

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0253(15)
gel. VB zur öAnhörung am 26.4.
2017_B&G
21.4.2017

verbraucherzentrale

Bundesverband

VERBRAUCHERANLIEGEN BEI KRANKHEIT UND PFLEGE GE- STÄRKT?

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zu ausgewählten fachfremden Änderungsanträgen zum
Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften
für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer
Vorschriften

21. April 2017

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. EINLEITUNG	3
II. ZUSAMMENFASSUNG	3
III. ANMERKUNGEN ZU EINZELREGELUNGEN	4
1. Änderungsanträge im Zusammenhang mit dem SGB V.....	4
1.1 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	4
1.2 Verzeichnis im Krankenhaus tätiger Ärzte für das Entlassmanagement.....	5
2. Änderungsanträge im Zusammenhang mit dem SGB XI.....	5

I. EINLEITUNG

Am 26. April 2017 führt der Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages eine Anhörung zum Entwurf eines „Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ durch. Neben dem eigentlichen Gesetzesentwurf und diesem thematisch zugeordneten Änderungsanträgen werden auch insgesamt 21 fachfremde Änderungsanträge aufgerufen. Angesichts der kurzen Frist zur Einreichung einer Stellungnahme ist dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) lediglich zu folgenden Aspekten eine Positionierung möglich:

- zwei Änderungsanträgen (Nr. 4 und 11) im Zusammenhang mit dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie
- zwei Änderungsanträgen (Nr. 8 und 10) im Zusammenhang mit dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

II. ZUSAMMENFASSUNG

Bezüglich der Änderungsanträge im Zusammenhang mit dem SGB V kommt der vzbv zu folgenden Einschätzungen:

Zu Änderungsantrag 4:

Eine Überführung der Intention des Gesetzgebers aus dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015, die Krankenhausplanung stärker an Qualitätsgesichtspunkten zu orientieren, ist nach Einschätzung des vzbv ausdrücklich im Verbraucher- und Patienteninteresse. Mit der im vorliegenden Änderungsantrag vorgenommenen Konkretisierung werden Hemmnisse auf diesem Weg beseitigt, sodass der vzbv diesen ausdrücklich unterstützt und befürwortet.

Zu Änderungsantrag 11:

Ein funktionierendes Entlassmanagement aus der stationären Versorgung ist für viele Patienten von zentraler Bedeutung. Dazu zählt auch, dass die notwendigen Verordnungen erfolgen können. Allerdings hatten sich hier Schwierigkeiten ergeben, da die persönliche Ausstellung der Verordnungen durch einen Arzt oder eine Ärztin mit entsprechender Kennzeichnung durch eine lebenslange Arztnummer Schwierigkeiten bereitete. Der vzbv befürwortet deshalb den Änderungsantrag, da mit diesem nicht nur die organisatorische Grundlage für Verordnungen im Entlassmanagement geschaffen wird, sondern auch neue Perspektiven der Qualitätssicherung im Krankenhaus denkbar werden.

Zu Änderungsantrag 8:

Eine Klarstellung der Rolle des Qualitätsausschusses als das alleinige Entscheidungsfindungsorgan in der Pflege-Selbstverwaltung im Sinne einer Stärkung seiner Rolle ist nach Einschätzung des vzbv wünschenswert, gelingt aber vorliegend nicht. Eine wirkliche Eigenständigkeit lässt sich nur dann herstellen, wenn der Qualitätsausschuss bei sämtlichen Entscheidungsfindungen einen ständigen unparteiischen Vorsitzenden bekäme.

Zur Stärkung der Mitwirkungsrechte der Betroffenen wäre zudem - ausgehend von der jetzigen Rechtslage - ein Antragsrecht der Verbände nach § 118 SGB XI zur Einberufung des erweiterten Qualitätsausschusses nach § 113b Abs. 3 S. 1 SGB XI zu begrüßen.

Zu Änderungsantrag 10:

Vergütungsrechtliche Konsequenzen bei Personalunterdeckungen in der stationären Pflege, und zwar unabhängig vom Vorliegen weiterer Qualitätsmängel, sind aus Sicht des vzbv zu begrüßen, lassen jedoch in seiner jetzigen Formulierung in § 115 SGB XI Absatz 3a Nr. 1 und 2 einige Fragen offen und laufen zudem ins Leere, solange es keine verbindliche Berechnungsmethode für den Personalabgleich gibt.

III. ANMERKUNGEN ZU DEN EINZELREGELUNGEN

1. ÄNDERUNGSANTRÄGE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM SGB V

1.1 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Aus Patienten- und Verbrauchersicht ist es äußerst wünschenswert, wenn sich solche Krankenhäuser in der Versorgung durchsetzen, die mindestens angemessene oder sogar besonders gute Versorgungsqualität bieten. Als Teil einer entsprechenden Steuerung hatte das Krankenhausstrukturgesetz 2015 (vgl. § 8 Abs. 1a und 1b) vorgegeben, dass solche Krankenhäuser, die nicht nur vorübergehend und in erheblichem Maß unzureichende Qualität erbringen, mit den entsprechenden Leistungsbereichen oder Abteilungen von den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass die Länder eine gesicherte Datengrundlage dafür haben, welche Krankenhäuser mit welchen Leistungsbereichen die genannten Kriterien erfüllen, um darauf konkrete Planungsentscheidungen fällen zu können. Zuständig dafür ist nach § 136c SGB V der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In seiner öffentlichen Sitzung vom Dezember 2016 führten die stimmberechtigten Organisationen des G-BA aus, dass sie wohl einen gesetzlichen Auftrag sähen, unzureichende Qualität von Krankenhäusern festzustellen und entsprechende Informationen an die Länder zu übermitteln, nicht aber dafür, festzustellen, dass es sich um unzureichende Qualität in erheblichem Ausmaß und nicht nur vorübergehend handelt. Diese Feststellung obläge den Ländern.

Aus Patientensicht ist wichtig, dass bundesweit einheitliche Definitionen und Prüfkriterien dafür angewendet werden, welche Qualität in einem Krankenhaus nicht nur vorübergehend und in erheblichem Maße unzureichend ist. Fachlich für diese Feststellung geeignet ist das Qualitätsinstitut des G-BA nach § 137a SGB V. Insofern scheint es unerlässlich, dass der G-BA die genannten Feststellungen trifft und nicht die Länder, die jeweils einzeln ein eigenes wissenschaftliches Institut mit der Aufgabe betrauen müssten und zudem zu unterschiedlichen Vorgehensweisen gelangen würden. Vor diesem Hintergrund begrüßt es der vzbv ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag klargestellt wird, dass der G-BA in den von ihm übermittelten Daten eben auch die Beurteilung übermitteln muss, dass in erheblichem Maß unzureichende Qualität vorliegt. Allenfalls hätte sich der vzbv eine ähnliche Klarstellung auch für das zweite Kriterium gewünscht, nämlich die Feststellung, dass die Qualitätsprobleme nicht nur vorübergehend sind.

1.2 Verzeichnis im Krankenhaus tätiger Ärzte für das Entlassmanagement

Um Verbrauchern unzumutbare Härten beim bzw. im unmittelbaren Anschluss an das Verlassen des Krankenhauses zu ersparen, hatte der Gesetzgeber in § 39 Abs. 1a aufgenommen, dass Krankenhäuser für eine Übergangszeit bis zur ambulanten Weiterversorgung auch Verordnungen z.B. für Medikamente und Heilmittel und Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit vornehmen können. Operativ erschwert wurde diese für Patienten äußerst wünschenswerte Leistung dadurch, dass Ärzte im Krankenhaus derzeit nicht durch eine (lebenslange) Arztnummer identifiziert werden, Verordnungen aber die persönliche Kennzeichnung mittels einer solchen Nummer voraussetzen. In diese Situation greift nun der Gesetzgeber korrigierend ein, indem er vorgibt, dass auch für die im Krankenhaus tätigen Ärzte ein Verzeichnis mit entsprechenden Arztnummern aufzubauen und zu nutzen ist. Da so eine wesentliche Hürde bei der operativen Umsetzung der Vorgaben des § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement) beseitigt wird, befürwortet der vzbv den diesbezüglichen Änderungsantrag.

Über die Nutzung im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement sollte auch überlegt werden, die Verwendung der Arztnummern in der Qualitätssicherung zu ermöglichen. Anders als bei ambulanten Qualitätssicherungsverfahren, die sich immer auf die Versorgungsqualität eines einzelnen Arztes beziehen, werden bei den Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung bisher nur Daten für das gesamte Krankenhaus erhoben. Wenn dort beispielsweise mehrere Operateure tätig sind, kann die gute Qualität einiger Ärzte eine unzureichende Qualität anderer Ärzte statistisch überlagern oder verdecken. Auch die Krankenhäuser erfahren so nicht, ob die für sie tätigen Ärzte eine gleichmäßig angemessene oder eine stark unterschiedliche, teilweise unzureichende Qualität erbringen. Sie können mit dem internen Qualitätsmanagement dann auch nicht gegensteuern. Für die Patienten ergibt sich damit das Risiko, dass sie, trotz unauffälliger Gesamtqualität eines Krankenhauses, mit unzureichender Qualität versorgt werden und unnötige Risiken in Kauf nehmen müssen. Wenn in Zukunft Arztnummern im Krankenhaus etabliert sind, könnten diese pseudonymisiert mit dokumentiert werden, so dass auch Auswertungen und Benchmarks zum Ausmaß der internen Qualitätsvarianz von Krankenhäusern möglich werden. Damit können erhebliche Potentiale der Patientensicherheit gehoben werden.

2. ÄNDERUNGSANTRÄGE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM SGB XI

Vergütungskürzung bei Personalunterdeckung in stationärer Pflege

Ausgehend von der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. September 2012 (Aktenzeichen: B 3 P 5/11 R) wonach Personalunterdeckungen von bis zu acht Prozent zulässig seien, wenn keine zusätzlichen Qualitätsmängel festgestellt werden, ist die hier vorgebrachte Gesetzesänderung zunächst einmal zu begrüßen. Sie schreibt vor, dass Vergütungskürzungen unabhängig vom Vorliegen eines Qualitätsmangels stattfinden können und stellt damit klar, dass eine Personalunterdeckung, ungeachtet ihrer Höhe, automatisch einen Qualitätsmangel unwiderlegbar vermutet lässt.

Unklar bleibt jedoch, was mit der Formulierung in § 115a Abs. 3a Nr. 2 gemeint ist. Nr. 2 schreibt vor, dass eine Vergütungskürzung nur bei einer nicht nur vorübergehenden Unterschreitung der vereinbarten Personalausstattung stattfinden kann, definiert

aber nicht näher, was mit der Formulierung „nicht nur vorübergehend“ gemeint ist. Zudem sieht der vzbv die Gefahr, dass die Regelungen in Nr. 1 ins Leere laufen, wenn entsprechende landesrahmenvertragliche Regelungen zum Personalabgleich in den einzelnen Bundesländern fehlen. Fehlende oder gar lückenhafte Regelungen in diesem Bereich schaffen weiterhin Spielräume für ein Fehlverhalten, da sich die Einrichtungen in diesen Fällen auch zukünftig auf die für sie günstigsten Berechnungsparameter berufen können.

Der vzbv regt im Übrigen an, die Voraussetzung eines „planmäßigen und zielgerichteten“ Verstoßes nach Abs. 3a Nr. 1 ersatzlos zu streichen. Zum einen wird es in der Praxis schwierig sein, den Einrichtungen einen Vorsatz im Sinne einer gezielten Gewinnmaximierung nachzuweisen, zum anderen besteht auch hier wieder das Problem, dass von einer vorsätzlichen Unterbesetzung nur dann ausgegangen werden kann, wenn es eine verbindliche Berechnungsmethode für den Personalabgleich gibt, die jedoch gegenwärtig in den meisten Bundesländern fehlt.