

Berlin, 12. November 2020

**Zur GVWG-Anhörung am 19.11.2020 (10.30 – 16.30 Uhr)**

**Die Deutsche Gesellschaft für Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen e.V (DGIV) nimmt zu einzelnen Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wie folgt Stellung:**

**Stellungnahme zum §39d SGB V (Nr. 12):**

Nach anfänglichen Startschwierigkeiten ist die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)** seit ihrer Einführung im Jahr 2007 einer der wenigen gut funktionierenden Versorgungsbereiche, in dem auf gesetzlicher Grundlage Heil- und Pflegeberufe unterschiedlicher Qualifikationen und Bereiche konstruktiv und im Team gemeinsame Leistungsangebote erbringen. Sie ist damit einer der wenigen **Leistungsbereiche** des deutschen Gesundheitssystems, **in dem integriert, interdisziplinär, interprofessionell, intersektoral** und in einer selbst gewählten Teamorganisation Leistungen erbracht und abgerechnet werden können. Die genannten Startschwierigkeiten waren vor allem darauf zurückzuführen, dass die **ursprüngliche SAPV-Gesetzgebung** die SAPV-Teams dazu gezwungen hat, jeweils einzeln mit den Krankenkassen oder den regionalen Kassenverbänden Verhandlungsgespräche zu führen. Die SAPV ist damit zu einem **Wettbewerbsfeld geworden**, das gerade für Palliativleistungen nicht angezeigt und für die SAPV-Team oft auch organisatorisch nicht zu leisten ist.

Die DGIV **begrüßt** daher die nun im GVWG niedergelegten **Änderungen ausdrücklich**. Sie setzen fest, dass **SAPV-Leistungen** von den **regionalen Kassenverbänden in Zusammenarbeit mit den Kommunen einheitlich und gemeinsam angeboten, koordiniert und finanziert werden müssen**. Damit übertragen sie die Organisationsverantwortung an die eigentlich verantwortlichen Strukturen und entlasten die SAPV-Teams von wettbewerblichen und organisatorischen Aufgaben. Mit der jährlichen Fördersumme von max. 15.000 Euro werden organisatorische Aufgaben potentieller SAPV-Teams zusätzlich finanziell flankiert und Weiterbildungsmaßnahmen gefördert. Auch eine **Evaluation der Maßnahmen bis zum 31. März 2025** erscheint der **DGIV sinnvoll**.

Aus Sicht der DGIV sollte allerdings **zukünftig intensiv darauf hingearbeitet werden**, die bislang **isolierten „Inseln“** einer **integrierten, interdisziplinären, interprofessionellen und intersektoralen Leistungserbringung zu vernetzen** und miteinander in Beziehung zu bringen. Bereits jetzt ergeben sich **Berührungspunkte** zwischen der **Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung nach § 39d** und der **Ambulanten Spezialfachärztlichen Versor-**

**gung (ASV) nach § 116b** - wobei in der ASV die dort geforderte Teambildung nicht auf weitere, nicht-ärztliche Heilberufe ausgeweitet werden kann. Auch in den bisherigen (und zukünftigen) Disease Management Programmen sind entsprechende Kooperationen nicht in solchem Maße möglich, wie in der SAPV (siehe hierzu auch unsere untenstehende Stellungnahme zum DMP Adipositas). In vielen Bereichen könnte also der **Organisation der SAPV ein Modellcharakter** zukommen, der auch für die kurativen Leistungsbereiche des SGB V eine Vorbildfunktion haben sollte. Die dringende **Anregung der DGIV** lautet also, hier für **stärkere Stringenz** und **miteinander verschränkte Versorgungskonzepte innerhalb des gesamten SGB V** (und ggf. auch darüber hinaus) Sorge zu tragen.

### **Stellungnahme zum § 118 Abs. 2 SGB V (Nr. 29):**

Die DGIV begrüßt die **Integration psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen** in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §92 Abs. 6. Vor allem bei einer **Unterversorgung im ambulanten Bereich** wird damit eine Behandlung psychiatrische und psychosomatischer Patienten über die Sektorengrenzen hinweg deutlich **erleichtert**.

Allerdings gibt die DGIV grundsätzlich zu bedenken, dass **auch die ambulante Versorgung** in einzelnen **Versorgungsbereichen Potentiale** hat, stationäre Versorgungslücken zu kompensieren. Es wäre also darauf zu achten, dass zum einen die **erweiterten Möglichkeiten** psychiatrischer und psychosomatischer **Institutsambulanzen** nicht dazu führen, **bestehende ambulante Versorgungsangebote zu verdrängen** und dass zum anderen der ambulanten Versorgung in gleichem Maße Möglichkeiten eingeräumt werden, **stationäre Versorgungsdefizite zu kompensieren**, wie umgekehrt. Hier sehen wir die Gefahr ein grundsätzlichen Schiefelage zu Ungunsten ambulanter Leistungserbringer.

### **Stellungnahme zum § 136a SGB V (Nr. 34):**

Der vorliegende Referentenentwurf zum GVWG sieht vor, „Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern“.

Es ist aus Sicht der DGIV **begrüßenswert**, dass die Änderungen des § 136a vorsehen, sowohl **Qualitätsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung** als auch **aus den Krankenhäusern** im Sinne eines transparenteren, einrichtungsübergreifenden **Qualitätsvergleichs intensiver zu nutzen**. Besonders lobenswert ist die Betonung auf **Allgemeinverständlichkeit**.

Jedoch sollte diese Betrachtung die mittlerweile zahlreich vorhandenen **intersektoralen Versorgungsformen mit einbeziehen**. Für diese liegen zwar häufig wissenschaftliche Veröffentlichungen oder separate Berichte vor. Um langfristig die Regelversorgung in Richtung intersektorale Zusammenarbeit zu entwickeln, muss für Patientinnen und Patienten jedoch schnell, zentral und transparent ersichtlich sein, welche Vorteile ihnen z.B. bei der Hüft-Endoprothesen Operation in einem Vertrag nach § 140a SGB V gegenüber der Regelversorgung entstehen.

Dazu sollte mittelfristig ein **Rahmenwerk** für eine **versorgungsformunabhängige und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung** geschaffen werden mit dem Ziel **indikationsbezogener Vergleiche** zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten. Kurzfristig sollten sich selektivvertragliche Angebote in den bislang angestrebten Auswertungen freiwillig listen lassen können.

### **Stellungnahme zum § 137f SGB V (Nr. 39):**

Die DGIV **begrüßt** die **geplante Etablierung eines Strukturierten Behandlungsprogramm zur Behandlung der Adipositas**. Seit ihrer Etablierung im Jahr 2002 erleichtern so genannte Disease Management Programme (DMP) die interdisziplinäre Kooperation der Leistungserbringer – ausdrücklich auch über die Sektorengrenzen hinweg. Sie können damit zu einem wichtigen Baustein einer zukünftig komplett integrierten Versorgungslandschaft werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Etablierung eines DMP Adipositas zu begrüßen.

Die DGIV gibt aber in diesem Fall zu bedenken, dass die **Adipositas-Therapie** zu großen Teilen **auch nicht-ärztliche Heilberufe umfassen muss**. Wir regen daher an, dem Gemeinsamen Bundesausschuss in diesem Fall **in Erweiterung der Richtlinie nach Absatz 2 ausdrücklich auch die Berücksichtigung anderer nicht-ärztlicher Heilberufe** (beispielsweise Ernährungsberatung, Sport- und Physiotherapie) **zur Aufgabe zu machen**. – Siehe hierzu auch unsere obenstehende Stellungnahme zu den geplanten Änderungen des § 39d SGB V.

### **Impressum**

Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.  
Wartburgstraße 11, D-10823 Berlin  
Tel.: 030 - 7844192  
Mail: [info@dgiv.org](mailto:info@dgiv.org), Web: [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org)  
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorsitzender des Vorstandes