

12.11.2020

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

### **A. Vorbemerkung**

Der BDPK begrüßt die Zielsetzung des Entwurfs, die Qualität, Patientensicherheit und Transparenz in der Gesundheitsversorgung ausbauen zu wollen. Wir sehen in Bezug auf die geplanten Festlegungen zu den *ambulanten Notfalleistungen* der Krankenhäuser sowie die Regelungen zu den *Mindestmengen* Weiterentwicklungsbedarf. Angesichts der verschärften Situation in den Intensivstationen, sollten die Regelungen zu *Pflegepersonaluntergrenzen* ausgesetzt werden, um Krankenhäuser die notwendige Flexibilität bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zu geben:

Bei *ambulanten Notfalleistungen* ist der vorgesehene gesetzliche Auftrag an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Krankenhäusern und ihren Notfallambulanzen Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten und Vorgaben zu den Qualitätsanforderungen an das Personal zu machen, nicht nachvollziehbar. Mit diesem Auftrag wird massiv in die Organisationshoheit der Krankenhäuser eingegriffen. Die fachmedizinische Kompetenz liegt bei den Krankenhäusern. Die sinnvolle Gestaltung und Weiterentwicklung gehört daher zwingend in den Verantwortungsbereich der Krankenhäuser. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser benötigen bei der Bewältigung der Corona-Folgen Unterstützung. Unsere Mitglieder berichten von großen Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Antigen-Tests. Hier müssen unbürokratische Lösungen zur Finanzierung geschaffen werden. Außerdem müssen auch in der ambulanten Notfallversorgung Zusatzaufwendungen für Corona-Hygienemaßnahmen refinanziert werden.

Kontraproduktiv ist die geplante Aufhebung der Befugnis des G-BA und der Länder, Ausnahmeregelungen bei *Mindestmengen* vorzusehen. Mindestmengen eignen sich als Qualitätsmerkmal. In Konstellationen, in denen Mindestmengen zu Versorgungslücken führen würden, bedarf es jedoch zwingend weiterhin der Möglichkeit, Ausnahmeregelungen zu definieren. Ansonsten wird die Neuregelung gerade im ländlichen Raum die flächendeckende Versorgung von Patienten gefährden. Das geplante Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage eines Krankenhauses und damit das Abschneiden des Rechtsweges bei Streitigkeiten mit den Krankenkassen über Mindestmengen, lehnen wir ab.

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Etablierung eines *Public Reporting* im Bereich der externen Reha-Qualitätssicherung der GKV und die damit verbundene Stärkung der Qualitätstransparenz in der Rehabilitation begrüßt der BDPK ausdrücklich. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung des Public Reporting muss jedoch als gemeinsame Aufgabe

der Leistungserbringer- und Krankenkassen-Verbände im Rahmen des Gemeinsamen Ausschuss nach § 137 d SGB V beraten werden. Das Letztentscheidungsrecht über die Inhalte, Art und Umfang der Veröffentlichung der QS-Reha®-Daten kann analog der Regelungen im § 137 d SGB V nicht allein beim GKV-Spitzenverband liegen. Zudem müssen die Entwicklungen im Bereich des Public Reporting der QS-Daten aus der Reha-Qualitätssicherung der DRV berücksichtigt werden. Über das Gesetz Digitale Rentenübersicht wird aktuell ebenfalls die Grundlage für die Veröffentlichung der QS-Daten im Bereich der DRV-Rehabilitation geschaffen, um eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung durch die Rentenversicherungsträger zu unterstützen und den Versicherten zu ermöglichen, sachgerecht von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch zu machen. Ein möglichst einheitliches Vorgehen sollte hier im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit angestrebt werden.

Der BDPK begrüßt auch die geplante *Umwandlung der ambulanten und stationären Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V zu Pflichtleistungen*. Insbesondere vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Fachkräftemangels und des Anstiegs chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung ist die Stärkung der medizinischen Vorsorge dringend notwendig.

Für den Bereich der Krankenhäuser bewerten wir zudem positiv, dass das Instrument der *Qualitätsverträge* zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern durch verbindliche Regelungen und durch die Erweiterung der Anwendungsbereiche gestärkt werden soll. Hierdurch wird eine wichtige Verknüpfung zwischen Leistungserbringung und Qualitätsanreizen geschaffen, die für eine nachhaltige Entwicklung und Verbesserung der Patientenversorgung essenziell ist. Die im Entwurf vorgesehene Abkehr von der Einführung von *Qualitätszu- und -abschlägen* ist aus unserer Sicht im Hinblick auf eine nicht rechtsichere Umsetzbarkeit nachvollziehbar.

Wir begrüßen zudem die *Aussetzung der Sanktionierung beim Pflegepersonalquotienten* für das Jahr 2020. Wir halten es weitergehend für sinnvoll, dieses Instrument vor dem Hintergrund einer nicht mehr nachvollziehbaren Überreglementierung des Pflegepersonaleinsatzes gänzlich zu streichen.

Über den Entwurf hinaus fordern wir:

- die **Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen** angesichts der sich verschärfenden Situation in Krankenhäusern im Zuge der Corona-Pandemie
- eine **Gleichstellung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen** gegenüber den stationären Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Zulassung von **Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger** in der Pflege



## **B. Spezieller Teil**

### Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

*Zu Nummer 26, § 95d SGB V (Neufassung)*

#### **Inhalt**

Es soll eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung mit Deckungssumme von mind. 3 Mio. Euro (mindestens 3-fach maximiert) eingeführt werden. Bei Zulassung als Vertragsarzt, MVZ. Ermächtigung muss gegenüber dem Zulassungsausschuss der KV der Nachweis einer ausreichenden Haftpflichtversicherung vorgelegt werden.

#### **Bewertung**

Es besteht das konkrete Risiko, dass Zulassungsausschüsse das unbestimmte Merkmal „ausreichend“ nicht anerkennen bei:

- der Vereinbarung von Selbstbehalten; so sind z.B. auf dem Markt Selbstbehalte auch in erheblichen Größenordnungen von 500.000 Euro bis 1,5 Mio. Euro üblich, gerade bei Haftpflicht-Policen von Krankenhäusern / Krankenhaus- Gruppen. In diesen Policen sind die Krankenhaus-MVZ dieser Träger ebenso mitversichert. Die Vereinbarung von Selbstbehalten ist dabei insbesondere deshalb häufig erforderlich, um entweder überhaupt einen Versicherungsschutz über Haftpflichtversicherer erhalten zu können oder diesen zu wirtschaftlich vertretbaren Konditionen einkaufen zu können.
- Mitversicherungen über Rahmen-Haftpflicht-Policen, z.B. bei Krankenhaus-Gruppen oder Einkaufsgemeinschaften; bei diesen Rahmen-Policen stehen Versicherungssummen dann für sämtliche mitversicherte Einrichtungen zur Verfügung, so dass eine Verteilung eines festen und ausschließlichen Kontingents auf eine einzelne (MVZ-)Einrichtung nicht erfolgt. Zulassungsausschüsse könnten hier anführen, dass damit nicht eine Absicherung 3 Mio. Euro 3-fach maximiert in jedem Einzelfall gegeben ist.

Der Ansatz ist dem Grundsatz zwar zu begrüßen, allerdings müssen auch Lösungen akzeptiert werden, die

- Selbstbehalte erlauben, auch und gerade bei Mitversicherung einer Unternehmenshaftpflichtpolice und / oder
- Versicherungsschutz über (Konzern)Rahmen-Policen ermöglichen und / oder
- versicherungsgleich sind (z.B. Eigenversicherungslösungen, die insolvenzgesichert sind), um auf einen sich verändernden Versicherermarkt reagieren zu können.

#### **Änderungsvorschlag**

**§ 95e Abs. 2 SGB V wird um folgende Sätze ergänzt:**



„Selbstbehalte werden auf die Mindestversicherungssumme nicht mindernd angerechnet; die Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind auch bei Mitversicherung über Rahmen- bzw. Konzern-Haftpflichtversicherungs-Policen erfüllt, soweit die dort geforderten Mindestversicherungssummen insgesamt pauschal für sämtliche mitversicherten Einrichtungen zur Verfügung stehen. Einem Versicherungsschutz nach Absatz 1 und 2 stehen Absicherungen gleich, die einem Haftpflichtversicherungsschutz vergleichbare Absicherungen bieten.“



*Zu Nummer 30 Buchstabe b, § 120 Abs. 3b SGB V (Neufassung)*

### **Inhalt**

Die KBV wird beauftragt, im Benehmen mit der DKG und dem GKV-SV Regelungen für ein Ersteinschätzungsverfahren für die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit festzustellen. Angesichts des Regelungsziels, vertragsärztlich zu versorgende Patientinnen und Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuführen, wird das Verfahren in der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entwickelt.

