

Stellungnahme
des Bundesverbands Managed Care
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
(BT-Drs. 18/4095)

Der Bundesverband Managed Care begrüßt die Vorlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) durch die Bundesregierung. Der Gesetzesentwurf steht in einer Linie mit den gesundheitspolitischen Gesetzesinitiativen der vergangenen Jahre, in denen der Fokus auf der Reform der Versorgungsstrukturen und der Stärkung der Versorgungsqualität liegt. Der sukzessive Umbau des Gesundheitssystems zugunsten einer stärkeren Öffnung für Versorgungsinnovationen und eines Abbaus sektoraler Hürden wird damit aus Sicht des Bundesverbands Managed Care konsequent weiter vorangetrieben.

Nachfolgend nehmen wir zu den Themen Stellung, die eine zentrale Rolle im Rahmen des GKV-VSG einnehmen und zu den Kernthemen des BMC zählen.

I. Einrichtung des Innovationsfonds (Nr. 40 - §§ 92a u. 92b SGB V)

Der BMC begrüßt die Einführung eines Innovationsfonds. Dieser bietet die Chance, der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zusätzliche Dynamik zu verleihen. Damit sich diese Erwartungen erfüllen, sind folgende Aspekte aus Sicht des BMC zentral:

Die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise in den Innovationsausschuss muss sichergestellt sein.

Der BMC begrüßt die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats. Dieser sollte jedoch auch eine relevante Rolle in der Antragsentscheidung erhalten, beispielsweise indem dem Innovationsausschuss zumindest eine Begründungspflicht bei abweichendem Votum auferlegt wird. Damit ließe sich die Gefahr verringern, dass die Antragsentscheidungen der jeweiligen Bänke Teil von „Deals“ im Zusammenhang mit anderen G-BA-Entscheidungen werden.

Die Einschränkung der Antragsberechtigten sollte gelockert werden.

Die Fähigkeit, innovative Ansätze zu entwickeln, sieht der BMC bei mehr Akteuren als denjenigen, die bisher im Gesetzesentwurf zur Antragsstellung berechtigt sind. So wären beispielsweise Städte und Kommunen sowie Unternehmen, wie Managementgesellschaften, zu ergänzen.

Es sollten einheitliche Qualitätskriterien für die Evaluation entwickelt und angewendet werden.

Ein Ziel des Innovationsfonds ist es, Evidenz zu neuen Versorgungsansätzen zu generieren. Dafür bedarf es aussagekräftiger und vergleichbarer Evaluationsergebnisse. Demzufolge sollten einheitliche Qualitätskriterien für die Evaluation entwickelt werden. Dafür wäre ein partizipatives Verfahren, das auch weitere Interessengruppen einbezieht, wünschenswert.

Innovationen dürfen nicht durch enge Fristsetzung erstickt werden.

Innovationen benötigen eine angemessene zeitliche Anlaufphase, bevor sich Effekte realistisch messen lassen. Die jetzige Festlegung, den Erfolg des Innovationsfonds anhand des engen Zeitraums zwischen Start des Innovationsfonds und Zwischenevaluation, läuft somit Gefahr, dem Fonds von vornherein wenig Überlebensfähigkeit über einen längeren Zeitraum zuzusprechen. Es wäre daher wünschenswert, dass erst nach vollständigem Abschluss der 4-jährigen Förderperiode und der Evaluation dieser Projekte eine Entscheidung über den Fortbestand des Fonds gefällt wird. Darüber hinaus sollte eine Verzögerung des Starts des Innovationsfonds vermieden werden, indem der G-BA bzw. der Innovationsausschuss schnellstmöglich die Förderrichtlinien erlässt.

**II. Einführung der ‚besonderen Versorgung‘
 (Nr. 69 - § 140a SGB V i.V.m. Nr. 24 - § 71 SGB V)**

Die Zusammenfassung der bisherigen Vertragsparagrafen im Rahmen eines neuen § 140a SGB V als selektivvertragliche Generalklausel ist aus Sicht des BMC ein richtiger Schritt zur Eröffnung neuer Handlungsspielräume und zur Vereinfachung der Vertragslandschaft. Begrüßenswert ist auch die Verlängerung der Frist für den Wirtschaftlichkeitsnachweis auf vier Jahre, die ausdrückliche Möglichkeit, Verträge zur Organisation der Versorgung zu schließen, und die Vereinfachung der Festlegungen für die Budgetbereinigung.

Die möglichen Vertragspartner sollten ergänzt werden.

Um dem Gedanken einer vollumfassenden integrierten Versorgung, die auch über das Gesundheitssystem hinausgeht, Rechnung zu tragen, sollten weitere Akteure teilnahmeberechtigt sein, insbesondere die Träger von Rehabilitationsmaßnahmen und andere soziale Träger.

Wettbewerbliche Verzerrungen sind durch die Anpassung der aufsichtsrechtlichen Vorgaben und einheitliche Standards für die Budgetbereinigung einzudämmen.

Der Entfall der Vorlagepflicht von Selektivverträgen gegenüber der Aufsicht ist zu begrüßen und stellt eine Chance dar, neue Impulse für die Selektivvertragslandschaft zu setzen. Die Einführung eines neuen Beanstandungsrecht für die Aufsichtsbehörden verbunden mit der Möglichkeit, ein Zwangsgeld in Höhe von bis zu € 10 Mio. bei einer erheblichen Rechtsverletzung zu verhängen, droht diese Chance direkt wieder zu konterkarieren. Aus Sicht des BMC e. V. sind die bisherigen Instrumente der Aufsicht ausreichend, um Missbrauch zu verhindern. Eine Verschärfung der aufsichtsrechtlichen Befugnisse im Rahmen des § 71 SGB V lehnen wir daher ab. Darüber hinaus sollte darauf hingewirkt werden, dass keine Wettbewerbsvor- oder -nachteile daraus entstehen, welche Aufsicht zuständig ist. Ein weiteres Hemmnis für die integrierte Versorgung bestand bisher in den Regelungen zur Budgetbereinigung. Diese sollte nach bundesweit einheitlichen Standards erfolgen, um Fehlanreize zu vermeiden und den Aufwand dafür zu reduzieren.

**III. Reform der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen:
 Entlassmanagement, Flexibilisierung der ambulanten Leistungserbringung und
 Umbau der Krankenhauslandschaft**

Ein besseres Entlassmanagement ist einer der Schlüssel zum Abbau der Sektorengrenzen – die Neuerungen sollten jedoch um Qualitätsanreize ergänzt werden.

Die Berechtigung der Krankenhäuser, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel für einen begrenzten Zeitraum nach Entlassung zu verordnen, stellt einen erheblichen Fortschritt zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen an den Sektorengrenzen dar. Um darüber hinaus

Qualitätsanreize zu setzen, sollten auch die Beratung, die Koordination und das Monitoring des Entlassplans, differenziert nach Patientenbedarf, gesondert vergütet werden. Darüber hinaus ist das Entlassmanagement in die Maßnahmen der Qualitätssicherung und -transparenz einzubeziehen.

Die Flexibilisierung der ambulanten Leistungserbringung stärkt die wohnortnahe Versorgung – sie sollte durch gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle ambulanten Leistungserbringer weiter vorangetrieben werden.

Der BMC begrüßt die Flexibilisierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung, insbesondere die Stärkung der MVZ, Praxisnetze und weiteren ambulanten Versorgungsunternehmen sowie die verbesserten Konditionen für die Anstellung ambulant tätiger Ärzte. Diese sind zentral, um den sich verändernden Bedürfnissen der jungen Medizinergeneration Rechnung zu tragen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Diese Flexibilisierung sollte daher konsequent weiter vorangetrieben werden. Darüber hinaus sind weitere gesetzliche Veränderungen notwendig, um die systematische Benachteiligung neuerer Betriebsformen (insbesondere hinsichtlich Zulassung, Beschäftigung und Abrechnung) zu beenden.

Die Erneuerung der Versorgungsstrukturen muss mit einer umfassenden Reform der Krankenhauslandschaft einhergehen.

Die Bundesregierung sollte die dringend notwendige Reform der Krankenhauslandschaft angehen: Neben dem Abbau bestehender Überkapazitäten und der Schließung zu kleiner Einheiten gilt es, den Übergang von Anreizen zur Mengenausweitung hin zur Qualitätsorientierung zu realisieren. Darüber hinaus muss die Investitionslücke in die bauliche, apparative und IT-Infrastruktur geschlossen werden. Diese Maßnahmen können nur durch eine flächendeckende Krankenhausreform im Konsens von Bund und Ländern umgesetzt werden.

Berlin, 20. März 2015