

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)234(10)

gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.20

07.11.2024

STELLUNGNAHME

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

13. November 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 Managed
Care

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

BMC-STELLUNGNAHME ZUM GESETZENTWURF DES GVSG

GRUNDSÄTZLICH

Der Gesetzentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) zielt ausweislich seines Titels darauf ab, die Gesundheitsversorgung in den Kommunen zu stärken und die Rolle der kommunalen Akteure in der Versorgung zu verbessern. Dieses Ziel wird vom Bundesverband Managed Care (BMC) unterstützt, jedoch gibt es wesentliche Kritikpunkte, die auch im Gesetzentwurf bestehen bleiben. Es fällt besonders auf, dass der Gesetzentwurf weiterhin eine klare strategische Vision vermissen lässt und in vielen Bereichen unkonkret bleibt. Während innovative Ansätze wie Gesundheitsregionen, Case- und Caremanagement oder Primärversorgungszentren zur Diskussion standen, wurden diese Konzepte auch im Gesetzentwurf nicht ergänzt. Dies führt nach wie vor zu einem Gesetz, das nur aus einzelnen, isolierten Maßnahmen besteht, ohne ein klares Zielbild für die zukünftige Gesundheitsversorgung zu verfolgen. Eine strukturelle Weiterentwicklung ist kaum erkennbar und die Umsetzung regionaler Versorgungskonzepte bleibt durch fehlende verbindliche Strukturen unzureichend.

Der BMC hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert, den regionalen Akteuren mehr Flexibilität zu geben, um innovative und passgenaue Versorgungsmodelle vor Ort entwickeln zu können. Diese Forderungen sind weitgehend unberücksichtigt geblieben. Es fehlt weiterhin ein umfassendes Konzept, das regionale Gestaltungsspielräume zulässt und die Integration multiprofessioneller Teams fördert, die sektorenübergreifend arbeiten können. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt des BMC ist, dass der Entwurf keinen deutlichen Bezug zur Krankenhausreform (KHVVG) herstellt und beide Gesetzesentwürfe nicht aufeinander abgestimmt sind. Diese Reform könnte durch sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und den Einbezug von Level 1i Krankenhäuser die Gesundheitsversorgung effizienter ausgestalten.

Der BMC plädiert dringend dafür, dass die diskutierten Konzepte zu Primärversorgungszentren (§ 73a SGB V) und Gesundheitsregionen (§ 140b SGB V) wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen werden und unterstützt die entsprechenden durch den Bundesrat am 19.06.2024 eingebrachten Empfehlungen zur Ergänzung des Gesetzes. Diese Ansätze sind entscheidend, um die strukturelle Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort voranzutreiben und den Anforderungen einer sich wandelnden Versorgungslandschaft gerecht zu werden. Es sollte ein dezentraler Ansatz verfolgt werden, 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.

IM EINZELNEN

I. Zu Artikel 1 Nr. 6 a – c

§ 87 (2b), (2d) & (2n) SGB V (Versorgungs- und Vorhaltepauschalen)

Für die hausärztliche Versorgung werden quartalsübergreifende 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.

II. Zu Artikel 1 Nr. 9 I

§ 92 Abs. 7h SGB V (Antrags- und Mitberatungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe)

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.

III. Zu Artikel 1 Nr. 11

§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V (Begrenzung der Sicherheitsleistungen für MVZ)

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.

IV. Artikel 1 Nr. 24 b

§ 217 f Abs. 4 SGB V (Leistungs- und Servicequalität von Kranken- und Pflegekassen)

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 Sicht des BMC 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:

- **Versorgungsziele benennen:** 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 Outcome orientierter Vergütungsformen
- **Einführung von Primärversorgungszentren:** 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. Dies stellt ein zukunftsweisender Schritt zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung dar und gewährleistet eine regionale, sektorenübergreifende Versorgung.
 - Notwendig ist die Einbindung von nicht-ärztlichen Fachkräften wie Community Health Nurses und Pflegefachkräften, die eine wichtige Entlastung für Ärzte darstellen und die Versorgung in ländlichen Regionen sichern können.
 - Wesentliches Element einer regional und sektorenübergreifend vernetzten Versorgung ist zudem 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.

- Die Möglichkeit der Einbindung des jeweiligen Kreises oder der jeweiligen kreisfreien Stadt, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Präventions- und Beratungsangeboten bieten darüber hinaus die Möglichkeit, sinnvoll vernetzte Angebote vorzuhalten.
- Für die Gründung sollte kein zwingender Hausarztsitz notwendig sein, da dies gerade in strukturschwachen Regionen die Gründung von Primärversorgungszentren erschweren kann. Vorzugswürdig wäre als Mindestanforderung die Kooperation mit einem hausärztlichen Leistungserbringer. Zudem wäre der Ausbau von telemedizinischen Angeboten, wie etwa Konsiliare oder Videosprechstunden zu befürworten.
- **Einführung von Gesundheitsregionen:** Durch die Einführung von Gesundheitsregionen sollen regionale Netzwerke gebildet werden, die die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung verbessern und lokale Bedarfe berücksichtigen. Die regionale Vernetzung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sind der Schlüssel für eine bessere Gesundheitsversorgung.
 - 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 Kranken- und Pflegekassen 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, dies sollte jedoch kein Mindestkriterium darstellen. Bereits vor Erreichen diese Quote sollten Verträge zu Gesundheitsregionen geschlossen werden können, um diese Versorgungsform in die Versorgungspraxis zu bekommen. Alle übrigen Kassen lassen den Vertrag ab einem Quorum von 70 Prozent der Versicherten gegen sich gelten und können jederzeit nachträglich beitreten. Der Vertrag muss für die Versicherten die vollständige Freiheit der Wahl der Behandler umfassen.
 - 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 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.

- **Anreize für die regionale Versorgung:** 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.