

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. zum Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VSG)

1.

Die Bundesregierung befindet sich mit ihrem Vorhaben zur Reform der medizinischen Versorgung überwiegend auf dem richtigen Weg. Es ist richtig, in diesem Zusammenhang herauszustellen, dass im Mittelpunkt der GKV-Versorgung niemand anderes als die Bürgerinnen und Bürger stehen. Auch diese Versorgungsstrukturreform dient der Daseinsvorsorge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Vor dem Hintergrund des sich durch demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt verschärfenden Problems der finanziellen Absicherung einer sich immer weiter entwickelnden Medizin bedeutet heute Daseinsvorsorge stärker denn je aber auch konsequente Steigerung der Effizienz der Versorgung. Eine Reform der GKV-Versorgung muss deshalb mit all ihren Maßnahmen neben der Verbesserung der Qualität auch die der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gewährleisten. Das dient unverzichtbar gleichermaßen dem Wohl der Patienten.

„Reform der Versorgungsstrukturen“ heißt deshalb immer auch „Verbesserung der Versorgung“. Diesem Anspruch muss das Gesetz mit jeder seiner Regelungen gerecht werden.

2.

Die DGIV versteht seit längerem unter „Integrierter Versorgung“ nicht mehr nur die konkrete Versorgungsform gem. §§ 140a ff SGB V, sondern betrachtet diesen Begriff zugleich auch als ein gesundheitspolitisches Prinzip, das in allen Bereichen der medizinischen Versorgung und Pflege – somit auch in der derzeitigen Regelversorgung sowie in den anderen selektiven Versorgungsformen bzw. deren Verknüpfungen – durchzusetzen ist. Die Verwirklichung des Prinzips der Integrierten Versorgung in der Zusammenarbeit der Sektoren, Fächer und Disziplinen stellt ein wichtiges und starkes Instrument zur Verbesserung der Effizienz der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen dar.

3.

Der Gesetzentwurf gibt zu erkennen, dass er das Ergebnis langwieriger Verhandlungen ist. Einige Positionen lassen vermuten, dass man sich bestimmten Verhandlungspositionen gegenüber kompromissbereit zeigen musste. Verschiedentlich hat man Strukturen verändert, ohne ausreichend deutlich aufzuzeigen, wie auf dieser Grundlage die Beziehungen zwischen den Strukturen auszugestaltet sind.

Die DGIV hat Verständnis für die Zwänge, unter denen die Versorgungsstrukturreform vorangetrieben werden muss. Es wäre vermessen zu erwarten, dass unter den bestehenden Verhältnissen in der Reform das Optimum des Möglichen gestaltet werden kann.

Dennoch muss man derzeit noch anmerken, dass der Entwurf nicht alle Schwerpunkte des Versorgungsgeschehens ausreichend behandelt hat. Insgesamt bleibt bei der Bewertung der Inhalte der Wunsch bestehen, die Reform möge sich noch stringenter und konsequenter mit den „alten Zöpfen“ des Versorgungsgeschehens auseinandersetzen und sich noch mutiger zu einer Flexibilisierung und Liberalisierung der Rahmenbedingungen bekennen.

Insbesondere die Integrierte Versorgung als Versorgungsform, aber auch andere Formen der Selektivversorgung, finden kaum Erwähnung. Daneben wird auf wichtige aktuelle Fragen der derzeitigen Versorgung, insbesondere im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, nicht eingegangen. Das geht im Ergebnis zu Lasten einer umfassenden, systematischen Versorgungsreform und verringert von vorn herein die Aussicht auf die Erschließung aller bestehenden Effizienzreserven mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung.

4.

4.1.

Die Reform der medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang. Es ist richtig, sich in diesem Zusammenhang vor allem Anderen der Problematik der Sicherstellung der Versorgung zu widmen. Die DGIV unterstützt die Maßnahmen, die der „Sicherstellung der Sicherstellung“ dienen; diese können und dürfen auch die Nutzung des fachärztlichen Potentials aus anderen Sektoren für notwendige Sicherstellungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Sektor betreffen.

4.2.

Schwieriger fällt eine Bewertung der Öffnung des ambulanten Sektors für die Neustrukturierung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung aus.

Auch hier muss eine deutliche Steigerung der Effizienz der Versorgung eingefordert werden. So kann man aus Sicht der DGIV keinen Leistungskatalog für die ambulante spezialärztliche Versorgung ohne konsequente Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ erstellen. Es muss auch hier gelten: „so viel stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich“. Deutschland hat auf diesem Gebiet Nachholebedarf. Hier die Effizienz zu steigern, bedeutet in erster Linie sich damit konsequent auseinanderzusetzen, was in der Medizin heute bereits qualitätsgesichert ambulant durchgeführt werden kann. Die Umsetzung dieses Prinzips erfordert deshalb die kritische Auseinandersetzung mit und Hinterfragung der Zuordnung der einzelnen medizinischen Indikationen zu den Sektoren stationär und ambulant in Diagnostik und Therapie.

Schließlich sollte auch der Zugang zu dieser besonderen Versorgungsform am Bedarf gemessen werden. Das gilt insbesondere in bereits überversorgten Gebieten. Mit ungerechtfertigten Mengenausweitungen würde der angestrebte Zweck dieser Maßnahme verfehlt werden.

4.3.

Eine weitere Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung verlangt zugleich auch die Einhaltung und Gewährleistung der bestehenden Balance im Gleichgewicht der sektoralen Kräfte.

Wenn man dennoch eine Reihe von fachärztlichen Leistungen im ambulanten Sektor auch für die stationären Leistungserbringer öffnet, muss man zugleich gleiche Wettbewerbschancen für die in diesem neuen Bereich tätigen Leistungserbringer aus beiden Hauptsektoren gewährleisten. Das gilt nicht nur für die Finanzierung dieser Leistungen, sondern auch für die Einflussnahme auf möglichst gleiche Existenzbedingungen in diesem Sektor, somit auch in Fragen der Investitionsförderung, der Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen, des Leistungserbringerrechts u. a.

4.4.

Hier geht es auch um die Frage: Was ist ambulante spezialärztliche Versorgung, wie weit gehend wird der Begriff „ambulant spezialärztlich“ verstanden?

Spezialisierte vertragsärztliche Schwerpunktpraxen sind bereits seit mehr als zehn Jahren zur „praxisklinischen“, also auch kurzstationären Leistungserbringung mit kurzzeitiger Unterbringung der Patienten auf einer Praxisklinik-Station, berechtigt und in der Lage. Der Gesetzgeber hat in § 122 SGB V die Verpflichtung formuliert, den Praxiskliniken als Einrichtungen des vertragsärztlichen Sektors in noch zu definierenden Leistungen über die kurzstationäre Leistungserbringung hinaus den Zugang zum stationären Sektor zu ermöglichen. Im Gesetz heißt es dazu:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

- 1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen,*
- 2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.*

Erfüllt wurde diese Verpflichtung aus dem Jahre 2009 bisher nicht; es gibt derzeit lediglich vage Ankündigungen für das Jahr 2012.

Es bietet sich an, die hier zur Disposition stehenden Indikationen mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu verknüpfen und aus diesem Komplex einen neuen Leistungssektor, zu dem die Vertreter beider Hauptsektoren Zugang haben, zu gestalten.

Das gilt umso mehr, als der Katalog der in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V durchzuführenden stationersetzenden Behandlungen ohnehin Leistungen enthält, die ganz überwiegend auch ambulante spezialärztliche Leistungen im Sinne des vorliegenden Gesetzesentwurfes sind.

4.5.

Der Zugang der stationären Leistungserbringer zum ambulanten spezialärztlichen Bereich kann nur dann gerechtfertigt werden, wenn in diesen Katalog konsequent alle Leistungen aufgenommen werden, die nach dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnisse als durch das Gesetz definierte spezialärztliche Leistungen in diesem Bereich tatsächlich erbracht werden können. Der Katalog dieser Leistungen sollte deshalb keinen Auswahlcharakter haben, sondern nachvollziehbar vollständig sein. Vieles spricht dafür, u. a. in diesen Katalog alle Leistungen aufzunehmen, die in der stationären Versorgung mit „Ein-Tages-DRG's“ vergütet werden.

5.

5.1.

Die Leistungserbringung in den Sektoren steht auf dem Prüfstand. Das ist gut so. In diesem Zusammenhang sollte man aber auch bestrebt sein, alle verfügbaren Möglichkeiten des Einsatzes der Leistungserbringer über Sektorengrenzen hinweg zu prüfen und bei Bestätigung der Machbarkeit auch umzusetzen.

