

Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz-GVWG)
vom 12. November 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu dem von Ihnen am 29. Oktober 2020 versandten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz-GVWG).

Lassen Sie uns voranstellen, dass der VKD immer das Ansinnen des Gesetzgebers unterstützt hat, die Qualität und Transparenz der Leistungen im Gesundheitswesen zu verbessern. Unsere Mitglieder, die Geschäftsführer und kaufmännischen Manager der Krankenhäuser, sehen es als ihre vorrangige Aufgabe, allen Patientinnen und Patienten eine medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem und höchstem Niveau zugänglich zu machen. Die Patientensicherheit steht damit immer an erster Stelle.

Mit Bedauern haben unsere Mitglieder nun aber zur Kenntnis nehmen müssen, dass ausgerechnet angesichts der Herausforderungen durch die zweite Welle der Corona-Pandemie mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes zahlreiche neue bürokratische Vorschriften und Regularien etabliert werden sollen und massiv in die Organisationshoheit der Krankenhäuser eingegriffen werden soll.

Nachfolgend möchten wir unsere Bedenken zu den gravierendsten Punkten im vorliegenden Referentenentwurf aus Sicht der Praktiker im Krankenhausmanagement darlegen.

1. Zu Artikel 1 Nr. 30 (§120 SGB V) Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Mit großem Befremden und Unverständnis mussten wir die hier erneut angestrebten Regelungen für die ambulante Notfallversorgung zur Kenntnis nehmen. Danach soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dazu ermächtigt werden, zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten Hilfesuchender sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, aufzustellen. Dass diese Vorgaben im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgestellt werden sollen, sehen wir als Feigenblatt, denn „im Benehmen“ bedeutet nicht, dass hier zwingend eine Einigung vorgesehen ist.

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung soll damit de facto die Organisationshoheit über die Notaufnahmen der Kliniken zugesprochen werden – sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich/finanziell. Dafür fehlen an dieser Stelle definitiv die Kompetenz und das nötige Personal. Nicht wenige Vertreter des KV-Systems haben sich in den letzten Monaten vor Ort weggeduckt, als es darum ging, mit Corona-Tests an der Eindämmung der Pandemie mitzuhelfen. Hausärzte waren im Alarmzustand. Kinder- und Jugendärzte lehnten die Durchführung von Corona-Tests ab. Sicherstellung sieht anders aus!

Nach Angaben des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) werden pro Jahr in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser etwa 10 Mio. ambulante Notfallpatienten versorgt, in den KV-Bereitschaftsdienstpraxen sind es etwa 9 Mio. Patienten. Die Patienten suchen überwiegend bei den Krankenhäusern Hilfe, obwohl der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, die wiederum der Länderaufsicht unterstehen. Wenn die Qualität dieser Versorgungsform im KV-System so hervorragend wäre, dass die KBV nun auch noch dazu berufen ist, die Qualitätsanforderungen für die Krankenhäuser zu bestimmen, würden wir doch erwarten, dass auch die 10 Mio. ambulanten Notfallpatienten der Krankenhäuser längst in die KV-Bereitschaftsdienstpraxen gegangen wären. Dass sie dies nicht tun, hat eindeutig Qualitätsgründe. Die vorgeschlagene Regelung wäre aus Sicht des VKD eine gravierende Verschlechterung, die auch für die Patientinnen und Patienten fatale Folgen haben würde, denn die flächendeckende Notfallversorgung zu jeder Stunde, an jedem Tag der Woche können die Vertragsärzte nachweislich nicht leisten. Die wurde und wird bisher

durch die stationären Einrichtungen sichergestellt. Hier ist die Kompetenz, hier ist das Personal, hier wird die Versorgung organisiert. Es wäre absurd, dies einer externen Organisation zu überlassen, die das definitiv nicht leisten kann.

Wir weisen nochmals darauf hin, dass es bereits Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V gibt! Demnach müssen Krankenhäuser ab der Stufe der Basisversorgung ein strukturiertes und validiertes System zur Priorisierung der medizinischen Behandlung bei der Erstaufnahme anwenden, das bei allen (!) Notfallpatienten des Krankenhauses zur Anwendung kommt. Die jetzt durch den Gesetzgeber aufgestellten Forderungen würden die Abläufe und die Behandlungen in den Notaufnahmen der Kliniken erneut um ein Vielfaches verkomplizieren und wären nicht zielführend für die Patientenversorgung, sondern eher für die Patientensicherheit abträglich, da sie wertvolle Ressourcen des medizinischen Personals binden würden.

2. Zu Artikel 1 Nr. 35 a) aa) und e (§ 136b Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB V) Wegfall der Befugnisse für Ausnahmeregelungen bei Mindestmengen/ (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung- Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung

In dem vorliegenden Referentenentwurf werden eine Reihe von neuen Regelungen zur Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung des G-BA betreffend formuliert. Unter anderem soll die grundsätzliche Befugnis des G-BA, Ausnahmen für Mindestmengen vorzusehen, aufgehoben werden (**Wegfall der Befugnisse der Ausnahmeregelungen bei den Mindestmengen**). Gerade aber diese Berechtigung des G-BA, Ausnahmen bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der bestehenden Mindestmenge vorzusehen zu können, ist aus Sicht des VKD sinnvoll und sollte beibehalten werden, da sie dem Wesen der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen entspricht.

Aus Sicht des VKD vollkommen unverständlich ist, dass der bisherige Absatz 5 des § 136b SGB V gestrichen werden und damit der Ausnahmetatbestand der flächendeckenden Versorgung und das Recht der Landesbehörde, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmeregelungen von den Mindestmengenvorgaben des G-BA treffen zu dürfen, entfallen soll (**Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung**). Wir lehnen die Streichung des bisherigen Absatzes 5 des § 136b SGB V ab! Der Bedarf an Patientenversorgung und das Angebot durch die Krankenhäuser müssen nach aller Logik

aufeinander abgestimmt sein, länderspezifische Gegebenheiten müssen Berücksichtigung finden können. Nur so kann eine flächendeckende Versorgung im Sinne aller Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Die Aufhebung dieser krankenhauplanerischen Ausnahmeregelung stellt zudem einen unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder dar.

3. Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 118 SGB V) Anpassung der PIA und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben

Entsprechend der Neuregelung sollen GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 (6b) SGB V die „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 (2) SGB V“ (PIA Vereinbarung) überprüfen und an die Festlegung der Richtlinie des G-BA so anpassen, dass Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 (6b) SGB V ermöglicht wird.

Es geht hier keinesfalls vorrangig um die Ermöglichung der teilnehmenden PIAs an der Versorgung gemäß § 92 6b SGB V, sondern darum, über dieses Versorgungsthema die Zugangsbegrenzung zu PIA und zum Leistungsgeschehen in dem Regelungsumgriff des G-BA an die KBV zu bringen und darüber dann auch die Vergütung nach EBM zu vereinheitlichen. Da es für die Abteilungs-PIAs nach § 118 (2 und 3) SGB V und PsIAs (3) bereits auf Bundesebene erhebliche Regulierungen durch die Vereinbarungsteilnehmer KBV, DKG und GKV-SV gibt, betrachten wir diese Situation als Einfallstor zur Regulierung der PIAs mit dem Ziel der Schwächung und der Vergütung nach EBM.

In der Gesetzesbegründung (Seite 80 f) entlarvt sich das Vorhaben, indem noch einmal ausführlich erläutert wird, welche Relevanz der Gesetzgeber der GBA-Richtlinie beimisst. Im Detail wird hier aufgelistet, bis in welche Tiefen des Leistungsgeschehens in der PIA die GBA-Richtlinie gemäß § 92 (6b) SGB V hineinwirken wird. Die Ausführungen der Begründung erwecken den Eindruck, als sei der § 92 (6b) SGB V bzw. die GBA-Richtlinie vor allem für die PIAs erlassen worden. Diese Überraschung ist dem Gesetzgeber auf jeden Fall gelungen.

Die PIAs üben schon heute durch ihre einzigartige Bündelung von Kompetenzen eine Schnittstellen- und Koordinierungsfunktion zwischen stationärer, teilstationärer, stations-

äquivalenter und ambulanter Versorgung aus. Sie sind dabei jedoch kein eigenständiges Organisationskonstrukt.

Damit erfüllen die PIAs und die PsIAs eine Funktion, die Patientinnen und Patienten helfen kann, den Übergang vom stationären oder teilstationären Bereich in den ambulanten Bereich zu erleichtern. Die PIAs haben einen definierten gesetzlichen Versorgungsauftrag und weitere Rahmenbedingungen sind in der „PIA-Vereinbarung“ geregelt.

Bei dem vorliegenden Referentenentwurf bleibt offen, wie die Versorgung nach § 92 (6b) SGB V ausgestaltet sein wird und wie die Regelung des § 92 (6b) SGB V in Einklang mit dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag der PIA nach § 118 SGB V gebracht wird.

Dies alles wird die bisherige, für Patientinnen und Patienten sehr hilfreiche Funktion erschweren, bis nicht mehr möglich machen. Deshalb hält der VKD die vorgelegte Änderung des § 118 (2) SGB V für nicht realisierbar und plädiert dafür, diesen Absatz zu streichen.

Über eine Berücksichtigung unserer Hinweise im weiteren Verfahren würden wir uns freuen und stehen Ihnen für nähere Erläuterungen und ergänzende Ausführungen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jens-Uwe Schreck, MPH
Geschäftsführer

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) e.V. vertritt mit rund 2.250 Mitgliedern das Management fast aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Er versteht sich als Ansprechpartner insbesondere in Fragen der Krankenhauspraxis und des Klinikmanagements. www.vkd-online.de