

Berlin, Mai 2014

Positionspapier 2014

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Stärkung der Integrierten Versorgung durch innovative Rahmenbedingungen

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen auch im internationalen Vergleich einen hohen Stellenwert einnimmt, ist es derzeit immer noch von einer Vielzahl von Effizienz- und Effektivitätsreserven gekennzeichnet. Schwerpunktmaßig befinden sich diese im Schnittstellenbereich zwischen ambulanten und stationären Sektor. In keinem anderen Bereich stoßen so viel innovatives Potenzial und gegenläufige Gruppeninteressen aufeinander wie hier.

Im Sinne einer zukunftsgerichteten Versorgung – sowohl im Hinblick auf eine höhere Qualität als auch eine verbesserte Wirtschaftlichkeit – müssen Rahmenbedingungen für Integrierte Versorgungsformen neu bestimmt werden.

Die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsformen und die konsequente Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in der Selektiv- und Regelversorgung sind für die Erreichung der vorgenannten Ziele unverzichtbar. Nach Jahren der Stagnation hat die Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag 2013 dieser Anforderung wieder mehr Rechnung getragen. Diese Bekenntnisse nun mit versorgungsrelevanten Leben zu erfüllen, ist das Gebot der Stunde.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die DGIV die Umsetzung der folgenden Vorschläge in den gesetzlichen Rahmenbedingungen:

I. Versorgungsstrukturen müssen zukünftig konsequenter nach Erfordernissen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung gestaltet werden

Problem:

Insbesondere in der sektorenübergreifenden Versorgung ist in der Vergangenheit zu viel der Konsensfindung zwischen den politischen Parteien, zwischen Bund und Ländern, zwischen Bundesregierung und den Partnern der Selbstverwaltung und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung zum Opfer gefallen, so dass im Ergebnis zu wenig schließlich Eingang in effiziente rechtliche Rahmenbedingungen gefunden hat. Ein reformistischer Flickenteppich kann den komplexen Herausforderungen unserer Zeit zur Modernisierung des Gesundheitswesens nicht genügen.

Forderung:

Strukturreformen müssen Ausdruck und Bestandteil nachhaltiger, systematischer, versorgungswissenschaftlich begründeter Konzeptionen sein.

II. Bindung der I.V.-Verträge an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufheben

Problem:

Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung (2004-2008) muss die Finanzierung neuer Versorgungsmodelle aus eigenen Mitteln der Kasse erfolgen. Zudem sind I.V.-Verträge dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterworfen. Unabdingbare Investitionen in zukünftige gesundheitliche und wirtschaftliche Verbesserungen werden daher verhindert, weil I.V.-Verträge bei kurzfristiger Kostenbe trachtung in der Regel mit Mehrkosten verbunden sind.

Forderung:

Die im Gesetz für Selektivversorgungsformen fixierte Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist vom Gesetzgeber auch für die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V wieder aufzuheben.

Die Rahmenbedingungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassenaufsicht müssen neu definiert werden.

III. Prüfung von Selektivverträgen transparent gestalten – Ungleichbehandlung von landes- und bundesunmittelbaren Kassen aufheben

Problem:

Im Vergleich zum Bundesversicherungsamt (BVA) lassen Landesaufsichten den Kassen ihres Zuständigkeitsbereiches einen größeren Gestaltungsspielraum im Bereich der Selektivverträge. Hieraus resultiert einerseits eine Behinderung entsprechender innovativer Verträge im Bereich der bundesunmittelbaren Kassen. Andererseits entsteht ein direkter Wettbewerbsnachteil, der zwingend zu Gunsten einer Gleichbehandlung aller Kassen aufgehoben werden muss.

Auch innerhalb des BVA wird nicht nach einheitlichen Bewertungsmaßstäben agiert. Bei identischen bzw. vergleichbaren Sachverhalten kommt es zu unterschiedlichen Prüfergebnissen und ggf. nachträglichen Änderungsforderungen.

Forderung:

Es bedarf einheitlicher, liberaler und transparenter Prüfkriterien beim BVA und den Länderaufsichten, die bei allen Kassen einheitlich Anwendung finden müssten. Das BMG sollte hierzu eine Expertenkommission einsetzen.

