierungskoppelung an die Zusage der kommunalen Träger der Daseinsvorsorge in gleicher Höhe sinnvoll ist, erscheint in Anbetracht der unterschiedlichen finanziellen Ressourcen von Kommunen fraglich. Die Sicherstellung eines funktionierenden Netzwerkes zur Ermöglichung der palliativen Versorgung am Wohnort darf nicht abhängig vom finanziellen Wohl und Wehe der Kommune sein.

13. § 55 SGB V Leistungsanspruch Zahnersatz**14. § 56 SGB V Festsetzung der Regelversorgungen****15. § 57 SGB V Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern****16. § 62 SGB V Belastungsgrenze Evaluation der Spitzenverbände zu Ausnahmeregelungen, Abs. 5 wird aufgehoben****Weiterentwicklung der Versorgung****17. § Grundsätzliches****18. § 65d SGB V Förderung besonderer Therapierichtungen**

Die Förderung von Modellvorhaben für die Behandlung von Patienten mit pädoophilen Sexualstörungen wird nunmehr zeitlich befristet bis zum 31.12.2025. Die BAGP begrüßt eine Verlängerung der Laufzeit und der Modellvorhaben und fordert eine qualitativ hochwertige wissenschaftliche Begleitung und anschließend eine geeignete Überführung in die Regelförderung.

19. § 65e wird § 65f SGB V Ambulante Krebsberatungsstellen**20. § 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

Zu den Punkten 21 – 25 enthalten wir uns einer Bewertung

26. § 95d SGB V Einfügen von § 95e SGB V Berufshaftpflichtversicherung

Die Verpflichtung für VertragsärztInnen, eine ausreichende Haftpflichtversicherung vorzuweisen ist eine langjährige Forderung der BAGP. Daher befürworten wir die Einführung einer gesetzlichen Regelung über die MBO hinaus im neuen § 95 d SGB V zur Nachweispflicht über das Vorhandensein / Bestehen einer solchen.

Positiv zu begrüßen ist die Festlegung einer Mindestversicherungssumme von 3 Mio. Euro für Personen und Sachschäden für jeden Versicherungsfall, wobei darüber hinaus der GKV-Spitzenverband mit BÄK, BZÄK, BPtK und den jeweiligen Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigung abweichend höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren können.

Ebenfalls sind die Sanktionsmöglichkeiten durch die Zulassungsausschüsse zu unterstützen, da sie letztlich der Absicherung der Patienten / Versicherten dienen. Die Haftpflichtversicherungsunternehmen sollten in die Mitverantwortung genommen werden, dass bestehende Policen nicht kurzfristig von Seiten des Unternehmens gekündigt werden können. Außerdem ist zu überlegen, ob eine Kürzung des Versicherungsumfanges, die Beendigung und / oder Kündigung vom Versicherungsunternehmen direkt an den Versicherungsnehmer und die zuständige Kammer mitzuteilen ist. Es geht uns hierbei nicht um eine Misstrauensbekundung der Behandler, sondern um eine Absicherung der Patienten. Da für manche Behandler/-fachgruppen die Versicherungssummen extrem hoch sind und Versicherungsunternehmen teilweise keinen Versicherungsschutz für Risikogebiete der Medizin anbieten wollen, muss ggf. über einen Kontrahierungszwang nachgedacht werden und über öffentliche Zuschüsse für die Zahlung der Versicherungssummen wie bei den Hebammen.

Dass die Verpflichtung nach § 95d SGB V für ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte in BAGs mit angestellten Ärzten, Zahnärzte und Psychotherapeuten entsprechend angewandt werden muss ist zu befürworten und war längst überfällig.

Zu den Punkten 27, 29 – 33 enthalten wir uns einer Bewertung aufgrund der kurzen Fristsetzung für die Abgabe dieser Stellungnahme.

27. § 98 Abs. 2 SGB V Zulassungsvoraussetzungen

28. § 110a SGB V Qualitätsverträge

„Die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen schließen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung Verträge (Qualitätsverträge).“

bb) In Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter: „eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig bis eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 b Absatz 8 Satz 3 vorliegt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte.“ angefügt.

Die BAGP begrüßt grundsätzlich, dass Qualitätsverträge durch den GBA auch wieder ausgesetzt werden können, wenn ihre qualitätssteigernde Wirkung nicht ausreichend nachgewiesen werden konnte oder wenn sie nicht in relevantem Ausmaß umgesetzt wurden. Konnte ihre qualitätssteigernde Wirkung jedoch nachgewiesen werden, sollten sie - so wie alle Selektivverträge - unverzüglich in die Regelversorgung überführt werden.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro jährlich umfassen; der Betrag ist in den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

Die BAGP stellt fest, dass derzeit sehr offenbar die Anreizwirkungen zum Abschluss solcher Qualitätsverträge für die Vertragsparteien nicht ausreichend sind. So bieten die aktuell ausgewählten Leistungsbereiche aus Sicht der Krankenkassen zu wenige wettbewerbliche Vorteile, aus Sicht der Einrichtungen sorgen sie nicht für eine ausreichende Erlössteigerung. Dazu kommt die Intransparenz über bestehende Verträge für die Versicherten und Patienten. In der Folge ist aktuell eine relevante qualitätsfordernde Wirkung durch Qualitätsverträge in der Versorgungsrealität nicht erkennbar. Vor diesem Hintergrund versucht der Gesetzgeber nun, die Krankenkassen zu vermehrten Abschlüssen von Qualitätsverträgen zu verpflichten und will eine Unterschreitung festgelegter Summen für deren Abschluss sanktionieren. Es muss bezweifelt werden, dass die Ausweitung solcher selektivvertraglicher Anreize tatsächlich zu einer Versorgungsverbesserung führen wird, die bei den betroffenen Patienten ankommt. Fest steht lediglich, dass der Aufwand für ihre Umsetzung und deren Kontrolle erheblich ist und allein aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden soll, was kritisiert wird.

29. § 118 Abs. 2 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen**30. § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen****31. § 127 SGB Verträge / Selektivverträge****32. § 130b SGB V Vereinbarung zwischen SpiBu und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel****33. § 131 SGB V Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen**

Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung

34. § 136 a SGB V

Dem § 136a wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für 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 zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest.“

Die vorgeschlagene Anfügung des Absatz 6 an § 136a wird ausdrücklich begrüßt.

Ein solcher Qualitätsnachweis auch für die vertragsärztliche Versorgung ist überfällig. Die BAGP fordert diese Transparenz für die Versicherten angesichts der zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen seit Jahren.

35. § 136 b SGB V Beschlüsse des G-BA zur QS im Krankenhaus

§ 136b wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „und Ausnahmetatbestände“ gestrichen.

Die Streichung der Wörter „und Ausnahmetatbestände“ in Nummer 2 § 136 b SGB V wird nicht befürwortet. Bei nachgewiesener hoher Qualität und gleichzeitig nachgewiesener Bedarfsnotwendigkeit sollen Krankenhäuser unterhalb der festgelegten Mindestmenge nicht automatisch von der Versorgung ausgeschlossen werden, weil nur so unbillige Härten für Versicherte und PatientInnen in der betroffenen Versorgungsregion verhindert werden können. Es ist insgesamt dringend notwendig, bei der Anwendung von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung gleichzeitig auch die Bedarfsnotwendigkeit im Sinne einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Grundsätzlich begrüßt wird, wenn dem G-BA Fristen für die Umsetzung der ihm zugewiesenen gesetzlichen Vorgaben gesetzt werden, so auch hier hinsichtlich der Festlegung und zeitnahen Evaluation neuer Mindestmengen. Nur hierdurch ist gewährleistet, dass neue Mindestmengen ggf. zeitnah angepasst werden können. Gleichzeitig wird auch die Vorgabe, die Evidenz zu bereits bestehenden Mindestmengen kontinuierlich zu überprüfen, für zwingend erforderlich gehalten und insofern begrüßt.

Die Möglichkeit, im Zusammenhang mit der Mindestmenge nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festzulegen, wird befürwortet.

e) Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.

Die ersatzlose Aufhebung von Absatz 5 § 136b wird abgelehnt.

Wie bereits zu oben dargelegt, sollte auch bei der Anwendung von Mindestmengen als Instrumenten zur Qualitätsentwicklung zwingend gleichzeitig die Bedarfsnotwendigkeit im Sinne einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung berücksichtigt werden. Wenn durch ersatzlose Aufhebung von Absatz 5 diese Aufgabe nicht mehr den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zukommen soll, muss ggf. der G-BA mit dieser Überprüfung beauftragt werden.

Begrüßt wird aber, dass eine solche Überprüfung über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 zukünftig nicht mehr auf Antrag der betroffenen Krankenhäuser erfolgen soll.

f) Absatz 6 Satz 5:

Die Neuformulierung von Absatz 6 Satz 5 § 136b wird abgelehnt.

Die ursprüngliche Formulierung („*In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen*“) war deutlich patientenorientierter und sollte beibehalten werden.

g) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „vier“ gestrichen und die Wörter „nach Abschluss“ durch das Wort „während“ ersetzt.

Die Änderungen in § 136 b Absatz 8 werden zum großen Teil befürwortet.

Die Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität bereits während des Erprobungszeitraums von beschlossenen Qualitätsverträgen und nicht erst nach dessen Abschluss wird begrüßt. Es sollte allerdings ermöglicht werden, dass diese Untersuchung nicht zwangsläufig durch das Institut nach § 137 a erfolgen muss.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 30. Juni 2028 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2028 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

Die Anfügungen an Absatz 8 Satz 2 § 136b werden ausdrücklich befürwortet.

Sie stellen die für Versicherte und PatientInnen zwingend zu fordernde Transparenz über Anzahl, Inhalt und Vertragspartner der geschlossenen Qualitätsverträge her. Die BAGP fordert seit langem eine ebensolche Transparenz über sämtliche abgeschlossenen Selektivverträge. Gleichzeitig wird befürwortet, dass auf der Grundlage der vom GBA durchgeführten Evaluationen erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen.

Die BAGP fordert seit langem, dass auch sämtliche sonstigen Selektivverträge innerhalb von bestimmten Fristen evaluiert werden und über die Evaluationsergebnisse transparent Bericht

erstattet werden soll sowie dass auf der Grundlage der Evaluationen Selektivverträge entweder eingestellt oder in die Regelversorgung überführt werden müssen.

h) Absatz 9 wird aufgehoben

Die Aufhebung Absatz 9 § 136b wird ausdrücklich begrüßt.

Die Regelungen zu Qualitäts-Zu- und Abschlägen (pay-for performance) haben sich nicht bewährt und sollten ersatzlos gestrichen werden.

36. § 137 Abs. 2 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsforderungen des G-BA

a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenhäuser“ durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung“ gestrichen und die Wörter „das Krankenhaus“ durch die Wörter „der Leistungserbringer“ ersetzt.

Die vorgeschlagenen Änderungen in § 137 Absatz 2 SGB V werden befürwortet.

37. § 137 a Abs. 3 SGB V IQTIG / Patientenbefragungen

Die BAGP unterstützt die Beauftragung für Patientenbefragungen als gleichwertige Datenquelle zur Erhebung der Versorgungsqualität nachdrücklich, Sie fordert ihre zeitnahe Umsetzung und hierfür die Unterstützung durch alle Akteure. Ein weiterer Verzug bis zur Anwendung des Instruments im Echtbetrieb ist nicht hinnehmbar.

Zur Klarstellung hat es sich als erforderlich herausgestellt, § 137a SGB V durch die Einfügung der Worte „als gleichwertige Datenquelle“ zu ergänzen, so dass es heißt:

() „... für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen als gleichwertige Datenquelle zu entwickeln,“

Die Einfügung in Satz 1 Nr. 1 § 137 a Abs. 3 SGB V („Patientenbefragungen auch in digitaler Form“) wird grundsätzlich begrüßt.

Einschränkend ist festzustellen, dass die Umsetzung von Patientenbefragungen ausschließlich in digitaler Form unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der gesetzlich verpflichtenden und sanktionsbewehrten externen Qualitätssicherung aller Voraussicht nach nicht möglich ist, schon allein weil hierdurch bestimmte Regionen und Bevölkerungsgruppen derzeit ausgeschlossen würden. Auch für Follow-up-Befragungen wären Mail-Adressen - im Ggs. zu Adressen aus Einwohnermelderegistern - keine verlässliche Basis.

Keinesfalls darf sich die digitalisierte Form von Befragungen so vorgestellt werden, dass der Arzt in der Praxis oder in der Klinik ein Laptop oder Tablet bereit hält und die PatientInnen vor Ort auffordert, darin seine Bewertung auf elektronischem Weg abzugeben. Dieses - im Rahmen von freiwilligen Befragungen derzeit häufig zu beobachtende - Vorgehen, birgt die Gefahr erheblicher Verzerrungen durch das gut untersuchte Phänomen der sozialen Erwünschtheit auf Seiten der Patientinnen und ist manipulationsanfällig auf Seiten der Erheber durch die Möglichkeit der Selektion einer bestimmten Patientengruppe.

