



ENTWURF EINES GESETZES ZUR VER- BESSERUNG DER GESUNDHEITSVERSOR- GUNG UND PFLEGE (GPVG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 6. AUGUST 2020

26. AUGUST 2020

INHALT

VORBEMERKUNG	3
ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	4
Nummer 2: Ergänzender Satz zu § 137g Absatz 2, Disease Management Programme	4
Nummer 3: § 140a SGB V	4
ZU DEN REGELUNGEN IM EINZELNEN:	5
§ 140a, Absatz 1, Satz 2 SGB V i.V.m. Absatz 3 Satz 1	5
§ 140a, Absatz 2, Satz 4 SGB V	5
§ 140a, Absatz 1, neuer Satz 3	5
§ 140a, Absatz 2, Streichung Satz 4	6
§ 140a, Absatz 3, Satz 1, Nr. 7	6
§ 140a, Absätze 3a und 3b	6

VORBEMERKUNG

Der vorliegende Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) des Bundesministeriums für Gesundheit sieht verschiedene Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung vor. Neben Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten adressiert der Referentenentwurf weitere Regelungen, die sich aus der Bewältigung der SARS-CoV-2 Pandemie ergeben.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dem vorliegenden Entwurf die Gesundheitsversorgung und Pflege zu verbessern sowie den Folgen der Pandemie in Teilbereichen zu begegnen, möchte sich jedoch in ihrer Stellungnahme ausschließlich auf den Bereich der „Erweiterten Möglichkeiten der Selektivverträge“ konzentrieren.

Die strukturellen Innovationen im Bereich der selektivvertraglichen Versorgung werden von der KBV begrüßt. Mit der Erweiterung des Spektrums potenzieller Vertragspartner über die vertragsärztliche und pflegerische Versorgung hinaus ergeben sich zahlreiche neue Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgungsangebote, die bislang im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V nicht abbildbar waren. Gleiches gilt für die bessere Abstimmung dieser Vertragsgrundlage mit Projekten des Innovationsausschusses, die überwiegend über Verträge nach § 140a SGB V administriert werden.

Zu begrüßen ist weiterhin die Möglichkeit für Krankenkassen, sich an innovativen Versorgungsformen, wie beispielsweise Praxisnetzen auf dem Wege von Zuschüssen, beteiligen zu können.

Unverständlich bleibt der Ausschluss von Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit Verbänden der Kassenarten. Diese sollten zulässig sein. Dogmatische Grundsätze einer wettbewerblichen Ausrichtung der Selektivverträge tragen zur Behinderung von Systeminnovationen bei, die durch Verträge mit KVen mit entsprechenden Verbänden schnell und flächendeckend angeboten werden können. In diesem Zusammenhang ist darüber hinaus zu prüfen, wie der Erkenntnisgewinn aus Selektivverträgen transparent und für die Versichertengemeinschaft insgesamt nutzbar gemacht werden kann.

Die Aufgabe von Wirtschaftlichkeitsnachweisen von Selektivverträgen erscheint in Anbetracht der sich abzeichnenden Entwicklung im Zuge der Corona-Pandemie überdenkenswert.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NUMMER 2: ERGÄNZENDER SATZ ZU § 137G ABSATZ 2, DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME

Der Fortbestand der für die Umsetzung der Disease Management Programme erforderlichen Verträge nach §§ 73a, 73c und 140a in der Fassung vom 22. Juli 2015 ohne Anpassungs- oder Vorlageverpflichtung wird aufgrund der ansonsten erheblichen bürokratischen Aufwände begrüßt.

NUMMER 3: § 140A SGB V

Die Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung des § 140a SGB V wird grundsätzlich begrüßt.

ZU DEN REGELUNGEN IM EINZELNEN:

§ 140A, ABSATZ 1, SATZ 2 SGB V I.V.M. ABSATZ 3 SATZ 1

Häufig stoßen sozialrechtliche, dem Grunde nach sinnvolle Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten an die Grenzen der sektoralen Abgrenzung eigenständig geregelter Bereiche der Daseinsvorsorge. Gerade bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf stellt sich die unzureichende Finanzierungsmöglichkeit übergreifender Maßnahmenpakete als erheblich limitierender Faktor dar.

Mit der Öffnung der Vertragsgrundlage für weitere Leistungserbringer sowie weiterer Leistungsbereiche der Daseinsvorsorge, können realitätstauglichere und gleichzeitig ganzheitliche SGB V-übergreifende Verträge zur Versorgung von Versicherten geschlossen werden. Insofern wird die Regelung begrüßt.

§ 140A, ABSATZ 2, SATZ 4 SGB V

Insbesondere die Anpassung des § 140a SGB V an die besonderen Erfordernisse dieser Vertragsgrundlage bei der Verwendung für Innovationsfondsprojekte stellt eine sinnvolle Systeminnovation dar.

Der Verzicht des Nachweises der Wirtschaftlichkeit ist bei Innovationsfondsprojekten gerechtfertigt, da sie bereits bei der Genehmigung einer Prüfung der Verhältnismäßigkeit der Mittel unterliegen und auch sehr genau und umfassend evaluiert werden. Auch ist ein Nachweis der Innovation nicht erforderlich, so dass es begrüßt wird, hier zusätzliche bürokratische Hürden zur Überführung bzw. Verstetigung der Projekte abzubauen.

Die Erläuterung in der Begründung, dass sich die Fiktion auch auf Fälle bezieht, in denen nur ein Teil der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a SGB V fortgeführt werden kann, lässt sich nach Ermessen der KBV aus der Gesetzesformulierung nicht ableiten. Zur Vereinfachung des Zugangs zur Versorgung, auch von Teilen der erfolgreich bewerteten Innovationen, wird eine solche Regelung grundsätzlich begrüßt, sofern die Wirksamkeit der Intervention dann immer noch gegeben ist.

Gleichzeitig ist es aus Sicht der KBV erforderlich, dass gerade die mit Mitteln der Versichertengemeinschaft geförderten Projekte des Innovationsfonds bei positiver Evaluation allen Versicherten zur Verfügung stehen. Hier ist eine Fortführung in regionalen Versorgungsverträgen durch eine Krankenkasse zwar besser als die Alternative, gute Versorgungsansätze überhaupt nicht weiterzuverfolgen.

Vorrang sollte grundsätzlich die Überführung der Innovation in die Regelversorgung haben.

§ 140A, ABSATZ 1, NEUER SATZ 3

Die explizite Erwähnung regionaler Versorgungsverträge ist sinnvoll und entspricht dem Wesen der Selektivverträge, wonach Versorgungsverbesserungen für Versicherte zugänglich gemacht werden sollen. Regionale oder lokale Versorgungsprobleme bedürfen regionaler bzw. lokaler Verbesserungen, was durch die klarstellende Regelung verdeutlicht wird. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass Versorgungsformen gemeinsam von Krankenkassen regional entwickelt werden. Leider ist nach Umfragen der KBV bei den KVen dies mehr die Ausnahme als die Regel. Dies gilt auch für regionale Vorhaben ohne Beteiligung der KVen. Insbesondere Praxisnetze, die bereits hoch organisiert und integrierte regionale Versorgung gestalten, können bisher nicht mit einer kassenübergreifenden Unterstützung rechnen.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführte „Systemfremdheit“ von Verträgen der KVen mit Verbänden der Krankenkassen hingegen erscheint dogmatisch und nicht mehr zeitgemäß. Systemverbesserungen möglichst vielen Versicherten zugänglich zu machen sollte Anliegen der Bemühungen aller Beteiligten sein.

Einzelne Akteure aus offensichtlich wettbewerbspolitischen Gründen von dieser Aufgabe auszuschließen, führt zu einer fragmentierten und unverbundenen Einführung von Versorgungsinnovationen, die zudem durch das fehlende Evaluationsgebot nicht transparent sind.

Auch aus diesem Grunde sollten Vertragsschlüsse von Akteuren wie Landesverbänden der Krankenkassen mit KVen, die umfassende Versichertengemeinschaften erreichen können, ermöglicht werden. Unbenommen davon sind intelligente Möglichkeiten der Evaluation und damit der Zugänglichmachung des Erkenntnisgewinns für alle Versicherten aus erfolgreichen Projekten in den § 140a SGB V aufzunehmen.

§ 140A, ABSATZ 2, STREICHUNG SATZ 4

In Anbetracht der sich abzeichnenden gesamtwirtschaftlichen Situation mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Finanzierung der GKV ist zu prüfen, ob die Streichung des aktiven Nachweises der Wirtschaftlichkeit der Versorgung tatsächlich vollzogen werden soll. Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass Mittel aufgrund des fehlenden Wirtschaftlichkeitsnachweises durch Krankenkassen in die Versorgung von Versichertengruppen mit einer besonders günstigen Risikostruktur investiert und der Versorgung von chronisch kranken Patienten entzogen werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung war Bestandteil der besonderen Versorgung geworden, da die pauschalierte Förderung durch die Anschubfinanzierung nicht immer die Schwerpunkte im Sinne der Versorgung gesetzt hat. Zudem wollte man eine allgemeine, kostenintensive Evaluationspflicht vermeiden. Weder eine Evaluation noch einen Wirtschaftlichkeitsnachweis vorzusehen, bewirkt, die ohnehin bestehende Intransparenz weiter zu vergrößern.

§ 140A, ABSATZ 3, SATZ 1, NR. 7

Die Ergänzung scheint redundant, nachdem „andere Berufs- und Interessensverbände“ heute schon unter Nr. 1 „zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ zum Vertragsschluss befähigt sind. Entsprechende Verträge liegen vor. Im Übrigen sollten die KVen als originärer Vertragspartner und nicht „zur Unterstützung von Mitgliedern“ Verträge schließen können. Dieser Zusatz ist obsolet, da die KVen stets ausschließlich mit Wirkung für ihre Mitglieder tätig werden.

§ 140A, ABSÄTZE 3A UND 3B

Die Flexibilisierung der Vertragsgrundlagen lässt entsprechend passgenauere Versorgungslösungen erwarten. Allerdings erscheint die Regelung von Einzelfällen einer vertraglichen Lösung nicht zugänglich zu sein. Die Hinzunahme nicht zugelassener Leistungserbringer wird kritisch beurteilt und insbesondere im ärztlichen Bereich als nicht erforderlich angesehen.

Hilfsweise sollte diese Regelung durch entsprechende Transparenzvorschriften begleitet werden, die eine Veröffentlichung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer durch die vertragschließende Krankenkasse vorsehen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.