IV. Add-on-Versorgungsaufträge in Verträgen zur Integrierten Versorgung zulassen

Problem:

Das BVA beanstandet Leistungen, die Versorgungsauftrag in I.V.-Projekten sind, wenn sie nicht dem Grundsatz der Substitution der Regelversorgung entsprechen. So ist der Abschluss eines I.V.-Vertrages mit nur oder überwiegenden Add-on-Leistungen nicht möglich, auch wenn er unter Versorgungsgesichtspunkten für die Versicherten und auch aus ökonomischer Sicht für die Kassen sinnvoll ist.

Forderung:

Der Abschluss eines I.V.-Vertrages sollte auch ausschließlich oder überwiegend mit Add-on-Leistungen möglich sein, ohne dass eine Substitution der Regelversorgung stattfinden muss.

V. Patienteninformation durch standardisierte Deklaration der Vertragsinhalte verbessern

Problem:

Bereits heute ist es anspruchsvoll, Projekte zur Selektivversorgung für die Patienten transparent darzustellen. Diese Ansprüche würden noch steigen, wenn Verträge zur Integrierten Versorgung keinen regelversorgungersetzenen Charakter mehr aufweisen müssen. Vor diesem Hintergrund wäre es zweckmäßig, den I.V.-Partnern zentrale Vorgaben an die Hand zu geben, welche näheren Mindestangaben die Patienteninformation gemäß § 140a Abs. 3 SGB V aufweisen muss.

Von Seiten der Aufsicht findet in I.V.-Projekten unter gesundheitlichen Gesichtspunkten derzeit keine medizinische Prüfung statt. Patienten könnten daher Zugang zu medizinisch ungesicherten Versorgungsformen bekommen.

Forderung:

I.V.-Verträge sollten nach einem einheitlichen Schema gegenüber der Öffentlichkeit deklariert werden („Beipackzettel“). Durch eine öffentliche und standardisierte Zugänglichkeit der Information kann eine vergleichende Bewertung der Versorgungsangebote erfolgen.

Der GBA sollte das Recht bekommen, in solchen Fällen Auflagen zur Ermittlung des Risikopotenzials eines Selektivvertrags zu erteilen, die z. B. in Form von Registern erfüllt werden können („coverage with evidence development“).

VI. Budgetbereinigung der selektivvertraglichen Versorgung soll nicht mehr verpflichtend sein

Problem:

Beim Abschluss von Selektivverträgen müssen Vergütungszahlungen der Kassen an die Erbringer ambulanter Versorgungsleistungen gegenüber der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) entsprechend bereinigt werden. Die Aufsicht verlangt demgemäß Vertragsergänzungen mit den KVn im Vorfeld der Selektivverträge.

Forderung:

Wegfall der Bereinigungspflicht für Krankenkassen und Ersetzung durch eine „Kann-Bestimmung“, hilfsweise: Befreiung von der Pflicht zur Bereinigung für die Anfangsphase von bis zu 4 Jahren, wenn aufgrund der Wirtschaftlichkeit des Projektes auf anderem Wege Einsparungen erzielt werden oder wenn der Aufwand der Bereinigung in keinem Verhältnis steht. Für eine Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens muss die Möglichkeit zur Vereinbarungen von Pauschalen bestehen.

VII. Abschaffung der MVZ-Gründungsvoraussetzung „Fachübergreiflichkeit“ und der Benachteiligung von MVZ, deren Gesellschafter nicht mehrheitlich im MVZ als Vertragsärzte tätig sind, Wiederzulassung weiterer Gesundheitseinrichtungen als MVZ-Gründer

Problem:

Die Absicht der Regierungskoalition, zukünftig auch fachgleiche MVZ zuzulassen, wird begrüßt. Die bisherige Praxis, nur fachübergreifende MVZ zuzulassen, stellt eine erhebliche Behinderung für die Verbreitung dieser Organisationsform dar. Das gilt auch für die zuletzt eingeführten Verbote der MVZ-Gründung durch andere Träger von Gesundheitseinrichtungen als Vertragsärzte und Krankenhäuser und Beschränkungen für MVZ, deren Gesellschafter nicht mehrheitlich in der Einrichtung auch als Vertragsärzte tätig sind, im Nachbesetzungsverfahren gem. § 103 Abs. 4c SGB V.

Forderung:

Abschaffung der Voraussetzung „Fachübergreiflichkeit“ für die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren; Wiedereinführung der gleichberechtigten Zulassung von Trägern anderer Gesundheitseinrichtungen zur MVZ-Gründung neben Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern; Abschaffung der Beschränkung für MVZ, deren Gesellschafter nicht mehrheitlich im MVZ als Vertragsärzte tätig sind, im Nachbesetzungsverfahren gem. § 103 Abs. 4c SGB V.

