

Stellungnahme

Leistungsfähigkeit der GKV stärken

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 72 62 22-0

Fax 030 72 62 22-328

sozialpolitik@sovd.de

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Der Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sieht die gesetzliche Krankenversicherung als Garant für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patient*innen an. Um die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, bedarf es weiterer Reformen. Der Entwurf zielt mit seinen vielfältigen Maßnahmen unter anderem darauf ab,

- die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu steigern,
- bestimmte Leistungsansprüche und -angebote zu erweitern,
- den Notlagentarif der privaten Krankenversicherung (PKV) zu reformieren,
- die Hospiz- und Palliativversorgung zu fördern sowie die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken,
- die Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften anzuerkennen,
- die Einrichtung des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende voranzubringen,
- die Regelungen zum Medizinischen Dienst (MD) weiterzuentwickeln sowie
- die ambulanten Notfallstrukturen auszubauen.

Die Regelungen sollen weitestgehend noch in dieser Legislaturperiode in Kraft treten.

2 Gesamtbewertung

Der SoVD nimmt zu ausgewählten Regelungen im Einzelnen Stellung.

■ Qualität und Transparenz in der Versorgung steigern

Mittels verschiedener Maßnahmen soll die Qualität und Transparenz in der Versorgung gesteigert werden. Zur Förderung der Transparenz und der Qualität in der Versorgung werden Regelungen eingeführt, die ausdrücklich die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien vorsehen. Weiter sollen die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei veröffentlicht werden. Patientenbefragungen sollen überdies künftig auch digital genutzt werden.

SoVD-Bewertung: Die Maßnahmen zur Steigerung der Qualität und Transparenz in der Versorgung werden grundsätzlich begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien. Dies fördert Transparenz und Qualität in der Versorgung. Der Referentenentwurf räumt hierbei den schützenswerten Interessen der Patient*innen auf körperliche Unversehrtheit zurecht den Vorrang vor den Erwerbsinteressen der Leistungserbringenden ein. Dabei muss stets das Erfordernis der Barrierefreiheit eingehalten werden.

Grundsätzlich wird auch die Veröffentlichung der nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten begrüßt. Dadurch wird ein Vergleich, der für jeden Standort eines Krankenhauses errechneten Pflegepersonalquotienten, möglich und sichtbar. Zugleich wiederholt der SoVD seine grundlegende Kritik an der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten. Der Pflegepersonalquotient beschreibt das Verhältnis zwischen – allen – im Pflegedienst des jeweiligen Krankenhauses tätigen Vollzeitkräften und dem in dem jeweiligen Krankenhaus – insgesamt – anfallenden Pflegeaufwand (Gesamtpflegeaufwand aller Stationen). Ein auf die jeweilige Station begrenzter Pflegepersonalquotient würde für Patient*innen einen gezielteren und letztlich aussagekräftigeren Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen. Zudem wird bei der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten nicht nur das Pflegefachpersonal, sondern auch das Pflegehilfpersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal berücksichtigt, weshalb den Quotienten lediglich ein quantitativer und weniger qualitativer Aussagegehalt zukommt. Immerhin sieht der Referentenentwurf nunmehr Änderungen zur Klarstellung vor, dass das Pflegehilfpersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal bei der Zahl der anzurechnenden Vollzeitkräfte nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt wird, um dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau des in der Pflege eingesetzten Personals Rechnung zu tragen.

Der SoVD begrüßt auch die klarstellende Ergänzung zur Patientenbefragung, wonach das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bei

der Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung auch digitale Wege zur Erhebung der Daten nutzen soll. Eine zeitnahe Umsetzung wird hierbei befürwortet. Bislang hat das IQTIG und der G-BA die traditionelle Befragung mittels Papierfragebögen verwendet. Welches Medium besser geeignet ist, muss im Einzelfall und insbesondere unter Berücksichtigung des konkret zu befragenden Patientenkollektivs entscheiden werden. Die Anforderung an den Datenschutz müssen konsequent berücksichtigt und eingehalten werden. Grundsätzlich sind die Vorteile der Digitalisierung nutzbar zu machen. Dies setzt voraus, dass eine entsprechende Infrastruktur bei allen Beteiligten vorhanden ist. Einzelne Regionen und Bevölkerungsgruppen dürfen bei der Digitalisierung nicht abgehängt werden. Ziel muss eine flächendeckende Umsetzung von Patientenbefragungen in digitaler Form sein.

■ Medizinische Vorsorgeleistungen als Pflichtleistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt, um dem besonderen Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung zu tragen.