Das gilt hinsichtlich des Einsatzes im jeweils anderen Sektor, aber im besonderen Maße hinsichtlich einer gemeinsamen Leistungserbringung, insbesondere bei der Versorgung durch Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit vertragsärztlichen Leistungserbringern.

Der Gesetzgeber hat sich im vorliegenden Entwurf bezüglich dieses wichtigen Themas noch nicht eindeutig erklärt.

Das ist jedoch notwendig, da die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen der Kooperation von Krankenhäusern mit vertragsärztlichen Leistungserbringern – sowohl inner- als auch außerhalb der belegärztlichen Leistungserbringung – nicht befriedigen können.

Die belegärztliche Tätigkeit ist für die Beteiligten derzeit nicht attraktiv. Auch die letzte Initiative des Gesetzgebers, den Belegärzten die Möglichkeit des Abschlusses belegärztlicher Honorarverträge mit den Belegkrankenhäusern einzuräumen, wird zu wenig angenommen.

5.2.

Dagegen gehen die Vertreter der Sektoren nachvollziehbar Wege zur direkten Zusammenarbeit, insbesondere bei der Einbeziehung von Vertragsärzten in die Leistungserbringung der Krankenhäuser. Derzeit wird diese Kooperation jedoch wieder grundsätzlich infrage gestellt. Zuletzt hat das BSG mit Urteil vom 23.03.2011 (Az. B 6 KA 15/10 R) die Zulässigkeit der Leistungserbringung von Vertragsärzten, die nicht auch als Belegärzte tätig sind, im Krankenhaus auf dem Gebiet des ambulanten Operierens verneint.

Es kann nun auch nicht mehr ausgeschlossen werden, dass das BSG die derzeit bestehende, sehr diffuse Gesetzeslage so auslegt, dass Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind, auch als freie Mitarbeiter – z. B. auf dem Gebiet der stationären Operationen - nicht mehr zur Leistungserbringung im Krankenhaus berechtigt sind.

Wenn sich diese Entwicklung durchsetzt, gehen den deutschen Krankenhäusern tausende Kooperationen mit freien ärztlichen Mitarbeitern verloren, was wiederum gravierende Auswirkungen für die Erfüllung der Versorgungsaufträge hätte.

Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die gemeinsame Positionsbestimmung von Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung vom 26.05.2011 zur Honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland.

(http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/honoraraerzte_26052011.pdf)

Der Gesetzgeber sollte auf diesem Gebiet schnellstmöglich Versäumtes nachholen, eine klare, sichere Rechtslage schaffen und den Vertretern der beiden Hauptsektoren diese gleichermaßen zweckmäßige wie notwendige Kooperationsform rechtssicher garantieren. Was vernünftig, wirtschaftlich und qualitätsgesichert ist, sollte auch bewahrt bzw. durchgesetzt werden. Das Gesundheitswesen kann auf solche Lösungen nicht verzichten.

5.3.

Das gilt auch für die ärztliche Leistungserbringung im neuen Bereich der ambulanten spezialärztlichen Leistungen. Der Grundsatz „Jeder, der kann, darf“ sollte sich auf die gesamte Palette der Leistungserbringung von Vertragsärzten bzw. angestellten Ärzten Medizinischer Versorgungszentren in Krankenhäusern für deren Patienten auf der Grundlage von Dienst- wie Arbeitsverträgen gleichermaßen - auch ohne Vorliegen einer Belegarzteigenschaft - beziehen.

Das bedeutet wiederum nicht, dass das Belegarztwesen abgeschafft werden sollte. Es muss nur endlich die Anerkennung finden, die es verdient. Es ist nicht richtig, dass ein Vertragsarzt für die belegärztliche Leistung weniger Vergütung erhalten kann als nach EBM und die Vergütung der Krankenhäuser lediglich 80 % des DRG beträgt. Hier müssen neue Anreize geschaffen werden.

Auch möglichen Argumenten, dass die Vertragsärzte bei einer Liberalisierung der Kooperation mit Krankenhäusern dann dort im Übermaß operieren und für ihre angestammte vertragsärztliche Versorgung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stünden, kann man gelassen begegnen. Schließlich gibt es Möglichkeiten, gerade in überversorgten Gebieten die vertragsärztlichen Versorgungsaufträge flexibler zu gestalten.

5.4.

Es versteht sich von selbst, dass diese wichtigen Kooperationen seitens der vertragsärztlichen Leistungserbringer nur unter Wahrung der berufs- und vertragsärztlichen Pflichten eingegangen werden dürfen. Auch müssen Scheinselbständigkeiten zuverlässig vermieden werden.

Es ist aber in Frage zu stellen, dass diese Kooperationsleistungen lediglich eine Nebentätigkeit des Vertragsarztes darstellen sollen. Diese Konstruktionen sind nicht mehr zeitgemäß. Das gilt besonders hinsichtlich der ambulanten spezialärztlichen Leistungen.

5.5.

Die Kooperation von Krankenhäusern mit vertragsärztlichen Leistungserbringern bezieht sich nicht nur auf die Leistungserbringung von Vertragsärzten im Krankenhaus, sondern auch auf die Leistungserbringung von Ärzten spezialisierter Krankenhäuser in vertragsärztlichen Schwerpunktpraxen, Praxiskliniken oder Versorgungszentren für deren Patienten. Auch diese Form der Zusammenarbeit braucht ausreichend freie Leistungsbedingungen, insbesondere hinsichtlich der flexiblen Bindung freier Mitarbeiter und der Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen.

6.

6.1.

Die beabsichtigte Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder auf die Bedarfsplanung wirft noch Fragen auf.

Gegen das Mitberatungsrecht der Länder bei den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung gibt es keine Bedenken.

Die beabsichtigten Neuregelungen zur Einflussnahme der Länder auf die regionale Bedarfsplanung erscheinen jedoch aus mehreren Gesichtspunkten heraus bedenklich.

Das gilt sowohl für das Beanstandungsrecht zum von KVen und Krankenkassen auf Länderebene erstellten Bedarfsplan, als auch bezüglich des mit der Rechtsaufsicht über den Landesausschuss einhergehenden Beanstandungsrechts bis hin zum Recht auf Ersatzvornahme.

Auch bisher unterlag die regionale Bedarfsplanung einer rechtsstaatlichen Kontrolle. Die Länder nehmen darüber hinaus ohnehin die Aufsicht über die Organe der Selbstverwaltung wahr. Man sollte bei alledem auch nicht unbeachtet lassen, dass die Länder zumeist selbst Träger großer stationärer Einrichtungen sind, die zunehmend auch an Einfluss auf die ambulante Leistungserbringung in den Regionen gewinnen werden und bei deren Planung zu berücksichtigen sind.

6.2.

Die angekündigten strukturellen Änderungen auf dem Gebiet der regionalen Bedarfsplanung sind noch kein Garant für eine verbesserte Versorgung. Wenn diese Vorhaben einer schnellen Steigerung der Effizienz der Versorgung dienen sollen, ist die weitere Vorgabe klarer, untersetzender gesetzlicher Rahmenbedingungen in einer ausreichenden Regelungstiefe erforderlich.

7.

7.1.

Es ist gut, dass sich das BMG weiter zum Wettbewerb im Gesundheitswesen bekennt. In diesem Zusammenhang ist es auch richtig, den Kassen mehr Möglichkeiten im Vertragswettbewerb einzuräumen. Die Kassen sollten in die Lage versetzt werden, auch mit einzelnen Partnern, möglicherweise in Verknüpfung mit anderen Selektivverträgen, Vereinbarungen zur selektiven Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen. Auch hier sollte das Vernünftige nicht an fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen scheitern.

Ebenso richtig ist es, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern der Sektoren weiter zu befördern. Die hierzu notwendige Chancengleichheit wurde schon angesprochen.

7.2.

Aus Sicht der DGIV noch zu zurückhaltend wird die Evaluation der Leistungserbringung für die Leistungsbewertung als Grundlage eines jeden Leistungsvergleichs durchgesetzt.

Die DGIV steht zum Wettbewerb im Gesundheitswesen, weil dieser ein wichtiges Instrument zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung darstellt.

Die Leistungsbewertung und der damit verbundene Leistungsvergleich – sowohl in der Regel-, als auch in der Selektivversorgung – ist nur mit Hilfe der wissenschaftlichen Evaluation der Leistungserbringung machbar.

Deshalb sollten Wege gefunden werden, die wesentlichen Teile der medizinischen Versorgung - bis hin zu den Versorgungsergebnissen der einzelnen Leistungserbringer - über die Bestimmungen der §§ 303a – 303e SGB V (neu) hinausgehend einer Pflichtevaluation zu unterwerfen. Die daraus entstehenden Effekte werden als sehr groß beurteilt. Erst dann kann man ernsthaft an einen wettbewerblichen Leistungsvergleich denken. Und auf einer solchen Grundlage lässt sich auch eine leistungsbezogene Finanzierung gestalten, von den Effekten für die Versorgungsforschung ganz zu schweigen.

Grundsätzlich wird dennoch begrüßt, dass die Datentransparenzregelungen neu konzipiert und als umsetzende Stelle eine neutrale staatliche Stelle festgelegt werden soll.

7.3.

Lange hat sich das Argument gehalten, dass Medizin nicht messbar sei. Das ist aber falsch. Für alle Fächer und Disziplinen lassen sich die Grundlagen und Grunddaten für die Evaluation der Versorgung definieren. Das gilt auch für den Vergleich von ambulant und stationär. Es versteht sich von selbst, dass auf der Grundlage der erhobenen Daten auch das Prinzip „ambulant vor stationär“ konsequenter, aber auch mit dem erforderlichen Augenmaß umgesetzt werden kann.

8.

8.1.

Erstaunlicherweise ist die Selektivversorgung im Gesetzesentwurf viel zu kurz gekommen; die meisten selektiven Versorgungsformen bleiben fast unerwähnt.

Das wäre an sich kein Problem, wenn es auf diesem Gebiet keinen Reform- und Regelungsbedarf gebe. Dies ist aber so nicht der Fall.

Die Reform darf die Selektivversorgung nicht vernachlässigen. Das hieße ein mit beträchtlichem Kraftaufwand vorbereitetes Feld nicht weiter mit der gebotenen Aufmerksamkeit und Fürsorge zu bestellen. Aus Sicht der DGIV sollte sich der Gesetzgeber stärker zur Selektivversorgung bekennen. Es ist zwar bekannt, dass der Sachverständigenrat mit einem umfangreichen Sondergutachten zum „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ beauftragt ist, dennoch ist es dringend erforderlich, bereits in dieser Reform die selektivvertraglichen Versorgungsalternativen weiter zu entwickeln.

8.2.

Das gilt aus Sicht der DGIV besonders für die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff SGB V, aber auch für die integrative Verknüpfung der anderen selektivvertraglichen Versorgungsformen. Auch hier

wird allseits schmerzlich das Fehlen einer konsequenten Evaluation der Versorgungsergebnisse vermisst.

Die Fachleute sind sich deutschlandweit weitgehend darüber einig, dass unser Gesundheitswesen auf die Integrierte Versorgung nicht verzichten kann. Das gilt umso mehr, als sich gerade in dieser Versorgungsform zweifellos bestehende Effizienz- und Qualitätsreserven am besten erschließen lassen. Der Gesetzgeber hat bereits sehr weitgehende Handlungsmöglichkeiten für die Partner dieser Projekte – insbesondere auch bezüglich der Überwindung sektoraler Grenzen bei der Versorgung – eingeräumt. Dennoch werden diese Angebote von den Krankenkassen bis heute nicht im erforderlichen Maße angenommen. Mit dieser Situation darf man sich nicht abfinden.

Es ist offensichtlich so, dass noch keine genügenden Instrumente und Anreize für die Konzentration auf diese Versorgungsformen bestehen. Hier sollte die Reform ansetzen und auch nicht davor zurückscheuen, nicht bewährte Regelungen wieder infrage zu stellen.

Unverändert problematisch erweist sich das Erfordernis, aus der Finanzierung der Integrierten Versorgung auch die nötigen Anreize für die teilnehmenden Leistungserbringer zu generieren. Hier stehen diverse Modelle zur Diskussion. Wenn der Wettbewerb mit Selektivverträgen weiter ausgeweitet werden soll, muss der Gesetzgeber – bei aller Schwierigkeit der Erschließung zusätzlicher Mittel – hier für mehr Anschlag bei der Finanzierung sorgen.

Eine Tatsache ist leider auch, dass die Selektivversorgung – wie sich gezeigt hat – vielfältigen rechtlichen Beschränkungen außerhalb des SGB V unterworfen ist (z. B. durch das Kartell- oder das Vergaberecht). Hier sollte dringend durch gesetzliche Sonderregelungen für mehr Gestaltungsspielraum gesorgt werden. Ansonsten dürften sich viele im SGB V verankerte Erwartungen an diese Versorgungsformen (wie z. B. die durch die Einbindung der Industrieunternehmen in den Kreis der I.V.-Partner erhoffte Verbesserung der Versorgung) als nur schwer erfüllbar erweisen.

8.3.

Man sollte nicht nachlassen in dem Bestreben, einen Leistungsvergleich zwischen der Kollektiv- und der Selektivversorgung – auch mit dem Ziel der zukünftigen Neuordnung dieser Strukturen im Verhältnis und Umfang zueinander – durchzuführen. Diese Konsequenz wird derzeit noch vermisst. Wie bereits angesprochen würde eine Pflichtevaluation der Versorgungsergebnisse nahezu automatisch diesen Leistungsvergleich enorm befördern.

Aus der Evaluation der Versorgungsergebnisse ergebe sich auch die dringend erforderliche Transparenz der Qualität der Leistungserbringung in den verschiedenen Bereichen. Die dadurch entstehenden Aufschlüsse für den Wettbewerb – sowohl auf Kassen- als auch auf Leistungserbringerseite innerhalb und zwischen den Sektoren – und für die Patienten liegen auf der Hand.

8.4.

Zu den einzelnen Selektivvertragsformen bleibt nach wie vor festzustellen, dass nur einige in sich Möglichkeiten zur integrativen Zusammenarbeit tragen. Deshalb sollte der Gesetzgeber Alternativen zur Verknüpfung der einzelnen Selektivvertragsformen untereinander (auch mit im Zuge der Versorgungsreform beabsichtigten neuen Vertragsformen) besondere Aufmerksamkeit widmen.

Insgesamt gilt für die gesamte Selektivversorgung, dass die Möglichkeiten der Kassen für die flexible Gestaltung der Projekte und deren Finanzierung deutlich vergrößert werden sollten. Eine Kontrahierungspflicht macht da wenig Sinn. Nur wer autark und selbstbewusst mit den Versorgungsformen umgehen kann, wird diese Instrumente auch im zu erwartenden Umfang annehmen.

9.**9.1.**

Der Gesetzentwurf konzentriert sich bezüglich der vertragsärztlichen Leistungserbringung in Gemeinschaften nur auf das MVZ. Es ist bedauerlich, dass die vertragsärztliche fachgleiche Berufsausübung in der Rechtsform einer GmbH damit der Vertragsärzteschaft weiter verschlossen bleibt.

9.2.

Die Ungleichbehandlung von Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern als Gesellschafter eines MVZ sollte nochmals überdacht werden. Wer als Gesellschafter bzw. Träger eines MVZ zugelassen ist, sollte in seinen Befugnissen nicht schlechter gestellt werden als andere mögliche Gesellschafter.

Die gerade in letzter Zeit wieder häufig vernommene Argumentation bezüglich der Trägerschaften an Medizinischen Versorgungszentren, die ärztliche Leistungserbringung im ambulanten Sektor dürfe nicht unter den Einfluss nicht ärztlicher Kapitalgesellschaften gebracht werden, vermag mit Blick auf die (auch von Ärztevertretern) begrüßte Öffnung des ambulanten Sektors für Kapitalgesellschaften als Träger von Krankenhäusern nicht zu überzeugen. Es ist auch mit Blick auf die weitere Verzahnung (bis hin zur Überwindung) der Sektoren nicht mehr zeitgemäß zu versuchen, den Medizinischen Versorgungszentren die Trägerschaft wettbewerblich orientierter nicht ärztlicher Gesellschafter zu verschließen. Die Träger der Krankenhäuser haben über Jahrzehnte hinweg den Nachweis geleistet, dass sie ihren Versorgungsauftrag und die damit verbundenen gesetzlichen Pflichten verantwortungsbewusst erfüllen. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass dies auch für die Leistungserbringung im ambulanten Sektor gilt.

10.

Bezüglich der Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der GKV setzt sich die DGIV dafür ein, am Verbot mit Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten Versorgung nicht mehr durchgängig festzuhalten, sondern geeignete Leistungserbringer wie Schwerpunktpraxen und Praxiskliniken hier den Krankenhäusern gleichzustellen.

Selbstverständlich muss für alle mindestens ein Verbotsvorbehalt bestehen.

Es spricht jedenfalls nichts dagegen, sondern im Gegenteil sehr viel dafür, auch den ambulanten Bereich für innovative Behandlungsmethoden unter Verbotsvorbehalt zu öffnen. Auch hier sind Kompromisslösungen denkbar, ggf. unter Einbeziehung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

24.06.2011

**Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.**

Kronenstraße 18, D-10117 Berlin

Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46

Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org

V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes