

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf für ein
Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)
vom 8. April 2024

25. April 2024

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



BMC-STELLUNGNAHME ZUM GVSG-REFERENTENTWURF

GRUNDSÄTZLICH

Ausweislich seines Titels soll das GVSG zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen beitragen und damit auf die Zusammenarbeit regionaler Versorgungspartner setzen. Dieses auch aus BMC-Sicht lohnende Ziel wurde in früheren Arbeitsentwürfen mit durchaus vielversprechenden Ansätzen wie z. B. der Option zur Kooperation in Gesundheitsregionen oder Einrichtung von Primärversorgungszentren verfolgt, die im nun vorliegenden Referententwurf nicht mehr enthalten sind. Zurück bleibt ein vollkommen entkerntes Gesetz ohne ein einziges innovatives Element, von dem nahezu keine strukturelle Weiterentwicklung ausgeht.

In seiner jetzigen Form ist das GVSG ein zusammenhangloser Katalog von Einzelmaßnahmen, die zwar singulär betrachtet verständlich sein mögen, aber kein erkennbares Zielbild von Versorgung verfolgen. Dies wird auch am fehlenden Bezug zur parallellaufenden Krankenhausreform (KHVVG) deutlich. Sie bietet z. B. mit der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen neue Möglichkeiten für Primärversorgung, die regionalspezifisch ausgestaltet werden müssen. Auch die Ambulantisierung von Leistungen kann nur in einem verbundenen Ansatz erfolgreich weiterentwickelt werden.

Der BMC plädiert dringend dafür, das GVSG als Startpunkt für eine Transformation der Strukturen hin zu einer vernetzten und auf multiprofessioneller Zusammenarbeit basierenden Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu nutzen. Mit immer kleinteiligeren bundesweiten Vorgaben, die Versorgungsakteure mit Bürokratie belasten und ihren Ideenreichtum ausbremsen, wird dies nicht gelingen. Stattdessen braucht es einen dezentralen Ansatz, der auf die Innovationskraft, die Praxiserfahrungen und den Kooperationswillen der Akteure vor Ort setzt. Entsprechende Freiheitsgrade vorausgesetzt, können Regionen Orte der Transformation sein, an denen eine gemeinsam von den Versorgungspartnern verantwortete und am regionalen Bedarf ausgerichtete Versorgung praktisch umgesetzt und erfahrbar wird. So verstanden, ist Regionalisierung der Schlüssel, um die Ziele des GVSG doch noch erreichen zu können.

Konkret ist es aus BMC-Sicht erforderlich, die in den Arbeitsentwürfen zum GVSG enthaltenen Formulierungsvorschläge zu Primärversorgungszentren (§ 73a SGB V) bzw. Gesundheitsregionen (§ 140b SGB V) zu optimieren und im weiteren Gesetzgebungsverfahren wieder aufzunehmen (siehe unten: „Zusätzlicher Handlungsbedarf“), damit vom GVSG tatsächlich ein Impuls zur Stärkung der Versorgung vor Ort ausgeht.

IM EINZELNEN

Nr. 8a)-c) § 87 (2b), (2d) & (2n) SGB V:

Für die hausärztliche Versorgung werden jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschalen für chronisch erkrankte Versicherte sowie Vorhaltepauschalen eingeführt, die an bestimmte Qualitätsvoraussetzungen geknüpft sind.

- Der BMC unterstützt den Ansatz, Einzelleistungen zusammenzufassen und ihre Vergütung zu pauschalieren. Dies reduziert nicht nur die Gefahr von Fehlanreizen und bürokratischen Abrechnungsaufwand, es ist auch Voraussetzung für den Aufbau größerer, fachübergreifender Versorgungseinheiten.
- Die Kooperation mit weiteren Leistungserbringenden in Versorgungsnetzen sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit, wie sie z. B. in Primärversorgungszentren erfolgen kann, sollte als weitere Voraussetzung für die Abrechnung der Vorhaltepauschale ergänzt werden. Die Regelung sollte zudem als Auftakt für weitere Pauschalierungen gesehen werden, z. B. in Form von Komplexpauschalen bei Kontakten mit mehreren Ärzt:innen.

Nr. 12 j) § 92 (7h) SGB V:

Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sollen ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung sowie sie betreffende Aufgabenbereiche erhalten.

- Die Leistungen der Pflegefachberufe sind für eine funktionierende Gesundheitsversorgung unerlässlich. Im Zuge der Weiterentwicklung und Akademisierung wird ihre Bedeutung künftig weiter zunehmen. Ihre Beteiligung an Beratungen und Entscheidungen des G-BA ist daher ein überfälliger Schritt, den der BMC nachdrücklich begrüßt.

Nr. 13 § 95 (2) Satz 6 SGB V:

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH wird die Möglichkeit geschaffen, die gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen, um insbesondere Kommunen die MVZ-Gründung zu erleichtern.

- MVZ bieten aus Sicht vieler Ärztinnen und Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen (u.a. Anstellungsverhältnis, mögliche Teilzeitbeschäftigung). Damit werden auch diejenigen, die eine selbständig betriebene Einzelpraxis nicht wünschen, für die Versorgung gewonnen und tragen in zunehmendem Maße zur Sicherstellung der Versorgung bei. Die Erleichterung der Gründung von MVZ als Betriebsform ist daher – unabhängig von der Trägerschaft – sinnvoll.

Nr. 24 b) § 217f (4) SGB V:

Zur Verbesserung der Transparenz für GKV-Versicherte sollen Krankenkassen künftig Kennzahlen zu ihrer Service- und Leistungsqualität erheben, die standardisiert auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen sind.

- Der BMC setzt sich für einen fairen Kassenwettbewerb ein, der durch verständlich aufbereitete und zugängliche Qualitätsinformationen gefördert wird. Die Neuregelung wird daher unterstützt.
- Ebenso wichtig ist aus BMC-Sicht eine stärkere Qualitätstransparenz auf Seiten der Leistungserbringenden. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wurde bereits mehr Übersichtlichkeit über die Qualität stationärer Leistungen angestrebt. Das GVSG sollte die Entwicklung von Indikatoren für patientenrelevante Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität, die auf verfügbaren Daten aufbauen, nun auch im ambulanten Bereich anschieben.

ZUSÄTZLICHER HANDLUNGSBEDARF

In seiner jetzigen Form ist das GVSG nicht in der Lage, sein Ziel einer Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune zu erreichen. Abgesehen von der geplanten Regelung zur Vereinfachung von MVZ-Gründungen bezieht es sich nicht einmal mehr auf diese Ebene. Der BMC plädiert dringend dafür, mit dem GVSG Gestaltungsspielräume für eine dezentral umsetzbare regionale digital-ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Konkret müssen dafür folgende Punkte ins Gesetz aufgenommen werden:

- Die Ziele regionaler Versorgung und der damit verbundene Auftrag an regionale Versorgungsakteure müssen benannt werden:
 - Eine populationsbasierte Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung durch Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Leistungen des SGB V sowie der Pflege, der Rehabilitation und weiterer relevanter Leistungsbereiche
 - Die Verringerung zukünftiger Morbiditätslast und eine später einsetzende und geringere Pflegebedürftigkeit im Alter durch zielgruppenspezifische Präventionsangebote
 - Ein flächendeckender Zugang und die Koordination von Versorgungsleistungen inkl. des Managements chronischer und komplexer Erkrankungen, z. B. durch die Einbeziehung von DMPs in regionale Versorgungskonzepte
 - Patientenzentrierung und -aktivierung sowie Koordination der „Patient Journey“ durch die verschiedenen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten insbesondere mit Hilfe neuer Organisationsformen, Versorgungsstrukturen und -prozessen und digitaler Möglichkeiten auch unter Einbeziehung neuer outcomeorientierter Vergütungsformen
- Die Initiative für regionale Versorgung sollte von allen Versorgungsakteuren (nicht nur Kreisen und kreisfreien Städten) ausgehen können. Innovative Ideen sind vor allem aus der Versorgungspraxis z. B. von Ärztenetzen, Kliniken, der Pflege oder Krankenkassen zu erwarten. Sie sorgen für Vielfalt und ermöglichen Regionen, voneinander zu lernen. Grundlage muss ein am Bedarf orientiertes bevölkerungsbezogenes Versorgungskonzept sein, zu dessen Umsetzung ein regionaler Versorgungsvertrag zwischen Versorgungspartnern (Kommunen ebenso wie Leistungserbringenden) und Kranken- und Pflegekassen verhandelt wird. Dabei sollten die teilnehmenden Kassen ein Quorum von mindestens 70 Prozent der Versicherten in der Region erreichen. Alle übrigen Kassen lassen den Vertrag gegen sich gelten und können jederzeit nachträglich beitreten.
- Um innovative Versorgungsmodelle, bürokratiearme und anwendungsnahe Lösungen umsetzen zu können, brauchen regionale Versorgungspartner konkrete Freiheitsgrade z. B. zum Austausch von Versorgungsdaten oder für die interprofessionelle Zusammenarbeit, mit denen sie im Rahmen der Regionalverträge von bundesweiten Regelungen abweichen können. Diese müssen im GVSG benannt werden, um Rechtssicherheit für die Vertragspartner zu schaffen. Qualitätsvorgaben für regionale Versorgung sollten bundesweit definiert werden, womit der G-BA beauftragt werden kann.
- Als ein neues Betriebsmodell für die multiprofessionelle, kooperative und koordinierende Grundversorgung sollten Kommunen trägeroffene Primärversorgungszentren initiieren können, und zwar nicht nur in unterversorgten Regionen. Diese sollten mindestens hausärztliche Versorgung sowie die mit dem KHVVG geplanten Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen einbeziehen und in ein regionales Versorgungsnetz eingebunden werden.

- Wesentliches Element einer regional und sektorenübergreifend vernetzten Versorgung ist eine Steuerung der Patienten bzw. eine Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen durch ein Care und Case Management (Patientenlotsen). Dies kann unmittelbar in Primärversorgungszentren angesiedelt werden, sollte durch regionale Versorgungspartner aber auch in anderen vor Ort existierenden Strukturen implementiert werden können. Die in früheren Arbeitsentwürfen des GVSG zu findende zusätzliche Vergütung dieser Leistungen aus dem EBM ist dafür sachgerecht.
- In Regionalverträgen sollte auch eine alternative Vergütung vereinbart werden können. Die in früheren GVSG-Entwürfen geplante Auslagerung auf ergänzende Verträge nach § 140a Absatz 2 SGB V oder Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 SGB V würde eine Einschreibepflicht der Versicherten für die regionale Versorgung erfordern, die nicht sinnvoll ist. Sie sollte allein auf besondere Versorgungsangebote beschränkt bleiben, in denen sich der Versicherte zu einer besonderen Mitwirkung verpflichtet. Eine Verknüpfung von Regionalverträgen mit §§ 63c oder 140a SGB V würde die regionale Versorgung zudem auf die begrenzten Möglichkeiten der Modellvorhaben bzw. der Besonderen Versorgung reduzieren und damit innovative regionale Ideen ausbremsen.
- Um einen Anreiz für den Start von regionaler Versorgung zu bieten, sollte ein Teil des im KHVVG geplanten Transformationsfonds für Krankenhäuser oder des Innovationsfonds für deren Ingangsetzung zur Verfügung stehen. Beide Fonds verfolgen das Ziel, Struktur- und Prozessverbesserungen in der Versorgung zu fördern, was in regionalen Versorgungsnetzen umgesetzt werden kann. Daher ist eine Verwendung ihrer Mittel für diesen Zweck sachgerecht. Darüber hinaus sollten die Vertragspartner frei darin sein, untereinander Regelungen zur Kostenaufteilung in den Regionalverträgen zu vereinbaren.