

Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care e. V.

zu den im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) genannten erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge

Grundsätzlich

Für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung benötigen wir Wettbewerb und Ideenpluralität. Selektivverträge folgen diesem Prinzip und geben Raum für ein kontinuierliches Streben nach einer besseren Versorgung. 20 Jahre nach Einführung der Integrierten Versorgung muss jedoch konstatiert werden, dass Selektivverträge trotz zahlreicher politischer Bemühungen nicht die erwünschte Systemwirkung erzielt haben. Trotzdem sind sie weiterhin das wichtigste Instrument zur Überwindung der Sektorengrenzen. Daher unterstützt der BMC das Ziel der Bundesregierung, die bestehenden Hemmnisse in der Besonderen (selektivvertraglichen) Versorgung zu beheben. Insbesondere folgende Defizite müssen angegangen werden:

- die restriktive Aufsichtspraxis des BAS (vormals BVA) verhindert auch sinnvolle Versorgungsansätze,
- Verträge werden meist nur zu Leistungen des SGB V geschlossen, unter Ausschluss versorgungsrelevanter Pflege-, Rehabilitations- und sonstiger Sozialleistungen,
- wenig Verträge beinhalten wirklich relevante Versorgungskonzepte,
- im Versorgungsalltag können parallele Versorgungsprozesse für Patienten unterschiedlicher Kassenzugehörigkeit kaum etabliert werden,
- es bestehen keine Anreize für die Skalierung erfolgreicher Projekte.

Die im Referentenentwurf genannten Maßnahmen adressieren insbesondere die ersten Probleme. Sie erweitern die Rechtsgrundlage für 140a-Verträge und ermöglichen damit neue integrierte Versorgungsmodelle mit weiteren Vertragspartnern. Um der integrierten Versorgung durch Selektivverträge zum Durchbruch zu verhelfen, müssen jedoch alle o. g. Hemmnisse gelöst werden, weshalb der BMC weiterreichende Maßnahmen empfiehlt. Entsprechende Vorschläge finden sich am Ende der Stellungnahme. Zunächst sollen einzelne geplante Neuregelungen bewertet werden.

Im Einzelnen

Nr. 3 a) bb) § 140a (1) Satz 2 SGB V:

Künftig sollen nicht-ärztliche Leistungserbringer mit ihren jeweiligen Versorgungsbereichen an besonderen Versorgungsaufträgen beteiligt werden können.

- In einem modernen Gesundheitssystem spielen viele Gesundheitsprofessionen eine zentrale Rolle, nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzte. Die Regelung stellt demnach eine wichtige Ergänzung der Selektivverträge dar, die nun auch mit anderen Versorgungsbereichen jenseits der vertragsärztlichen Versorgung alleine geschlossen werden können.

Nr. 3 a) cc) § 140a (1) Satz 3 neu SGB V:

Regional begrenzte Versorgungsinnovationen werden ausdrücklich mit dem Ziel ermöglicht, unterschiedliche Kostenträger und Versorgungseinrichtungen in Netzwerken zusammenzubinden.

- Bislang forderte die Aufsicht die bundesunmittelbaren Krankenkassen dazu auf, Verträge generell bundesweit anzubieten. Regionale Begrenzungen wurden als rechtswidrige Zugangsbeschränkung für Versicherte deklariert, obwohl die Versorgungsstrukturen in ihrer Region ganz andere Lösungen erfordern. Dadurch konnten regionale Versorgungsbedarfe nicht spezifisch adressiert werden. Die gesetzliche Klarstellung, dass Versorgungsverträge regional begrenzt und damit zur Erprobung von Piloten genutzt werden können, ist daher sehr hilfreich.

Nr. 3 b) bb) § 140a (2) Satz 4 neu SGB V:

Die bisherige Anforderung zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen innerhalb von vier Jahren, die ohne Anlassbezug von der Aufsicht überprüft werden kann, entfällt. Zugleich wird festgelegt, dass bereits geförderte Innovationsfondsprojekte per gesetzlicher Fiktion die Anforderungen an Besondere Versorgung erfüllen und damit auch nach Ende des Förderzeitraums als 140a-Verträge fortgesetzt werden können.

- Die bisherige Form des Wirtschaftlichkeitsnachweises nach vier Jahren und die restriktive Prüfungspraxis der Aufsicht stellt eine für viele Versorgungsverträge unüberwindbare Hürde dar. Es ist daher sehr sinnvoll, diese Anforderung zu streichen. Mit Blick auf die Praxis vieler Kassen, Verträge freiwillig zur Vorab-Prüfung vorzulegen, ist sie allerdings nicht hinreichend (siehe unten: „Zusätzlicher Handlungsbedarf“).
- Der BMC begrüßt, dass die Bundesregierung Innovationsfondsprojekten eine Perspektive für die Finanzierung nach Ende der Förderdauer eröffnen will. Eine Fortführung der Projekte als Selektivvertrag kann jedoch allenfalls eine temporäre Brücke darstellen. Nicht nur profitieren davon nur jene Projekte, die tatsächlich auf einem 140a-Vertrag basieren. Vor allem war und ist das Ziel des Innovationsfonds, neue Versorgungsformen für die Regelversorgung zu erproben und im Erfolgsfall allen Versicherten zur Verfügung zu stellen. Eine dauerhaft selektivvertragliche Versorgung würde nur einem Teil der Versicherten zugutekommen und den hohen Mitteleinsatz des Fonds infrage

stellen. Sie ist zudem auch nicht im Sinne der Projektkonsortien, die den beachtlichen Aufwand für die Erprobung neuer Versorgungsformen nur mit Aussicht auf ihre Aufnahme in den Kollektivvertrag eingegangen sind.

Nr. 3 b) cc) § 140a (2) Satz 7 neu SGB V:

Bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen können sich Vertragspartner künftig unterstützen und auch Dritte beauftragen.

- Die Beauftragung Dritter wurde von der Aufsicht bislang regelmäßig mit Verweis auf eine fehlende Abgrenzung der Aufgaben zwischen Versorgung und Verwaltung beanstandet. Diese restriktive Praxis verhinderte Gesamtlösungen von Versorgung, Versorgungsmanagement und Beratung. Daher stellt die Neuregelung eine wichtige Ergänzung für umfassende Versorgungskonzepte dar.
- Darüber hinaus wäre eine Klarstellung des Gesetzgebers wünschenswert, dass die Krankenkassen im Rahmen des Selektivvertrags ihre Routinedaten als anonymisierte Sozialdaten mit den Vertragspartnern nach § 140a teilen dürfen, z. B. um Versorgungsprobleme analysieren zu können oder Lösungen zu erarbeiten, mindestens aber die Wirkung des laufenden Projekts überwachen zu können. Bislang interpretiert das BAS die geltenden Regelungen dazu sehr restriktiv, was zu Unsicherheit bei Krankenkassen führt.

Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung:

„Krankenkassen dürfen die für den Zweck eines Versorgungsvertrages erforderlichen anonymisierten Sozialdaten der mit dem Vertrag adressierten Versichertenpopulation mit den Vertragspartnern nach § 140 a SGB V teilen.“

Nr. 3 c) aa) § 140a (3) Satz 1 Nr. 3a neu SGB V:

Versicherungsübergreifende Versorgungsformen und eine Beteiligung an Versorgungsinnovationen anderer Träger (bspw. kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe) wird ermöglicht.

- Wesensmerkmal der integrierten Versorgung ist eine nicht nur sektoren-, sondern auch trägerübergreifende Zusammenarbeit, die sich am komplexen Versorgungsbedarf der Patienten statt an bestehenden Silos der Sektoren orientiert. Daher ist die Neuregelung eine wichtige Ergänzung, die künftig trägerübergreifende Verträge mit allen für die Versorgung benötigten Akteuren ermöglicht.

Nr. 3 a) dd) § 140a (1) Satz 4 neu i.V.m. Nr. 2 § 137g (2) SGB V:

Altverträge nach §§ 73a, 73c und 140a SGB V müssen bis zum 31.12.2021 in die neue Vorschrift überführt oder beendet werden. Für bestehende DMP-Verträge erfolgt keine erneute Prüfung oder Anpassung.

→ Die Zusammenführung aller Selektivverträge unter dem neuen Rechtsrahmen erscheint fünf Jahre nach den Änderungen durch das GKV-VSG gerechtfertigt. Dass bestehende DMP-Verträge dabei zu keiner erneuten Prüfung verpflichtet werden, begrenzt zusätzliche Bürokratie und verhindert Versorgungslücken durch mögliche Verzögerungen bei der erneuten Zulassung. Diese Regelung sollte jedoch nicht auf DMP-Verträge begrenzt bleiben, sondern alle Altverträge umfassen. Anderenfalls drohen hier Nachverhandlungen oder die Beendigung laufender Verträge zulasten von Vertragspartnern, die bereits Investitionen für die gesamte Laufzeit der Verträge geleistet haben. Eine durch die erneuten Prüfungen ausgelöste Beendigung bestehender Selektivverträge kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung:

„Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2021 in Verträge nach dieser Vorschrift zu überführen. Für die unveränderte Überführung besteht keine Anpassungs- oder erneute Vorlageverpflichtung.“

Zusätzlicher Handlungsbedarf

Selektivverträge funktionieren nur, wenn sie neben der Politik auch von den an der Versorgung Beteiligten angestrebt werden. Zwar sind die o.g. Maßnahmen geeignet, den Abschluss von Selektivverträgen zu vereinfachen, weiterhin bleiben aber strukturelle Hemmnisse bestehen, die den Erfolg der IV-Verträge seit nunmehr 20 Jahren verhindern. Der BMC plädiert dafür, über den Referentenentwurf hinaus weitere Verbesserungen konsequent anzugehen:

- Eine tief verwurzelte Angst der Prüfer im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vor falschen Entscheidungen führt zu einer sehr restriktiven Prüfungspraxis, die Innovationen und neue Denkansätze im Keim erstickt. In der Erwartung kritischer Bewertungen durch das BAS legen viele Krankenkassen daher ihre Selektivverträge dem Amt freiwillig zur Vorabprüfung vor, um sich haftungsrechtlich abzusichern. Zwar ist die im Referentenentwurf geäußerte deutliche Kritik an der Prüfungspraxis des BAS erfreulich. Die Klarstellung, dass es keinen Genehmigungsvorbehalt für Selektivverträge gibt, bleibt in diesem Setting dennoch wirkungslos. Vielmehr muss sich der erkennbare politische Wille nach einer flexibleren Anwendung der § 140a-Verträge auch im gesetzlichen Auftrag an das BAS zur Rechtsaufsicht über die Krankenkassen widerspiegeln. Um einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, muss die BAS-Prüfpraxis zudem mit jener der Aufsichtsbehörden der Länder harmonisiert werden.

- Es fehlen grundlegende Anreize für potenzielle Vertragspartner, sich an Selektivverträgen zu beteiligen. Leistungserbringer haben keinen Anreiz, wohl aber zusätzlichen organisatorischen und bürokratischen Aufwand, wenn sie verschiedenen Selektivverträgen beitreten, um sie ihren Patienten je nach Kassenzugehörigkeit anzubieten. Krankenkassen konkurrieren nach wie vor überwiegend über den zu zahlenden Zusatzbeitrag, weshalb kurzfristiger Aufwand für die Anbahnung eines Selektivvertrags nur dann gerechtfertigt werden kann, wenn überproportionale Einsparungen in der Zukunft unmittelbar der einzelnen Kasse zugutekommen. Denkbar wäre eine dezidierte Zielquote für Selektivverträge etwa analog zu den „Sustainability and Transformation Partnerships“ in Großbritannien. Bspw. wäre eine Vorgabe bis 2025 möglich, bis zu der ein Mindestanteil aller Versicherten einen passenden populations- und outcomeorientierten Selektivvertrag angeboten bekommen haben muss. Der Beitritt selbst sollte in der selektivvertraglichen Versorgung weiterhin freiwillig bleiben.
- Sind Versorgungskonzepte erfolgreich, bleibt ihre Skalierung bspw. durch Erweiterung des Selektivvertrages auf weitere Kostenträger wegen fehlender Anreize oft aus. Für Krankenkassen sind diese eine der wenigen Möglichkeiten für eine wettbewerbliche Abgrenzung zur Konkurrenz. Warum sollten sie einem Selektivvertrag einer anderen Kasse beitreten bzw. den Beitritt eines Wettbewerbers zulassen, der ihr Alleinstellungsmerkmal schmälert? Denkbar wäre hier ein gesetzlicher Anspruch für Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse, nach einer Karenzzeit von einigen Jahren auch Leistungen von Selektivverträgen anderer Kassen in Anspruch nehmen zu können, wenn sich diese als sinnvoll erwiesen haben. Damit müsste auch die ohnehin sinnvolle regelhafte Evaluation von Selektivverträgen einhergehen.

Der BMC unterstützt den Prozess zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung und ist über den Änderungsantrag hinaus gern bereit an der Entwicklung tragfähiger Lösungen mitzuwirken.

Berlin, 25. August 2020

Bundesverband Managed Care e. V.

Vorstand: Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Susanne Eble, Ralf Sjuts,
Thomas Ballast, Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägerl

Friedrichstr. 136 | 10117 Berlin | Tel. 030 - 28 09 44 80 | E-Mail: bmcev@bmcev.de | www.bmcev.de