Das Angebot, auf ein Befragungsanschreiben ggf. auch auf digitalem Weg zu antworten, wird aber begrüßt.

Ergänzend muss angemerkt werden, dass der Gesetzgeber dafür sorgen muss, dass die Anforderung an Datenschutz bei der Versendestelle der Befragungsbögen, bei der Datenannahme und der Datenauswertung im Rahmen des § 299 SGB V umsetzbar wird.

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen nach Satz 2 Nummer 1 soll das Institut vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.“
Die Anfügung nach Satz 3 1 § 137 a Abs. 3 SGB wird befürwortet.

Wenn entsprechende validierte Instrumente bereits vorliegen und ihre Anwendungsmöglichkeit auf den deutschen Versorgungskontext und das zu adressierende Qualitätsproblem durch das Institut geprüft wurden, spricht aus Sicht der BAGP nichts dagegen, solche Instrumente in der externen Qualitätssicherung zu verwenden. So können ggf. Entwicklungszeiten verkürzt werden und dadurch Qualitätsprobleme rascher als bisher adressiert und behoben werden.

38. § 137 d SGB V QS in der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

In § 137 d Absatz 1 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

Die Einfügungen der Sätze nach Satz 1 in § 137d Absatz 1 werden von der BAGP prinzipiell begrüßt.

Diese Gleichbehandlung von Reha-Einrichtungen mit Krankenhäusern ist folgerichtig, denn sie unterstützt das gemäß § 9 SGB IX zu gewährende "Wunsch- und Wahlrecht" der Versicherten bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung. Allerdings ist die Praxisrelevanz etwas eingeschränkt, da die Versicherten derzeit nur selten Einfluss auf die Auswahl der von ihnen in Anspruch genommenen Reha-Einrichtung nehmen können. So erfolgt z. B. die Verlegung in AHB-Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements derzeit leider noch zu oft ohne Einbindung der Versicherten. Die durch die o. g. eingefügten Sätze angestrebte Erhöhung der Transparenz nutzt im Übrigen auch nur Patienten, welche die Anspruchsvoraussetzungen für die Kostenübernahme über die Krankenversicherung erfüllen.

39. – 41. §137 f SGB V Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Die Einführung des DMP Adipositas ist aufgrund der Bevölkerungsrelevanz sehr zu befürworten, solange die Versicherten nicht zur Einschreibung in das Programm gezwungen werden bzw. Nachteile durch die Nichtwahrnehmung haben.

42. § 176 SGB V Solidargemeinschaften

43. § 199a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

Die grammatikalische Korrektur nehmen wir zur Kenntnis.

44. § 206 a SGB V Elektronische Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach §5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Das elektronische Abrufverfahren zwischen Finanzämtern und Krankenkassen sehen wir kritisch, da dadurch den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben wird, direkt auf Steuerdaten des Versicherten zuzugreifen. Das halten wir für einen Bruch der informationellen Selbstbestimmung. Aus unserer Erfahrung erfolgt die verspätete Meldung der Einkünfte an die Krankenkassen – und damit evtl. das Entstehen von Beitragsschulden - nicht, weil es „verschlafen“ wird, sondern vielmehr weil die Informationen dem Versicherten aufgrund langwieriger Steuererklärung nicht vorliegen. Das „heilt“ auch der elektronische Abruf bei den Finanzbehörden nicht, weil auch dort nur die Informationen vorliegen, die der Versicherte dorthin gegeben hat. Insofern ist der direkte Griff der Krankenkassen auf die Steuerdaten des Versicherten aus Verwaltungsgründen unverhältnismäßig und abzulehnen. Der Paragraph 206a sollte in Gänze gestrichen werden. Vielmehr sind die Krankenkassen aufgefordert ihrer Beratungspflicht nach § 13 ff SGB I vollumfänglich nachzukommen und die Versicherten rechtzeitig auf die möglichen Folgen einer verspäteten Meldung hinzuweisen.

45. § 219 a SGB V Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

Aufbringung der Mittel

46. § 226 Abs. 2 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

Die BAGP hält die sachliche Gleichstellung in der Beitragsbemessung von nebenberuflich Selbstständigen Pflichtversicherten mit freiwilligversicherten hauptberuflich Selbständigen für sachgerecht.

47. § 231 SGB V Erstattung von Beiträgen

Bei Überzahlung der Beiträge werden auf Antrag des Versicherten die Krankenversicherungsbeiträge erstattet. Die Krankenkasse muss nun mit der Änderung des § 231 SGB V den Versicherten über den Tatbestand der Überzahlung informieren, damit der Versicherte Kenntnis erlangt und einen Erstattungsantrag stellen kann.

Der BAGP geht diese Neuerung nicht weit genug, denn im Zuge der Entbürokratisierung könnte das Versicherungsunternehmen dem Versicherten den Beitrag auch ohne einen extra Antrag erstatten. Außerdem ist sicherzustellen, dass die Beiträge auch vier Jahre rückwirkend erstattet oder verrechnet werden.

48. § 240 Abs. 5 SGB V Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

Die BAGP begrüßt die Anpassung und Gleichstellung der Freibetragsregelung an heutzutage übliche Familienverhältnisse.

Beitragszuschüsse

49. § 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

RSA

- 50. § 266 Abs. 2 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (RSA)**
- 51. § 267 Abs. 1 SGB V Datenerhebung zum RSA**
- 52. § 269 SGB V Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte**
- 53. § 273 Abs. 3 SGB V Sicherstellung der Datengrundlagen für den RSA**

Medizinischer Dienst

54. § 275 SGB V Begutachtung und Beratung

Abs. 6 Neu: „Jede fallabschließende gutachterliche Stellungnahme des MD ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhaltes, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

Die BAGP fordert diese Transparenz seit langem, da die Versicherten oder deren Angehörige über die Begutachtung nur selten ausreichend gut informiert sind. Das betrifft vor allem die Bekanntgabe des Gutachters, bzw. dessen Fachkompetenz / Facharztstitel. Nicht immer ist der Gutachter Experte zur Fragestellung, was für psychiatrische Erkrankungen ebenso zutrifft wie für endokrine oder seltene Erkrankungen. Die Vergabemöglichkeit an externe Gutachter mit Spezialwissen muss möglich sein und dem Versicherten mitgeteilt werden.

Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Versicherten auch über Zwischenstände der Begutachtung informiert werden und nicht nur bei fallabschließenden Fragestellungen Einsicht in die Akte erhalten.

Die BAGP fordert die Möglichkeit zur Stellungnahme der Versicherten, bevor der Fall abgeschlossen wird. Nur so können sich Versicherte in die Antragsverfahren einbringen, ihre Rechte nutzen und ihre Interessen vertreten. Durch eine Vorabmitteilung könnten ggf. Tatbestände aufgezeigt werden, die eine andere Entscheidung zur Folge hätten, wie fehlende Befundunterlagen, Berichte, Arzneimittel. Die Verfahrenswege könnten so verkürzt werden und die Einbindung der Betroffenen / Patienten könnte zu einer Akzeptanzsteigerung der gutachterlichen Entscheidung führen, vorausgesetzt die Gutachten sind verständlich formuliert.

55. § 275 b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den MD und Verordnungsermächtigung

Die Erweiterung des § 275 b SGB V um die Absätze 4 und 5 tragen zu mehr Klarheit der Aufgaben und Ziele der Begutachtungen bei.

Anregen möchten wir, dass es eine Beschwerdestelle geben sollte, wie sie im MDK Änderungsgesetz aufgenommen wurde. Wir gehen davon aus, dass die Aufgabenerfüllung für die Gutachter nicht immer problemlos und gütlich verläuft und fänden eine entsprechende unabhängige Beschwerdestelle notwendig zur Deeskalation.

56. § 276 SGB V

Die Transparenzinformation ist zu befürworten, wenn der Datenschutz sichergestellt ist.

57. § 277 SGB V

Die BAGP befürwortet die Informationspflicht des MD an die Versicherten unbedingt, da diese zur Wahrnehmung der Patientenrechte notwendig sind. Auch die Information der Leistungserbringer nach Einwilligung der Versicherten ist hilfreich für einen möglichst reibungsarmen Ablauf der Beantragung – Bewilligung oder Ablehnung der Versorgung. Hierbei ist unbedingt sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Begutachtung ohne zeitlichen Verzug kommuniziert werden.

58. § 279 SGB V Verwaltungsrat des MD

Die Änderung des § 279 SGB V ist eine Klarstellung in Bezug auf die Drittmittelfinanzierung von benannten Interessensvertretern, die wir als BAGP unterstützen.

Anregen möchte die BAGP, dass die Liste der zu benennenden Interessenvertretungen der Patienten- und Pflegebedürftigenorganisationen sich in den Bundesländern angleicht und man hier keine Berufsgruppenvertreter wie „Verband der Schwesternschaften des Roten Kreuzes e.V.“ aufführt. Für die zu benennenden Interessensvertreter der Patientenseite halten wir eine Amtsdauer von sechs Jahren für zu lang und würden für maximal drei Jahre plädieren, da unsere VertreterInnen sich in der Regel ehrenamtlich als PatientenvertreterInnen engagieren.

Zu den Punkten 59-62 enthalten wir uns einer Bewertung, ebenso wie zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 3 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes).

Artikel 4 des Versicherungsvertragsgesetzes**§192 Abs. 7:**

Die BAGP befürwortet die Änderung sehr, da die bisherige Regelung zu extremen unnötigen sozialen Härten für die Versicherten führt. Das Aufrechnungsverbot von Prämienforderungen und Rechnungsabgeltung schafft Klarheit für die Versicherten und die Kostenträger.

Die BAGP hatte diese Schräglage mehrfach angemahnt.

Zu den Artikeln 5-15 enthalten wir uns einer Bewertung.

Die BAGP möchte abschließend noch folgende Anregung geben:

Der Gesetzgeber anerkennt ja bereits die Notwendigkeit, dass die Patientenbeteiligung der Koordination durch eine unterstützende Infrastruktur bedarf. Da den Patienten ein Mitberatungsrecht in immer mehr gesetzlich vorgesehenen Gremien auch auf Länderebene eingeräumt wurde, wird der Aufbau dieser Infrastruktur hier immer dringlicher.

Mit dem MDK Reformgesetz wurde dies bereits mit einem Anspruch auf eine Stabsstelle im § 140 f Abs. 7 SGB V verankert. Die ausschließliche Anbindung an die Landesausschüsse hat sich aber in den Ländern im Dialog mit den Selbstverwaltungspartnern bisher nicht umsetzen lassen. Die Landesausschüsse fühlen sich nur für die Bereiche der Bedarfsplanung und nicht für die Aufgaben von Gremien zuständig, in die auch andere Partner (z. B. die Zahnärzte in der Qualitätssicherung gemäß DeQS -RL um nur ein Beispiel zu nennen) eingebunden sind.

Es kommt daher vor Ort zu keiner der Sache angemessenen Lösung und Finanzierung der notwendigen Stabsstellen auf Landesebene.

Die BAGP stellt sich die Frage, ob es möglich ist, die Absicht, die in der Begründung zu § 140 f Abs. 7 SGB V vom Gesetzgeber formuliert wurde, dass alle Gremien gemeint sind, auch in den Gesetzestext selbst aufzunehmen und die relevanten Gremien dort zu nennen.

Sollte die DeQD RL hier nicht "eingebaut" werden können, wäre zu klären, ob nicht zumindest auch die Gemeinsamen Landesgremien genannt werden können, da diese mehr Selbstverwaltungspartner integrieren als die Landesausschüsse.

Der Gesetzgeber müsste den G-BA dann evtl. zur Anpassung der DeQS RL auffordern.

Der BAGP ist bewusst, dass die Finanzierung einer Stabsstelle durch Umlagefinanzierung bei den Selbstverwaltungspartnern bzw. den Federführenden der Landesausschüsse kompliziert wäre. Eine Verpflichtung mehrerer Gremien zur Unterstützung bedeutet u. U. erhebliche Mehrarbeit für die Träger der Stabsstelle.

Die BAGP sieht es als günstigste Lösung an, wenn die Gremien der Bedarfsplanung und der Qualitätssicherung entsprechend ihrer Aufgaben und Größe verpflichtet würden einen bestimmten Betrag an die Patientenvertretung zum Betrieb einer eigenen Stabsstelle zur Verfügung zu stellen.

Da zusätzlich auch mit den Ländern unabhängig von den gesetzlichen Beteiligungsmöglichkeiten nach §140 f SGB V eine Finanzierung für Landesaufgaben (z. B. Landesgesundheitskonferenzen) notwendig ist, müssten eigentlich alle drei Strukturen verpflichtet werden, eine Landesstabsstelle der Patientenvertretung zu fördern.

Die BAGP möchte hiermit anregen, dass das BMG sich zeitnah mit den maßgeblichen Patientenverbänden auf Bundesebene ins Benehmen setzten würde über mögliche Lösungen.