



Innovation für eine bessere Gesundheitsversorgung Gestern – Heute – Morgen

Gudrun Schaich-Walch, Stefan David zusammen mit Birgit Dziuk, Dr. Holger Friedrich, Philip Schunke

Der demografische Wandel erfordert innovative Ansätze in der Gesundheitsversorgung. Anders als neue technische oder pharmazeutische Produkte finden beispielsweise Innovationen von Versorgungsprozessen nur schwer Zugang in die Regelversorgung. Selektivverträge haben als Ansatz zur Förderung von Innovationen und zur Verbesserung der Versorgung aller Versicherten nicht zu den erhofften Erfolgen geführt. Die gemachten Fehler müssen erkannt und daraus der notwendige Handlungsbedarf abgeleitet werden. Ziel ist der Zugang zu innovativen Versorgungsangeboten für alle Versicherten. Um dies zu erreichen und einen auf Risikoselektion beruhenden Wettbewerb zu vermeiden, ist eine Überarbeitung bestehender Ansätze nicht ausreichend. Neue Mechanismen sind notwendig.

Ein Blick zurück:

Selektivverträge als Versuch zur Innovationsförderung

Vor über zehn Jahren wurde das Konzept der Selektivverträge geschaffen und damit auch integrierte Versorgungsverträge als Mittel zur Förderung von Innovationen, zur Stärkung des Wettbewerbs und zur Verbesserung der Versorgung aller Versicherten. Die Umsetzung in der Praxis war aufwändig und die erwarteten Ziele und Effekte wurden aus Sicht der betroffenen Akteure nicht erreicht.

Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde eine Vielzahl von verschiedenen Regelungen und Anforderungen geschaffen. Wesentlich sind hier¹:

- §§ 63 ff. Modellversuche
- § 73a Strukturverträge
- § 73b Hausarztzentrierte Versorgung
- § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 140 a ff. Integrierte Versorgung (IV)

Die Regelungen sprechen unterschiedliche Vertragspartner an und ermöglichen unterschiedliche Leistungen außerhalb der Regelleistungen und deren Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen. Mit den genannten Regelungen werden jedoch widersprüchliche Anreize und

Anforderungen in Richtung der Krankenkassen und der Leistungserbringer gesetzt.

Gleichzeitig führte die Schaffung einer Anschubfinanzierung zu einer Explosion insbesondere der IV-Verträge. Knapp fünf Jahre nach Auslaufen dieser Finanzierung zeigt sich ein problematisches Bild:

- Das Volumen an der gesamten Versorgung macht bei vielen Kassen unter 1 Prozent des Krankenkassenbudgets aus, wobei fast die Hälfte auf Versorgungsverträge in Rahmen von Komplexpauschalen entfällt (insb. Endoprothetik). Hier handelt es sich eher um Rabattverträge als um Innovationsförderung;
- Kassen nutzen Selektivverträge im Wettbewerb häufig, um ihren Versicherten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder besondere Serviceleistungen anbieten zu können. Auf das allgemeine Versorgungsgeschehen hat dies nur einen sehr geringen Einfluss. Die meisten Verträge werden zudem in Ballungszentren mit hoher Leistungserbringer- und Versichertendichte abgeschlossen. Auf ländliche Regionen – und somit für einen großen Teil der Versicherten – hat dieses Instrument kaum Einfluss genommen;

1 In der Aufzählung werden Disease Management Programme (DMP) außen vor gelassen, das sie nur formal Selektivverträge sind.

- Die Kassen selbst sind zurückhaltend geworden: Verträge die wirklich einen Mehrwert für kranke Menschen bieten, ziehen auch in Zeiten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) die falschen Risiken an und führen im schlimmsten Fall zu Zusatzbeiträgen bei den Kassen;
- Der Prozess zur Genehmigung von Verträgen ist komplex;
- Für die Versicherten sind keine neutralen Informationen verfügbar, obwohl das Recht auf Information zu Verträgen, den Leistungen und Anbietern sowie den Qualitätsstandards gegenüber der jeweiligen Krankenkasse bereits im Gesetz verankert ist (vgl. § 140a Abs. 3 SGB V);
- Es existieren keine Vorgaben zur Übernahme von erfolgreichen Selektivverträgen in die Regelversorgung. Innovationen werden im System der Rellleistungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in den GKV-Leistungskatalog überführt. Im System der Selektivverträge ist es den Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen, ob und wann sie erfolgreiche Prozesse und Leistungen für alle Versicherten sozialisieren wollen.

Aktuell fehlt ein sinnvolles System der Innovationsförderung. Selektivverträge alleine werden dies nicht leisten können. Innovation muss jedoch ein Leistungsversprechen für alle Versicherten sein. Sie haben Anrecht darauf, eine notwendige und an neue medizinische Erkenntnisse angepasste, sowie auch wirtschaftlich sinnvolle Behandlung zu erhalten.

Innovationsversuche Heute:

Im Spannungsfeld zwischen unzureichendem Risikostrukturausgleich (RSA) und „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“

Um einen fairen, d. h. nicht auf Risikoselektion beruhenden Wettbewerb der Krankenkassen zu ermöglichen, wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Aber auch mit der Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sind kranke Versicherte aus Sicht der Krankenkassen weiter unattraktiv. Nach wie vor ist die Mitgliederstruktur für den Erfolg einer Krankenkasse entscheidendes Kriterium.

Wenn eine Kasse durch gute Versorgungsverträge bekannt wird, riskiert sie Versicherte mit den entsprechenden Krankheitsbildern zu gewinnen. Da sie mit diesen Versicherten möglicherweise Geld verliert – also die tatsächlichen Kosten höher sind als die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA – muss die Kasse paradoxerweise darauf bedacht sein, dass ihre Verträge nicht allzu bekannt werden.

Das Finanzierungssystem enthält ein weiteres Hindernis für den Ausbau der Selektivverträge. Der in Euro zu entrichtende Zusatzbeitrag der letzten Jahre hat den Preiswettbewerb zwischen den Kassen verschärft. Da schon die Erhebung von

acht Euro pro Monat zu starken Mitgliederverlusten führen könnte, haben die Kassen alles getan, um einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Auch die ab 2015 geltenden einkommensbezogenen Zusatzbeiträge (verbunden mit der gesetzlichen Hinweispflicht) werden an dieser Situation nichts ändern.

Da Selektivverträge in den ersten Jahren häufig einen negativen Saldo aufweisen – bspw. aufgrund der notwendigen Investitionen in den Aufbau von Netzwerken, IT-Infrastruktur, Transaktionskosten – entstand ein starker Anreiz, solche Verträge gänzlich zu vermeiden.

Im Fazit bleibt festzuhalten, dass Innovation aktuell für eine einzelne Kasse wenig attraktiv ist! Wettbewerb in dieser Form kommt derzeit vor allem gesunden Versicherten als reiner Preiswettbewerb zu Gute – ein Wettbewerb um die beste Versorgungsleistung findet nicht statt. Innovation muss allen Versicherten zu Gute kommen. Dafür müssen neue Verfahren etabliert werden. Einen auf Risikoselektion basierenden Wettbewerb darf es nicht geben.

Die Zukunft: Neue Ansätze für Innovation Empfehlungen und Rolle der Politik

Weiterentwicklung der Selektivverträge

Die durch Selektivverträge erhoffte Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung aller Versicherten mit neuen Versorgungsangeboten oder -formen ist höchstens punktuell erreicht worden. Nicht zuletzt durch den demografischen Wandel werden Innovationen in den Versorgungsstrukturen dringend nötig. Bislang haben weder Selektivverträge noch die Integrierte Versorgung die Hoffnung auf eine verbesserte Regelversorgung in Deutschland eingelöst. Ist es sinnvoll das System weiter zu entwickeln? Zentrale Elemente im Konstrukt „Selektivverträge“, die für eine nachhaltige Optimierung der Gesundheitsversorgung nötig gewesen wären, wurden vernachlässigt.

Wir fordern:

- die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Prüfung und Aufsicht;
- den Entfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Kassen haben aus oben genannten Gründen bereits ein hohes Eigeninteresse an wirtschaftlichen Verträgen;
- den Entfall der Pflicht zur Budgetbereinigung;
- die Erweiterung der Möglichkeiten zum Vertragsschluss, insbesondere bei zweiseitigen Verträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern;
- den Entfall der negativen Anreize aus dem Finanzierungssystem (s. o.);
- die Schaffung echter Anreize in Form einer verbesserten Anschubfinanzierung;
- die Verpflichtung zur Evaluation und Veröffentlichung der Verträge und Ergebnisse mit dem Ziel innovative Ansätze mittelfristig in die Regelversorgung zu übertragen.

Lernen von den „NUBs“

Neben Selektivverträgen hat der Gesetzgeber weitere Mechanismen und Verfahren geschaffen, um Innovationen den Weg in die Regelversorgung zu ebnen. Gemäß Verbots- und Erlaubnisvorbehalt sind die Verfahren im stationären und ambulanten Bereich zu unterscheiden:

Antragsverfahren von NUB im stationären Sektor nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können über ein eigenes Verfahren in das Fallpauschalensystem (G-DRG-System) aufgenommen werden. Dazu müssen Krankenhäuser jährlich sogenannte befristete NUB-Entgelte mit den Krankenkassen verhandeln. NUB-Entgelte gelten nur für das beantragende Krankenhaus und dürfen keine NUB zum Gegenstand haben, die bereits durch den G-BA ausgeschlossen worden sind. Entscheidend für eine erfolgreiche Beantragung ist neben der vorab definierten „Innovationslücke“, dass die beantragte NUB bislang nicht sachgerecht vergütet ist. Die Anträge werden im Auftrag seiner Gesellschafter² vom DRG-Institut InEK geprüft und bewertet. Problematisch ist, dass das InEK seine Status-Vergabe nicht näher begründen muss. Dadurch fällt der Erkenntnisgewinn für die antragstellenden Ärzte und dahinter stehenden Hersteller und Anbieter von NUB gering aus, was insbesondere nachteilig im Fall von Wiederholungsanträgen ist. Innovationsfördernd wäre es, die beantragenden Krankenhäuser mehr in die Bewertung/Begründung des InEK einzubeziehen.

Wenngleich das Verfahren hochgradig kompliziert ist und sich primär auf Produktinnovationen beschränkt, sind durch stationäre NUB-Entgelte bislang mehr Innovationen ins System gekommen als durch Selektivverträge. Der Vorteil ist die Mischung aus dezentraler Antragsstellung und nachgelagerter regelhafter zentraler Erfassung und Bewertung. Hieraus müsste sich auch für das Instrument der Selektivverträge lernen lassen.

Antragsverfahren von NUB im ambulanten Sektor nach § 137e SGB V

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 01.01.2012 hat der Gesetzgeber überdies die Rechtsgrundlage zur systematischen Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geschaffen. Demnach ist der G-BA dazu ermächtigt, NUB zu erproben, die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, deren Nutzen jedoch noch nicht hinreichend belegt ist. Während der Erprobung werden die Leistungen vollständig zulasten der Krankenkassen erbracht. Methoden sind prinzipiell „neu“, sofern sie noch nicht im GKV-Leistungskatalog abgebildet. Die Erprobungsregel richtet sich an Hersteller und Anbieter von NUB, die analog der Krankenhäuser bei den NUB-Entgelten einen An-

trag stellen dürfen. Der Gesetzgeber zielt mit der Erprobung auf den evidenzbasierten Marktzugang im ambulanten Sektor. Ferner sollen Methoden und Leistungen, die keine Arzneimittel sind, dadurch schneller und flächendeckend in die Versorgung zu bekommen. Weitere wesentliche Merkmale der Erprobungsregelung sind:

- Antragsberechtigt zur Erprobung sind neben dem G-BA Hersteller und Anbieter von NUB;
- Der GBA ermittelt zunächst das Potenzial von NUB, führt bei nicht ausreichender Evidenz eine Studie durch und erstellt im Erfolgsfall eine Richtlinie auf Erprobung (das IQWiG ermittelt im Auftrag des G-BA das Potenzial);
- Im Rahmen der Erprobung wird evidenzbasiert der Nutzen von NUB ermittelt (Erprobungsstudie und Methodenbewertung); nach positiver Methodenbewertung durch den G-BA können NUB zulasten der Krankenkassen erbracht werden;
- Über die Einleitung von Erprobungsstudien entscheidet der G-BA jährlich.

Analogien und Unterschiede zu bestehenden Verfahren sind erkennbar: Die Erprobungsregelung ergänzt den Katalog von Verfahren, um Innovationen regelhaft und evidenzbasiert zu bewerten und in die Regelleistung zu überführen. Da das Verfahren jedoch noch relativ neu ist fehlt es an ausreichender Erfahrung, um Nutzen und Funktionsweise des Verfahrens umfassend zu bewerten. Dennoch ist es wie die Beantragung von NUB-Entgelten als lernendes System zu verstehen, mit dem die bisherigen Mechanismen zur Innovationsförderung und -Bewertung mit dem Ziel der flächendeckenden und ambulanten Kostenerstattung erweitert und ergänzt werden.

Innovationsfonds – die Ausgestaltung ist entscheidend

Innovationen finden oft nur schwer den Zugang in die Regelversorgung. Abgesehen von pharmazeutischen Neuentwicklungen war in den letzten Jahrzehnten der gängigste Weg der über das Krankenhaus – vornehmlich über die Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser.

Innovation im Gesundheitswesen darf sich aber nicht in der Entwicklung und Einführung neuer, von den Kassen zu erstattenden, Produkte erschöpfen. Ziel muss es hingegen sein, ambulant und stationär Versorgungsformen zu schaffen, die zu klaren Verbesserungen der Versorgung und bestenfalls zum Abbau der Sektorengrenzen führen.

Im Fokus muss dabei stets die optimale, patientenorientierte Versorgung stehen. Hierfür ist eine klare Analyse der jetzigen Regelversorgung mit regionalem Bezug notwendig. Diese muss sowohl Über-, Unter- und Fehlversorgung identifizieren als auch Optimierungspotentiale aufzeigen sowie, mit Blick auf die zu erwartende Personalsituation, eine Beschreibung des künftig Notwendigen beinhalten.

2 Gesellschafter des InEK sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung.

Zu berücksichtigen sind:

- die demografische und epidemiologische Entwicklung;
- die medizinische und technische Entwicklung;
- die personellen Notwendigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe sowie die Potenziale neuer Formen der Zusammenarbeit (inklusive Substitution & Delegation);
- die Überwindung der Sektorengrenzen;
- die Schaffung größtmöglicher Transparenz;
- die Fokussierung auf Qualität (Erfolgskontrolle).

Der in der Koalitionsvereinbarung beschlossene Innovationsfonds kann ein Weg sein das beschriebene Ziel zu erreichen. Den Krankenkassen stehen hier für vier Jahre jährlich 300 Millionen Euro für den Fonds zur Verfügung, von denen 75 Millionen Euro für Versorgungsforschung und 225 Millionen Euro für neue, über die bisherige Regelversorgung hinausgehende, Versorgungsleistungen genutzt werden.

Ein vielversprechender Ansatz. Entscheidend wird jedoch sein wie das Verfahren der Findung, Verteilung und Kontrolle gestaltet ist und ob eine ausreichende Transparenz des Prozesses sichergestellt wird. Es muss verhindert werden, dass die Mittel des Innovationsfonds schlicht nach Proporz auf Bundesländer und Akteure des Gesundheitswesens aufgeteilt werden.

Folgende Punkte sind für einen Erfolg des Innovationsfonds wichtig:

- Um Evidenz zu schaffen, ist die Förderung ausreichend großer Projekte notwendig;

- Ein Fokus soll auf der Förderung neuartiger Versorgungsansätze liegen, auf Prozess- und weniger auf Produktinnovationen. Insbesondere in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen liegt großes Potenzial für eine bessere Versorgung;
- Ein breites Vorschlagsrecht auch für Leistungserbringer optimiert die Chancen für innovative Ansätze optimieren;
- Die Notwendigkeit von Ko-Finanzierungen sollte überprüft werden;
- Vorschläge sind einer unabhängigen, wissenschaftliche Bewertung zu unterziehen.

Chancen einer neuen Innovationslandschaft

Mit Blick auf die Fehler der Vergangenheit ist festzuhalten, dass die bisher in dem nur äußerst begrenzt funktionierenden Markt „Gesundheitsversorgung“ entwickelten Wettbewerbselemente nicht zu den notwendigen Innovationen in der Regelversorgung geführt haben. Die grundlegende Weiterentwicklung der Selektivverträge ist zwar dringend notwendig, wird aber angesichts der gewünschten Ziele und den Herausforderungen durch den demographischen Wandel nicht ausreichen. Lehren aus dem NUB-Ansatz können hier weitere Impulse geben. Ein gemeinsames Handeln und Abstimmen der Akteure ist notwendig. In der richtigen Ausgestaltung ist der Innovationsfonds eine sinnvolle und notwendige Ergänzung, um Innovationen im „System Gesundheit“ zu fördern.

Gudrun Schaich-Walch 1990-2005 Mitglied des Deutschen Bundestages, 2000-2002 Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, 2002-2005 stellvertretende Vorsitzende der SPD Bundestagsfraktion für den Bereich Gesundheit, Pflege u. Soziale Ordnung. Seit 2006 freie Beraterin und Referentin im Gesundheitsbereich. Seit 2012 Sprecherin der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Stefan David Vorstand der Lichtenau e.V. und stellvertretender Sprecher der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises, Diplomierter Wirtschaftsingenieur, Universität Karlsruhe (TH) und Trinity College, Dublin. Bis Januar 2013 Vorstand der Lohfert & Lohfert AG, zuvor Berater bei Roland Berger.

Birgit Dziuk Abteilungsleiterin Strategie-Politik-Press-Selbstverwaltung-Revision bei der Deutschen BKK, Wolfsburg. Bis 2008 Leiterin ambulantes Versorgungsmanagement Deutsche BKK. Krankenkassenbetriebswirtin (FH), Angewandte Gesundheitswissenschaften Universität Lüneburg.

Dr. Holger Friedrich Geschäftsführender Gesellschafter der Steltemeier & Rawe Public Health GmbH, eine auf politische Interessenvertretung und regulatorische Verfahren spezialisierte Unternehmensberatung. Studium in Mainz, München und London, Promotion „Politische Ökonomie“, zertifizierter Gesundheitsökonom.

Philip Schunke 2009 – 2013 Geschäftsstellenleiter der Hauptstadtvertretung der contec-Unternehmensberatung. Seit 2013 freier Unternehmens- und Kommunikationsberater im Gesundheits- und Sozialsektor und contec competence partner. MSc Internationale Gesundheitspolitik (Gesundheitsökonomie) London School of Economics and Political Science.