

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Till-Christian Hiddemann
- Referatsleiter 221 –
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

E-Mail: 221@bmg.bund.de

09.11.2020/rem

Kontakt

Beigeordneter Stefan Hahn
Deutscher Städtetag
Telefon 0221 3771 - 400
E-Mail: stefan.hahn@staedtetag.de

Aktenzeichen: 53.12.00 D

Beigeordneter Jörg Freese
Deutscher Landkreistag
Telefon 030 590097 - 340
E-Mail: joerg.freese@landkreistag.de

Aktenzeichen:

Beigeordneter Uwe Lübking
Deutscher Städte- und Gemeindebund
Telefon 030 77307-245
E-Mail: uwe.luebking@dstgb.de

Aktenzeichen:

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

Ihr Schreiben vom 29.10.2020 – AZ: 20010-16

Sehr geehrter Herr Hiddemann, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr o. g. Schreiben, mit dem Sie uns den Entwurf eines Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG vorstellen und Gelegenheit für eine Stellungnahme geben. Hierzu positionieren wir uns wie folgt:

Grundsätzliches

Für die Krankenhäuser würde das Gesetz in dieser Form eine weitere massive Beeinträchtigung darstellen. Die Kliniken sind aufgrund einer Vielzahl von Regelungen zu personellen, strukturellen und qualitativen Themen bereits jetzt stark administrativ belastet. Mit dem jetzigen Gesetzesentwurf würde sich die Situation vieler Kliniken, was den bürokratischen Aufwand und die Möglichkeit eines planbaren Geschäftsbetriebs angeht, weiter verschärfen.

Besonders kritisch sehen wir die folgenden Sachverhalte:

- Ganz grundsätzlich werden Änderungen im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. Änderungen im § 31 Abs. 5 SGB V n. F.), in den Entgelten für die Krankenhausbehandlung oder bei der Finanzierung der Arzneimittel im Rahmen der Hilfe zur Krankheit und über die Refinanzierung der Leistungen im Rahmen des § 264 SGB V für nicht krankenversicherte Personen auch finanzielle Auswirkungen auf den kommunalen Haushalt haben. Es kann in diesem Zusammenhang zu Mehraufwendungen führen, welche im Gesetzentwurf in den Haushaltsausgaben nicht abgebildet wurden und wo der Gesetzentwurf Regelungen zur Kompensation oder auch nur die Erwähnung schuldig bleibt.
- Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) soll nunmehr vollständig in die ambulante Versorgung der Notaufnahmen an den Krankenhäusern eingebunden werden. Die KBV soll federführend ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufstellen, dessen Anwendung auch Voraussetzung für eine spätere Krankenhausrechnung werden soll. Dies kann nicht Aufgabe der KBV sein, bei der keine entsprechende Expertise vorliegt. Vielmehr ist diese Aufgabe den Krankenhäusern zu übertragen, deren Leistungen auch entsprechend zu vergüten sind.
- Die Erweiterung der Leistungsbereiche für Mindestmengen und Qualitätsverträge wird dazu führen, dass nur noch Universitätskliniken und große Schwerpunktversorger überhaupt noch in der Lage sein werden, die „administrativen“ Hürden zu überwinden. Ein Großteil der Patientenversorgung müsste in diesen Häusern erfolgen, die Kapazitäten sind dafür nicht ausgelegt. Mittlere und kleinere Häuser, bereits jetzt schon mit einem hohen Investitionsstaus, werden durch wegfallende Umsatzerlöse die Fixkosten kaum mehr tragen können.
- Die Transparenzregelungen, u. a. auf Grundlage von Qualitätsberichten und Meldungen zum Pflegepersonalquotienten, sind dem Grunde nach zu begrüßen. In der Vergangenheit hat sich aber gezeigt, dass der praktische Nutzen für die Bevölkerung eher gering ist. Dagegen ist der administrative Aufwand für die Krankenhäuser unverhältnismäßig gestiegen.

Insgesamt würde ein Gesetz entsprechend dem jetzigen Entwurf, den schleichenden Prozess eines unsystematischen, aber politisch nicht gewollten Umbaus der Krankenhauslandschaft befördern.

Zu Einzelregelungen

Zu Artikel 1, Ziffer 12, neuer § 39d SB V:

Beabsichtigt ist die Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken durch die Krankenkassen, die sich gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen sollen. Die Förderung der Kooperation in Hospiz- und Palliativnetzwerken ist aus unserer Sicht erst einmal grundsätzlich begrüßenswert.

Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination durch die Krankenkassen beträgt maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk. Die Förderung setzt allerdings nach § 39d Abs. 1 SGB V (neu) voraus, dass "die maßgeblichen

kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind." Wir halten es für nicht sachgerecht und lehnen es ab, dass die Kommunen erneut in Anspruch genommen werden sollen. Beispielsweise sind kommunale Träger der Hospiz- und Palliativversorgung zwar schon derzeit in vorhandenen kommunalen Netzwerken vertreten und z.B. Mitglied in kommunalen Kooperationen zur Pflege, an dessen Finanzierung die Krankenkassen bislang nicht beteiligt sind. Geplante Strukturen könnten also an diese Arbeit und die Arbeit anderer Netzwerke anknüpfen. Wir lehnen es jedoch ab, dass die Kommunen in die finanzielle Mitverantwortung genommen werden sollen, ohne dass eine Gegenfinanzierung oder Kompensation erfolgt. Daran ändert es auch nichts, dass die kommunale Kostenbeteiligung nicht verpflichtend ist, denn die Förderung durch die Krankenkassen setzt die anteilige kommunale Finanzierung zwingend voraus. Derartige zwingende Mitfinanzierungen funktionieren schon beim Präventionsgesetz nicht wirklich gut. Örtliche Bedarfslagen und auch die jeweilige Finanzkraft der Kommune, die eine solche Cofinanzierung sehr oft nicht hergibt, werden so nicht richtig berücksichtigt.

Gemäß § 39d Absatz 3 sollen die Förderrichtlinien dann durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgegeben werden. Da die Gelder in Kommunen verwandt werden sollen und der Netzwerkgedanke im Vordergrund steht, wäre eine kommunale Einbindung hierbei ohnehin sinnvoll. Insbesondere wenn es aber bei der von uns kritisierten gesetzlich geregelten Mitfinanzierung der Kommunen verbleibt, wäre eine solche extreme Vorgabe zur Verwendung kommunale Gelder nicht selbstverwaltungsadäquat und würde in dieser Form von uns abgelehnt.

Zu Artikel 1, Änderung von § 110a SGB V:

Die zu vereinbarenden Inhalte der Qualitätsverträge und das damit geforderte Qualitätsniveau sind noch offen. Davon ist jedoch die Attraktivität eines Abschlusses für die Krankenhäuser abhängig. Leitlinien der Fachgesellschaften, Richtlinien des G-BA und weitere gesetzliche Normen regeln umfänglich die stationäre Behandlung. Insofern kommt die Frage nach dem Mehrwert der Verträge für die Patienten auf. Für die Kostenträger werden Strukturen und Prozesse der Kliniken transparent und in deren Sinne beeinflussbar. Für die Kliniken bedeutet das unter Umständen einen weiteren Dokumentationsaufwand und weitere Prüfungsverfahren.

Zu Artikel 1, Ziffer 30 – Änderung von § 120 SGB V:

Der gesetzliche Auftrag an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), den Krankenhäusern Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten zu machen, schießt eindeutig über das Ziel hinaus. Hier findet ein Eingriff in die Kompetenzen der Krankenhäuser statt. Erst im Jahr 2019 wurden neue Kriterien zur Einstufung der Notfallversorgung in deutschen Krankenhäusern definiert und umgesetzt. Darin sind auch notwendige Zusatzqualifikationen für den Bereich Notfallmedizin beinhaltet. Eine Zusatzqualifikation Notfallmedizin wird im KV-Bereich jedoch nicht verlangt. Für die Einschätzung der Dringlichkeit fehlt dem KV-System schlichtweg das Fachwissen, welches Notfallambulanzen aufgrund von entsprechender Ausbildung vorzuweisen haben. Diese Einschätzung gehört zum Kernbereich einer Notfallambulanz. Die fachliche Zuständigkeit liegt bei den Krankenhäusern und sicher nicht bei der KBV. Wir sehen in dem Gesetzentwurf deswegen die Gefahr einer deutlichen Verschlechterung der Patientenversorgung an der sensiblen Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das bestehende System sollte vielmehr mit adäquaten

Finanzierungsmöglichkeiten ausgestattet werden, um eine patientenorientierte und regional verwurzelte medizinische Versorgung auch künftig sicherzustellen. Zudem muss die Erstein-schätzung in den Kliniken natürlich mit den Einschätzungsverfahren in den Kommunalen Leitstellen abgestimmt sein, um unterschiedliche Bewertungen zu vermeiden.

Zu Artikel 1, Ziffer 34 – § 136 SGB V, neuer Absatz 6:

Bei der Festlegung der Anforderungen sollten zwingend die betroffenen Leistungserbringer eingebunden werden.

Zu Artikel 1, Ziffer 35 – § 136b SGB V, Änderungen:

Durch § 136b Abs. 3 wird geregelt, dass der GBA die Evidenz von Mindestmengen bzw. die Evidenz für die Festlegung weiterer Mindestmengen prüft. Eine Gelegenheitsversorgung soll unter Qualitätsaspekten ausgeschlossen werden. Festgelegte Mindestmengen müssen aber nicht in jedem Fall eine Qualitätsverbesserung der erbrachten Leistung widerspiegeln. Es müssen jedenfalls weitere Aspekte, wie verlängerte Transportwege, Verlegungsrisiken usw., Berücksichtigung finden. Das Festlegen von Mindestmengen muss auch verhältnismäßig bleiben, da dies in den krankenhausplanerischen Versorgungsauftrag eingreifen könnte. Insbesondere bei Leistungen, die der Basisversorgung angehören, sollte mit Mindestmengen vorsichtig umgegangen werden. Ausnahmetatbestände für derartige Konstellationen müssen auch in Zukunft möglich sein. Hier müssen insbesondere die Länder die Möglichkeit haben, nach der Situation vor Ort flexibel über entsprechende Ausnahmen zu entscheiden. Eine alleinige Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kann aufgrund der starken Auswirkungen auf die Krankenhausplanung nicht akzeptiert werden. Wir halten es zudem für sinnvoller, sich nicht allein auf festgelegte Mindestmengen zu konzentrieren, vielmehr sollten verschiedene Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in Betracht gezogen werden.

Zu Artikel 1, Änderung von § 137j, Sätze 9 und 10 SGB V:

Die Kritikpunkte zur Aussagefähigkeit der PPUG werden mit der „Scharfschaltung“ der Pflegequotienten konsequent ignoriert. Unterschiedliche Stationsgrößen, die differierende Verfügbarkeit von IMC- und Intensivbetten der einzelnen Standorte, die bedarfsadaptierte Arbeitsorganisation im Rahmen eines Skills-Mix determinieren unterschiedliche Pflegeschlüssel bei vergleichbaren Patientengruppen und gleichen Qualitätsniveau in der Pflege. Dazu kommt noch die unterschiedliche Möglichkeit der Belegungssteuerung einer rein elektiven Fachklinik und eines Maximalversorgers mit einem hohen Anteil des nicht planbaren Notfallgeschäfts. Eine Vergleichbarkeit ist damit nicht möglich.

Zu Artikel 1, Ziffer 55 – § 275b SGB V, Änderungen:

Änderungen im § 275b SGB V n. F. verpflichten die Träger der Eingliederungshilfe zu einer engen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie mit dem MDK bei der Prüfung im Rahmen des § 275b SGB V. Gleichfalls sind nach § 275b Absatz 4 SGB V n. F. die Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie mit dem MDK berechtigt und nach Aufforderung verpflichtet, ihnen nach dem SGB V zugängliche Daten über Pflegeeinrichtungen insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die

personelle und sachliche Ausstattung sowie über Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, den Trägern der Eingliederungshilfe mitzuteilen.

Die dabei entstehenden Kosten sind durch die Träger der Eingliederungshilfe neben der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzutragen.

Hier wäre grundsätzlich zu prüfen, ob diese Änderung auf die Träger der Sozialhilfe im Zusammenhang mit der Gewährung der Hilfe zur Pflege im Bereich der über 67-Jährigen zu erweitern wäre. Der Gesetzgeber wäre dabei aber gefordert, die Kommunen nicht dem Risiko neuer zusätzlicher, nicht einzuschätzender Kosten auszusetzen.

Hier sollte die Idee einer Pflichtversicherung bzw. der Zugang zur Freiwilligen Krankenversicherung aller bisher nicht krankenversicherten Personen und damit über das SGB XII im Rahmen des 5. Kapitels im Krankheitsfall zu versorgenden Personen an dieser Stelle noch einmal positiv gewogen werden.

Zu Artikel 5 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Grundsätzlich möchten wir in diesem Zusammenhang erneut anregen, dass die Personaluntergrenzen ausgesetzt werden. Die zweite Welle der Pandemie hat Deutschland und damit auch die Krankenhäuser wieder fest im Griff. Es muss den Krankenhäusern wieder ermöglicht werden, flexibel bei der Personalplanung reagieren zu können. Die Patientenzahlen werden sich wieder erhöhen. Es werden Pflegekräfte aufgrund von eigenen Erkrankungen ausfallen. Es wäre mehr als misslich, wenn Krankenhäuser aufgrund der Untergrenzen die Versorgung ablehnen müssten.

Ebenfalls braucht es erneut eine Regelung analog der mittlerweile ausgelaufenen Freihaltepauschale. Durch stark ansteigenden Infektionszahlen gibt es hierfür einen erneuten Bedarf. Zwar bestehen Ausgleichsmöglichkeiten für Mehrkosten; diese bringen aber u. a. Liquiditätsprobleme mit sich. Wir bitten Sie daher, Instrumente zum finanziellen Ausgleich für freigehaltene Kapazitäten wieder verstärkt und praxisgerecht einzuführen.

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

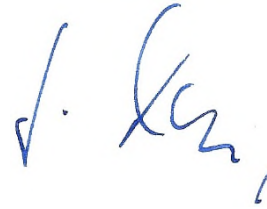
Zu § 150 SGB XI

Wir möchten diese Gelegenheit nutzen, um in Bezug auf den Schutzschirm für Pflegeeinrichtungen die Notwendigkeit für eine Verlängerung über den 31.12.2020 hinaus zu bekräftigen. Diese bereits im Änderungsantrag 15 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG; BT-Drs. 19/23483) enthaltene Forderung unterstützen wir ausdrücklich, da die durch das Corona-Virus SARS-CoV-2 bestehende Gefährdungslage wie allseits bekannt weiterhin anhält.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Stefan Hahn
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes