

Berlin, 26. August 2020

**DGIV-Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG vom 06.08.2020
über ein Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)****Zu Artikel 1 Ziffer 3 Änderung § 140a SGB V:****I.**

Die avisierten Änderungen entsprechen nicht im ausreichenden Maße dem Reformbedarf auf dem Gebiet der Besonderen, insbesondere Integrierten Versorgung. Neben Klarstellungen, die aus Ungenauigkeiten bei der Abfassung des Gesetzes erforderlich wurden, wichtigen Entwicklungsschritten wie die Abschaffung der außerordentlichen Wirtschaftlichkeitskontrolle und die Zulassung kassenartübergreifender Verträge werden auch Maßnahmen vorgeschlagen, die als konkrete und nachhaltige Problemlösungen zur tatsächlichen Versorgungsverbesserung fraglich erscheinen. Letztendlich vermag der Entwurf der Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen noch nicht die notwendigen Impulse zu verleihen, die für eine markante Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung – insbesondere im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär – erforderlich sind.

II.

Die Selektivversorgung ist ein wichtiges Experimentierfeld („Labor“) für die Hebung des gewaltigen Effizienzpotenzials im Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung. Auch das BMG will dieses Labor jetzt zusätzlich für die Erprobung von durch insbesondere den Innovationsfonds geförderte Projekte für eine Übernahme in die Regelversorgung nutzen.

Um hier weiter vorankommen zu können, reicht es aber nicht, aus den besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsaufträgen nunmehr besondere Versorgungsaufträge für alle berechtigten Leistungserbringer zu machen. Hier müssen auch die Bestimmungen über eine solche Berechtigung überprüft und weiter liberalisiert werden.

Auch die Selektivversorgung ist immer noch auf die in der Regelversorgung statuierten Versorgungsstrukturen formal angewiesen. Umso wichtiger ist es, dass der Selektivversorgung auch innovative Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Das BMG hat bereits deutlich gemacht, dass es es für erforderlich hält, die vertragsärztliche ambulante Versorgung deutlich weiter für die Krankenhäuser zu öffnen. Die Gründe dafür liegen nicht nur im Versuch einer besseren Bedarfsdeckung auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung, sondern auch in der Generierung einer Auffanglösung für nicht mehr tragbare Krankenhäuser.

Andere Strukturen wie die belegärztliche Versorgung, die honorarärztliche Zusammenarbeit von Krankenhäusern und nicht fest am Krankenhaus angestellten Ärzten, die praxisklinische Versorgung, das Entlassmanagement oder die ambulante spezialärztliche Versorgung werden im Referentenentwurf nicht weiter entwickelt. Dabei haben hier die Versorgungswissenschaft und nicht zuletzt die Selektivversorgung bereits innovative Entwicklungsoptionen aufgezeigt.

Auch der Referentenentwurf wird von der staatlichen Strategie der weiteren Öffnung der ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser in wesentlichen Teilen mitbestimmt. Fragwürdig daran ist allerdings, warum diese Einzelmaßnahme nunmehr zum vermeintlichen „Königsweg der sektorenübergreifenden Versorgung“ hochstilisiert wird, obwohl (auch durch Ergebnisse der Selektivversorgung) noch gar nicht geklärt ist, ob ein solcher Schritt tatsächlich zu der erhofften Versorgungsverbesserung führen wird.

Auch das Modell einer Umwandlung von Krankenhäusern in „Integrierte Gesundheitszentren“ wird auf Regierungsseite wie selbstverständlich von dem Gedanken getragen, dass diese neue Form der weitgehend ambulanten Versorgung in Trägerschaft der Krankenhausträger verbleiben soll. Die Diskussionen um die Trägerschaft „integrierter Notfallzentren“ haben aber bereits deutlich gemacht, dass das ambulante Know-how der Vertragsärzteschaft bei Organisation und Durchführung ambulanter Versorgungsprozesse nicht vernachlässigt werden darf. Besonders die Identität von Inhaberschaft und Berufsausübung ist in der vertragsärztlichen Versorgung die entscheidende Triebkraft für Effizienz und Effektivität des Praxisbetriebes. Vor diesen Erkenntnissen sollte man nicht die Augen verschließen.

III.

Die Feststellung zu a (Absatz 1) bb (Satz 2) auf Seite 24 des Entwurfes *„Sektorenspezifische besondere Versorgungsaufträge sind bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehen.“* kann so nicht nachvollzogen werden.

Vielmehr lässt das derzeitige Gesetz Versorgungsaufträge zu, die eine integrierte Versorgung oder besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften ermöglichen.

Dieses Beteiligungserfordernis für besondere ambulante Versorgungsaufträge soll jetzt gestrichen werden, in dem nur noch von besonderen Versorgungsaufträgen die Rede ist, die allen berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften offen stehen sollen.

„Berechtigung“ oder „Zulassung“ darf nicht mit „Leistungsfähigkeit“ gleichgesetzt werden, da hierfür andere Kategorien – insbesondere der Bedarfsplanung – zur Statusbestimmung herangezogen werden. Es kann nicht überzeugen, wenn der Gesetzgeber einerseits den Leistungserbringern hinsichtlich ihrer fachlichen Qualifikation und der damit verbundenen Leistungsbefähigung durchaus grundsätzlich die Berechtigung zur statusübergreifenden Leistungserbringung einräumt, andererseits jedoch immer noch die Berechtigung zur Vertragsteilnahme davon abhängig macht, dass die Leistungen gemäß Versorgungsauftrag mindestens vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus eines am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers gedeckt sein muss.

Es sollte in Zukunft allein im Ermessen der Kassen als den die Versorgungsaufträge ausreichenden Vertragspartnern liegen, inwieweit die Leistungserbringung in der Besonderen Versorgung auch unter Abweichung vom Zulassungsstatus der Leistungserbringer erfolgen darf. Das gilt umso mehr, als besondere Versorgungsaufträge von den Kassen auch in zweiseitigen Verträgen an nur einen Leistungserbringer ausgereicht werden können.

IV.

Die DGIV begrüßt die Bestrebungen des Referentenentwurfs, den Kassen weitere selektivvertragliche Optionen für Verträge mit nicht ärztlichen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen.

Mit der noch stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Leistungserbringer in das Vertragswerk der Besonderen Versorgung wird die ursprüngliche Ausrichtung des § 140a SGB V auf Versorgungsaufträge für ärztliche Leistungserbringer in Praxis und Krankenhaus unter Beteiligung nicht ärztlicher Leistungserbringer weiter aufgeweitet.

Die DGIV spricht sich daher für eine gesetzessystematische Neuordnung der Verträge und Versorgungsaufträge aus.

Anderenfalls spräche vieles sogar für eine Verschmelzung der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V mit den Bestimmungen über die Modellvorhaben gemäß § 63 ff. SGB V. Es spräche dann mehr dafür, sich in § 140a auf alle besonderen, insbesondere integrierten Selektivversorgungsformen zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang muss endlich auch das Problem der Auswertung der Projekte der Besonderen Versorgung gelöst werden. Es kann nicht angehen, dass der Öffentlichkeit wertvolle Erkenntnisse aus den Projekten der Krankenkassen vorenthalten werden. Den Kassen wie bei den Modellvorhaben schlicht eine Evaluierungspflicht aufzuerlegen, wäre allerdings ein neues gewichtiges Beschwernis für deren Bereitschaft zum Vertragsabschluss. Hier müssen bessere Lösungen, ggf. mit erweiterten Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

V.

Die neue Bestimmung in § 140a Abs. 1 SGB V „*Die Verträge können auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten.*“ ist zu unbestimmt. Auch die Begründung des Entwurfs bietet hier keine überzeugenden Aufschlüsse. Derzeit wird lediglich zum Ausdruck gebracht, dass Verträge zur besonderen Versorgung auch auf „Regionen“ im Vertragsumfang erstrecken können. Besondere rechtliche Bestimmungen bestehen dafür aber nicht.

VI.

Auch die DGIV fordert, die Altverträge bestehen zu lassen. Das ist auch in der Historie der Integrierten Versorgung bisher so gehandhabt worden. Es ist nicht ersichtlich, weshalb ein Neuabschluss aller bisherigen Verträge zwingend erfolgen muss. Die Besondere Versorgung beruht auf dem Prinzip des freien Kontrahierens. Die Vertragspartner müssen weitgehend darauf vertrauen können, dass die Verträge gerade auch längerfristig Bestand haben. Dieser Bestand muss geschützt werden.

VII.

Die Besondere Versorgung braucht als Selektivvertragsform mehr Versorgungsrelevanz. Insbesondere eine größere Verbreitung in der deutschen Versorgungslandschaft ist für die Besondere Versorgung die wichtigste Voraussetzung für die Leistung eines größeren Beitrages zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

Besondere Versorgung ist aber freiwillig, sowohl für die Kassen als Träger der Projekte, als auch für die beteiligten Leistungserbringer und selbstverständlich für die Patienten/Versicherten.

Eine Verbesserung der Versorgung, wie es der Referentenentwurf bereits in der Gesetzesbezeichnung vorsieht, muss in der freiwilligen Selektivversorgung deshalb immer auch über angemessene Anreize zur Vertragsteilnahme für die Beteiligten erreicht werden.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass der Wettbewerb allein keinen ausreichenden Anreiz in diesem Sinne darstellt. Für die Leistungsträger und –erbringer muss sich deshalb eine Teilnahme an der besonderen Versorgung auch in anderer Hinsicht lohnen. Der Referentenentwurf bietet hierfür noch keine überzeugenden neuen Argumente.

Insbesondere Zuteilungen aus einem „Innovationsfonds der anderen Art“ an die Krankenkassen zur zweckgebundenen Verwendung für innovative Projekte der Selektivversorgung könnten einen solchen neuen attraktiven Anreiz darstellen und der Selektivversorgung – zusammen mit weniger Restriktionen in den Rahmenbedingungen – neuen Schub verleihen.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Wartburgstraße 11, 10823 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes