BMC-Regelungsvorschlag für einen neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich

Neues SGB-V-Kapitel: sektorenunabhängige Versorgung

Zum Auftakt der ersten Sitzungswoche nach der Sommerpause forderte der Bundesverband Managed Care (BMC) einen grundlegenden Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung. In einem Impulspapier (1) und einem Regelungsvorschlag (2) schlug der branchenübergreifende Verband die Schaffung eines neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs vor, für den Funktionsmechanismen von Value-Based Care im Sozialgesetzbuch verankert werden sollen. Den Vorschlag diskutierten im Rahmen eines digitalen Spotlights BMC-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Lutz Hager und Dr. Regina Klakow-Franck (bis Juni 2023 stv. IQTIG-Institutsleiterin), die als Initiatorin das BMC-Papier verantwortet.

>> Das Impulspapier hat wie alles seine Vorläufer und ist ebenso das Ergebnis eines langen Diskussionsprozesses. Beschäftigt es sich doch mit der sich seit vielen Jahren stellenden (und bisher unbeantworteten) grundlegenden Frage, wie sich strukturell in der Gesundheitsversorgung in Deutschland etwas ändern könnte, um endlich die Sektorierung der Versorgung zu überwinden. Dieses Papier ist zwar nicht identisch mit dem im April 2024 veröffentlichten AOK-Gemeinschaftspapier „Gesundheitsregionen: sektorenunabhängige Versorgung gestalten“ (3), doch geht es in eine ähnliche Richtung.

Das Papier hat seine intellektuelle Heimat in der vor mehreren Jahren gestarteten BMC-Arbeitsgruppe „Value-Based Care” unter Vorsitz von Dr. Nicolas Busch (Boston Consulting Group) und Dr. Alexander Schellinger (Siemens Healthineers AG). Inhaltlich kam hier jedoch wohl auch das regressionsanalytische Berechnungsmodell der AOK Nordost für die finanzielle Effizienz von Arztnetzen (Arete-Modell) und das Qualitätsmonitoring „Quattro“ mit Blick auf eine Value-Based-Care-Orientierung der Versorgung zum Tragen. Die Arbeit der Arbeitsgruppe wurde 2024 zudem in dem BMC-Buch „Gemeinschaftsprojekt Gesundheit” mit dem Untertitel „Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet” (4) publiziert. Wegweisend waren hier vor allen Dingen zwei Beiträge: „Was kommt nach ambulant und stationär? Perspektiven einer hybriden Gesundheitsversorgung” von Prof. Dr. med. Djordje Nikolic (consus.health – Part of Accenture) und „Value-Based Care: Ansätze für eine Ergebnisorientierung und ihre Honorierung” der AOK-Nordost-Mitarbeitenden Beatrix Bender, Stephanie Sehlen und Harald Möhlmann (seit einem Jahr im Unruhestand).

Vermutlich wird es jetzt auf die Kunst ankommen, diese Ansätze miteinander in geschickter Weise zu vereinigen, um sich in der politischen Diskussion nicht zersplittern zu lassen. Und so noch mehr Mitstreiter:innen dafür zu gewinnen, die willens sind, die seit vielen Jahrzehnten aufgebauten und zementierten ineffektiven und ineffizienten Strukturen zu verändern. Dies mit dem erklärten Ziel, nicht nur die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden, sondern auch und vor allem eine an Value-Based Care (VBC) ausgerichtete, patientenzentrierte Versorgung zu gestalten.

Wie das gelingen kann, erklärten in einem Spotlight BMC-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Lutz Hager und Dr. Regina Klakow-Franck, bis Juni 2023 stellvertretende Institutsleiterin des IQTIG, seitdem freie Beraterin im Gesundheitswesen. „Unser Ziel und unser Gedanke ist es, ein neues Kapitel aufzuschlagen und ein neues Kapitel im SGB V einzufügen”, eröffnete Hager die Vorstellung des Impulspapiers „Ein neues Kapitel für die Gesundheitsversorgung: Sektorenunabhängige Versorgung mit Value-Based Care“ (1). Und fügte hinzu: „Und allen jenen, denen unser Vorschlag vielleicht ein bisschen zu weitreichend erscheint, und jenen, die sagen, jetzt sind sie aber verrückt geworden, sage ich: Wie anders wollt ihr denn zum Ziel kommen? Wie anders wollt ihr es denn schaffen, Patientenzentrierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem dauer- und regelhaft zu verankern”?

Die Keymessage der gut besuchten Onlineveranstaltung war denn auch die Aussage, dass es endlich an der Zeit sei, die „Grundmechanik des SGB V weiterzuentwickeln”. Geschieht dies nicht, besteht laut Hager die Gefahr, mit vielen Reformen weiter nur an der Oberfläche zu kratzen. Dem derzeitigen Gesundheitssystem mit seiner mangelhaften

Für die Umsetzung von Value-Based Care im Versorgungssetting müssen laut BMC einige Kapitel des SGB V um- oder neu geschrieben werden

1 Update für das Qualität- und Wirtschaftlichkeitsgebot:

Ergänzung von § 2 Abs. 1 SGB V (Leistungen):

Die Leistungen müssen von nachweisbarem Nutzen für die Patientenversorgung sein, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten entlang des Versorgungspfads.

Ergänzung von § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot):

Leistungen, die nicht von Patientennutzen oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen; bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verlängerung der Lebensdauer und eine Verbesserung der Lebensqualität angemessen zu berücksichtigen.

2 Einführung eines sektorenunabhänigigen Versorgungsbereichs

Das regulatorische Grundgerüst der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach **§ 116b SGB V** deckt die wesentlichen Ordnungsdimensionen ab, die bei der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs und der Umsetzung der einzelnen Versorgungsangebote zu beachten sind. Damit sind einheitliche Leitplanken für die Vereinbarung von konkreten Versorgungsangeboten definiert, die nach den Grundprinzipien von Value-Based Care auszurichten sind. Innerhalb dieses Ordnungsrahmens können die konkreten Versorgungsangebote hinsichtlich Behandlungsumfang und Kooperationspartnern flexibel auf Basis von Selektivverträgen nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) gestaltet werden. Innovative Versorgungsformen und -angebote (Prozess- und Produktinnovationen) sollen bei nachgewiesener Evidenz zukünftig schneller in die Regelversorgung überführt werden können. Deshalb ist auch eine systematische Transferoption auf Basis eines methodisch überarbeiteten, vereinheitlichten und beschleunigten Prüfungsverfahrens wichtig.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Neues SGB-V-Kapitel: sektorenunabhängige Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/25), S. 42–43. http://doi.org/10.24945/MVF.05.25.1866-0533.2762

Integration, mit seiner starken Fragmentierung und seinen vielfältigen Vergütungsmechanismen würden mit vielen Reformen „am windschiefen Haus des SGB V immer noch mal eine weitere Gartenlaube" angebaut – mehr sei in einer Legislaturperiode meistens nicht drin. Doch das sei nicht das, was die nötige Systementwicklung voranbringen könnte. Hager: „Unser Petitum und unsere Anregung ist es, eine patientenzentrierte Versorgung nicht im luftleeren Raum nach dem Motto ‚Wir-schaffen-das-schon-irgendwie' zu schaffen, sondern ihr eine feste gesetzliche Grundlage zu geben, die sich an den Gedanken der Value-based Healthcare orientiert."

Klakow-Franck: „an den Ordnungsrahmen selbst rangehen"

Keinen Gartenlaubenanbau, sondern eine grundlegende Neugestaltung hat der BMC mit seinem Vorschlag im Sinn, wie Dr. Regina Klakow-Franck, bis Juni 2023 stellvertretende Institutsleiterin des IQTIG, ausführte. Es ist ihren Worten zufolge auch dem Gesetzgeber seit langem klar, dass die größten Potenziale zur Qualitätsverbesserung und zur Effizienzsteigerung durch eine Aufhebung der Sektorengrenzen erreicht werden können. So habe der Gesetzgeber in der Vergangenheit vieles versucht und unternommen, die Versorgung insbesondere an der Schnittstelle ambulant-stationär zu verbessern: durch beispielsweise die Einführung von integrierten Versorgungsverträgen, mit speziellen Versorgungsformen wie Disease-Management-Programmen, mit denen die Versorgung bei chronischen Erkrankungen entlang eines Behandlungspfads über Sektorengrenzen hinweg koordiniert werden soll, oder mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), um eine sektorenübergreifende Verzahnung der Versorgung zu fördern. Klakow-Franck: „Im Ergebnis hat all dies aber leider nur zu einem immer länger werdenden Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär geführt."

Genau daran laboriere auch der vor knapp zehn Jahren eingeführte Innovationsfonds, der eigentlich Modellvorhaben fördern sollte, die über die bisherige Regelversorgung hinausgingen. „Wir haben zwar inzwischen viele erfolgreiche Modellvorhaben gesehen, die vom Innovationsausschuss zur Aufnahme in die Regelversorgung empfohlen wurden, doch gab es leider bisher kein einziges Projekt, das eins zu eins den Sprung in die Regelversorgung geschafft hat", erklärte Regina Klakow-Franck.

Aus diesen Gründen habe sich der BMC als Ultimaratio überlegt, dass man nun „eben an den Ordnungsrahmen selbst rangehen" müsse, weil offensichtlich die bestehenden Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungsformen nicht aufnahmefähig gestaltet sind. Von daher besteht der BMC-Vorschlag im Kern darin, ein patientenzentriertes Versorgungsangebot als neues Leitprinzip in das SGB V aufzunehmen. Klakow-Franck: „Das nennen wir ein Update des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots, um tatsächlich einen neuen Ordnungsrahmen für eine sektorunabhängige Organisation der Versorgung und damit einen neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich zu schaffen."

Natürlich sollte das „genial formulierte" Wirtschaftlichkeitsgebot in seiner Originalfassung – zumindest was den ersten Halbsatz anbelangt, nach dem die Leistungen, die im Rahmen der GKV angeboten werden, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen – Bestand haben. Dennoch sei dieses Gebot inzwischen in die Jahre gekommen, weil nicht mehr klar sei, was der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit oder der Satz „darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten" bedeute. Sie plädierte dafür, bei dem geplanten Update des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots zu präzisieren, was heute unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und medizinisch notwendigen Versorgung zu verstehen ist. Das sei eben genau jene Versorgung, deren Patientennutzen evidenzbasiert belegt ist. Darum sei das neue Leitprinzip der Versorgung im SGB V auf den Patientennutzen zentriert. Wenn dem so sei, müssen laut Klakow-Franck natürlich aber auch alle Versorgungsangebote am Patientennutzen organisiert werden.

Um das zu erreichen, schlägt der BMC einen neuen regulatorischen Ordnungsarm vor, der sich von der Grundarchitektur her an der seinerzeitigen Neufassung des § 116b SGB V orientiert. Gleichzeitig sollten jedoch nicht die Fehler der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung wiederholt werden. Vielmehr sollte ausdrücklich die vertragliche Flexibilität von Kooperationsmöglichkeiten erhalten werden, indem nicht zu starre Vorgaben an die Leistungserbringer gestellt werden, was Organisationformen und Kooperationsmöglichkeiten anbelangt. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Konkrete Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs (Auszug)

1 **Behandlungszweck und Umfang:** Die sektorenunabhängige Versorgung soll patientenorientiert, interdisziplinär und qualitätsgesichert erfolgen. Sie umfasst Leistungen entlang des gesamten Behandlungspfads – auch über die Regelversorgung hinaus – und kann innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Pflegeleistungen nach SGB XI einbeziehen.

ZIEL: Umfassend integrierte Versorgung ermöglichen, die echten Patientennutzen schafft.

2 **Vertragspartner:** Teilnahmeberechtigt am sektorenunabhängigen Versorgungsbereich sind alle vertragsärztlichen Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und Kooperationsgemeinschaften, sofern sie Verträge mit Krankenkassen über eine sektorenunabhängige Versorgung abgeschlossen haben. In die Verträge können weitere Vertragspartner zur Bildung von Kooperationsgemeinschaften einbezogen werden. Auch populationsbezogene Verträge sind möglich.

ZIEL: Vertragliche Flexibilität für interdisziplinäre, multiprofessionelle und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit schaffen.

3 **Qualitätsanforderungen:** Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen erfüllt sein. Die Struktur- und Prozessqualität wird sichergestellt über sektorenunabhängige Behandlungs- und Versorgungsteams, Patientenzentrierung und die konsequente Nutzung von digitalen Tools. Die Ergebnisqualität wird über Outcome-Messungen anhand von patientenrelevanten Endpunkten dargestellt. Es besteht eine Pflicht zur Veröffentlichung von Evaluationsergebnissen.

ZIEL: Fairen und transparenten Vertragswettbewerb ermöglichen, der vorrangig auf die Verbesserung der Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet ist.

4 **Vergütung und Finanzierung:** Der neue sektorenunabhängige Versorgungsbereich sieht eine modulare Vergütungssystematik vor. Leistungskomplexe sollen, wann immer möglich, zu diagnosespezifischen Behandlungs- bzw. Versorgungspauschalen gebündelt werden. Die Einführung erfolgt stufenweise. Ausgangsbasis können Bundled-Payments sein, die im Rahmen der Verträge zwischen Krankenkassen und Kooperationsgemeinschaften vereinbart werden. Zudem ist es möglich, dass Vergütungsanteile in Abhängigkeit von Versorgungseffekten ausgezahlt werden (Pay for Result), die im Rahmen von begleitenden Evaluationen gemessen werden. Die Verteilung der Vergütung erfolgt eigenständig innerhalb der Kooperationsgemeinschaft. Zur Finanzierung des neuen sektorenunabhängigen Leistungsbereichs werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, einen bestimmten Betrag pro Versicherten für Verträge zur sektorenunabhängigen Versorgung aufzuwenden.

ZIEL: Value-basierter sektorenunabhängiger Versorgung eine nachhaltige integrierte Vergütungssystematik an die Seite stellen.

Literatur
1: https://t1p.de/7sns7
2. https://t1p.de/tas76
3: https://t1p.de/8xnon
4: https://t1p.de/e9wru