Regierungsdirektorin Antje Domscheit

Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung

Zusammenfassung

Die ersten Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes zeigen, dass sich die zum 1.1.2012 eingeführte Pflicht der Krankenkassen zur Anzeige von Selektivverträgen bewährt hat. Es sind seither 1.789 Verträge angezeigt worden. Die Krankenkassen schließen vor allem Integrierte Versorgungsverträge (66% der angezeigten Verträge). Versorgungsschwerpunkte sind die neuen Bundesländer und hier der Bereich der ambulanten Operationsleistungen. Die Ausgaben für Integrierte Versorgung steigen von 2012 auf 2013 um 4,08 %. Das Bundesversicherungsamt hat 28 Verträge förmlich beanstandet. 5 Krankenkassen klagen gegen Beanstandungen. Beanstandungsgründe waren vor allem diskriminierende Teilnahmeregelungen, Sozialdatenschutzverletzungen, die Beteiligung von nicht zur Versorgung zugelassener Leistungserbringer und das Missverhältnis zwischen Leistungsausgaben und Vergütungsanteil für Managementgesellschaften.

Schlüsselwörter

Selektivverträge, Integrierte Versorgung, Rechtsaufsicht, Beanstandung

Seit der Gesundheitsreform 2000 sind die Krankenkassen berechtigt, Selektivverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Hierbei handelt es sich um hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b SGB V, Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach§ 73c SGB V sowie um integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V. Der Gesetzgeber hat sich ausweislich der Begründung zur Gesundheitsreform 2000 und dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetz - GKV-WSG) durch diese Neuregelungen eine Intensivierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung versprochen[1]. Die Krankenkassen haben im Rahmen dieser Selektivverträge vielfältige Möglichkeiten, von den kollektivvertraglichen Regelungen abzuweichen[2]. Insbesondere sind die Krankenkassen berechtigt, in den Selektivverträgen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Versorgungsgegenstand zu machen.

>> Die Selektivverträge sind den zuständigen Aufsichtsbehörden nach §§ 71 Abs. 4 S. 2 SGB V, 73b Abs. 9 S. 1 SGB V anzuzeigen. In der Aufsichtspraxis stellt das Bundesversicherungsamt fest, dass die Krankenkassen erhebliche gesetzgeberische Hürden überwinden müssen und sich deutlich mehr Gestaltungsspielraum wünschen, als dies der gesetzliche Rahmen derzeit zulässt. Es bestehen erhebliche Umsetzungsprobleme in der Versorgungspraxis.

Hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b SGB V

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung nach § 73b Abs. 1 SGB V anzubieten. Die Umsetzung dieser Verpflichtung ist bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Dies liegt nicht nur an der Verweigerungshaltung einzelner Krankenkassen, die vor dem Hintergrund der hiermit verbundenen zusätzlichen Leistungs- und Verwaltungsausgaben an den traditionellen Vertragsstrukturen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen festhalten wollen. Darüber hinaus bereitet es gerade kleineren Krankenkassen erhebliche Mühe, in allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Vertragsverhandlungen mit den Hausärzteverbänden zu führen. Aktuell unterstehen 79 der insgesamt 132 Krankenkassen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes. Bundesweit geöffnete Kassen sind verpflichtet, in jeder der 17 Regionen einer KV einen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag zu schließen (=1.343 Verträge). Das Bundesversicherungsamt hat in rund 1.100 Fällen Schiedspersonen eingesetzt. Fusionsbedingt ist die Zahl der Schiedsverfahren deutlich gesunken. Aktuell liegen 944 Verträge (inkl. Altverträge unter Beteiligung von KVen) vor, von denen 347 geschiedst worden sind. Zahlreiche Verträge werden aber in der Praxis (noch) nicht umgesetzt. Von einer bundesweiten Versorgung mit hausarztzentrierten Versorgungsleistungen kann daher immer noch nicht gesprochen werden.

§ 73c besondere ambulante ärztliche Versorgung

Der Gesetzgeber hat nicht näher definiert, was unter einer „besonderen“ ambulanten ärztlichen Versorgung zu verstehen ist[3]. In § 73c Abs. 1 S. 2 SGB V hat er bestimmt, dass Versorgungsaufträge in den Verträgen geregelt werden können, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Die Versorgungsaufträge nach § 73c SGB V treten neben die reguläre vertragsärztliche Versorgung und müssen besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung enthalten. Die Anforderungen, die für die Zulassung als vertragsärztlicher Leistungserbringer erforderlich sind, reichen nicht. Die Selektivversorgung kann sich beispielsweise durch bestimmte Organisationsformen, Kooperationsstrukturen und EDV-Strukturen oder durch bestimmte Qualitätsstandards wie Mindestfallzahlen u.a. von der Regelversorgung absetzen[4]. Als besondere ambulante ärztliche Versorgung sind bspw. Verträge zur Behandlung von bestimmten chronischen Krankheiten (Diabetes, koronare Herzerkrankungen u.a.) denkbar, ebenso wie für die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder in Schwerpunktpraxen (Schmerztherapie, Dialyse) sowie für Indikationen, die für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich von besonderer Relevanz sind[5].

Das Bundesversicherungsamt toleriert derzeit auch Verträge, die einzelne Leistungen als Versorgungsauftrag regeln (ambulante Operationsleistungen u.a.). Allerdings fordert das Bundesversicherungsamt, dass sich die Versorgungsaufträge von der Regelversorgung durch eine besondere Komplexität, Eingriffsintensität oder Qualitätsanforderungen absetzen.

§ 140a SGB V Integrierte Versorgungsverträge

Der Gesetzgeber hat in § 140a SGB V Anforderungen an die Konzeption von integrierten Versorgungsverträgen formuliert, die vom Bundessozialgericht (BSG), insbesondere im Urteil vom 06. Februar 2008 (Az. B 6 KA 27/07 R), konkretisiert worden sind. Danach können Integrationsverträge über eine interdisziplinär-fachübergreifende oder über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versor-

gung geschlossen werden. Die integrierte Versorgung soll sich nach der Intention des Gesetzgebers zu einer zweiten Säule der Regelversorgung entwickeln. In der Begründung der Bundesregierung zur Änderung der Vorschriften über die integrierte Versorgung durch das GKV-WSG wird zusammenfassend von einem „Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen für eine patienten-, bedarfsgerecht und effizientere Versorgung" gesprochen[6].

Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung setzt nach der Rechtsprechung des BSG[7] eine Kooperation von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete voraus. Die Kooperationen müssen die Fachgebietsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechts überschreiten. Sie müssen zudem im ambulanten Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit durch Überweisungen an Ärzte eines anderen Fachgebiets bzw. im stationären Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit der Abteilungen der unterschiedlichen Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgehen. Erforderlich ist ein Konzept längerfristiger, gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete.

Eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung setzt voraus, dass die in der Regelversorgung voneinander getrennten Leistungsbereiche miteinander verzahnt werden. In dieser Betrachtung werden nicht nur die großen Leistungsbereiche „ambulante" und „stationäre" Versorgung einbezogen. Auch innerhalb dieser Hauptsektoren bestehende Leistungsgrenzen können durch ein integriertes Versorgungskonzept miteinander verzahnt werden[8].

Ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle bedingt nach der Rechtsprechung, dass Leistungen der traditionellen Versorgung durch solche der integrierten Versorgung ersetzt werden[9]. Dies gilt auch für die Vergütung der integrierten Versorgung, die gemäß § 140 c Abs. 1 SGB V insgesamt über den Selektivvertrag zu regeln ist. Umfasst der integrierte Versorgungsvertrag ambulante vertragsärztliche Leistungen, ist nach der Rechtsprechung des BSG diese Leistung außerhalb der Gesamtvergütung über den integrierten Versorgungsvertrag zu vergüten. Nach der aktuellen Rechtslage ist daher eine sog. „add-on" – Vergütung ärztlicher Leistungen neben der Abrechnung gegenüber der KV nicht zulässig[10].

Neben diesen Anforderungen an das integrierte Versorgungskonzept bestehen in den Selektivverträgen zudem zulassungsrechtliche Schranken, die die Krankenkassen oft überschreiten. So sind auch in der Selektivversorgung bspw. Krankenhäuser nicht uneingeschränkt für die ambulante Versorgung zugelassen. Erhebliche Schwierigkeiten bereitet in der Aufsichtspraxis die Einbeziehung von Praxiskliniken in die stationäre Versorgung. In der Literatur ist umstritten, ob Praxiskliniken für die stationäre Versorgung eine Zulassung nach § 108 SGB V benötigen[11]. Das Bundesversicherungsamt toleriert aktuell eine Erbringung von stationären Leistungen in einem Umfang von vier Tagen/drei Nächten. Allerdings ist der Handlungsrahmen der Krankenhäuser nach dem AOP-Vertrag zu beachten. Bei Beteiligung von Vertragsärzten gilt insoweit der EBM.

Zahlen

Seit dem 01. Januar 2012 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt 1.789 Vertragsanzeigen nach § 71 Abs. 4 SGB V eingegangen. Hiervon entfielen auf Verträge zur integrierten Versorgung 66% und auf Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung 34%. In 2013 wurden 51 hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b Abs. 9 S. 1 SGB V angezeigt.

Das Bundesversicherungsamt hat insgesamt 28 Beanstandungen nach § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V ausgesprochen. Aktuell sind fünf Klagen gegen Beanstandungen des Bundesversicherungsamtes bei den Landessozialgerichten anhängig.

Außerhalb dieses förmlichen Beanstandungsverfahrens findet ein intensiver Dialog zwischen dem Bundesversicherungsamt und

Anzahl der Verträge je Kassenart	
Ersatzkassen	ca. 15%
BKK'en	ca. 75 %
IKKen, KBS, SVLFG	ca. 10%

Tab. 1: Anzahl der Verträge je Kassenart.

Literatur

1 BT-Drucks. 14/1245, S. 92; 15/1525, S. 74, 129, 132; 16/3100, S. 90, 152.
2 Zum Beispiel § 73b Abs. 5 S. 3, Abs. 5 S. 4, § 73c Abs. 4 S. 2, 3, § 140b Abs. 3 S. 4, Abs. 4 S. 1, 3 SGB V.
3 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 97; 16/3100, S. 113 f.
4 Vgl. Adolph, in: jurisPraxiskommentar SGB V, 2. Aufl. 2012, § 73c Rn. 20.
5 Orlowski, in: Orlowski/ Rau/ Wasem/ Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Stand 11/2013, § 73c Rn. 4.
6 BT-Drucks. 16/3100, S. 152.
7 BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az. B 6 KA 5/07 R, juris Rn. 17.
8 Zu möglichen Sektoren vgl. Adolph (Fn. 4), § 73c Rn. 28.
9 BSG, Urteile vom 06.02.2008, Az. 6 KA 5/07 R, juris Rn. 21 und Az. 6 KA 27/07 R, juris Rn. 20 ff.
10 BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az. 6 KA 27/07 R, juris Rn. 22; ebenso SG Berlin, Urteil vom 29.08.2012, Az. S 36 KR 2137/10, juris Rn. 70.
11 Zum Stand der Diskussion vgl. Gaßner/Strömer, GesR 2013, S. 276 (277 ff.); vgl. BT-Drucks. 13/3062, S. 5 f., 13 f.
12 Abrufbar unter http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378.
13 Engelmann, in: jurisPK SGB V (Rn. 4), § 71 Rn. 55.
14 Axer, in: Schnapp/ Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. 2006, § 8 Rn. 48; Beule, Rechtsfragen der integrierten Versorgung, 2003, S. 150, 162 ff; Engelhard, in: Hauck/ Noftz, SGB V, Stand 09/2011, § 140b Rn. 45; Hensel, Selektivverträge im vertragsärztlichen Leistungserbringerrecht, 2010, S. 68; Orlowski, Die BKK 2000, S. 191 (193); Quaas, VSSR 2003, S. 175 (193); Windthorst, Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002, S. 91, 124.
15 § 140b Abs. 3 S. 4 SGB V; Baumann, in: jurisPK SGB V (Rn. 4) § 140b Rn. 64; Bäune, in: Orlowski/ Rau/ Wasem/ Zipperer (Fn. 5) § 140b Rn. 27; Beule (Fn. 14), S. 139; a.A. Windthorst (Fn. 14), S. 120, der die Norm für ein Redaktionsversehen hält.
16 Vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.02.2010, Az. B 1 KR 10/09 R.
17 EuGH, Urteil vom 11.06.2009, Rs. C-300/07 Oymanns ./. AOK Rheinland/Hamburg zu einem integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140a ff. SGB V zur Versorgung der gesetzlich Versicherten mit orthopädischen Schuhen, der sowohl Liefer- wie Dienstleistungsanteil hatte.
18 § 73c Abs. 2 S. 1, 5 SGB V.
19 Jahn/ Sommer, Sozialgesetzbuch für die Praxis SGB V, § 73c Rn. 18; Orlowski (Fn 5), § 73c Rn. 14.

den Krankenkassen zur Auslegung bzw. Anpassung von Verträgen statt. Aktuell sind rund 100 Verwaltungsverfahren zur Vertragsanpassung anhängig. Insbesondere Regelungen zur Teilnahme der Versicherten sind in der Aufsichtspraxis oft anpassungsbedürftig, deren Mangelhaftigkeit aber nicht durch förmliche Beanstandungen geahndet wird. Wenn wesentliche gesetzliche Voraussetzungen, wie Anforderungen an ein integriertes Versorgungskonzept oder die Einbeziehung ausschließlich zugelassener Leistungserbringer erfüllt sind, sieht das Bundesversicherungsamt von einer förmlichen Beanstandung ab und lässt den Krankenkassen Zeit, die Verträge mit ihren Vertragspartnern anzupassen. Während dieser Zeit dürfen die Versorgungskonzepte weiter in der Praxis umgesetzt werden.

Die Zahl der Beratungsgespräche und Vorprüfungen steigt, dies vor allem vor dem Hintergrund der gesetzlich sehr kurz bemessenen Beanstandungsfrist von zwei Monaten gemäß § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V.

Genaue Erkenntnisse zu den Teilnahmezahlen liegen dem Bundesversicherungsamt jedoch nicht vor. Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten wird bei den Ersatzkassen aber deutlich höher sein, als bei den BKK insgesamt. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fordert das Bundesversicherungsamt kassenbezogene Angaben zur geschätzten Teilnehmerzahl und zu dem wirtschaftlichen Volumen der Verträge.

Schwerpunkt der Verträge bildet die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor, wobei oft „nur" stationäre Aufenthalte verkürzt werden. Vor allem bei Verträgen zur Behandlung von psychisch Kranken zielen die Verträge auf eine Vermeidung von stationären Aufenthalten ab. Die Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung bringt oft zulassungsrechtliche Probleme mit sich. Bei Operationsleistungen (Orthopädie, Phlebologie u.a.) werden oft neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt. Die meisten Verträge werden in Ballungszentren mit einer hohen Leistungserbringer- und Versichertendichte abgeschlossen. Die neuen Bundesländer werden bei Selektivvertragsschlüssen vernachlässigt.

Versorgungsschwerpunkt ist unter Berücksichtigung der Zahl der eingeschriebenen Versicherten die Versorgung mit innovativen ambulanten Operationsleistungen. Die Einschreibezahl in der integrierten Versorgung steigt stetig. Nach dem Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012 liegen die durchschnittlichen Teilnehmerzahlen bei rund 300 Versicherten pro Vertrag[12]. Bei den BKK'en liegt die Teilnehmerzahl nach den Erkenntnissen des Bundesversicherungsamtes aber deutlich unter 100.

Versorgungsschwerpunkt	
Leistungen	Prozentualer Anteil an den angezeigten Verträgen
Integrierte Versorgung von Herzpatienten (Krankenhaus/ Rehabilitation)	26 %
Ambulante Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (Hautkrebsscreening, zusätzliche Kinder und Jugend-Untersuchungen u.a.)	23 %
Ambulante orthopädische Operationen	13 %
Ambulante Behandlung psychisch Kranker	12 %
Besondere ambulante augenärztliche Behandlung (AMD, Katarakt u.a.)	11 %
Integrierte Behandlung abhängig Erkrankter	9 %
Innovative Venenbehandlung	3 %
Besondere ambulante zahnärztliche Behandlung	3 %

Tab. 2: Versorgungsschwerpunkte.

Ausgaben

Der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV beträgt zwischen 0,8 und 11 % je nach Kasse/Kassenart. Die Leistungsausgaben in der integrierten Versorgung sind von 2012 auf 2013 um 4,08 % gestiegen.

Vertragspartner

Die meisten Verträge werden unter Beteiligung von Vertragärzten abgeschlossen. Der stationäre Bereich ist lediglich in 10 % der Verträge eingebunden. Rehabilitationskliniken sind in unter 5 % der Verträge Vertragspartner. Drei Verträge sind unter Beteiligung von Pflegeinrichtungen angezeigt worden. Eine Verzahnung von kranken- und pflegeversicherungsrechtlichen Leistungen ist lediglich in einem Vertrag angezeigt worden. Es liegt erst ein Vertrag unter Beteiligung eines Arzneimittelherstellers vor. Verträge mit Herstellern von Medizinprodukten sind noch nicht angezeigt worden.

Anzeigepflicht gemäß § 71 Abs. 4 SGB V und Verwaltungsablauf

Die Anzeigepflicht besteht bei Vertragsabschlüssen ab dem 01. Januar 2012. Die Verträge sind vollständig und unterschrieben mit allen Angaben an das Bundesversicherungsamt zu übersenden. Sammelanzeigen durch Vertragsarbeitsgemeinschaften (VAG'en, spektrumK, GWQ plus, vdek) sind bei entsprechender Bevollmächtigung durch die einzelne Krankenkassen möglich und zur Verschlankung des Prüfaufwandes auch erwünscht. Die Anzeigepflicht besteht bei jeder Vertragsanpassung. Alt-Verträge können auch im allgemeinen Aufsichtsverfahren nach § 88 ff. SGB IV aufgegriffen werden, wenn Anhaltspunkte für die Rechtswidrigkeit bestehen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Verträge nicht nur beim Bundesversicherungsamt, sondern auch bei den für die Sozialversicherung obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorzulegen, in deren Zuständigkeitsbereich die Verträge umgesetzt werden (§ 71 Abs. 5 SGB V). Das Bundesversicherungsamt fordert die Landesaufsichten gemäß § 71 Abs. 4 S. 2 SGB V innerhalb eines Monats zur Stellungnahme auf. Ziel ist es, dass Aufsichtshandeln von Bundes- und Landesaufsichtsbehörden zur Herstellung einheitlicher Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen abzustimmen. Die Aufsichtspraxis zeigt, dass die Landesaufsichten von ihrem Recht zur Stellungnahme umfangreich Gebrauch machen. In regelmäßigen Abständen finden Arbeitsgruppensitzungen zu grundsätzlichen Fragestellungen in der Vertragsprüfung mit den Landesaufsichten und dem BMG statt. Gleichwohl beklagen die Krankenkassen eine unterschiedliche Aufsichtspraxis der Bundes- und Landesaufsichten. Da das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Vertragsanzeigen landesunmittelbarer Krankenkassen nicht beteiligt wird, ist dieser Vortrag nicht verifizierbar. Das Bundesversicherungsamt setzt sich aber nach Kräften für ein einheitliches Aufsichtshandeln ein und hat hier in der Praxis bereits sehr gute Erfahrungen bei der Abstimmung von Aufsichtsverfahren gemacht.

Aufsichtsmittel und deren Rechtsfolgen

Das Bundesversicherungsamt kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten nach Vertragsvorlage gemäß § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V beanstanden. Die Beanstandung suspendiert den Vertrag, so dass er nicht umgesetzt werden darf[13]. In der Aufsichtspraxis gibt das Bundesversicherungsamt aber bei bestehenden aufsichtsrechtlichen Bedenken Gelegenheit zur Vertragsanpassung, wenn eine Perspektive für eine Heilung des Vertrages besteht. In diesem Fall ermöglicht das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen regelmäßig, den Vertrag während der notwendigen Vertragsanpassungsphase weiter umzusetzen.

Vor einer Beanstandung stellt das Bundesversicherungsamt das Benehmen mit den zuständigen Landesaufsichten gemäß § 71 Abs. 4 S. 4 SGB V her. Das Bundesversicherungsamt informiert die Landesaufsichten über die beabsichtigte Beanstandung und bittet um Rückmeldung. Ein Einvernehmen zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Landesaufsichten ist nicht erforderlich.

Altverträge werden anlassbezogen im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht überprüft. Die Krankenkassen bekommen Zeit zur Nachverhandlung von rechtswidrigen Vertragspassagen. Wenn die Nachverhandlung scheitert, wird die Krankenkasse zur Kündigung aufgefordert. Kündigt die Krankenkasse den Vertrag nicht, kann das Bundesversicherungsamt die Kündigung mit allgemeinen Aufsichtsmitteln (Beratung, Verpflichtung gemäß § 89 SGB IV) durchsetzen. Der Vertrag darf bis zum Eintritt der Bestandskraft eines Verpflichtungsbescheides zunächst umgesetzt werden, es sei denn der Bescheid wird mit einem Sofortvollzug verbunden (Ultima-ratio).

Schwerpunkte in der Prüfung von IV-Verträgen

Das Bundesversicherungsamt prüft die Verträge im Hinblick auf die Einhaltung der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 SGB V. Insoweit bittet das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen im Rahmen der Vertragsvorlage um Angaben zum monetären Volumen des Vertrages, den geschätzten Teilnehmerzahlen und einer Gegenüberstellung der Vergütung in der Selektivversorgung im Verhältnis zur Regelversorgung. Insbesondere zu Beginn eines neuen Versorgungskonzeptes sind genaue Angaben zum Ausgabenvolumen nicht möglich. Das Bundesversicherungsamt fordert daher lediglich prognostische Einschätzungen der Krankenkassen. Gemäß § 53 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V müssen die Aufwendungen für die Selektivversorgung aus Einnahmeneinsparungen und Effizienzsteigerungen auf Dauer finanziert werden. Dies bedeutet, dass zwar ein einzelner Versorgungsvertrag teurer als die Regelversorgung sein kann. Insgesamt fordert der Gesetzgeber aber eine Versorgung, die nicht teurer sein darf, als die Regelversorgung.

Das Bundesversicherungsamt prüft ferner die allgemeine Rechtmäßigkeit der Verträge. Hierbei konzentriert sich das Bundesversicherungsamt auf die Prüfung des Zulassungsstatus der Vertragspartner, die Anforderung an das integrierte Versorgungskonzept, den Leistungsumfang entsprechend dem gesetzlichen Leistungskatalog, diskriminierungsfreie Teilnahmebedingungen, Beachtung der Patientenrechte und des Sozialdatenschutzes, das Ersetzen der Regelversorgung sowie die Einhaltung der Bereinigungsnotwendigkeit.

Abweichungsbefugnis nach § 140b Abs.4 S.1 SGB V

Integrierte Versorgungsverträge dürfen von den Vorschriften des Vierten Kapitels (KHG, KHEntgG) des SGB V sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen, wenn die Abweichung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verbessert wird oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Grundsätzlich gilt, dass sich der Leistungsanspruch des Versicherten aus dem Dritten Kapitel des SGB V ergibt und auch in der integrierten Versorgung zu beachten ist[14]. Der Leistungsrahmen in der integrierten Versorgung darf lediglich insoweit ausgeweitert werden, als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht abgelehnt hat, Gegenstand der Verträge sein dürfen[15]. Das Bundesversicherungsamt prüft in diesem Zusammenhang lediglich, ob es sich um eine Methode im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, die eine medizinische Vorgehensweise darstellt und der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, welches sie von anderen Verfahren unterscheidet[16].

In der Aufsichtspraxis stellt das Bundesversicherungsamt immer wieder fest, dass der Leistungsrahmen in den integrierten Versorgungsverträgen über den Leistungsrahmen des gesetzlichen Leistungskatalog hinausgeht und von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusse deutlich abgewichen wird. Im Ergebnis toleriert das BVA ein Abweichen, wenn eine qualitative, wirtschaftliche, ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten, wie es im Dritten Kapitel SGB V garantiert ist, nicht unterschritten wird. So hat das Bundesversicherungsamt bereits Verträge toleriert, in denen entgegen § 4 Abs. 6 und 7 der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege ein Nebeneinander von psychiatrischer Krankenpflege und Soziotherapie geregelt wird. Auch ein Überschreiten von Behandlungskontingenten lässt das Bundesversicherungsamt zu. Allerdings können diese Mehrleistungen die Wirtschaftlichkeit der Verträge gefährden und stellen Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Kassen dar. Eine gesetzliche Klarstellung, in welchem Rahmen die Selektivversorgung den gesetzlichen Leistungsrahmen ausweiten können, wäre daher wünschenswert.

Rechtliche Bedenken hat das Bundesversicherungsamt, wenn in den Selektivverträgen Krankheiten behandelt werden sollen, die nach Maßgabe der Richtlinien nicht (mehr) ambulant therapierbar sind, weil das Krankheitsbild sehr schwerwiegend ist. In diesem Fall sieht das Bundesversicherungsamt die Gefahr, dass der medizinische Standard unterschritten wird und daher die Qualität der medizinischen Versorgung in der Selektivversorgung leidet.

Ausschreibungspflicht

Anders als in § 73c Abs. 3 S. 3 SGB V ist keine Ausschreibungspflicht für integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V im Sozialgesetzbuch normiert. Streitig ist, ob diese Pflicht aus dem Europarecht folgt (§ 69 Abs. 2 SGB V i.V.m. GWB). Wenn ein Vertrag im Schwerpunkt Dienstleistungen erfasst (bspw. ärztliche Leistungen), greift die Dienstleistungskonzession mit der Folge, dass das Vergaberecht keine Anwendung findet[17].

Schwerpunkte in der Prüfung der Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Versorgungsaufträge: Die Versorgungsaufträge müssen über die Regelversorgung hinaus besondere Anforderungen an die Qualität der Leistung enthalten. Es reicht nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes nicht, wenn ausschließlich Serviceleistungen (Ausdehnung Sprechzeiten, Getränke u.a.) vertraglich geregelt werden. Ein Versorgungsbereich oder ein Teil eines Versorgungsbereichs muss als Leistungskomplex aus der Regelversorgung ausgegliedert werden (Bspw.: besondere ärztliche Behandlung von Diabetespatienten, an

Brustkrebs erkrankten Frauen, Patienten mit Asthma).

Teilnahmebedingungen: Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Bindung an diese Teilnahmeerklärung ist für die jeweilige Versorgungsform in der Satzung der Kasse zu regeln[18]. Dem Bundesversicherungsamt liegen aktuelle Satzungsentwürfe vor, die ein Verzeichnis der Selektivverträge als Anlage zur Satzung enthalten, aus dem der Versicherte die jeweilige Bindungsfrist, das Versorgungsangebot, die Leistungserbringer u.a. entnehmen kann. Ferner können die Krankenkassen Regelungen zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten in der Satzung treffen. Denkbar wäre insbesondere eine Regelung, wonach dem Versicherten die Kostentragung für außerhalb des Selektivvertrages in Anspruch genommene Leistungserbringer auferlegt wird. Bisher liegt dem Bundesversicherungsamt keine entsprechende Satzungsregelung zur Genehmigung vor.

Vertragspartner: Im Gegensatz zur integrierten Versorgung dürfen KVen Vertragspartner von Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sein. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes bedarf es aber demnach einer Einschreibung der Vertragsärzte in das Vertragskonzept[19]. Die selektivvertragliche Leistung wird als Sachleistung zu Gunsten der Versicherten angeboten, so dass eine Verbindlichkeit dahingehend erzielt werden muss, welche Vertragsärzte die Verträge auch gegen sich gelten lassen. In der Aufsichtspraxis hat sich gezeigt, dass Ärzte diese Bindung verneinen, wenn „lediglich" die KV die Verträge unterzeichnet. Es besteht daher die Gefahr, dass die Ärzte selbst darüber entscheiden, ob sie die vertragsgegenständliche Leistung im Sachleistungsverfahren erbringen oder dem Patienten als IGEL-Leistung für ein deutlich höheres Entgelt anbieten.

Neben den im Katalog nach § 73c Abs. 3 SGB V genannten möglichen Vertragspartnern toleriert das Bundesversicherungsamt auch Vertragsschlüsse mir Praxiskliniken entsprechend § 140 b Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Eine dahingehende gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert.

Beanstandungsfälle

Folgende Rechtsverstöße sind Schwerpunkte in der Aufsichtspraxis:

- Diskriminierende Teilnahmebeschränkungen (z.B. Mindestversicherungsdauer, Selbstbehalt, Fallzahlbegrenzung, Alter, regionale Beschränkungen)
- Beteiligung nicht zugelassener Leistungserbringer
- Fehlender integrativer Ansatz bei schlicht ambulanten Leistungen in Praxiskliniken
- Sektorübergreifender Vertrag, wobei sich die „besondere" stationäre Leistung darin erschöpft, kostenfrei fernsehen und telefonieren zu können sowie kostenfreie Mahlzeit für den Ehepartner und einmalige Konsultation des Chefarztes
- berufsrechtliche Fragestellungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen auf Krankenschwestern (Abgrenzung ärztliche Leistungen/ Hilfeleistung § 28 Abs. 1 SGB V)
- Verträge nach § 73 c SGB V ohne Einbeziehung ärztlicher Leistungen
- Verletzung von Formvorschriften wie mangelnde Einschreibung der Versicherten bei § 73 c SGB V
- Missverhältnis zwischen Leistungsausgaben und Vergütungsanteil für Managementgesellschaften (im Einzelfall lediglich 40% der Vergütung für medizinische Versorgungsleistungen).

Ausblick

Der Koalitionsvertrag (S. 75-83) beinhaltet Absichtserklärungen der Bundesregierung zur Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Hemmnisse bei der Umsetzung „von integrierten und selektiven Versorgungsformen" sollen beseitigt werden. Alle Selektivverträge sollen zukünftig evaluiert werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, weil derzeit zahlreiche Verträge neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beinhalten, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich untersucht wird. Allerdings sind die Einschreibezahlen bei integrierten Versorgungsverträgen und Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung aktuell oft gering, so dass Evaluationen mit einem wissenschaftlich anerkannten Aussagewert nur sehr schwer erzielbar sein werden.

Zukünftig sollen die Kassen verpflichtet werden, einen Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren zu belegen. Dies geht über die aktuellen gesetzlichen Anforderungen deutlich hinaus. Aktuell lässt das Bundesversicherungsamt Prognoseaussagen ausreichen und fordert keine kurzfristige Refinanzierung. Ferner sollen Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufgehoben und das Bereinigungsverfahren vereinfacht werden. Das Bundesversicherungssamt setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass zukünftig „add-on" – Vergütungsregelungen neben den kollektivvertraglichen Vergütungssystemen zugelassen werden.

Das Bundesversicherungsamt unterstützt auch die Absicht der Bundesregierung, eine verpflichtende Überführung von geeigneten Versorgungsformen in die Regelversorgung zu regeln. Hiermit würden erfolgreiche Einzelprojekte von Kassen, die nur Versicherten einer Kasse zu Gute kommen, zukünftig allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus hatte sich die Bundesregierung auf die Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen bei Hausarztverträgen geeinigt. Mit dem 14. SGB V Änderungsgesetz, welches am 20.02.2014 vom Bundestag beschlossen worden ist, ist dieses Ziel bereits umgesetzt worden. Das Gesetz wird in Kürze in Kraft treten. Die strenge Gegenüberstellung der Fallwerte der Regel- und Selektivversorgung in § 73b Abs. 5 a SGB V wird gestrichen und die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche IGEL Leistungen anzubieten. Gleichwohl gilt auch für hausarztzentrierte Versorgung nach wie vor der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V und der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz nach § 12 Abs. 1 SGB V, so dass bei zukünftigen Vertragsvorlagen gleichwohl jeder Anstieg der Vergütung zu prüfen ist. Ferner müssen Strukturierte Behandlungsprogramme nun Bestandteil der HZV-Verträge werden. <<

Innovations in Health Care Supply: Experiences Made in the Field of Integrated Health Care

Since 01/01/2012, public health insurance providers are obliged to notify their selective contracts to the supervisory authorities. According to the experiences of the Bundesversicherungsamt, the introduction of this new legislative obligation has proven of value. So far 1,789 contracts were submitted. The public health insurers mostly conclude contracts on integrated health care (66% of the notified contracts). Principally, they concentrate on the New Federal States and focus on day surgery. In 2013, the expenditures for integrated health care increased to 4.08% compared to 2012. The Bundesversicherungsamt formally objected to 28 contracts. 5 public health insurers have taken legal action against them. The objections were mainly based on discriminatory conditions for the insurant's participation, breaches of social data protection, involving unauthorized care providers, and the inadequate apportioning of expenses for health care and management company services.

Keywords

Selective Contracts, Integrated Health Care, Supervisory Authority, Formal Objections

Autorenerklärung

Regierungsdirektoren Antje Domscheit ist Referatsleiterin im Bundesversicherungsamt. Interessenkonflikte liegen nicht vor.

Regierungsdirektorin Antje Domscheit
ist Juristin und seit 2001 im Bundesversicherungsamt tätig. Sie leitet das Referat „Vertragsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen" und ist hier vor allem für die Prüfung der Integrierten Versorgungsverträge nach § 140a SGB V, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie für die Umsetzung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung zuständig. In Ihren Aufgabenbereich fällt ferner die Überwachung der Einhaltung der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V durch die Vertragspartner der vertragsärztlichen- und vertragszahnärztlichen Versorgung.
Kontakt: Antje.Domscheit@bva.de

