

30.04.2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz I (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Am 12. April 2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) offiziell den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune mit der Bitte um Stellungnahme vorgelegt. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) begrüßt insbesondere das Ziel der Stärkung der lokalen Versorgungsinfrastruktur durch Erleichterung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie das Ziel der Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie hinsichtlich des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung. Zu beiden Sachverhalten sehen wir jedoch Nachbesserungsbedarf:

- Gemäß des Gesetzentwurfes wird die Gründung von MVZ durch Kommunen erleichtert, mit dem Ziel eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen. Mit der derzeitigen Formulierung (im § 95 Abs. 1a SGB V) sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Gründungsmitglieder eines MVZ ausgeschlossen. Mit der Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Gründungsmitglieder für Medizinische Versorgungszentren kann allerdings dem bestehenden Mangel an Grundversorgung insbesondere in den ländlichen Gebieten entgegengewirkt und die lokale Versorgungsstruktur zusätzlich gestärkt werden, ohne zusätzlichen Aufwand aufgrund vorhandener Strukturen.
- Der heutige Krankenkassenvergleich basiert fast ausschließlich nur auf dem Zusatzbeitrag und theoretischen Leistungen. Der vom Gesetzgeber angestrebte Qualitätswettbewerb um innovative Versorgung und den besten Service findet bei den Krankenkassen aktuell nicht statt. Daher ist die geplante Zielstellung der Erhöhung der Transparenz zu unterstützen, allerdings mit einigen Änderungen:
 - Bei Ausarbeitung der geplanten Richtlinie der zu veröffentlichenden Kennzahlen und beim Aufbau einer digitalen und interaktiven Plattform sind die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen einzubeziehen
 - Auf der digitalen Plattform muss es möglich sein Vergleiche und Rankings nach einzelnen Kennzahlen und über einen Gesamtscore je Krankenkasse durchzuführen mit Angabe des Mittelwerts je Krankenkasse
 - Erfahrungswerte der Versicherten, insbesondere mit chronischen Erkrankungen sowie Ärztinnen/Ärzte und Sozialdienste müssen in der Richtlinie berücksichtigt und auf der interaktiven, digitalen Plattform veröffentlicht werden

Detaillierte Ausführungen und Vorschläge zu beiden Sachverhalten entnehmen Sie bitte den folgenden Ausführungen:



Zu II.4 Medizinische Versorgungszentren (§ 95)

Beabsichtigte Regelung:

Der Gesetzentwurf sieht vor die Gründung von Medizinische Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern, mit dem Ziel eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen.

Stellungnahme:

Die derzeitige Formulierung im § 95 Abs. 1a SGB V schließt die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Gründungsmitglieder Medizinischer Versorgungszentren aus. Mit 1.103 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind deutschlandweit flächendeckende Standorte vorhanden, insbesondere auch in den ländlichen Regionen. Mit der Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als Gründungsmitglieder für Medizinische Versorgungszentren können diese bei der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung einen wichtigen Beitrag leisten und damit dem bestehenden Mangel an Grundversorgung in den ländlichen Gebieten entgegenwirken und die lokale Versorgungsstruktur zusätzlich stärken. Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen stehen unter ärztlicher Leitung gemäß § 107 Abs. 2 SGB V, § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB IX und decken damit, genauso wie die bereits bestehenden Gründungsberechtigten von Medizinischen Versorgungszentren, die Voraussetzungen zu § 95 Abs. 1a SGB V ab. Im GVSG sollten daher Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unabhängig der Trägerschaft als Gründungsberechtigte für Medizinische Versorgungszentren ergänzt werden.

Vorschlag:

§ 95 Abs. 1a SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, **von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111a, 111c SGB V oder § 15 SGB VI, § 38 SGB IX**, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassungen oder Ermächtigungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.

II.7 Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen

Beabsichtigte Regelung:

Im Gesetzentwurf ist die Zielstellung formuliert, die Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie hinsichtlich des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen. Für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte wird daher ein übersichtliches und niedrigschwelliges digitales Informations- und Vergleichsangebot geschaffen. Hierzu sieht der Gesetzentwurf eine einheitliche und verbindliche Festlegung von jährlich zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen im Rahmen einer Richtlinie durch den GKV-Spitzenverband für die Kranken- und Pflegekassen vor.

Diese Kennzahlen und Informationen für die GKV und die soziale Pflegeversicherung sollen insbesondere Transparenz herstellen

- hinsichtlich der Anzahl von Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klagen im Leistungsgeschehen, differenziert nach versichertenrelevanten Leistungsbereichen,
- hinsichtlich der versichertenrelevanten Bearbeitungsdauer der Kranken- und Pflegekassen im Leistungsgeschehen,
- hinsichtlich der Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen im Hinblick auf den Antragsprozess, das Beschwerdemanagement und die Förderung der Patientensicherheit sowie
- zusätzlich bei den Pflegekassen hinsichtlich der Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

Hierbei sollen insbesondere Leistungsbereiche aufgenommen werden, in denen Krankenkassen Entscheidungsmöglichkeiten zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten besitzen. Dies ist insbesondere in den Leistungsbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der Fall. Somit wird die Vergleichbarkeit der Service- und Leistungsqualität in der GKV gewährleistet und der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt.

Stellungnahme:

Der vom Gesetzgeber angestrebte Qualitätswettbewerb um innovative Versorgung und den besten Service nach § 4a SGB V findet bei den Krankenkassen aktuell nicht statt. Eine fundierte Wahlentscheidung nach Abwägen von Preis und Qualität für Versicherer ist derzeit nicht möglich, da eine umfassende Qualitätstransparenz und ein unabhängiger Krankenkassenvergleich fehlen. Der heutige Krankenkassenvergleich basiert fast ausschließlich auf dem Zusatzbeitrag und theoretischen Leistungen. Daher unterstützt der BDPK das Vorhaben zur Verpflichtung der Krankenkassen, jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben und jährlich auf einer interaktiven und digitalen Plattform zu veröffentlichen. Wir sehen jedoch zu folgenden Punkten Verbesserungsbedarf:

- **Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen durch den GKV-SV (§ 217f Abs. 4):**

Aus Sicht des BDPK ist es unbedingt erforderlich, im Rahmen der Entwicklung der Richtlinien und der damit verbundenen Festlegung der veröffentlichenden Kennzahlen sowie beim Aufbau einer digitalen und interaktiven Plattform durch den GKV-Spitzenverband auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen bei der Ausgestaltung der Richtlinie und Veröffentlichung der Kennzahlen einzubeziehen. Eine Beteiligung der Spitzenorganisationen würde die Transparenz der Daten erhöhen und dafür sorgen, patientenzentrierte Kennzahlen der Krankenkassen zu liefern.

Weiterhin benötigt es einer klaren Definition der „interaktiven und digitalen Plattform“, da im aktuellen Gesetzesentwurf Interpretationsspielraum in den Formulierungen offen ist. Anwender:innen der Plattform muss es möglich sein, die einzelnen Krankenkassen individuell nach



eigenem Bedarf miteinander vergleichen zu können. Daher sollte im Gesetzentwurf verdeutlicht werden, dass die Plattform die Möglichkeit von Rankings und Vergleichen nach einzelnen Kennzahlen und über einen Gesamtscore je Krankenkasse leisten kann.

Vorschlag:

Im § 217f Abs. 4 ist nach Satz 11 folgender Satz zu ergänzen:

„Im Rahmen der Entwicklung der Richtlinien und der damit verbundenen Festlegung der veröffentlichenden Kennzahlen durch den GKV-Spitzenverband sowie beim Aufbau einer digitalen und interaktiven Plattform ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen bei der Ausgestaltung der Richtlinie und Veröffentlichung der Kennzahlen einzubeziehen.“

§ 217f Abs. 4 Satz 10 ist wie folgt zu ergänzen:

*„Diese Informationen werden auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht, die transparente, nutzerfreundliche, **interaktive** und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten hinsichtlich der in der Richtlinie nach Satz 4 genannten Sachverhalte bietet **mit der Möglichkeit, Rangfolgen und Vergleiche nach einzelnen Kennzahlen und über einen Gesamtscore je Krankenkasse zu den einzelnen Kennzahlen durchzuführen.**“*

§ 217f Abs. 4 Satz 12 ist wie folgt zu ergänzen:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen überprüft jährlich die Auswahl der Kennzahlen nach Satz 4 im Austausch mit seinen Mitgliedern, **unter Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen** und entwickelt die Vorgaben der Richtlinie fort.“*

- **Umsetzung der Richtlinie und Übermittlung der Kennzahlen als Mittelwert**

Unter § 217f Abs. 4 Satz 8 ist festgelegt, dass „... der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Kennzahlen, die über die in Satz 4 Nummer 1 bis 5 genannten Sachverhalte Auskunft geben, jeweils einen statistischen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert“ zu ermitteln hat.

Aus Sicht des BDPK ist im Wortlaut des Gesetzes sowie in der Begründung Interpretationsspielraum über die Art der Angabe der zu veröffentlichenden Kennzahlen. Nach derzeitiger Formulierung können die Daten mit einem Mittelwert und höchstem und niedrigstem Wert über alle Krankenkassen angegeben werden. Um jedoch eine versichertenfreundliche Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherzustellen und zum Zweck einer transparenten Vergleichbarkeit, muss klargestellt werden, dass die veröffentlichenden Kennzahlen als statistische Mittelwerte sowie höchster und niedrigster Wert **je** Krankenkasse und **je** Kennzahl angegeben und veröffentlicht sein müssen. Die einzelnen Kennzahlen müssen also pro Krankenkasse veröffentlicht werden und



miteinander vergleichbar sein. Somit können die Versicherten die Krankenkassen nach einzelnen Kennzahlen auf der interaktiven und digitalen Plattform transparent vergleichen.

Des Weiteren wollen wir anregen, die Richtlinie nach Satz 4 nicht vom GKV-Spitzenverband steuern zu lassen, sondern von einer externen und fachlich unabhängigen Organisation bzw. wissenschaftlichem Institut. Damit wird eine objektive und transparente Erfassung und Auswertung der Daten garantiert.

Vorschlag:

§ 217f Abs. 4 Satz 8 wie folgt ändern:

*„Auf der Grundlage der nach Satz 7 übermittelten Daten ermittelt **eine vom** ~~der~~ Spitzenverband Bund der Krankenkassen **beauftragte unabhängige Stelle** für die Kennzahlen, die über die in Satz 4 Nummer 1 bis 5 genannten Sachverhalte Auskunft geben, jeweils einen statistischen Mittelwert **je Krankenkasse für jede Kennzahl** ~~über sämtliche Krankenkassen~~ sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert **pro Kennzahl** je Krankenkasse.“*

- **Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen**

Unter § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 1 bis 7 sind Kennzahlen genannt, die mindestens für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen erhoben werden sollen. Folgende Kennzahlen sind zusätzlich aus Sicht des BDPK für den Leistungsbereich Rehabilitation erforderlich:

Zu § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 1 bis 5

- Entlassmanagement:
 - Prozessanalysen zu Qualitätswerten in der Versorgungskette aus dem Entlassmanagement Krankenhaus und dem Entlassmanagement Rehabilitation/Vorsorge
- Prozessbezogene Leistungsindikatoren der Krankenkasse:
 - Zusätzlich zu Qualität des Beschwerdemanagements Filterfunktion für Krankheitsbilder (insbesondere chronische Krankheitsbilder)
- Kennzahlen zu geografischen Variationen und die damit verbundene Über-, Unter- und Fehlversorgung hinsichtlich Einhaltung medizinischer Leitlinien für operative Eingriffe
- Kennzahlen gemäß § 41 SGB IX Teilhabeverfahrensbericht zum Leistungsbereich Rehabilitation sind ebenfalls zu berücksichtigen

Zu § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6: die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen

Besonders wichtige Kennzahlen sind die Erfahrungswerte der Versicherten und bestimmter Berufsgruppen mit der Krankenkasse, die bislang in der Erhebung der Kennzahlen fehlen. Daher sollte als Teil der Erhebung der Kennzahlen der Krankenkassen eine Versichertenbefragung bzw. Befragung von Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialdiensten erfolgen. Die Befragungen sollten von

einer unabhängigen Auswertungsstelle durchgeführt werden und unter anderen mit folgenden Parametern ebenfalls auf der digitalen Plattform veröffentlicht werden:

- Erfahrungswerte der Versicherten, Ärztinnen/Ärzte, Sozialdienste zu
 - Qualität/Zufriedenheit der Beratung der Krankenkassen
 - Service- bzw. Dienstleistungsgestaltung (z. B. hilft die Krankenkasse Facharzttermine zu suchen)
 - Beitrag zur Gestaltung der Versorgung bzw. des Zugangs zur Versorgung (z. B. Genehmigungszeit)
 - Versichertenbezogene Ausgaben zu ausgewählten Leistungen
 - zusätzlich mit Fokus auf bestimmte Gruppen (z. B. chronisch Erkrankte, Bedürftige)

Vorschlag:

§ 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 1 bis 5 wie folgt ergänzen:

6. Prozessanalysen zu Qualitätswerten in der Versorgungskette aus dem Entlassmanagement Krankenhaus und dem Entlassmanagement Rehabilitation/Vorsorge
7. Kennzahlen zu geografischen Variationen und die damit verbundene Über-, Unter- und Fehlversorgung hinsichtlich Einhaltung medizinischer Leitlinien für operative Eingriffe
8. Kennzahlen aus dem Teilhabeverfahrensbericht, die noch nicht berücksichtigt sind:
 - die Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Absatz 1 Satz 2
 - Einhaltung der Fristen nach § 14 SGB IX
 - die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Erteilung des Gutachtauftrages in Fällen des § 14 Absatz 2 Satz 3 und der Vorlage des Gutachtens
 - die durchschnittliche Zeitdauer zwischen Antragseingang und der Entscheidung nach den Merkmalen der Erledigung und der Bewilligung
 - Anzahl der trägerübergreifenden Teilhabeplanungen und Teilhabeplankonferenzen
 - die Anzahl der beantragten und bewilligten Leistungen in Form des Persönlichen Budgets
9. Erfahrungswerte der Versicherten, Ärztinnen/Ärzte, Sozialdienste zu
 - a. Qualität/Zufriedenheit der Beratung der Krankenkassen
 - b. Service- bzw. Dienstleistungsgestaltung (z. B. hilft die Krankenkasse Facharzttermine zu suchen)
 - c. Beitrag zur Gestaltung der Versorgung bzw. des Zugangs zur Versorgung (z. B. Genehmigungszeit)
 - d. Versichertenbezogene Ausgaben zu ausgewählten Leistungen
 - e. zusätzlich für alle vorgenannten Kennzahlen mit Filterfunktion für bestimmte Gruppen (z. B. chronisch Erkrankte, Bedürftige)



§ 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 wie folgt ergänzen:

b) „des Beschwerdemanagements *mit Filterfunktion für Krankheitsbilder (insbesondere chronische Krankheitsbilder)* und“

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.300 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.