

Berlin, 18. November 2014

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) zum Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vom 21.10.2014

Der vorliegende Referentenentwurf enthält eine Reihe von Regelungen zur Umsetzung von im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode bereits formulierten Absichten.

Auch wenn der Entwurf in seiner Umsetzung des Koalitionsvertrages nicht alle Erwartungen erfüllt, verdient es Anerkennung, dass diese Bundesregierung offensichtlich stärker als vorangegangene bestrebt ist, mit ihrer Gesetzesreform einer nachhaltigen, systematischen und versorgungswissenschaftlich begründeten Konzeption zu entsprechen.

Der Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung hat das meiste Potenzial zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität im deutschen Gesundheitswesen. Insbesondere mit seinen Vorschlägen über Gegenmaßnahmen bei Entstehung einer Unterversorgung, zur Qualifizierung des Entlassmanagements, zur Beseitigung der Überregulierung der Selektivversorgung und zur Förderung innovativer Versorgungsformen formuliert der Entwurf wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich.

Zugleich macht der Entwurf aber auch erneut deutlich, dass auf dem Weg bis zur Beseitigung der die gesundheitliche Versorgung hemmenden sektoralen Grenzen noch viele Hindernisse zu überwinden sind.

Vor diesem Hintergrund nimmt die DGIV zu ausgewählten Schwerpunkten des Referentenentwurfes für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wie folgt Stellung:

1. Die Budgetbereinigungspflicht für in der Selektivversorgung erbrachte Leistungen sollte als „kann-Bestimmung“ für die Krankenkassen ausgestaltet werden.

1.1

Der Entwurf hebt die Pflicht zur Substitution der Regelversorgung für Verträge gemäß § 140a (neu) auf. Da die Substitution von ambulanten Regelversorgungsleistungen die Grundlage dieser Budgetbereinigung bildet, wird es auf Kassenseite – was die Aufwendung von Mitteln zusätzlich zur Gesamtvergütung betrifft – ohnehin eine Neubetrachtung diesbezüglicher Investitionen in Projekte der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V geben. Dennoch würde die Budgetbereinigungspflicht immer noch ein erhebliches Hemmnis für Projekte darstellen, in denen ambulante Regelversorgungsleistungen Gegenstand der Versorgungsaufträge sind.

Deshalb haben sich bereits vor Veröffentlichung des Referentenentwurfes die Stimmen verstärkt, die als eine der erforderlichen Freiheiten der Partner dieser Verträge fordern, den Krankenkassen das Recht einzuräumen, projektkonkret frei entscheiden zu können, ob bzgl. der hier für ambulante Leistungen der Leistungserbringer gezahlten Vergütungen auf die Budgetbereinigung verzichtet wird oder nicht.

Die DGIV hat ihre dahingehenden Gedanken unter Punkt VI. ihres diesjährigen Positionspapiers "Stärkung der Integrierten Versorgung durch innovative Rahmenbedingungen" wie folgt formuliert:

VI. Budgetbereinigung der selektivvertraglichen Versorgung soll nicht mehr verpflichtend sein

Problem:

Beim Abschluss von Selektivverträgen müssen Vergütungszahlungen der Kassen an die Erbringer ambulanter Versorgungsleistungen gegenüber der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) entsprechend bereinigt werden. Die Aufsicht verlangt demgemäß Vertragsergänzungen mit den KVn im Vorfeld der Selektivverträge.

Forderung:

Wegfall der Bereinigungspflicht für Krankenkassen und Ersetzung durch eine „Kann-Bestimmung“, hilfsweise: Befreiung von der Pflicht zur Bereinigung für die Anfangsphase von bis zu 4 Jahren, wenn aufgrund der Wirtschaftlichkeit des Projektes auf anderem Wege Einsparungen erzielt werden oder wenn der Aufwand der Bereinigung in keinem Verhältnis steht. Für eine Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens muss die Möglichkeit zur Vereinbarungen von Pauschalen bestehen.

1.2

Mit der (weiteren) Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in der Selektivversorgung würde das Thema der Budgetbereinigung zumindest auch für Krankenhäuser in den Fällen eine Rolle spielen, in denen diese (nunmehr) auch in die Selektivversorgung übernommene ambulante Regelversorgungsleistungen, die Gegenstand der Gesamtvergütung sind, übernehmen können.

Aber auch bei stationären Selektivversorgungsleistungen, die Gegenstand der stationären Regelversorgungsbudgets sind, ist das Bereinigungsthema schon angesprochen worden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat allerdings zu diesen Themen noch keine eindeutige Position bezogen, sondern lediglich in seinem Sondergutachten 2012 u. a. auf folgendes verwiesen:

Fragen der Bereinigung sind auch von hoher Relevanz für den Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Eine unzulängliche Bereinigung im ambulanten Bereich kann die Entwicklung von sektorenübergreifenden Konzepten, insbesondere der integrierten Versorgung, erheblich behindern. Neben der Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung kann auch die Anpassung der Erlösbudgets von Krankenhäusern erforderlich sein, wenn z. B. durch Selektivverträge zuvor stationär erbrachte Leistungen von ambulanten Ärzten übernommen werden. Dieser Problemkomplex soll im Folgenden aber nicht thematisiert werden. (Ziff. 399)

Im Zusammenhang damit vermag der letzte Satz der Begründung des Referentenentwurfes zu § 140a Abs. 6 SGB V „Eine gesetzliche Bereinigungsregelung ist für stationäre Leistungen verzichtbar, da hier das Prinzip ‚Geld folgt der Leistung‘ gilt, d. h. bei verminderter Leistungserbringung vermindert sich auch das Krankenhausbudget.“ nicht zu überzeugen. Solange die Möglichkeit besteht, die Verringerung von Krankenhausleistungen in einem medizinischen Bereich des Krankenhauses durch Leistungserhöhungen in anderen Bereichen auszugleichen, dürfte die hier vorausgesetzte „Selbstbereinigung“ nicht funktionieren.

Ungeachtet dessen sollte auch eine etwaige Bereinigung stationärer Budgets für die Kassen lediglich als „kann-Bestimmung“ ausgestaltet werden.

2. Die besonderen Versorgungsformen gemäß § 140a SGB V (neu) sollten den Vertragspartnern auch neben der Integrierten Versorgung die Möglichkeit einräumen, den gesamten Schnittstellenbereich von ambulant und stationär selektivvertraglich zu erfassen.

2.1

Der Referentenentwurf hebt zunächst die §§ 73a, 73c, 140b, 140c, 140d auf und übernimmt ausgewählte, aber durchaus nicht alle Inhalte der Bestimmungen der §§ 140a bis 140d in eine neue Gestaltung des § 140a (neu).

Dabei werden im neuen § 140a die Strukturverträge gemäß § 73a und die besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c nicht ausdrücklich und unmittelbar im Gesetzestext - sondern lediglich in der Gesetzesbegründung - unter dem Begriff „besondere ambulante Versorgungsaufträge“ als mögliche Vertragsinhalte übernommen.

Nach allgemeinem Verständnis handelt es sich auch bei den Modellvorhaben gemäß §§ 63 ff. SGB V um integrierende Selektivversorgungsformen, die als besonderes Merkmal mit einer Evaluationspflicht und Pflicht zur Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse verbunden sind. Es besteht durchaus die Möglichkeit, diese Selektivversorgungsform gleichermaßen (mit) unter § 140a (neu) einzuordnen und in diesem Zusammenhang auch konkretisierende Vorgaben zur Evaluation der besonderen Versorgungsformen im Gesetz zu treffen.

2.2

Es ist festzustellen, dass jedenfalls das Gesetz den Begriff „besondere ambulante Versorgungsaufträge“ nicht definiert und klar abgrenzt. Daraus ergibt sich, dass unter diesem Begriff sehr viel mehr vereinbart werden kann, als Gegenstand der Verträge gemäß §§ 73a und 73c war.

§ 140a (neu) kann so verstanden werden, dass hier neben der um den möglichen Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigungen ergänzten bisherigen Versorgungsform Integrierte Versorgung nunmehr auch jedwede ambulanten Versorgungsaufträge unter Maßgabe der Bestimmungen der Absätze 2 bis 6 in einer sehr weitgehend freien Vertragsgestaltung vereinbart werden können. Jedenfalls macht der Referentenentwurf für diese besonderen ambulanten Versorgungsaufträge keine weiteren inhaltlichen Vorgaben im Gesetz, auch nicht etwa unter Heranziehung ehemaliger Inhalte der §§ 73a und 73c.

Damit steht es den Krankenkassen frei, mit welchen Partnern der Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a Abs. 3 SGB V (neu) sie in welcher Art und Weise ambulante Versorgungsaufträge vereinbaren. Auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung könnte in ihrer gesamten bei Aufnahme dieses Versorgungsbereiches in das Gesetz vom Gesetzgeber ins Auge gefassten stationärer ersetzenden Dimension nunmehr in bi- bzw. multilateralen Verträgen unter § 140a SGB V abgebildet werden.

2.3

Die DGIV hat sich immer gegen die Überregulierung in der Selektivversorgung ausgesprochen. Deshalb begrüßt sie auch grundsätzlich diesbezügliche Verbesserungen im Gesetz. Es wurden bereits erste Kritiken an einer vermeintlich unklaren Formulierung des neuen § 140a laut, insbesondere was Grenzziehungen bei den „besonderen ambulanten Versorgungsaufträgen“ betrifft. Es sollten in diesem Zusammenhang von Anfang an neue Rechtsunsicherheiten vermieden werden. Die Geschichte der Integrierten Versorgung bietet durchaus Beispiele, in denen erst durch höchststrichterliche Rechtsprechung den Vertragspartnern in den einzelnen Projekten die Grenzen des Machbaren aufgezeigt worden sind. Für die Entwicklung der Integrierten Versorgung waren solche späten grundlegenden Erkenntnisse nach Jahren der Vertragsarbeit nicht gerade dienlich.

2.4

Nach Auffassung der DGIV sollte im Prozess der Überwindung der sektoralen Trennung ein gewisses Gleichgewicht bei der Einbeziehung der klassischen Vertreter der Hauptsektoren ambulant und stationär (vertragsärztlicher Leistungserbringer und Krankenhaus) gewahrt werden. Dieses sensible Gleichgewicht sollte absehbar auch unter veränderten Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden. Es sollte eine weitgehende Ausgewogenheit des Zugangs zum jeweils anderen Sektor angestrebt werden, um nicht zusätzliche Widerstände im Prozess der Überwindung sektoraler Grenzen hervorzurufen und zugleich für die Annahme der damit verbundenen Veränderungen auf beiden Seiten ausreichende Anreize zu schaffen.

Derzeit ist festzustellen, dass den Krankenhäusern ein zunehmend stärkerer Zugang zum ambulanten Sektor eröffnet wird als den vertragsärztlichen Leistungserbringern der Zugang zum stationären Sektor. Dafür gibt es versorgungspolitische Gründe. Insbesondere das Problem der regionalen Unterversorgung spielt hier eine große Rolle.

Es gibt aber auch gute versorgungspolitische Gründe für eine Liberalisierung der Überwindung der Sektorengrenzen in der anderen Richtung. Mit einer Neufassung des § 140a sollte nicht nur weitgehende Vertragsfreiheit auf dem Gebiet der ambulanten Selektivversorgung geschaffen werden, sondern man sollte auch die bisher in der Regelversorgung nur sehr eingeschränkt genutzten Möglichkeiten zur Erbringung kurz-/teilstationärer Leistungen durch spezialisierte Praxiskliniken / MVZ / Facharztzentren in besonderen Versorgungsaufträgen verankern. Wie bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2012 festgestellt hat, können derzeit in verschiedenen Fächern dieselben Behandlungen in unterschiedlichen Teilsystemen erbracht und gänzlich anders abgerechnet werden. „Die Vergütung stationärer Kurzzeitfälle liegt derzeit deutlich über der ambulanten Vergütung, wodurch für Krankenhäuser ein Anreiz zur Auslastung und zum Erhalt vorhandener stationärer Kapazitäten entsteht.“ (SVR Gesundheit, Sondergutachten 2012, Ziff. 384). Auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung hat die bei ihrer Einführung in der Gesetzesbegründung formulierten stationärsersetzenden Ziele bisher nicht erreichen können.

