
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

09. November 2020

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich die mit dem Gesetzentwurf erklärten Ziele zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung, zur Förderung und Stärkung von Netzwerkstrukturen sowie zur Beseitigung von strukturellen Verwerfungen.

Insbesondere die geplante Förderung von Netzwerkkoordinatoren stellt ein zentrales Element der Vernetzung innerhalb der Gesundheitsversorgung dar und fördert die vertikale sowie horizontale Integration über Organisationen und Sektoren hinweg. Aufgrund des demografiebedingt zunehmenden Bedarfs an multiprofessionellen Versorgungsstrukturen ist die geplante Förderung im Bereich der Palliativmedizin sowie des Hospizwesens grundsätzlich zu begrüßen und gleichzeitig auf die Geriatrie als vergleichbaren Versorgungskomplex des deutschen Gesundheitswesens mit einem ähnlichen Vernetzungsbedarf bzw. Vernetzungsbedarf auszuweiten.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt zu ausgewählten Inhalten des vorliegenden Entwurfs des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wie folgt Stellung:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 12 (§ 39d SGBV)

Zur Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen gesetzliche Krankenversicherungen zukünftig einen Zuschuss zahlen und sich gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsfürsorge an dem Ausbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen. Die Koordinierung soll dabei alle mittelbar oder unmittelbar orientierten Maßnahmen der Hospiz- und Palliativversorgung umfassen. Hierfür sollen Netzwerkkoordinatoren gefördert werden, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperationstätigkeiten übernehmen. In Anbetracht des multiprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes ist die geplante Förderung der Netzwerkkoordination aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. grundsätzlich zu begrüßen und gleichzeitig auf die in der Geriatrie bereits etablierten bzw. im Aufbau befindlichen Netzwerke nach dem Konzept des „Geriatrischen Versorgungsverbands“ auszuweiten.

Durch die Multimorbidität und Vulnerabilität des geriatrischen Patienten ergeben sich besondere Versorgungsbedarfe insbesondere an den unmittelbaren Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Rehabilitation, ambulanter Versorgung und Pflege. Um die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten sachgerecht erfüllen zu können, ist eine

über die stationären Strukturen hinausgehende intensive Vernetzung von Kompetenzen der Mitglieder der Versorgungskette notwendig. Vor diesem Hintergrund stößt die bedarfsgerechte Versorgung von geriatrischen Patienten oftmals durch die starke Strukturierung des Gesundheitssystems an strukturelle Grenzen. Aufgrund des demografiebedingt zunehmenden altersmedizinischen Versorgungsbedarf besteht daher die versorgungspolitische Notwendigkeit, die an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Kräfte und Einrichtungen durch ein spezifisches Netzwerk zu verbinden. Dieser Gedanke wird vom Konzept des „Geriatrischen Versorgungsverbundes“ aufgegriffen, welches u.a. seit 2015 im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen verankert ist bzw. von verschiedenen Bundesländern in den jeweiligen Geriatriekonzepten übernommen wurde. Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg u. a. die Überwindung der Sektorgrenzen an.

Daher wird für die Neufassung des § 39d SGBV folgende Formulierung vorgeschlagen:

„§ 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken **sowie in Geriatrischen Versorgungsverbänden**

(1) ¹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk **bzw. in einem Geriatrischen Versorgungsverbund** durch einen Netzwerkkoordinator. ²Bedarfsgerecht können insbesondere in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden. ³Die Förderung setzt voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. ⁴Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk. ⁵Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt. ⁶Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. **Satz 3 gilt nicht für Geriatrische Versorgungsverbände. Der Netzwerkkoordinator eines Geriatrischen Versorgungsverbundes ist immer an einer Geriatrie am Krankenhaus oder einer stationären Geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angebunden.**

(2) Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk **bzw. ein Geriatrischer Versorgungsverbund** ist dadurch gekennzeichnet, dass es **bzw. er** sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung **bzw. der geriatriespezifischen Versorgung** zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offen steht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt. Aufgabe des Netzwerkkoordinators ist insbesondere

1. die Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
2. die Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,

3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung **bzw. zur geriatricspezifischen Versorgung** sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,
5. die Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
6. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

(3) Die Grundsätze der Förderung nach Absatz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Förderrichtlinien erstmals bis zum 31. März 2022, einschließlich der Anforderungen an den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung und an die Herstellung von Transparenz über die Finanzierungsquellen der geförderten Netzwerkkoordinatoren. Bei der Erstellung der Förderrichtlinien sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung **bzw. der Geriatrie** und der Verband der privaten Krankenversicherung zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die Auswirkungen der Förderung. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für den Bericht erforderlichen Informationen zu übermitteln.“

Zu Nummer 38 (§ 137d SGB V)

Mit dem GVWG soll eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung im Rehabilitationsbereich gem. § 137d SGB V (das sog. QS-Rehaverfahren) normiert werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings ist das QS-Rehaverfahren bisher als gemeinsame Aufgabe zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich ausgestaltet. Gemäß § 137d SGB V wurde im Jahre 2008 eine entsprechende Vereinbarung zur Gestaltung und zum Betrieb des Qualitätssicherungssystem geschlossen. Diese hat zu einer sachgerechten Ausgestaltung des Verfahrens sowie insbesondere zu einer sehr hohen Akzeptanz sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen geführt. Mit dem paritätisch besetzten sog. Gemeinsamen Ausschuss und entsprechenden Arbeitsgruppen gibt es eine etablierte Arbeitsstruktur, die die Vorgaben des Gesetzgebers seit über 10 Jahren gemeinschaftlich umsetzt und begleitet.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum jetzt die Veröffentlichung der Ergebnisse des QS-Rehaverfahren nicht mehr gemeinschaftlich erfolgen soll, sondern einseitig dem GKV-Spitzenverband zugeordnet wird. Die Rehabilitationseinrichtungen sind über ihre Verbände vollumfängliche Partner im QS-Rehasystem, die Ergebnisse sollen jedoch „einseitig“ nur von einem Vereinbarungspartner veröffentlicht werden. Dies ist sachlich nicht angemessen, da die entsprechenden Strukturen für eine gemeinschaftliche Veröffentlichung existieren.

Die Rehabilitationseinrichtungen müssen diesen Paradigmenwechsel als Abkehr der gemeinsamen Verantwortung und damit als Misstrauen gegenüber der gemeinsamen Arbeit der letzten 12 Jahre verstehen. Wir regen daher dringend an, auch in Zukunft die Qualitätssicherung von Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam zu gestalten und daher beide Vereinbarungspartner zu verpflichten, die Ergebnisse des QS-Rehaverfahrens gemeinsam zu veröffentlichen.

Der Gesetzentwurf zu Nummer 38 ist daher wie folgt zu ändern:

38. In § 137d Absatz 1 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

*„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen. Diese sind verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache **gemeinsam** im Internet zu veröffentlichen.*

*Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; **sie** ~~er kann können~~ auch Empfehlungen aussprechen. ~~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.~~“*

Die Begründung zu Nummer 38 ist wie folgt zu ergänzen:

Mit den Ergänzungen in § 137d Abs. 1 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen berechtigt und verpflichtet, einrichtungsbezogene Daten aus dem Qualitätssicherungsverfahren Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha-Verfahren) zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung der Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll Versicherten ermöglichen, verschiedene Rehabilitationseinrichtungen zu vergleichen und so ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver auszuüben. Die Veröffentlichung soll daneben insbesondere auch Angehörigen sowie Ärztinnen und Ärzten eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglichen.

Mit der Regelung im neuen Satz 2 wird die für das QS-Reha-Verfahren bestimmte Auswertungsstelle befugt und verpflichtet, die Qualitätsergebnisse an den GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen zu übermitteln, damit diese die Veröffentlichung vornehmen kann. Bei den zu veröffentlichenden Auswertungen der Qualitätserhebungen handelt es sich um einrichtungsbezogene Daten der Rehabilitationseinrichtungen. Personenbezogene Daten der Versicherten sind von der Regelung nicht umfasst.

Im neuen Satz 3 wird der GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen befugt und verpflichtet, die Ergebnisse in einer laiengerechteren Form, leicht zugänglich im

Internet zu veröffentlichen. Hierzu könnten etwa die Qualitätssynopsen, die bereits Bestandteil der Ergebnisberichte des QS-Reha-Verfahrens sind, veröffentlicht werden. Um eine Verständlichkeit für die Allgemeinheit zu unterstützen, sollten die Ergebnisse der Qualitätssicherung erläutert werden, beispielsweise durch Leseanleitungen. Der neue Satz 4 enthält in Anlehnung an die Transparenzregelung für Krankenhäuser nach den §§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, Absätze 6 und 7 bzw. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 sowie die Neuregelung in § 136a Absatz 6 die (Soll-)Verpflichtung des GKV-SV und der für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen Qualitätsmerkmale, soweit dies insbesondere unter methodischen Gesichtspunkten möglich ist, auch vergleichend darzustellen. Hierbei sollen der GKV-SV und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen insbesondere über die Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen informieren, die für Rehabilitanden ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl einer passenden Einrichtung sein kann. Es steht ihnen zur Umsetzung der neuen Veröffentlichungspflichten dabei frei, sich insbesondere für die laiengerechte Aufbereitung der Auswertungen externe Expertise einzuholen. Perspektivisch können zudem die laiengerechte Aufbereitung der Qualitätsergebnisse in einer suchfähigen Datenbank sowie eine Bereitstellung der Daten in einem suchmaschinenfähigen Datenformat für Dritte sinnvoll sein.

~~Den maßgeblichen Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation wird im neuen Satz 5 die Möglichkeit gegeben, sich zu den vom GKV-SV vorgesehenen Veröffentlichungen sowie der vergleichenden Darstellung der Qualitätsergebnisse zu äußern. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit einzelnen Auswertungsergebnissen der Rehabilitationseinrichtungen ist von der Regelung nicht umfasst.~~

~~Die Stellungnahmen sind nach dem neuen Satz 6 bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung sowie der vergleichenden Darstellung miteinzubeziehen. Das bedeutet, dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Argumenten zu erfolgen hat, wobei das Letztentscheidungsrecht über die Inhalte, Art und Umfang der Veröffentlichung beim GKV-SV liegt.~~

Zu Artikel 15 (Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen)

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der angedachten Statistiken zum regionalen Fachkräftemonitorings möchten wir bereits jetzt darauf hinweisen, dass es wichtig ist, in diesem Bereich auch die stationären Rehabilitationseinrichtungen auf jeden Fall mit zu berücksichtigen. In der Vergangenheit ist dieser Versorgungsbereich des Öfteren nicht mit in Erhebungen einbezogen worden. Dies ist zunehmend problematisch, da so nur ein verzerrtes Bild der realen Lage entsteht und für die Ausgestaltung der rehabilitativen Versorgung nur auf unzureichende Grundlagen zurückgegriffen werden kann.