### **Bewertung**

Die Regelung greift unverhältnismäßig in die Organisationshoheit und medizinisch fachliche Zuständigkeit von Krankenhäusern ein. Darüber hinaus besitzt die KBV für diesen Auftrag nicht die nötige fachmedizinische Kompetenz. Gerade vor dem Hintergrund, dass die unter fachmedizinischer Verantwortung der Krankenhäuser zu erbringenden Notfalleistungen in immer größerem Umfang erbracht werden müssen, weil das KV-System nicht in der Lage ist, dies über niedergelassene Ärzte abzusichern, ist diese Regelung nicht sachgerecht und abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag**

**Streichung des neuen Absatzes 3b.**



*Zu Nummer 35 aa, § 136b Abs. 1 Nummer 2 SGB V*

### **Inhalt**

Die Befugnis des G-BA, insbesondere Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen bei nachgewiesener hoher Qualität vorzusehen, wird aufgehoben.

### **Bewertung**

Die vorgesehene Regelung bedeutet einen erheblichen Eingriff in die Krankenhausplanung der Länder. Ein ausnahmsloses Festhalten an Mindestmengenregelungen kann zu schwerwiegenden Versorgungslücken führen, wenn Krankenhäuser aufgrund der Nichteinhaltung von Mindestmengen medizinisch notwendige Leitungen nicht erbringen dürfen.

### **Änderungsvorschlag**

Die Streichung von „und Ausnahmetatbestände“ wird zurückgenommen.

*Zu Nummer 35 dd, § 136b Abs. 5 SGB V*

### **Inhalt**

Mit der Einfügung des neuen Halbsatzes in Satz 10 des § 136b Abs. 5 SGB V wird festgelegt, dass die Klage eines Krankenhausträgers gegen eine seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen widerlegte Prognose keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass das Krankenhaus während des laufenden Klageverfahrens die mindestmengenrelevante Leistung nicht weiter erbringen darf. Dies soll erstmalig im Rahmen des Prognoseverfahrens in 2022 für eine Zulässigkeit der Leistungserbringung im Jahr 2023 gelten.

### **Bewertung**

Wir lehnen das Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage eines Krankenhausträgers gegen eine seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen widerlegte Prognose ab. Das Entfallen der aufschiebenden Wirkung einer Klage hätte zur Folge, dass Krankenhäuser ab dem betreffenden Prognosejahr bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens die Leistung nicht erbringen könnten. Die Dauer des Klageverfahrens ist einzelfallabhängig und kann unter Umständen mehrere Jahre benötigen. Selbst wenn die Klage schlussendlich Erfolg hat, können zwischenzeitlich unerwartet eintretende Umstände (z. B. strukturelle Veränderungen, Personalfluktuations) die Zulässigkeit der Leistungserbringung konterkarieren, sodass sich der Klageweg für die Krankenhäuser schlussendlich als nutzloses Verfahren erweist.

### **Änderungsvorschlag**

**Keine Aufnahme des neuen Halbsatzes in Satz 10 des § 136b Abs. 5 SGB V – neu -.**



Zu Nummer 38, § 137d Absatz 1 SGB V

## **Inhalt**

Mit der Einfügung der neuen Sätze nach Satz 1 des § 137 d Absatz 1 SGB V soll der GKV-SV verpflichtet werden, die Ergebnisse aus der externen Reha-Qualitätssicherung der Krankenkassen (QS-Reha<sup>®</sup>-Ergebnisse) einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache, sowie vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen, im Internet zu veröffentlichen. Den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## **Bewertung**

Im Sinne des § 137d SGB V vereinbaren die Leistungserbringer- und Krankenkassen-Verbände in einem Gemeinsamen Ausschuss die Anforderungen an die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sowie an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement für Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge. Der Vorschlag im Referentenentwurf des GVWG, dass der GKV-Spitzenverband zur Veröffentlichung der QS-Reha<sup>®</sup>-Daten befugt und verpflichtet werden soll, die Leistungserbringerverbände dabei nur anhörungsberechtigt sind, entspricht nicht dem im § 137 d SGB V etablierten Prinzip der Partnerschaftlichkeit. Die Beratung zu Ausgestaltung und Umsetzung des Public Reporting der QS-Reha<sup>®</sup>-Daten muss demnach im Gemeinsamen Ausschuss nach § 137 d SGB V erfolgen. Das Letztentscheidungsrecht über die Inhalte, Art und Umfang der Veröffentlichung der QS-Reha<sup>®</sup>-Daten kann nicht allein beim GKV-Spitzenverband liegen. Zudem müssen die Entwicklungen im Bereich des Public Reporting der QS-Daten aus der Reha-Qualitätssicherung der DRV berücksichtigt werden.

