



ENTWURF EINES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG UND PFLEGE (GPVG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF VOM
19. OKTOBER 2020, BT-DRS. 19/23483

10. NOVEMBER 2020

INHALT

VORBEMERKUNG	3
<hr/>	
ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	4
Nr.5 - § 137g Abs. 2 - Disease Management Programme, ergänzender Satz	4
Nr. 6 a) aa) - § 140a, Abs. 1, Satz 2 SGB V i.V.m. Abs. 3 Satz 1	4
Nr. 6 a) bb) - § 140a, Abs. 1, neuer Satz 3	4
Nr. 6 b) aa) - § 140a, Abs. 2, Satz 3 bis 6 (neu)	4
Nr. 6 b) aa) - § 140a, Abs. 2, Streichung Satz 4	5
Nr. 6 b) bb) - § 140a, Abs. 2, Satz 7 (neu)	5
Nr. 6 c) aa) bbb) - § 140a, Abs. 3, Satz 1, Nr. 7	5
Nr. 6 d) § 140a, Abs. 3a (neu) und 3b (neu)	5
<hr/>	
ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.2 VOM 3. NOVEMBER 2020	6
Änderungsantrag 1, Art. 1, Nr. 1a - § 79 Abs. 3e (neu) - Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane	6
Änderungsantrag 6, Art. 3 Nr. 0, 0a - § 8 SGB XI - Modelltitel des GKV-SV	6
<hr/>	
ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.3 VOM 9. NOVEMBER 2020	7
Änderungsantrag 10, Art. 1, Nr. 2a - § 105 SGB V (neu); Art. 4a - § 13 (neu) Coronavirus-TestVO - Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen, Finanzierung von Testzentren	7

VORBEMERKUNG

Der vorliegende Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) der Bundesregierung, BT-Drs. 19/23483, sieht verschiedene Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung vor. Neben Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten adressiert der Regierungsentwurf 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.

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

NR.5 - § 137G ABS. 2 - DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME, ERGÄNZENDER SATZ

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.

NR. 6 A) AA) - § 140A, ABS. 1, SATZ 2 SGB V I.V.M. ABS. 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.

NR. 6 A) BB) - § 140A, ABS. 1, NEUER SATZ 3

Im Vergleich zum Referentenentwurf wird in Satz 3 (neu) festgestellt, dass Verträge auch Regelungen enthalten können, die die Versorgung regional beschränken. Diese Regelung soll klarstellen, dass auch überregional tätige Krankenkassen ihren Versicherten regional beschränkte Versorgungsangebote nach § 140a SGB V zur Verfügung stellen können.

Regionale Versorgungsverträge sind sinnvoll und entsprechen dem Wesen nach den Selektivverträgen, wonach Versorgungsverbesserungen für Versicherte zugänglich gemacht werden sollen. Regionale oder lokale Versorgungsprobleme bedürfen regionaler bzw. lokaler Verbesserungen, was durch die klarstellende Regelung verdeutlicht wird.

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 den 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.

NR. 6 B) AA) - § 140A, ABS. 2, SATZ 3 BIS 6 (NEU)

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 neue Regelung in Satz 6, dass nur ein Teil der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a SGB V fortgeführt werden kann, scheint sehr weitgehend. 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 Versicherungsgemeinschaft geförderten Projekte des Innovationsfonds bei positiver Evaluation allen Versicherten zur Verfügung stehen sollten. Hier ist eine Fortführung in regionalen Versorgungsverträgen durch eine Krankenkasse dagegen besser als die Alternative, nämlich gute Versorgungsansätze überhaupt nicht weiterzuverfolgen.

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

NR. 6 B) AA) - § 140A, ABS. 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 ist 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.

NR. 6 B) BB) - § 140A, ABS. 2, SATZ 7 (NEU)

Mit dieser Ergänzung können Krankenkassen insbesondere Koordinations- und Managementleistungen an Dritte übertragen bzw. können Vertragspartner diese füreinander wahrnehmen. Eine solch umfassende Auslagerung des Versorgungsmanagements an Vertragspartner oder Dritte sehen wir als eine zu weitgehende Aufweichung des Kernbereichs der Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen an.

Wir bitten deshalb um Streichung des Satzes.

NR. 6 C) AA) BBB) - § 140A, ABS. 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.

NR. 6 D) § 140A, ABS. 3A (NEU) UND 3B (NEU)

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 und psychotherapeutischen Bereich als nicht erforderlich angesehen.

Eine solch weitgehende Aufweichung des Sachleistungsprinzips lehnen wir ab und bitten um Streichung des Absatzes 3b.

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

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.2 VOM 3. NOVEMBER 2020

ÄNDERUNGSANTRAG 1, ART. 1, NR. 1A - § 79 ABS. 3E (NEU) - SCHRIFTLICHE BESCHLUSSFASSUNG DER SELBSTVERWALTUNGSORGANE

Die Regelung sieht vor, dass die Vertreterversammlungen der KVen und der KBV aus wichtigen Gründen befristet bis zum 31. Dezember 2021 ohne Sitzung schriftlich abstimmen können.

Die KBV begrüßt den Vorschlag, der angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie gewährleistet, dass die KVen ihre Honorarverteilungsmaßstäbe, Haushaltspläne und weitere dringende Beschlüsse schriftlich fassen können und somit eine Weiterführung der operativen Geschäfte uneingeschränkt gewährleistet wird.

ÄNDERUNGSANTRAG 6, ART. 3 NR. 0, 0A - § 8 SGB XI - MODELLTITEL DES GKV-SV

Mit der Ergänzung des § 8 um Modellvorhaben zur Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen, sollen insbesondere Projekte zur Versorgung durch eine Advanced Care Nurse gefördert werden. Diese sollen beispielsweise Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen vermeiden. Aus Sicht der KBV ist es bei der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten zentral, dass die ärztliche und die pflegerische Versorgung gut aufeinander abgestimmt sind. Deshalb sollte Ziel solcher Modellvorhaben die Vermeidung neuer Schnittstellen sein. Neben dem Gesundheitsberuf der Advanced Care Nurses ist zu prüfen, ob andere Fachberufe wie Physician Assistants zu Versorgungsverbesserungen beitragen können.

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.3 VOM 9. NOVEMBER 2020

ÄNDERUNGSANTRAG 10, ART. 1, NR. 2A - § 105 SGB V (NEU); ART. 4A - § 13 (NEU) CORONAVIRUS- TESTVO - SICHERSTELLUNG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN EPIDEMISCHEN LAGEN, FINANZIERUNG VON TESTZENTREN

Grundsätzlich wird die beabsichtigte Regelung von der KBV begrüßt. Allerdings werden für folgende Punkte Änderungen angeregt:

- › Es entstehen in den KVen nicht unerhebliche interne Aufwände (z.B., wenn Mitarbeiter in Logistikzentren LKWs annehmen, Kartons zählen und PSA an Ärzte ausgeben und das ggf. noch nachts oder am Wochenende). Gleiches gilt im Zusammenhang mit Abstrichzentren oder anderen Pandemiemaßnahmen wie Fahrdiensten. Die Krankenkassen haben diese Aufwände nicht überall anerkannt. Insbesondere geht es hier auch um angeordnete und ausgezahlte Überstunden, die tatsächlich auch nachweisbar sind.
- › Hier sollte eine entsprechende Klarstellung erfolgen.
- › Die Formulierung: „...Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist...“ hat im Jahr 2020 dem Vernehmen nach zu keinen Problemen geführt. Dies wird sich aber in 2021 ändern, da die KVen z. B. bei pandemiebedingten Dauerschuldverhältnissen wie Mieten oder sachgrundbefristeten Arbeitsverträgen nach § 67 ff. SGB IV nunmehr gar nicht anders können, als diese in den Haushaltsplan für 2021 aufzunehmen. Ggf. sollte hier die Kostenerstattung weniger an den Haushalt als eher an den Nachweis der pandemiebedingten Erfordernisse geknüpft werden.
- › Im Zusammenhang mit der Terminvergabe und der Durchführungen von Impfungen entstehen auch seitens der KBV Aufwendungen. Die Regelung des § 105 Abs. 3 SGB V sollte daher auch diese Regelungen erfassen können.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon: 030 4005 1036
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.