SoVD-Bewertung: Die Umwandlung der Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen wird ausdrücklich begrüßt. Mit der Umwandlung in Pflichtleistungen soll eine Verstetigung dieses Leistungsbereiches erreicht werden. In Anbetracht des demografischen Wandels und des Anstiegs der chronischen Erkrankungen ist es von besonderer Bedeutung, die medizinische Vorsorge zu stärken. Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, die Gesundheit durch geeignete medizinische Maßnahmen zu stärken, das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken sowie eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Zudem dienen Vorsorgeleistungen nicht nur der möglichen Linderung der aktuellen Beschwerden oder einer Festigung und Besserung der körperlichen Funktionen, sondern sollen einen bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit der Gesundheit fördern und krankheitsträchtige sowie krankheitsbestimmende Verhaltensweisen korrigieren. Damit wird dem besonderen Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung getragen.

■ Entwicklung eines DMP-Adipositas

Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (sogenannte Disease-Management-Programme, DMP) zu entwickeln.

Hierzu soll der G-BA in seinen Richtlinien die entsprechenden Anforderungen an die Ausgestaltung der neuen Behandlungsprogramme regeln.

SoVD-Bewertung: Ein DMP-Adipositas kann sinnvoll sein, um die Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern. Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Ziel der DMP ist es, den Behandlungsablauf und die Qualität der Versorgung für diese Patienten zu verbessern. Durch eine strukturierte und kontinuierliche medizinische Betreuung sollen Folgeschäden vermieden und die Lebensqualität der Patienten erhalten oder verbessert werden. Dadurch können auch langfristig Kosten gesenkt werden, beispielsweise bei Vermeidung von Therapien und Operationen bei Spätfolgen. Diagnostik und Therapie der DMP folgen dabei den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Strukturierte, evaluierte und zielgruppenspezifische Schulungsprogramme sind dabei wesentliche Bestandteile der Programme. Sie sollen den eigenverantwortlichen Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung unterstützen und erhöhen.

■ **Datenübermittlungsbefugnis von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen**

Es wird eine Befugnis für die im Bereich der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung tätigen Rehabilitationseinrichtungen zur Übermittlung von bestimmten versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen geschaffen, die zur Erfüllung von deren gesetzlichen Aufgaben bei Vorliegen eines Anspruches auf Krankengeld erforderlich sind. Dies betrifft die Angaben im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruches, der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch der Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie der Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 SGB IX. Über die Aussagen zur Arbeitsfähigkeit nach Absatz 4a Satz 1 Nummer 4 erhalten die Krankenkassen zudem die Angabe, ob die oder der Versicherte zum Zeitpunkt der Entlassung arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig ist.

SoVD-Bewertung: Die Datenübermittlungsbefugnis betrifft erforderliche Angaben für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen. Dabei muss aber auch die wichtigste Adressatengruppe berücksichtigt werden, die Versicherten selbst. Entsprechend ist die oder der Versicherte über die Datenübermittlung zu informieren, damit diese auch Kenntnis von den Daten erhalten.

■ Reform des Notlagentarifs der privaten Krankenversicherung (PKV)

Der Entwurf führt einen Direktanspruch der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung sowie die gesamtschuldnerische Haftung von Versicherungsnehmer und Versicherten (im Rahmen der Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis) ein. Zugleich wird ein Aufrechnungsverbot für den Versicherer mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus der privaten Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung, sofern der Versicherungsnehmer im Notlagen- oder Basistarif versichert ist.

SoVD-Bewertung: Der Regelungsbedarf zeigt die Schwächen und Nachteile des privaten Kranken- und Pflegeversicherungssystems für privat Versicherte auf, nämlich dann, wenn sie sich in akuter finanzieller Schieflage befinden und medizinische Leistungen benötigen.

Dies gilt v.a. für den Notlagentarif. Die Einführung des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung im Jahr 2013 sollte unter anderem sicherstellen, dass auch im Fall von Beitragsrückständen der oder des Versicherten eine notwendige medizinische Versorgung weiterhin gewährleistet ist. Anders als in der GKV beschränken sich die Leistungen auf die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Dennoch belaufen sich die Kosten im Notlagentarif weiterhin auf ca. 100 - 125 Euro monatlich. Säumniszuschläge fallen auch im Notlagentarif an. Auch der Basistarif soll Versicherten helfen, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können – oder lange Zeit keine Krankenversicherung hatten und sich nun privat versichern müssen. Der Basistarif der PKV muss nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar sein (§ 193 Abs. 5 VVG) und liegt bei den Beiträgen aber deutlich höher als in der GKV.

Trotz einer möglichen finanziellen und existenziellen Notsituation der oder des Versicherten ist es aktuell möglich, dass der Versicherer in dieser Situation die rückständigen Prämienforderungen mit Erstattungsansprüchen des Versicherten verrechnen kann und nicht übernimmt, so dass der Versicherte die Behandlungskosten selbst tragen muss. Das bürdet die Gefahr, dass Betroffene allein aus Kosten- und Schuldengründen auf notwendige Behandlungen verzichten. Dem begegnet der Gesetzgeber nunmehr mit klaren Grenzen und Aufrechnungsverböten. Um eine ärztliche Versorgung zu gewährleisten und diese nicht durch etwaige Zahlungsnot des Versicherten zu gefährden, ist zudem ein gesamtschuldnerischer Direktanspruch der Leistungserbringer gegen die Versicherer vorgesehen.

In diesem Zusammenhang kommt der einleitenden Feststellung im Referentenentwurf, dass die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein „Garant für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten“ ist, eine besondere und aussagekräftige Bedeutung zu. Es stellt sich letztlich die Frage, weshalb der Gesetzgeber nicht entschiedener das Solidarsystem der GKV auf der Mitgliedsebene stärkt, etwa durch das Hamburger Beamtenmodell der echten Wahlfreiheit für Beamt*innen oder durch den Wechsel von der PKV in die GKV bei Mitnahme der Altersrückstellungen. Dies würde die Versicherten- und Finanzierungsgemeinschaft der GKV stärken und schützt vulnerable Gruppen. Langfristig spricht sich der SoVD für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung zur Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiken für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung aus. So kann gewährleistet werden, dass jede Bürgerin und jeder Bürger den gleichen Versicherungsschutz genießt und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen erhält.

■ Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken sowie Stärkung der ambulanten Kinderhospize

Zur Förderung der Koordination in Netzwerken sollen Krankenkassen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen. Damit beteiligen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Hierfür werden in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Netzwerkkoordinatoren gefördert, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperationstätigkeiten ausführen. Zur Stärkung der ambulanten Kinderhospizarbeit ist darüber hinaus künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen, die eigenständig neben der Rahmenvereinbarung der ambulanten Hospizversorgung für Erwachsene steht.

SoVD-Bewertung: Die Förderung der Hospiz- und Palliativarbeit in Netzwerken sowie die Stärkung der Kinderhospizarbeit unterstützt der SoVD ausdrücklich. Der Bedarf an Hospizen und Palliativstationen kann derzeit nicht flächendeckend erfüllt werden. Dies gilt umso mehr für kinder- und jugendgerechte Angebote.

■ Anerkennung von Mitgliedschaften in Solidargemeinschaften

Sogenannte Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben, sollen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt werden. Dabei

handelt es sich um einen freiwilligen Zusammenschluss zur gegenseitigen gesundheitlichen Absicherung, wie etwa Unterstützerkassen und Pfarrvereine. Solche Solidargemeinschaften stehen außerhalb der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. In Deutschland gibt es derzeit mehrere hundert solcher Zusammenschlüsse, denen insgesamt rund 10.000 Mitglieder angehören.

SoVD-Bewertung: Würdigt der Referentenentwurf eingangs noch die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „als Garant für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten“ und lobt sie als „Solidargemeinschaft“ (wohlgemerkt noch im Singular), sollen nunmehr weitere sogenannte Solidargemeinschaften daneben anerkannt werden. Dies stärkt nicht die Leistungsfähigkeit der GKV, sondern würde sie als Solidargemeinschaft schwächen.

Zuletzt wurde im Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK – Reformgesetz) im Jahr 2019 der Versuch der Anerkennung von sogenannten Solidargemeinschaften unternommen, die Umsetzung aber im Gesetzentwurf zurecht wieder verworfen. Entsprechend bekräftigt der SoVD seine Kritik aus der Stellungnahme vom 6. Juni 2019¹ vor einer weiteren Zersplitterung der Kassenlandschaft und lehnt die Regelung entschieden ab. Statt alle Bürger*innen solidarisch unter den gleichen Versicherungsschutz und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen zu gewähren, etabliert man mit der vorgesehenen Regelung neben der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung eine dritte Form der Absicherung im Krankheitsfall.

Der SoVD setzt sich für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Gesundheit und Pflege für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung ein. Die Anerkennung von sogenannten Solidargemeinschaften steht dem Gedanken einer einheitlichen Solidargemeinschaft wie der Bürgerversicherung entgegen.

■ **Organspenderegister**

Der Entwurf sieht verschiedene Regelungen im Zusammenhang mit der Einrichtung des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte vor. So wird etwa das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte verpflichtet, jährlich eine Auswertung für die im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende zu veröffentlichen.

¹ Vgl. <https://www.sovd.de/index.php?id=700327>

SoVD-Bewertung: Seit 2012 hat die Zahl der Organspendenden kontinuierlich abgenommen und im Jahr 2017 in Deutschland einen Tiefstand erreicht. Als wesentliche Gründe für diese Entwicklung wurden v.a. Skandale und strukturelle Defizite verantwortlich gemacht. Erst mit der Ende 2018 von Bundesgesundheitsminister Spahn angestoßenen Debatte einer sogenannten doppelten Widerspruchslösung und der breiten Diskussion in der Bevölkerung, haben die Spenderzahlen wieder leicht zugenommen. Dennoch wartet ein Vielfaches an Patient*innen auf ein Spenderorgan als es Spendenbereite gibt. Die Einrichtung eines Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann verloren gegangenes Vertrauen zurückgewinnen, weshalb der Umsetzungsprozess grundsätzlich begrüßt wird.

■ Weiterentwicklung der Regelungen zum Medizinischen Dienst

Mit dem Entwurf sollen die Regelungen zum Medizinischen Dienst (MD) weiterentwickelt werden. Es wird klargestellt, dass fallabschließende gutachterliche Stellungnahmen des MD schriftlich oder elektronisch zu verfassen sind und zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten müssen. Daneben werden die Krankenkassen, ihre Verbände und der MD verpflichtet, sich bei den Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe abzustimmen, und befugt, bestimmte Erkenntnisse aus den Prüfungen auszutauschen. Zudem werden die Mitteilungspflichten des MD an die Krankenkassen und Leistungserbringer im Rahmen der gutachterlichen Stellungnahmen weiterentwickelt. Bei Behandlungsfehlergutachten ist sowohl für die Mitteilung des Ergebnisses der Begutachtung als auch die wesentlichen Gründe die Einwilligung der betroffenen Versicherten erforderlich. In allen anderen Fällen ist nur für die Übermittlung der wesentlichen Gründe auf Anforderung des Leistungserbringers die Einwilligung der Versicherten erforderlich. Die Versicherten erhalten bei Begutachtungen im Falle von Behandlungsfehler vorwürfen einen Anspruch auf Übermittlung des vollständigen Gutachtens durch den MD.

SoVD-Bewertung: Die Maßnahmen zur Weiterentwicklung des MD sind grundsätzlich begrüßenswert. Für überaus sinnvoll und förderlich hält der SoVD insbesondere die Mindestanforderungen zu den fallabschließenden und gutachterlichen Stellungnahmen des MD. Es ist notwendig, dass zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhaltes, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe schriftlich festgehalten werden. Aktenvermerke sind damit nicht mehr statthaft. Richtig ist auch, den Abstimmungsprozess bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen mit der

Heimaufsicht für alle Beteiligten verpflichtend auszugestalten. Dies dient auch der Vermeidung von Doppelprüfungen. Bei der Weiterentwicklung der Regelungen über die Mitteilungspflichten des MD an die Krankenkassen und Leistungserbringer im Rahmen der gutachterlichen Stellungnahmen, wird die wichtigste Adressatengruppe übersehen, nämlich die Betroffenen selbst und sollte klarstellend ergänzt werden.

■ Weiterentwicklung der Regelungen zu ambulanten Notfallstrukturen

Für eine verbesserte Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung ist ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus sowie die Anwendung dieses Verfahrens als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen vorgesehen.

SoVD-Bewertung: Ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus ist sinnvoll. Eine integrierte, das heißt interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung stärkt die Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen und Sektoren. Das führt zu Verbesserungen bei der Versorgungsqualität und reduziert Gesundheitskosten. Dies gilt auch für die Notfallversorgung. Soweit der Entwurf bei der Aufstellung der bundesweit einheitlichen Vorgaben und Qualitätsanforderungen die fachliche Leitung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sieht, hegt der SoVD Vorbehalte gegen diese Zuständigkeit. Hierzu verweist er auf seine Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung² und den dortigen Ausführungen zur fachlichen Leitung der Integrierten Notfallzentren (INZ).

Berlin, 12. November 2020

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

² Vgl. <https://www.sovd.de/index.php?id=700510>