## **Änderungsvorschlag**

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Er ist verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung ~~sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen~~ die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen ~~und über Merkmale der Barrierefreiheit~~ ~~informierten und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten werden; er kann auch Empfehlungen aussprechen.~~ werden. Dabei ist eine Vereinheitlichung im Public Reporting der QS-Daten im GKV- und DRV-Bereich im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit anzustreben. Inhalte, Art und Umfang der Veröffentlichung der QS-Reha<sup>®</sup>-Daten werden analog der Regelungen im § 137 d Absätze 1, 2 und 4 SGB V von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der stationären Vorsorge, der ambulanten und der stationären Rehabilitation ~~maßgeblichen Spitzenorganisationen im Rahmen des Gemeinsamen Ausschuss nach § 137~~





**BDPK**  
Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

~~d SGB V beraten und beschlossen. Den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung nach Satz 3 und der vergleichenden Darstellung nach Satz 4 einzubeziehen.“~~



## C. Weiterer Handlungsbedarf

### Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen

Pflegepersonaluntergrenzen haben sich nicht als wirksame Instrumente zur Lösung des Pflegepersonalmangels erwiesen. Sie sind mit hohem bürokratischen Aufwand und Dokumentationspflichten für Mitarbeiter verbunden und erschweren es, auf den Versorgungsbedarf reagieren zu können. Deshalb wurden die Untergrenzen zu Recht auch mit Beginn der Corona-Pandemie ausgesetzt.

Sowohl die Festsetzung neuer Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2021 als auch die im August 2020 erfolgte Wiedereinsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie halten wir für ungeeignet. Die Corona-Pandemie entwickelt sich in Deutschland und in den Krankenhäusern äußerst dynamisch und stellt die Patientenversorgung auf den Intensivstationen vielerorts bereits vor immense Herausforderungen. Diese können nur bewältigt werden, wenn die Krankenhäuser im Hinblick auf den Personaleinsatz flexibel agieren können und der überbordenden Bürokratie im Zuge der Pflegepersonaluntergrenzen entledigt werden. Wir fordern daher die **Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für alle pflegesensitiven Bereiche.**

### Gleichstellung von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gegenüber stationären Rehabilitationseinrichtungen

#### **Änderungsvorschlag**

§ 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der ~~stationären~~ Behandlung der Patienten dienen, um ...“

#### **Begründung**

Gemäß § 107 Abs. 2 SGB V sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Gesetzbuchs nur stationäre Einrichtungen. Es gibt jedoch keinen sachlichen Grund, warum Einrichtungen, die ausschließlich ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringen, nicht unter den Begriff der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des SGB V fallen sollten. Durch die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen erfahren die ambulanten Einrichtungen Nachteile beispielsweise bei Apothekenversorgungsverträgen und Bau- und Finanzierungsfragen.



## Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger zulassen

### **Änderungsvorschlag**

§ 7 Abs. 1 PflBG wird eine Ziffer 4 hinzugefügt:

„4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen.“

### **Begründung**

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Allein in Altenheimen und Krankenhäuser sind jedoch über 40.000 Pflegestellen unbesetzt. Das PpSG und die Konzertierte Aktion Pflege zielen darauf ab, weitere Pflegestellen zu schaffen und mehr Pflegepersonal auszubilden. Insofern ist es wichtig, die Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte ebenfalls zu erhöhen und die Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz aufzunehmen und an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Für Rehabilitationseinrichtungen ist es zudem schwierig, geeignetes Pflegepersonal auf dem derzeitigen Arbeitsmarkt zu finden. Dadurch, dass sie nicht ausbilden können, wird die Situation erschwert. Rehabilitationseinrichtungen eignen sich grundsätzlich sehr gut als Ausbildungsträger, da Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.