2.5

Die DGIV hat in ihrem o. g. Positionspapier 2014 folgendes formuliert:

VIII. Anerkennung von MVZ/Facharztzentren/Praxiskliniken neben Krankenhäusern als Vertragspartner der Krankenkassen in zweiseitigen Selektivverträgen

Problem:

Die Regierungskoalition will zweiseitige Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern einführen. Es ist sinnvoll, den Krankenkassen nunmehr auch mehr Spielraum und Flexibilität im Abschluss von (zweiseitigen) Selektivverträgen mit ausgewählten Leistungserbringern einzuräumen. Diese Verträge könnten sehr gut und effizient auch mit anderen Selektivprojekten verknüpft werden. In diesem Zusammenhang wird allerdings vernachlässigt, dass in Deutschland auch eine erhebliche Zahl von zumeist ambulant operierenden MVZ, Facharztzentren und Praxiskliniken besteht, von denen sich ein beträchtlicher Teil bereits auch als (Kern-) Leistungserbringer in Selektivverträgen, auch zur Integrierten Versorgung, engagiert. Nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Gemeinschaften zur hochspezialisierten fachärztlichen Berufsausübung, die in der Regel auch die Voraussetzungen zur praxisklinischen Behandlung aufweisen, sind als – insbesondere stationärsersetzende – Leistungserbringer in der Selektivversorgung geeignet.

Forderung:

Den Krankenkassen ist die Möglichkeit einzuräumen, über die derzeit bestehenden Selektivversorgungsformen hinaus Selektivverträge mit ausgewählten Leistungserbringern (auch in zweiseitiger Gestaltung) abzuschließen. Als Partner dieser Verträge sind auf Leistungserbringerseite in der medizinischen Versorgung nicht nur Krankenhäuser, sondern auch spezialisierte MVZ,

Facharztzentren bzw. Praxiskliniken zuzulassen. Darüber hinaus ist eine Ausweitung dieser vertraglichen Freiheiten auf den Pflegebereich zu prüfen.

2.6

Da davon auszugehen ist, dass die vertragsärztliche kurzstationäre Behandlung von Patienten im Vergleich zu Kurzzeitfällen der Behandlung durch Krankenhäuser wirtschaftlicher ist und zudem auch gleichermaßen qualitätsgesichert erfolgt, sollte den Krankenkassen im Rahmen des § 140a nunmehr auch die Möglichkeit eröffnet werden, nicht nur „besondere ambulante“ sondern besser „besondere ambulante und kurzstationäre Versorgungsaufträge“ zu vereinbaren.

Das gilt umso mehr, als die Vergangenheit gezeigt hat, dass die durch das Gesetz eingeräumte Möglichkeit, eine solche kurzstationäre/praxisklinische Leistungserbringung im Rahmen der Integrierten Versorgung für vertragsärztliche Leistungserbringer unter Nutzung des stationären Zulassungsstatus von Krankenhäusern zu ermöglichen, aus naheliegenden Hinderungsgründen keine praktische Umsetzung gefunden hat.

3. Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren

3.1

Es ist erfreulich, dass der Referentenentwurf nunmehr die von der DGIV bereits in ihrem Positionspapier 2009 „Formen Integrierter Versorgung heute und morgen“ aufgemachte Forderung zur Abschaffung der Fachübergreiflichkeit als Voraussetzung für Gründung und Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren umgesetzt hat. Auch fachgleiche MVZ können wie alle anderen vertragsärztlichen Leistungserbringer wichtige Funktionen in ihrer Verknüpfung mit integrierenden Versorgungsformen wahrnehmen. Bezüglich der „Integrierten Versorgung unter einem Dach“ bilden sich zudem auch an anderer Stelle innovative Strukturen heraus.

3.2

Die Erweiterung des Gründerkreises der medizinischen Versorgungszentren auf Kommunen wird grundsätzlich begrüßt. Die Zukunft wird zeigen, wie sich die öffentlichen Träger dieser Einrichtungen im Wettbewerb positionieren werden und wie sie den Herausforderungen, die mit einer solchen medizinischen Versorgungsverantwortung verbunden sind, gerecht werden können. Mit dieser Neuregelung wird der Gründerkreis erweitert, jedoch nicht um die Träger, die bereits einmal bei Einführung der MVZ in das Gesetz zugelassen waren und später wieder ausgeschlossen wurden. Vor dem Hintergrund der Bemühungen, bestehenden oder drohenden Unterversorgungen im ambulanten Bereich zu begegnen, sollte eine solche Erweiterung jedoch zur Disposition stehen.

3.3

Der Forderung der DGIV nach Streichung des 3. Satzes in § 103 Abs. 4c SGB V (Privilegierung der MVZ in mehrheitlicher Ärzeträgerschaft im Nachbesetzungsverfahren) ist bisher nicht entsprochen worden. Das sollte nachgeholt werden.

4. Entlassmanagement

Insbesondere auch aus Sicht der Patienten war das bisherige Management der Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlassung aus der stationären Versorgung verbesserungswürdig. Der Referentenentwurf versucht, diese Lücken zu schließen. Dabei ist es grundsätzlich richtig, die Managementverantwortung beim entlassenden Krankenhaus zu belassen.

Wie weit jedoch diese Verantwortung durch eigene Verordnungen oder durch Übertragung von Aufgaben auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt zur lückenlosen Anschlussbehandlung wahrzunehmen ist, ist noch nicht ausreichend scharf umrissen. Die Gesetzesbegründung formuliert in diesem Zusammenhang: „Trotz der erweiterten Kompetenzen der Krankenhäuser bleibt es grundsätzlich die Aufgabe der Vertragsärzte, die ambulante Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen.“.

Da sich die Ansprüche der Patienten beim Entlassmanagement weiter gegen das Krankenhaus richten sollen, sind hier die Regelungen zur diesbezüglichen Schnittstelle zwischen der Leistungserbringung durch Krankenhaus und Vertragsarzt (ggf. in der auf Bundesebene abzuschließenden dreiseitigen Rahmenvereinbarung) präzise vorzunehmen.

5. Innovationsfonds

5.1

Der Referentenentwurf begründet den Zweck der Schaffung des Innovationsfonds für innovative sektorübergreifende Versorgungsformen damit, dass der Fonds „zur Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung und zur Entwicklung neuer Versorgungsformen, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen, mit einem Finanzvolumen von 300 Millionen Euro jährlich geschaffen“ wird. Die Definition der hier zu fördernden Versorgungsformen („neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden“) fällt allerdings im Gesetz (§ 92a Abs. 1) eher unscharf aus.

Einerseits ist es nachvollziehbar, die Förderung integrierender Versorgungsformen nicht von vornherein durch zu viele begrenzende Regelungen in ihrer Versorgungsrelevanz zu beschränken, andererseits dürfen die gesetzgeberischen Vorgaben auch nicht zu beliebig sein, um überhaupt eine Versorgungsrelevanz zu erreichen. Die zur Förderung anstehenden Beträge sind so beträchtlich, dass sie allemal eine stärkere gesetzgeberische Zielführung rechtfertigen. Das Gesetz sollte deshalb hier noch weitere konkretisierende Vorgaben machen und auch zur Verfahrensordnung des über die Mittelvergabe entscheidenden Ausschusses Veranlassungen treffen, die besser als es der vorliegende Gesetzesentwurf derzeit hergibt auf die Umsetzung der o. g. Zweckbestimmung für die Einführung des Fonds Einfluss nehmen.

5.2

Noch ist fraglich, wie die erforderliche Unabhängigkeit bei den außerhalb des Rechtsweges im vom Entwurf vorgesehenen Vergabeausschuss zu treffenden Entscheidungen gesichert werden kann. Es könnte sich als problematisch erweisen, gerade hier im Gremium auch Gruppenvertreter der potenziellen Antragsteller einzusetzen. Wenn schon dieser Weg gewählt wird, sollten zumindest die Möglichkeiten staatlicher Einflussnahme auf in jeglicher Hinsicht ausgewogene, sachgerechte Entscheidungen angemessen ausgebaut werden. So sollte auch auf die vom Ausschuss zu verabschiedende Verfahrensordnung Einfluss genommen werden.

5.3

Die DGIV hat vor Veröffentlichung des Referentenentwurfes ihre Stellungnahme zum bereits vom Koalitionsvertrag vorgesehenen zukünftigen Innovationsfonds abgegeben. Weitergehende Positionen der DGIV sind dieser Stellungnahme unter

<http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Politik/DGIV-Stellungnahme-zum-Innovationsfonds.pdf>

zu entnehmen.



Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Friedrichstraße 183, D-10117 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