

**Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversor-
gung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)**

**Bundesvorstand
Vorsitzender:
Gebhard Hentschel**
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Berlin, den 27.10.2020

A. Zusammenfassung

Die DPtV begrüßt die Gesetzesinitiative zum Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz, durch das insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung finanziell stabilisiert werden soll und erweiterte Spielräume für Selektivverträge erhalten, um z.B. für Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus und um regionalen Bedürfnissen besser Rechnung tragen zu können. Gleichzeitig sollen Versorgungsinnovationen gefördert werden, indem Krankenkassen die Möglichkeit erhalten sollen, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

In Bezug auf die Erweiterung der Spielräume für Selektivverträge und die Förderung der Versorgungsinnovationen sehen wir in Artikel 1 - § 140a Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) Änderungsbedarf.

Zum einen sind wir der Ansicht, dass der Gesetzgeber mit der Einfügung in § 140a Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht ausreichend sicherstellen kann, dass die Kernleistungen der Versorgung nicht auf Dritte übertragen werden. Aus Gründen der Patientensicherheit muss garantiert bleiben, dass die besondere Versorgung der Patienten unter Einbindung der zuständigen Leistungserbringer erfolgt und nicht auf Dritte übertragen werden darf. Sollte der Gesetzgeber von diesem Regelungsvorschlag nicht absehen wollen, sind durch ihn zumindest die wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten näher zu konkretisieren.

Zum anderen haben wir Bedenken in Bezug auf die geplante Regelung in § 140a Abs. 3a und 3b SGB V, durch den es zukünftig möglich sein soll, dass Kostenträger im Wege der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V mit individuellen Leistungserbringern Verträge über eine besondere Versorgung schließen dürfen, die außerhalb der Regelversorgung tätig sind. Wir befürchten, dass durch die geplante Regelung vom Vergütungskatalog abgewichen wird und den Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen einseitig

festgesetzte Angebotspreise vorgelegt werden. Des Weiteren befürchten wir, dass die geplante Formulierung die Sachleistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer institutionalisiert. Dies führt das austarierte System der Bedarfplanung ad absurdum.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Keine Übertragung von Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen auf Dritte (Zu Nummer 3c - § 140a Abs. 2 Satz 6 SGB V – neu)

Wir halten die Einfügung des folgenden Satzes in § 140a Abs. 2 Satz 6 SGB V für schädlich. Dort heißt es: „Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten dürfen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt dafür entsprechend und § 197b Satz 2 gilt dafür nicht.“ Der Gesetzgeber führt in der Begründung zum Gesetzentwurf aus, dass die Krankenkassen nach § 197b Satz 2 SGB V, der zum 1.4.2007 durch das GKV-WSG geschaffen wurde, keine wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten auf Dritte übertragen dürften. Der Begriff der „Wesentlichkeit“ sei nicht näher definiert und konkretisierungsbedürftig. Dazu gehörten nach der Rechtsprechung insbesondere Kernaufgaben wie Leistungs- und Beitragsentscheidungen durch Verwaltungsakt. Dies resultiert bereits aus dem Vorbehalt des Gesetzes, weil es für die Übertragung von Hoheitsbefugnissen durch Verwaltungsentscheidungen ansonsten einer gesetzlichen Beleihung bräuchte. Weiter führt die Gesetzesbegründung aus, dass mit der gesetzlichen Regelung (lediglich) klargestellt werde, dass für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Krankenkassen (z.B. zur Mitgliederberatung nach § 14 SGB I) diese Beschränkung nicht gelte und im Rahmen einer besonderen Versorgung eine Übertragung auf dafür geeignete Dritte erfolgen könne.

Tatsächlich ist dies keine Klarstellung, sondern m.E. eine Reaktion auf die entgegenstehende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts: Nach dem Urteil des BSG v. 8.10.2019 (B 1 A 3/19 R) darf eine Krankenkasse Versorgungsmanagementprogramme zur Optimierung der Versorgung der Versicherten nicht eigenständig ohne Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer durchführen; außerdem darf sie Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Rahmen eines Versorgungs- und Entlassmanagements als Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerade nicht auf Dritte übertragen. In dem fraglichen Urteil ging es u.a. um einen Vertrag der Barmer GEK, der die Zusammenarbeit bei der Durchführung eines Fallmanagements für psychisch erkrankte Versicherte regelte. Ein Modul erfasste ein Fallmanagement für arbeitsunfähig erkrankte Versicherte und stationäre Behandlungsfälle, ein weiteres Modul ein individuelles Fall- und

Versorgungsmanagement für Versicherte mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Die Unterstützung des beauftragten Unternehmens beinhaltete im Rahmen beider Module die Beratung und Analyse in Bezug auf Fallgruppen und Einzelfälle, auf Mechanismen und Abläufe auf der Leistungserbringerseite und bei ausgewählten Leistungserbringern, außerdem die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen. Nach Ansicht des BSG handelt es sich bei solchen Unterstützungs- und Beratungsleistungen „um Kernaufgaben der Krankenkassen, die diese nicht auf Dritte übertragen dürfen. Soweit § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V arbeitsunfähig erkrankten Versicherten mit Bezug von Krankengeld einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse gewährt, kann sich die Klägerin hierauf als Rechtsgrundlage für die abgeschlossenen Verträge nicht stützen. Eine Übertragung dieser Aufgaben an andere als die in § 35 SGB I genannten Stellen - und damit an private Dritte [...] ist gesetzlich ausgeschlossen.“ Und weiter: „Die Klägerin durfte die Verträge über ein eigenes Versorgungsmanagement mangels gesetzlicher Rechtsgrundlage weder abschließen noch durchführen. Versicherungsträger dürfen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden (§ 30 SGB IV). Die Regelungen des Versorgungs- und Entlassmanagements ermächtigen die Krankenkassen nicht, eigenständig ohne Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer Programme zur Optimierung der Versorgung der Versicherten durchzuführen. Die Klägerin darf hierbei Leistungen zur Unterstützung ihrer Versicherten innerhalb und außerhalb eines Versorgungsmanagements grundsätzlich nur selbst erbringen. Eine Übertragung auf private Dritte wie L & B ist nicht zulässig.“

Die Regelung führt in Zusammenschau mit der Gesetzesbegründung dazu, dass der Gehalt der Kernaufgaben der Krankenkassen zu stark aufgeweicht wird. Wir fordern daher, in Anbetracht der entgegenstehenden Rechtsprechung des BSG, von der Regelung Abstand zu nehmen.

Änderungsvorschlag in § 140a Abs. 2 SGB V: Streichung des Satz 6 – neu

2. Keine Aufweichung des Sachleistungsprinzips (Zu Buchstabe d, Nummer 3a und 3b - § 140a Abs. 3a und 3b SGB V – neu)

Der Regelungsvorschlag in § 140a Abs. 3a soll die Förderung von Versorgungsprojekten ermöglichen, die häufig nicht von den Krankenkassen, sondern einzelnen Leistungserbringern ausgehen. Durch die Regelung in § 140a Abs. 3b soll eine Vertragsgrundlage für eine aus medizinischen oder sozialen Gründen erforderliche Einzelfallversorgung und für eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung in Fällen von Kostenerstattungsansprüchen für selbstbeschaffte

Leistungen auch außerhalb der Regelversorgung geschaffen werden, um Lücken im Leistungserbringungsrecht zu schließen, die sich aus Leistungsansprüchen in Ausnahmefällen außerhalb der Regelversorgung ergeben.

Aus der Gesetzesbegründung ist nicht erkennbar, welche konkreten Versorgungslücken geschlossen werden müssen bzw. wozu die Erweiterung um Fälle einer Einzelfallversorgung als Gegenstand eines Vertrages über besondere Versorgung notwendig sein sollte. Soweit es um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geht, die wohl eher Gegenstand einer Versorgung im Einzelfall sein können, ist bereits an anderer Stelle beschrieben, dass Abweichungen möglich sind. In Fällen, in denen Versicherte eine Wahlentscheidung über die Kostenentscheidung nach § 13 Abs. 2 SGB V treffen, sollen diese auch einbezogen werden können. Für die wenigen Fälle der Kostenerstattung aufgrund Systemversagen nach § 13 Abs. 3 SGB V hingegen ist die Regelung untauglich, denn in den Fällen von tatsächlich vorliegenden Systemversagen werden Krankenkassen die selbstbeschafften Leistungen nicht nachträglich zum Gegenstand einer besonderen Versorgung machen.

Letztendlich besteht durch die Regelung die Gefahr, dass das Prinzip der Erbringung von Sachleistungen durch zugelassene oder durch entsprechende Verträge nach dem Vierten Kapitel des SGB V berechnete Leistungserbringer weiter aufgeweicht wird, da in der Begründung ausgeführt wird, dass die Regelung den Krankenkassen die Möglichkeit biete, den betroffenen Versicherten auch insoweit eine mit nicht zugelassenen Leistungserbringern für den Einzelfall vereinbarte Versorgung und verhandelte Vergütung im Wege der Sach- und Dienstleistung anzubieten. Durch die geplante Formulierung wird die Sachleistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer institutionalisiert. Dies führt das System der Bedarfsplanung ad absurdum.

Im Übrigen sollten für nicht zugelassene Leistungserbringer keine Anreize für besondere Vergütungsvereinbarungen unter Verzicht auf einseitig festgesetzte Angebotspreise geschaffen werden, da letztendlich der Leistungskatalog der geltende Maßstab bleiben muss. Im Ergebnis schafft die geplante Formulierung einen Widerspruch zu § 140 Abs. 3 Satz 2 SGB V, der regelt, dass der Vertrag über besondere Versorgung seine Berechtigung im Zulassungsstatus eines Leistungserbringers findet.

Die Regelung führt dazu, dass das Sachleistungsprinzip gefährdet ist. Wir fordern, den Regelungsvorschlag nicht umzusetzen.

Änderungsvorschlag in § 140a Abs. 3 SGB V: Streichung des Abs. 3b – neu



Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender der DPtV