VIII. Anerkennung von MVZ/Facharztzentren/Praxiskliniken neben Krankenhäusern als Vertragspartner der Krankenkassen in zweiseitigen Selektivverträgen

Problem:

Die Regierungskoalition will zweiseitige Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern einführen. Es ist sinnvoll, den Krankenkassen nunmehr auch mehr Spielraum und Flexibilität im Abschluss von (zweiseitigen) Selektivverträgen mit ausgewählten Leistungserbringern einzuräumen. Diese Verträge könnten sehr gut und effizient auch mit anderen Selektivprojekten verknüpft werden. In diesem Zusammenhang wird allerdings vernachlässigt, dass in Deutschland auch eine erhebliche Zahl von zumeist ambulant operierenden MVZ, Facharztzentren und Praxiskliniken besteht, von denen sich ein beträchtlicher Teil bereits auch als (Kern-)Leistungserbringer in Selektivverträgen, auch zur Integrierten Versorgung, engagiert. Nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Gemeinschaften zur hochspezialisierten fachärztlichen Berufsausübung, die in der Regel auch die Voraussetzungen zur praxisklinischen Behandlung aufweisen, sind als – insbesondere stationsersetzende – Leistungserbringer in der Selektivversorgung geeignet.

Forderung:

Den Krankenkassen ist die Möglichkeit einzuräumen, über die derzeit bestehenden Selektivversorgungsformen hinaus Selektivverträge mit ausgewählten Leistungserbringern (auch in zweiseitiger Gestaltung) abzuschließen. Als Partner dieser Verträge sind auf Leistungserbringerseite in der medizinischen Versorgung nicht nur Krankenhäuser, sondern auch spezialisierte MVZ, Facharztzentren bzw. Praxiskliniken zuzulassen. Darüber hinaus ist eine Ausweitung dieser vertraglichen Freiheiten auf den Pflegebereich zu prüfen.

IX. Keinen undifferenzierten Evaluierungszwang in Regel- und Selektivversorgung

Problem:

Die Pflicht zur Evaluierung der Leistungserbringung ist in der Regel- und Selektivversorgung unzureichend und – soweit vorhanden – uneinheitlich geregelt. Für ein effizientes und wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen ist jedoch eine wissenschaftliche Auswertung des Leistungs- und Versorgungsgeschehens unverzichtbar. Vor dem Hintergrund der die einzelnen Versorgungsformen kennzeichnenden Spezifika und der hohen methodologischen Anforderungen an eine wissenschaftliche Evaluation würde eine allgemeine, undifferenzierte Pflicht zur Evaluierung sowie zur Veröffentlichung der Ergebnisse zu geringe verwertbare Aufschlüsse ermöglichen und den erheblichen Evaluationsaufwand nicht rechtfertigen.

Forderung:

Die wissenschaftliche Evaluation der Leistungserbringung und Versorgung hat sowohl in der Regel- als auch in der Selektivversorgung nach zentralen Vorgaben zu erfolgen, mit denen der besonderen Spezifik der Leistungserbringung in unterschiedlichen Versorgungsformen und Sektoren angemessen Rechnung getragen wird. Dabei ist zu gewährleisten, dass der Evaluationsaufwand die Leistungserbringer und Leistungsträger nicht über Gebühr wirtschaftlich belastet.

X. Professionelle integrierte Kranken- und Altenpflege in der Selektivversorgung

Problem:

Die Pflege ist noch nicht in der Integrierten Versorgung angekommen. Auch hier bestätigt sich, dass es nicht ausreicht, Pflegeeinrichtungen und -kassen als I.V.-Partner gem. § 140 b SGB V zuzulassen. Hier braucht es eine weitergehende gesetzgeberische Einflussnahme.

Derzeit existieren zu wenige wissenschaftlich hinterlegte Richtlinien und Standards für eine moderne, den Herausforderungen des demografischen Wandels gewachsene Kranken- und Altenpflege. Damit existieren kaum belegte Grundsätze für die gemeinsame Leistungserbringung.

Forderung:

Das Prinzip der Integrierten Versorgung muss bei der Pflegereform angemessen berücksichtigt werden. Die Reform sollte mit einer Novellierung und weitergehenden Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung einhergehen und dabei in der Regel- wie Selektivversorgung die – auch in Anlehnung an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Heilkundeübertragung – Voraussetzungen für die wechselseitige Nutzung der im Schnittstellenbereich von Altenpflege und medizinischer Versorgung bestehenden Kapazitäten – bis hin zur Delegation geeigneter Leistungen – schaffen. Kranken- und Pflegekassen müssen in die Lage versetzt sein, die vorhandenen Kapazitäten im Schnittstellenbereich von medizinischer Versorgung und Pflege nach modernen Richtlinien effizient einzusetzen. Es ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die es auch ermöglicht, Kosten über den Haushalt der PV abzuwickeln (offenere Formulierung des § 92 b Abs. 2 Satz 3 SGB XI in Analogie zum § 8 Abs. 3 SGB XI).

Die Erarbeitung und Bereitstellung wissenschaftlicher Standards für eine moderne, zukunftsgerichtete Pflege ist anzuregen.

XI. Freiere Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung müssen verbesserte Teilnahmebedingungen für Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie schaffen

Problem:

Da die I.V.-Partner ihre Projekte eigenverantwortlicher gestalten können müssen, sollte auch das unter anderen Bedingungen entstandene deutsche Vergabe- und Wettbewerbsrecht den innovativen Versorgungsformen nicht „übergestülpt“ werden. Einem Missbrauch derartiger vertraglicher Freiheiten kann man auch unter freieren Bedingungen durch spezifischere gesetzliche Gestaltungen vorbeugen. Die Pharma- und Medizinprodukteindustrie verfügt über eine starke Innovations- und Wirtschaftskraft, die hier nicht wegen überzogener Abhängigkeitsbedenken ungenutzt bleiben sollte. Durch die Aufsicht über die Selektivverträge könnte man absichern, dass sich die Industrieunternehmen – u. U. auch finanziell – sehr viel besser in der Integrierten Versorgung engagieren können und mit den anderen an der Versorgung Beteiligten compliant zusammenzuarbeiten.

Forderung:

Die besondere soziale Spezifik integrierender Selektivversorgungsformen erfordert ein dem sozialrechtlichen Charakter der Versorgung besser entsprechendes Rechtssystem. So sollten Krankenkassen und ihre Vertragspartner z. B. auch in der Lage sein, für die Integrierte Versorgung zugelassene Industriepartner nach eigenem Ermessen für eine selektivvertragliche Partnerschaft auswählen zu können.

Den Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie müssen durch freiere Rahmenbedingungen, die aber auch mit weiterentwickelten Anforderungen an die Aufsicht über die Projekte zu begleiten sind, verbesserte Möglichkeiten eingeräumt werden, sich deutlich stärker als bisher mit ihrer Innovations- und Wirtschaftskraft in Projekte zur Integrierten Versorgung einbringen zu können.

XII. Zusammenführung von DMP und Integrierter Versorgung

Problem:

Der Sachverständigenrat Gesundheit erkennt bzgl. der DMP derzeit noch keine repräsentativen und validen Belege für ihre Effizienz und keine überzeugenden Gründe für ihre schon zuvor problematische rechtliche Sonderstellung. Die Einbeziehung der DMP in die Integrierte Versorgung gem. §§ 140 a ff. SGB V würde nicht nur zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen Indikationsbereiche und Verbesserung der selektivvertraglichen Wettbewerbschancen der Programme führen, sondern auch die Chance bieten, bei diesen Programmen dem selektiven Vertragswettbewerb größere Chancen einzuräumen. Die DGIV sieht im Fall der Zusammenführung auch Chancen für die Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der Integrierten Versorgung.

Forderung:

Die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) sollten - gegebenenfalls unter Beteiligung der KBV - in geeigneter Art und Weise mit der Integrierten Versorgung zusammengeführt werden.

XIII. Innovationsfonds

Problem:

Im Koalitionsvertrag wurde ein Fonds zur finanziellen Förderung von innovativen sektorübergreifenden Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung vereinbart. Dieser sieht ein jährliches Ausschreibungsverfahren als Grundlage der Mittelvergabe vor. Eine jährliche Taktung wird allerdings dem Fortschrittsprozess nicht gerecht. Die verschiedentlich diskutierte Verteilung der Mittelvergabe auf einzelne Bundesländer würde das Verfahren insgesamt bremsen.

Forderung:

Die Beantragung von Mitteln aus dem Innovationsfonds für sektorübergreifende Versorgungsformen sollte viermal jährlich möglich sein. Alternativ zum Innovationsfonds sollten weitere Finanzierungsquellen (z. Bsp. Private Equity) möglich gemacht werden.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Friedrichstraße 183, 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