

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

– Drucksache 19/26822 –

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

Zu Nummer 1 – Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Auffassung des Bundesrates zu. Die zahlreichen Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 können auch laufende und geplante klinische Studien betreffen und die Rekrutierung von Teilnehmenden für klinische Studien erschweren. Dies wird durch eine Verlängerung der Übergangsfrist um weitere 12 Monate auf 36 Monate berücksichtigt.

Zu Nummer 2 – Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 39d Absatz 1 Satz 4 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, von der Festlegung einer finanziellen Obergrenze zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator abzusehen. Die vorgesehene Förderung der Netzwerkkoordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gemeinsam mit kreisfreien Städten und Kreisen stellt ausdrücklich keine Vollfinanzierung dar, sondern eine Beteiligung an den Kosten in Form von Zuschüssen. Die gesetzliche Förderregelung gewährleistet, dass bestehende Strukturen und bestehendes ehrenamtliches Engagement grundsätzlich erhalten bleiben. So leistet das zivilgesellschaftliche Engagement von Bürgerinnen und Bürgern, von ehrenamtlich Tätigen, von Selbsthilfegruppen, von Kirchen und Religionsgemeinschaften oder von engagierten Unternehmen in solchen Netzwerken vielfach praktische und finanzielle Beiträge. Durch die Förderung der GKV soll das zivilgesellschaftliche Engagement ergänzt und die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk verbessert werden.

Zu Nummer 3 – Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V) und Nummer 33 Buchstabe c (§ 120 Absatz 3b SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, auf ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern zu verzichten. Einheitliche Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung sind ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer umfassenderen Notfallreform. Die vorgeschlagenen Regelungen konkretisieren den Grundsatz, dass andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer grundsätzlich nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden dürfen. Die Etablierung eines strukturierten Verfahrens kann die ambulanten Notfallstrukturen in Krankenhäusern sowie die Rettungsdienste von einer medizinisch nicht notwendigen Inanspruchnahme entlasten, da Hilfesuchende, die

keiner sofortigen Behandlung bedürfen, schneller identifiziert und der zutreffenden Versorgungsebene zugewiesen werden können. Bereits die in der Anwendungspraxis in den Krankenhäusern zur Anwendung kommenden Ersteinschätzungsverfahren sind bei der Erstellung der Vorgaben zu berücksichtigen, um die Durchführung unterschiedlicher Ersteinschätzungsverfahren in Krankenhäusern zu vermeiden.

Zu Nummer 4 – Zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 95e Absatz 7 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 5 – Zu Artikel 1 Nummer 32
(§ 118 Absatz 1 Satz 4 und 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 6 – Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa
(§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
Buchstabe b (§ 136b Absatz 3 Satz 2a – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, von der Streichung der Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Ausnahmetatbestände festzulegen, abzusehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.

Eine (hohe) Qualität von Leistungen bei Leistungserbringung unterhalb der festgelegten Mindestmengenhöhe kann bereits methodisch nicht festgestellt werden. Eingriffe unterhalb der festgelegten Mindestmenge können – wegen der sehr niedrigen Fallzahlen – statistisch lediglich als „zufällig gut“ bezeichnet werden. Da Mindestmengen nur festgelegt werden, wenn diese eine bessere Qualität in wichtigen Endpunkten wie der Verhinderung von Mortalität oder schweren Komplikationen wahrscheinlich machen, gefährden Leistungserbringer, die die Mindestmengen nicht erfüllen, potentiell Patientinnen und Patienten. Eine Abwägung mit den grundrechtsrelevanten Interessen der Krankenhäuser führt bei bestehender Evidenz für die Festlegung von Mindestmengen zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Patientinnen und Patienten zu einer Streichung der Regelung zur Festlegung von Ausnahmetatbeständen.

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit das Anliegen, den interdisziplinären Kontext bei der Festlegung von gleichzeitig zu erfüllenden weiteren Mindestmengen zu berücksichtigen, in der vorgeschlagenen oder in anderer Ausgestaltung umgesetzt werden kann.

Zu Nummer 7 – Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe d (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, von der Streichung der Ausnahmeregelung für die Landesbehörden abzusehen.

Die Leistungserbringung durch Krankenhäuser, die eine Mindestmenge nicht erfüllen, gefährdet potentiell die Sicherheit der versorgten Patientinnen und Patienten. So werden Mindestmengen nur für solche planbaren Eingriffe beschlossen, bei denen Evidenz dafür besteht, dass die Einhaltung von Mindestmengen zu positiven Effekten für wesentliche Endpunkte führt, insbesondere zur Verhinderung von Mortalität und schwerer Komplikationen.

Weiterhin ist aus Sicht der Bundesregierung auch ohne Möglichkeit der Ausnahmeerteilung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden eine flächendeckende Behandlung in den mindestmengenrelevanten Versorgungsbereichen für alle Patientinnen und Patienten in Deutschland sichergestellt. So werden im Rahmen des Verfahrens zur Festlegung von Mindestmengen im G-BA nach § 17 Absatz 2 des 8. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA im Rahmen einer Güterabwägung u. a. auch mögliche Versorgungsnachteile zum Beispiel durch Verlängerung von Transportwegen und Verlegungsrisiken berücksichtigt. Für diese Folgenabschätzung kann das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragt werden. Bei

der Folgenabschätzung wird die Patienten-Umverteilung für verschiedene Mindestmengen-Höhen und damit einhergehende Wegstreckenveränderungen simuliert. Ob ggf. berechnete Wegstreckenverlängerungen medizinische Risiken in sich bergen, die den Zugewinn an Sicherheit durch die Mindestmenge wieder aufwiegen könnten, bewertet der G-BA ggf. auf der Grundlage einer Einschätzung von bestellten Fachexpertinnen und Fachexperten. Bundesländergrenzen werden bei dieser Folgenabschätzung nicht berücksichtigt, da diese der Patientenversorgung nicht entgegenstehen.

Die Wirkung festgelegter Mindestmengen kann auch nicht durch Strukturanforderungen oder Nachweis besonderer Expertise substituiert werden. So ist Voraussetzung für die Festlegung einer Mindestmenge, dass diese verhältnismäßig und damit auch erforderlich ist. Letzteres ist nur der Fall, sofern keine gleich geeigneten mildereren Qualitätssicherungsmaßnahmen oder sonstige Regelungen bestehen, die den beabsichtigten Qualitätssicherungseffekt erzielen.

Die Streichung der Ausnahmeregelung verletzt nach Auffassung der Bundesregierung nicht die Planungskompetenz der Länder. Die bundesstaatliche Kompetenznorm des Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes ermächtigt auch zum Erlass sozialversicherungsrechtlich begründeter Regelungen, die sich auch auf die Krankenhausplanung der Länder auswirken und Änderungen bewirken können. Dies gilt insbesondere, da Mindestmengen für wenige, ausgewählte, planbare Eingriffe festgelegt sind, bei denen sie insbesondere eine Gelegenheitsversorgung mit niedrigen bzw. sehr niedrigen Fallzahlen im Interesse der Patientensicherheit ausschließen. Unbenommen bleibt den Ländern, nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und ihrer Krankenhausgesetze die Versorgung in den zugelassenen Krankenhäusern zu steuern und etwa durch Festlegungen im Krankenhausplan die Leistungserbringung der mindestmengenrelevanten Eingriffe in einzelne Krankenhäusern zu lenken, um die Erfüllung der Mindestmenge durch diese Einrichtungen zu fördern.

Zu Nummer 8 – Zu Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb
(§ 137j Absatz 1 Satz 9 und 10 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, von der Veröffentlichung der ermittelten Pflegepersonalquotienten abzusehen. Durch die Veröffentlichung der standortbezogenen Pflegepersonalquotienten wird für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Die Qualität der Krankenhausversorgung hängt unter anderem maßgeblich von der Qualität der pflegerischen Versorgung ab. Wenn ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung aufweist, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege möglicherweise nicht gewährleistet werden kann und gegebenenfalls eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Unter diesem Transparenzgesichtspunkt ist es unerheblich, aus welchen Gründen eine Klinik eine im Vergleich zu anderen Häusern schlechte oder gute Personalausstattung aufweist. Maßgeblich für den Vergleich ist allein die tatsächlich zur Verfügung stehende Arbeitskraft zur Bewältigung des jeweiligen Arbeitsaufwandes in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Zu Nummer 9 – Zu Artikel 7 (§ 10 Satz 1 und 2 ErgThG),
Artikel 8 (§ 11 Satz 1 und 2 LogopG) und
Artikel 9 (§ 19 Satz 1 und 2 MPhG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Derzeit werden die Ergebnisse der aktuellen Evaluation der Modellstudiengänge in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ausgewertet und ein entsprechender Bericht an den Deutschen Bundestag gefertigt (vgl. § 4 Absatz 7 ErgThG; § 4 Absatz 7 LogopG; § 9 Absatz 4 MPhG). Auf dieser Grundlage und in Umsetzung des „Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe“ sind dann die notwendigen Änderungen der Berufsgesetze zu prüfen und entsprechende Gesetzgebungsverfahren durchzuführen. Anschließend müssen die Länder etwaige gesetzliche Änderungen durch den Bundesgesetzgeber umsetzen. Vor diesem Hintergrund ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Verlängerung der Modellklauseln bis Ende 2026 notwendig und angemessen.

Zu Nummer 10 – Zu Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb₁ – neu – OrgSpEG
(§ 2a Absatz 4 Satz 2 TPG)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 11 – Zu Artikel 14 Nummer 1 Buchstabe b – neu – (§ 3 Absatz 1 Satz 4a – neu – BPflV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

In § 64b SGB V werden Regelungen zu Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen getroffen. Neue Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen müssen nach Überzeugung der Bundesregierung gemeinsam von Leistungserbringern und Kostenträgern gestaltet und umgesetzt werden. Um die Effekte neuer Versorgungsansätze bewerten zu können, kann auf eine Evaluation nicht verzichtet werden. Bereits nach geltendem Recht ist die Fortführung der Modellvorhaben, einschließlich derer, die mittels regionaler Budgets finanziert werden, gewährleistet, da die Laufzeit der Modellvorhaben nach § 64b Absatz 2 Satz 1 SGB V mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) im Regelfall von acht auf längstens 15 Jahre verlängert worden ist. Die Evaluationsergebnisse werden frühestens für das Jahr 2025 erwartet. Erst auf Basis des Berichts über die Auswertung der Evaluationsergebnisse kann eine sachgerechte Entscheidung über eine mögliche Überführung von Modellvorhaben, einschließlich der Finanzierung durch z. B. regionale Budgets, in die Regelversorgung getroffen werden.

Zu Nummer 12 – Zu Artikel 15 (§ 4 Absatz 1 Nummern 1 und 2 und § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 GAPStatG)

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Gesundheitspersonalstatistik weist das Gesundheitspersonal nach ausgeübtem Beruf entsprechend der Ergebnisse des Mikrozensus und den Daten der Bundesagentur für Arbeit nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) aus. Berufs- und Hochschulabschlüsse bildet die KldB 2010 nicht ab, sondern die ausgeübte Tätigkeit. Nicht alle Tätigkeiten lassen sich dabei klar einem bestimmten Berufs- oder Hochschulabschluss zuordnen. Durch das Anforderungsniveau (letzte Stelle des 5-Stellers) kennzeichnet die KldB 2010 allerdings, ob und welche Art von Abschluss für die Ausübung der Tätigkeit erforderlich ist. Es gibt vier Anforderungsniveaus: 1= Helfer, Anlern Tätigkeiten, 2= fachlich ausgerichtete Tätigkeit (duale Ausbildung), 3= hochkomplexe Spezialistentätigkeiten (Fachhochschulabschluss oder duale Ausbildung mit Weiterbildung), 4= hochkomplexe Tätigkeiten (Hochschulabschluss).

Zu Buchstabe b

Die Bundesregierung stimmt der Auffassung des Bundesrates zu.

Zu Nummer 13 – Zu Artikel 15 (§ 4 Absatz 1 Nummer 2, Nummer 3 – neu –, Nummer 4 – neu – und Nummer 5 – neu – GAPStatG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Angaben in Nummer 3 – neu – dürfen bereits nach § 55 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) in Verbindung mit den §§ 21 bis 26 der danach erlassenen Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung erhoben und nach § 4 Absatz 2 GAPStatG zur Erstellung der Gesundheitspersonalstatistik verwendet werden. Einer erneuten Anordnung der Erhebung bedarf es damit nicht.

Die Angaben in Nummer 4 – neu – dürfen bereits nach §§ 22 Absatz 2 Nummer 2 der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung erhoben und nach § 4 Absatz 2 GAPStatG zur Erstellung der Gesundheitspersonalstatistik verwendet werden. Einer erneuten Anordnung der Erhebung bedarf es damit nicht.

Die Angaben in Nummer 5 – neu – dürfen bereits nach § 55 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 PflBG erhoben und nach § 4 Absatz 2 GAPStatG zur Erstellung der Gesundheitspersonalstatistik verwendet werden. Einer erneuten Anordnung der Erhebung bedarf es damit nicht.

Zu Nummer 14 – Zu Artikel 15 (§ 9 GAPStatG)

Die Bundesregierung wird eine alternative Formulierung für Absatz 1 prüfen, um dem Anliegen der Länder ausreichend Rechnung zu tragen. Für den Bedarfsfall soll damit sichergestellt werden, dass das Statistische Bun-

desamt zur Übermittlung der länderspezifischen Einzeldatensätze an die Statistischen Ämter der Länder verpflichtet werden kann. Eine pauschale Übermittlungsregelung, wie vom Bundesrat für Absatz 1 vorgeschlagen, wäre gleichwohl unverhältnismäßig und wird daher abgelehnt.

Der vom Bundesrat vorgeschlagene Absatz 2 wird abgelehnt, da nach dem Vorschlag der Länder den Statistischen Ämtern der Länder die Angaben nicht für den in Absatz 2 vorgesehenen Zweck übermittelt werden. Es müsste daher eine Vorschrift geschaffen werden, wonach das Statistische Bundesamt den Statistischen Ämtern der Länder die Einzelangaben übermittelt, damit diese die Angaben wiederum an die obersten Landesbehörden übermitteln dürfen. Dies ist aus Gründen der Datensparsamkeit abzulehnen.

