



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines
Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) vom 06.08.2020

Berlin, 26.08.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	3
Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V.....	3
Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) – § 140a Absatz 2 Satz 4 SGB V	4
Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) – § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V (neu)	5
Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) – § 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 8 SGB V (neu)	5
Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe d) – § 140a Absatz 3b SGB V (neu)	6

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der vorliegende Referentenentwurf eines Versorgungsverbesserungsgesetzes (GPVG) greift Regelungsbedürfnisse aus unterschiedlichsten Versorgungsbereichen auf.

Adressiert werden die Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19 Pandemie, erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge, die Förderung von Hebammenstellen, Sicherstellungszuschläge für die Kinder- und Jugendmedizin, die Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie weitere Regelungen aus dem Pflegebereich.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Vorverlegung der Frist zur Einbeziehung von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Vorgaben für Sicherstellungszuschläge. Angesichts der bestehenden Probleme und Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bedarf es jedoch im nächsten Schritt eines umfassenden Versorgungs- und Finanzierungskonzeptes und entsprechender rechtlicher Vorgaben um Versorgungslücken schließen und eine flächendeckende Versorgung vorhalten zu können.

Die erweiterten Möglichkeiten für die Ausgestaltung regionaler Versorgungsnetzwerke im Rahmen von Selektivverträgen und die Möglichkeiten der Innovationsförderung werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich positiv bewertet. Insbesondere für die Einbindung weiterer Leistungserbringer, wie zum Beispiel für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen oder aber die Einbindung von Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen sowie von nicht zugelassenen Leistungserbringern, müssen sehr klare Regelungen getroffen werden, um eine Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die Bundesärztekammer nimmt hierzu im folgenden Abschnitt Stellung und unterbreitet konkrete Änderungsvorschläge.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Änderungsantrag 2: Selektivverträge

Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Besondere Versorgungsverträge sollen auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern in deren jeweiligen Versorgungsbereichen möglich sein. Dabei wird in der Begründung des Änderungsantrages ausgeführt, dass damit keine Ausweitung der Tätigkeit über den Zulassungs- oder Berechtigungsstatus oder die für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen verbunden sein soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer kommt die vorgenannte Intention des Änderungsantrages im Wortlaut der geplanten Neuregelung nicht hinreichend zum Ausdruck. Zum einen bezieht sich das Wort „dafür“ („der dafür berechtigten Leistungserbringer“) auf die „besonderen Versorgungsaufträge“, die durch die Verträge gerade erst begründet werden. Die Formulierung könnte daher in der Rechtsanwendung missverstanden werden, wenn die in der Begründung wiedergegebene Begrenzung im Normtext keinen Niederschlag findet. Zum anderen ergibt sich aus dem Gesetz nicht, dass der Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus auch in quantitativer Hinsicht nicht erweitert werden darf. Ohne diese Klarstellung wäre es z. B. denkbar, dass ein Arzt, der aufgrund der Bedarfsplanung nur einen

halben vertragsärztlichen Versorgungsauftrag wahrnehmen darf, diesen über einen besonderen Versorgungsauftrag auf einen vollen Versorgungsauftrag aufstockt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Nach Satz 2 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Die Berechtigung ergibt sich nach Art und Umfang und unter Beachtung der für den Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen nach deren jeweiligen Zulassungs-, Ermächtigung- oder Berechtigungsstatus.“

Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) – § 140a Absatz 2 Satz 4 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei nach § 92a SGB V geförderten neuen Versorgungsformen sollen die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V und die Anforderungen des zweiten Halbsatzes von § 140a Absatz 2 SGB V als erfüllt gelten. Zugleich soll auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung, der bisher spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge vorliegen musste, entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Änderung wird damit begründet, dass mit der Förderentscheidung bereits eine Aussage über das Innovationspotential der Versorgung getroffen worden sei, so dass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 SGB V an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 3 SGB V an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird damit einer notwendigen Evaluation von Nutzen und Schaden einer neuen Versorgungsform vorgegriffen.

Nur weil der Innovationsausschuss des G-BA ein Vorhaben nach § 92a SGB V als förderungswürdig einstuft, bedeutet dies noch nicht, dass die neue Versorgungsform sich später auch tatsächlich als Bereicherung der Versorgungslandschaft herausstellt.

Die Bundesärztekammer spricht sich deutlich dagegen aus, bereits die Förderzusage des Innovationsausschusses als ausreichende Grundlage für die Erfüllung der Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V heranzuziehen. Vielmehr müssen die Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung, die nach Abschluss des geförderten Vorhabens ausgesprochen werden, in eine solche Entscheidung obligatorisch einbezogen werden.

Zudem würde eine solche Regelung in den Krankenkassenwettbewerb eingreifen. Die Fiktion führt dazu, dass die Aufsichtsbehörde den konkret geförderten und dann weitergeführten Vertrag nicht beanstanden kann, wohl aber einen anderen, den sie im Gegensatz zur konkurrierenden Krankenkasse für nicht gleichartig zu dem geförderten und dann weitergeführten Projekt ansieht. Dem könnte allenfalls begegnet werden, wenn die Regelung dahingehend erweitert würde, dass die Krankenkasse, welche die geförderte Versorgungsform übernehmen will, einen Anspruch gegenüber dem Innovationsausschuss auf Feststellung der Gleichartigkeit erhält.

Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) – § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen sollen auch die Vertragspartner der Krankenkassen oder Dritte übernehmen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Begründung führt aus, dass die genannten Aufgaben auf „geeignete“ Dritte übertragen werden dürfen und nennt als nachvollziehbares Beispiel Sozialarbeiter, die vulnerable Versichertengruppen aufsuchend beraten. Der vorgeschlagene Normtext verzichtet jedoch auf jegliche qualitätssichernde Kriterien. Auch ist die Transparenz der Aufgabenwahrnehmung durch Dritte nicht hinreichend, um der Gefahr zu begegnen, dass der eingeschaltete Dritte keine inakzeptablen Interessenkonflikte hat. Denn Vertragspartner, denen die Managementaufgaben übertragen werden könnten, können nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und 6 auch pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Der einzufügende Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenhäuser zur Versorgung der Versicherten dürfen durch Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 4 oder 7 oder neutrale sowie geeignete Dritte erbracht werden.“

Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) – § 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 8 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vertragspartner der Krankenkassen sollen zukünftig auch „Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3“ sein können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Verweis führt dazu, dass (neue) Vertragspartner auch „Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie“ und „Forschungseinrichtungen“ bzw. deren Träger sein können. Die in § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummern 1 und 4 genannten Anbieter können bereits nach geltendem Recht, und zwar nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 6 Verträge abschließen, und zwar auch dann, wenn sie keine digitalen Dienste und/oder Anwendungen anbieten.

Allerdings ist der Katalog des § 68a Absatz 3 nicht abschließend, denn die Aufzählung wird durch das Wort „insbesondere“ eingeleitet. Das Gesetz sollte daher auch insofern klarer gefasst werden. Schließlich sollte die Abschlussbefugnis auf Verträge beschränkt sein, die digitale Anwendungen beinhalten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zur Klarstellung schlägt die Bundesärztekammer folgende Fassung vor.

"8. Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummern 2 und 3, soweit der Vertrag digitale Dienste und Anwendungen beinhaltet."

Artikel 1, Nr. 3., Buchstabe d) – § 140a Absatz 3b SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vertragspartner der Krankenkassen im Wege der Sach- oder Dienstleistung sollen in Einzelfällen, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegt, zukünftig auch nicht zugelassene Leistungserbringer sein können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Zulassung obliegt, zumindest im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, namentlich den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Zulassungsausschüssen. Diese können über das Instrument der Ermächtigung ebenso wie über Sonderbedarfszulassungen Versorgungslücken schließen. Die beabsichtigte Neuregelung führt dazu, dass Entscheidungen über die Berechtigung zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen allein Krankenkassen treffen. Es bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer in diesen Fällen stattdessen des Einvernehmens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder Zulassungsausschüssen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen diese Neuregelung aus. Die Einbindung nicht zugelassener Leistungserbringer über Selektivverträge bedarf zumindest weitergehender regulatorischer Vorgaben und einer vorhergehenden intensiven Erörterung mit den Interessenvertretern der zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer.