

Zur Transmission von Ergebnissen erfolgreicher Innovationsfonds-Projekte in die GKV-Versorgung

von Steffen Bohm¹ und Stefan Dudey²

ABSTRACT

Erfolgreiche Projekte aus dem Innovationsfonds sollen nach Auslaufen der Förderung dauerhaft in die Versorgung aufgenommen werden. Im Ergebnis einer Aufarbeitung der zentralen Transmissionsverfahren der Regelversorgung und der selektivvertraglichen Versorgung sowie einer Analyse von Themen, Zielgruppen und Versorgungsleistungen von 81 in den ersten drei Wellen geförderten Projekten werden die sektorenspezifischen Transmissionsverfahren der Regelversorgung für neue Leistungen nur begrenzt in Betracht kommen. Für die häufig vorkommende Verknüpfung eines neuen Versorgungsansatzes mit sogenannten Kann-Leistungen der Krankenkassen sowie für vertikal höher integrierte Versorgungsansätze werden andere Lösungen gefunden werden müssen. Dabei erscheint es für Letztere nach den bislang vorliegenden Erfahrungen mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116 b SGB V), der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 132 d SGB V) und der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119 b SGB V) wenig zielführend, die Transmission in die Regelversorgung eng orientiert an der bisherigen Praxis auszugestalten. Vielmehr ist zu empfehlen, dass – möglichst frei von ordnungspolitischen Grundsatzdebatten – ein an umsetzungspraktischen Aspekten ausgerichteter allgemeiner Rahmen geschaffen wird, der die Akteure vor Ort zwar in die Pflicht nimmt, ihnen aber die erforderlichen Freiräume gewährt, um sinnvolle und wünschenswerte fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Kooperationen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten zu vereinbaren und umzusetzen.

Schlüsselwörter: Innovationsfonds, Transmission, Regelversorgung, Selektivverträge

Projects supported by the German Fund for Health Care Innovation (FHCI) which are found to be successful are supposed to be continued on regular terms after FHCI funding ends. However, German health insurance law (§ 92a subparagraph 1 Social Code, Book V) does not offer any specifics on how this transformation into the standard benefit scheme can be achieved. Looking at a total of 81 FHCI-funded projects which have started since 2016 we found that for many of them an implementation along the regular lines of implementing new benefits into the system will not be feasible. Often the respective FHCI-funded projects rely on a combination of a new type of treatment with optional benefits specific for the statutory health insurance fund running the project. Similar problems exist when the approach consists of a more complex line of specific and integrated health care services. A number of (often complicated) rules created in the past for schemes of vertical integration in German health care have not shown to be successful role models for the task ahead of us with respect to FHCI projects. Instead we recommend a more practical approach with degrees of freedom designed to fit local needs. A general framework should be established which gives local players and payers room to cooperate. The goal is to bring together different professionals and different institutions to team up their skills and their specific type of initiative, making successful FHCI projects available for a greater number of patients.

Keywords: German Fund for Health Care Innovation, standard benefits, selective benefits

¹Steffen Bohm, AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH · Kaunstr. 21 · 14163 Berlin
Telefon: 030 92104570 · E-Mail: bo@agenon.de

²Dr. rer. oec. Stefan Dudey, AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH · Kaunstr. 21 · 14163 Berlin
Telefon: 030 92104570 · E-Mail: dudey@agenon.de

1 Einleitung

Die ersten aus dem Innovationsfonds geförderten Projekte der ersten Förderwelle zu neuen Versorgungsformen (NVF) enden zum 31. Dezember 2019 mit Vorlage der Evaluationsberichte. Für die geförderten Projekte besteht das Ziel der dauerhaften Aufnahme in die Versorgung (§ 92 a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Der Gesetzesbegründung folgend, bezieht sich dies zunächst auf eine Überführung in die Regelversorgung (*Deutscher Bundestag 2015*). Regelversorgung ist laut Verfahrensordnung des Innovationsausschusses „die Versorgung, auf die alle Versicherten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit, ihrem Wohnort oder ihrer Zustimmung zu einem Vorhaben oder Programm Anspruch haben“ (*GBA 2015*). Die Aufnahme in die Versorgung, so die Gesetzesbegründung weiter, kann sich auch auf eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung beziehen. Weitere Konkretisierungen hierzu fehlen bislang. Die vorwiegend primär relevanten aktuell zur Verfügung stehenden Verfahren für die Transmission neuer Versorgungsinhalte und -formen in die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in einem ersten Schritt dargestellt (Kapitel 2). Aufbauend auf Ergebnisse einer Analyse der 81 in den ersten drei Förderwellen geförderten NVF-Projekte (Kapitel 3) wird abschließend darauf eingegangen, mit welchen Problemlagen aus der Empirie der Projekte heraus absehbar umzugehen ist und welche Lösungsansätze die Autoren sehen (Kapitel 4).

2 Transmissionsverfahren neuer Inhalte und Formen in die GKV-Versorgung

2.1 Verfahren in der Regelversorgung

Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) und für den stationären Bereich zusätzlich das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegeverordnung (BpflV) normieren unterschiedliche Verfahren, über die neue Versorgungsinhalte und -formen ihren Weg in die Regelversorgung finden. Zum einen bestehen für neue Leistungen Verfahren; zum anderen beinhaltet das SGB V Vorgaben, über die neue Versorgungsformen im Sinne strukturierter und verbindlicher fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifender Kooperationen in der Regelversorgung etabliert werden sollen.

2.1.1 Verfahren für die Aufnahme neuer Leistungen in die Regelversorgung

Traditionell differenzieren die gesetzlichen Vorgaben die Vorgehensweisen zur Aufnahme von neuen Leistungen in die Regelversorgung nach dem jeweiligen Leistungssektor. Die Überführungsverfahren sind auf die Integration in die beste-

henden sektorenspezifischen Leistungsverzeichnisse inklusive der zugehörigen Leistungsbewertungen (Gebührenkataloge) ausgerichtet. Die Leistungsverzeichnisse und Leistungsbewertungen weisen jeweils einen sehr engen Bezug zu den Versorgungseinrichtungen auf, in denen die Leistungen erbracht werden (Praxen/medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser). Abbildung 1 zeigt die primär relevanten Verfahren für die Aufnahme neuer Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung und für die Aufnahme in die Versorgung durch zugelassene Krankenhäuser.

Das in Abbildung 1 mit V1 bezeichnete Verfahren entspricht dem für die Bewertung von Methoden und Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 Abs. 1 SGB V vorgegebenen und durch die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) konkretisierten Verfahren (*GBA 2019*). Es gilt für neue Früherkennungsmaßnahmen und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Verfahren V2 bezieht sich auf neue Leistungen, die selbst keine neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen, aber neu in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt werden sollen. Auch Veränderungen von Leistungsdefinitionen von bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), Veränderungen in ihrer Bewertung, Veränderungen in den Festlegungen, wer eine Leistung abrechnen darf, Anpassungen bei den Abrechnungsausschlüssen und Ähnliches werden durch Beschlussfassung des Bewertungsausschusses (BA) vorgenommen. Verfahren V3 bildet direkte gesetzliche Vorgaben ab, eine neue Leistung in die Regelversorgung respektive in den EBM aufzunehmen beziehungsweise den EBM zielgerichtet anzupassen. Davon hat der Gesetzgeber mehrfach Gebrauch gemacht.

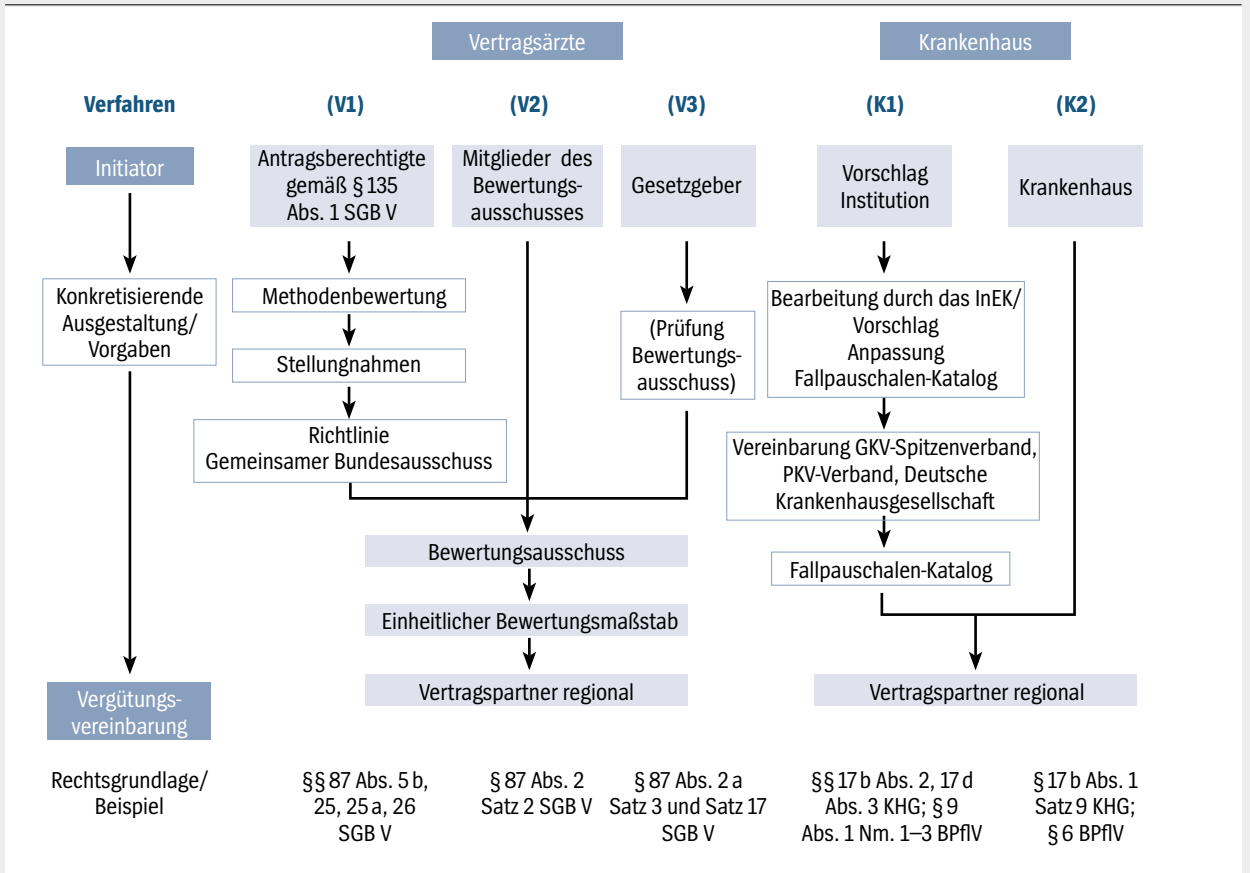
Verfahren K1 gilt für die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems im Krankenhaus, die fortlaufend in den Bereichen Systementwicklung, Zusatzentgelte, Kodierrichtlinien, CCL-Matrix zur Abbildung der Erkrankungsschwere und Kalkulation erfolgt (*InEK 2018*). Verfahren K2 bezieht sich auf neue Leistungen, die mit den auf Bundesebene bewerteten Entgelten (noch) nicht sachgerecht abgerechnet werden können, und auf Entgelte oder Zuschläge für regionale oder strukturelle Besonderheiten.

2.1.2 Verfahren für kooperative Versorgungsformen in der Regelversorgung

Mit den Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen wurden neue kooperative Versorgungsformen für ausgewählte Patientengruppen in der Regelversorgung gesetzlich verankert. Charakteristisch ist, dass die Ausgestaltung der Versorgungsangebote durch

ABBILDUNG 1

Transmissionsverfahren Vertragsärzte und Krankenhaus



In den Leistungssektoren gibt es verschiedene Transmissionsverfahren für neue Leistungen. Hier relevant sind drei für die Vertragsärzte (V1–3) und zwei für den Krankenhausbereich (K1–2).

Quelle: AGENON, Grafik: G+G Wissenschaft 2019

Richtlinien des GBA (ASV, SAPV) und durch auf Bundesebene abzuschließende Vereinbarungen (im Fall der SAPV als Rahmenvereinbarung, im Fall der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen als Anlage zu den Bundesmantelverträgen Ärzte und Zahnärzte) in allen wesentlichen Hinsichten detailliert normiert wird (Leistungsinhalte, Personal, Ausstattung, Qualitätssicherung, Kooperationsinhalte und -formen, gegebenenfalls Überweisungserfordernisse).

Anbieter sind in allen drei Versorgungsformen zur Leistungserbringung berechtigt beziehungsweise haben Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages oder auf die Vergütung, wenn sie die festgelegten Voraussetzungen erfüllen und nachweisen können. Eine gesonderte Bedarfsprüfung findet nicht statt.

2.2 Transmission über Selektivverträge

Ein hoher Stellenwert von Selektivverträgen besteht bereits für den Förderzeitraum eines NVF-Projektes: Gemäß § 5 Abs. 3 der Verfahrensordnung des Innovationsausschusses besteht die Anforderung, dass „Vorhaben (...) auf geltender Rechtsgrundlage (insbesondere aufgrund von Selektivverträgen) erbracht werden (müssen).“ Den vorliegenden Informationen lässt sich allerdings nicht entnehmen, auf welchen Rechtsgrundlagen die analysierten 81 geförderten NVF-Projekte der ersten drei Förderwellen durchgeführt werden. Hier dürften in erster Linie Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 1 und 2 SGB V, hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V) und die besondere Versorgung (§ 140 a SGB V) einschlägig sein.

TABELLE 1

NVF-Projekte nach Themen-Obergruppen und Zielgruppen/Themen

Themen-Obergruppe	Anzahl Projekte	Beispiele für Zielgruppe/Thema
Vom Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) getragene Ansätze	15	Akut- und Notfallversorgung; Dermatologie; Patienten in intensivmedizinischer Behandlung; Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern; Transsexualismus/Geschlechtsdysphorie
Früherkennung ...	15	
... davon ohne nachgehende Versorgungsangebote	4	Asymptomatische Leberzirrhose; Menschen mit familiär erhöhtem Darmkrebsrisiko; Kinder mit erhöhtem Risiko für emotionale und Verhaltensstörungen
... davon mit nachgehenden Versorgungsangeboten	11	Prädiabetes/unentdeckter Diabetes mellitus Typ 2; Ängste und Depressionen von Krebspatienten; gesunde Kindesentwicklung trotz familiärer Belastungssituation
Vernetzung durch den Einsatz von Fallmanagern und Koordinatoren	13	Geriatrische/multimorbide Patienten; Menschen mit Krebserkrankung; Menschen ohne Sprachfähigkeit; Patienten nach Majoramputation der unteren Extremität
Arzneimittel: Therapiesicherheit und -optimierung	8	Patienten mit mindestens fünf Arzneimitteln über zwei Quartale; verantwortungsvollerer Umgang mit Antibiotika; Patienten mit rheumatoider Arthritis (Deeskalation)
Vertikal höher integrierte Versorgungsformen für Menschen mit bestimmten Krankheiten	5	Patienten nach Nierentransplantation; Menschen mit psychischen Erkrankungen; Patienten mit chronischen Herzkrankheiten; Patienten nach Schlaganfall
Therapie- und Schulungsprogramme	5	Kinder und Jugendliche nach überstandener Krebserkrankung; Kinder mit Migräne; Hämodialyse-Patienten
Neue Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung	4	Ambulant-stationäres Zentrum; Telemedizinisches Zentrum; Zentrum Akutgeriatrie; Gesundheitskiosk; Koordinations- und Beratungszentrum
Nachsorge	4	Kinder und Jugendliche mit invalidisierenden chronischen Schmerzen nach interdisziplinärer und multimodaler Schmerztherapie; Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) nach Krankenhausaufenthalt
Verbesserung Arzt-Patienten-Kommunikation	3	Krankenhauspatienten; Patienten mit Rückenschmerz
Delegation/Erweiterung des Tätigkeitsspektrums qualifizierten medizinischen Fachpersonals	3	Patienten mit Bluthochdruck; Dauerpatienten in der Hausarztpraxis mit hoher Arztbindungszeit; Patienten mit entzündlich-rheumatischer Erkrankung
Transition	2	Jugendliche mit chronischen Erkrankungen
Diagnosestellung	2	Menschen mit seltenen Erkrankungen
Mundgesundheit	2	Kinder mit frühkindlicher Karies; ambulant Pflegebedürftige

Allen drei Vertragsformen ist gemein, dass keine Richtlinien des GBA und keine sonstigen Vereinbarungen auf Bundesebene die Versorgungsangebote a priori normieren. Es besteht kein gesondertes Zulassungsverfahren, der Erlaubnisvorbehalt ist auf den Verbotsvorbehalt zurückgenommen und Leistungen können unter Bereinigungserfordernis aus der Regelversorgung herausgenommen werden. Den breitesten Gestaltungsspielraum bietet die besondere Versorgung, da hier auch die Leistungserbringung abweichend vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus vereinbart werden kann. Eine schriftliche Teilnahmeerklärung der Versicherten ist in allen drei Selektivvertragsformen erforderlich.

3 Aufarbeitung geförderter NVF-Projekte

3.1 Vorgehen und Limitationen

Die explorative Analyse der 81 NVF-Projekte der drei Förderwellen hat sich ausschließlich auf Quellen gestützt, die öffentlich zugänglich sind: auf über die Homepage des GBA zugängliche Projektbeschreibungen, auf eine Online-Recherche über den Suchdienst Google zu jedem Projekt und die über Homepages der Projektpartner bekannt gemachten Informationen sowie auf Publikationen zu insgesamt 24 Projekten der ersten Förderwelle in dem von Volker Ame-

lung et al. herausgegebenen Sammelband (*Amelung et al. 2017*). Die so erreichbare Informationstiefe weist naturgemäß Lücken auf und führt zu Limitationen. So sind insbesondere keine qualitativen Bewertungen und Einschätzungen seriös möglich, zum Beispiel zur Integrationstiefe beziehungsweise zum Integrationsgrad. Auch ist, bedingt durch die Informationslage, nicht gesichert, dass alle von einem Ansatz erfassten Sektoren, Fach- und Berufsgruppen sowie alle enthaltenen Leistungen beziehungsweise Versorgungsinhalte erfasst werden konnten.

3.2 NVF-Projekte nach Themengruppen

Um für die Projekte eine erste Annäherung an zentrale leistungsrechtliche Kategorien sowie die Vertrags- und Vergütungsregularien des SGB V zu erreichen, wurden für die NVF-Projekte nach erfolgter Sichtung als relevant erachtete thematische Obergruppen gebildet. Das Ergebnis zeigt Tabelle 1.

3.3 NVF-Projekte nach Leistungsgruppen

In einem weiteren Schritt wurden aus den recherchierten Informationen für jedes NVF-Projekt die Leistungsbeschreibungen extrahiert und zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Das Ergebnis zeigt Tabelle 2. Bedingt durch die Informationslage kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere, hier nicht erfasste Leistungen in NVF-Projekten erbracht werden.

TABELLE 2

Anzahl der Nennungen von Leistungsgruppen in NVF-Projekten und Beispiele für Zielgruppen/Themen

Nr.	Leistungsgruppe	Anzahl Projekte	Beispiele Zielgruppen/Thema
01	Fachübergreifende Abstimmung zwischen Ärzten, auch unter Einbezug von Medizinischen Fachangestellten: Konsil, Fallbesprechung, Fallkonferenz, Qualitätszirkel	≥ 31	Patienten mit rheumatoider Arthritis; Früherkennung einer asymptomatischen Leberzirrhose; Menschen mit seltenen Erkrankungen; Patienten mit Hauterkrankungen
02	Fachübergreifende Abstimmung zwischen Ärzten und Gesundheitsfachberufen: gemeinsame Fallbesprechung, gemeinsame Visite, gemeinsamer Qualitätszirkel	≥ 12	Verantwortungsvollerer Umgang mit Antibiotika; Pflegeheimpatienten; Diabetes mellitus Typ 2 in Verbindung mit Übergewicht

TABELLE 2

Nr.	Leistungsgruppe	Anzahl Projekte	Beispiele Zielgruppen/Thema
03	Screening	≥ 10	Früherkennung von MRSA- und MSSA-Infektionen; Schwangere mit Symptomatik Depression/Angst; Menschen mit Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen; Menschen mit familiär erhöhtem Darmkrebsrisiko
04	Ersteinschätzung, Anamnese, Assessment	≥ 23	Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung; Erkennung und Verringerung von Ängsten und Depressionen von Krebspatienten; Menschen mit bestimmten psychischen (Depression) oder neurologischen Erkrankungen (Schlaganfall)
05	Fallmanagement und Koordination (Fallmanager, Lotse, Pfadfinder, Versorgungskoordinator, Patientenkoordinator, Familienscout)	≥ 29	Menschen mit Krebserkrankung; Menschen ohne Sprachfähigkeit; Patienten mit neurologischen und kardiologischen Diagnosen; Patienten nach Majoramputation der unteren Extremitäten; geriatrische Patienten; Krankenhauspatienten
06	Schulung/Training/Coaching/Beratung von Ärzten und/oder Medizinischen Fachangestellten	≥ 9	Patienten mit neurologischen Akuterkrankungen; Patienten mit Rückenschmerz; Verminderung lebensstilbedingter Risiken bei Schwangeren und jungen Eltern zur Vermeidung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern
07	Aufklärung/Beratung/Schulung/Training der Patienten	≥ 26	Förderung gesunde Kindesentwicklung trotz familiärer Belastungssituation; Früherkennung von Depressionen und Panikstörungen; PAVK-Patienten nach Krankenhausaufenthalt
Unterstützender Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnik/digitaler Innovationen:			
08	Delegation	≥ 4	Patienten mit Bluthochdruck (Hypertonie); Patienten mit entzündlich-rheumatischer Erkrankung; Dauerpatienten in der Hausarztpraxis mit hoher Arztbindungszeit
09	„Neue“ Therapieprogramme	≥ 10	Kinder mit Migräne; Menschen mit rheumatoider Arthritis; Hämodialyse-Patienten; Früherkennung und Behandlung psychischer Begleiterkrankungen aller Angehörigen in Familien mit Kindern mit seltenen Erkrankungen
10	Informationssystem, elektronische Entscheidungsunterstützung, Online-Plattform, Online-Kommunikationsplattform, elektronische Fallakte, EDV-unterstütztes Risikomanagement und anderes mehr	≥ 41	Patienten in intensivmedizinischer Behandlung; Notfallpatienten; Patienten mit Hauterkrankungen; Bevölkerung in strukturschwachen ländlichen Regionen; Patienten mit neurologischen und kardiologischen Diagnosen
11	App oder Online-Angebot zur Aufklärung/Beratung/Schulung/Training	≥ 17	Patienten mit Rückenschmerz; Schwangere mit Symptomatik Depression/Angst; Patienten nach Nierentransplantation; Hämodialyse-Patienten; Menschen mit Migräne

4 Fazit für die Überführung in die GKV-Versorgung und Lösungsansätze

Im Ergebnis der explorativen Analyse der 81 NVF-Projekte und der Aufarbeitung der wichtigsten Transmissionsverfahren steht eine heterogene Schar von NVF-Projekten verschiedenen Möglichkeiten für eine Überführung in die GKV-Versorgung gegenüber. Für eine erste Gruppe von NVF-Projekten wird es nach den Ergebnissen unserer Untersuchung genügen, solitäre Anpassungen in den Gebührenkatalogen vorzunehmen, also im EBM, im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen und bei der Kalkulation der Diagnosis Related Groups. Für eine zweite Gruppe von NVF-Projekten wird der Weg in die Regelversorgung über eine Anpassung von Richtlinien des GBA und nachgehende Festlegungen des Bewertungsausschusses zu den Abrechnungsvoraussetzungen, den Leistungsdefinitionen und der Bewertung führen. Dies wird insbesondere für NVF-Projekte aus der Themengruppe Früherkennung der Fall sein. Daneben werden auch die ASV-Richtlinie und die Richtlinien für Disease-Management-Programme (DMP) in einigen Fällen auf Anpassungen zu prüfen sein. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im eigentlichen Sinne werden nach den Ergebnissen unserer Recherchen nur in wenigen Einzelfällen zu beurteilen sein.

In den NVF-Projekten aus den drei ersten Förderwellen finden sich aber auch häufig Kombinationen mit Kann-Leistungen der Krankenkassen, mit Leistungen also, auf die aktuell kein von der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse unabhängiger Anspruch des Versicherten besteht. Dazu zählen alle zusätzlichen Leistungen, die eine Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen kann (§ 11 Abs. 6 SGB V), die sie auch ohne Satzungsregelung erbringen oder fördern kann (§ 43 Abs. 1 SGB V) oder für die sie nach Maßgabe entsprechender gesetzlicher Regelungen Versorgungsverträge abschließen kann (Soziotherapie gemäß § 132 b SGB V, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen gemäß § 132 c SGB V). In den NVF-Projekten sind des Weiteren Kann-Leistungen der Krankenkassen von Bedeutung, über die zu verschiedenen Gesundheitsthemen informiert werden kann (gesetzliche Grundlage: Aufklärung gemäß § 13 SGB I, Beratung gemäß § 14 SGB I) oder auch die Förderung evaluierter Selbstlernprogramme möglich ist (zum Beispiel mit persönlicher Betreuung per Telekommunikation, Internet, E-Mail; gesetzliche Grundlage: § 20 SGB V). Hier wird entsprechend zu prüfen sein, ob es sinnvoll und in allen Fällen überhaupt möglich ist, Leistungen beziehungsweise Angebote aus diesem Bereich als Pflichtleistungen allen Versicherten zugänglich zu machen. Alternativ dazu wären positiv evaluierte Angebote in geeigneter Weise zu publizieren und es müsste den Krankenkassen überlassen bleiben, ihren Versicherten entsprechende An-

gebote zu unterbreiten. Komplexe Entscheidungssituationen sind hier unter anderem dann zu erwarten, wenn sich ein positives Evaluationsergebnis zwar für die für NVF-Projekte typische Verknüpfung zum Beispiel eines neuen Ansatzes im Bereich der Früherkennung mit einer Kann-Leistung ergibt, aber das Evaluationsergebnis keine Aussage zur Wirksamkeit der Einzelinterventionen zulässt.

Wie stellt sich die Situation für vertikal höher integrierte Versorgungsansätze dar, unter die eine größere Zahl von NVF-Projekten zu subsumieren sein wird? Hier finden sich im SGB V für den Bereich der Regelversorgung mit den Vorgaben zur ASV, zur SAPV und zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen drei potenzielle Blaupausen für eine mögliche Überführung. Für die Blaupause ASV ist gegenwärtig allerdings zu konstatieren, dass ihre Umsetzung, maßgeblich bedingt durch die zeitintensiven Arbeiten an Richtlinien, die hohen Anforderungen an potenzielle Anbieter und das aufwendige Antragsverfahren, bislang in jeder Hinsicht nur schleppend vorangekommen ist (*Deutscher Bundestag 2018, Munte et al. 2018*). Auch bei der SAPV hat die Etablierung eines flächendeckenden Angebotes viel Zeit in Anspruch genommen, unter anderem weil zunächst qualifiziertes und berufserfahrenes Fachpersonal für den Aufbau tragfähiger Versorgungsstrukturen fehlte (*GKV-Spitzenverband 2017*). Mit Blick auf die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen deuten vorliegende Untersuchungsergebnisse darauf hin, dass zwar die Abrechnungsmöglichkeiten verstärkt genutzt worden sind und weiterhin werden, sich aber die erhofften Effekte auf die Versorgung aus verschiedenen Gründen bislang nur bedingt eingestellt haben (*Rädel et al. 2018; Dudey et al. 2019*).

Das legt die Schlussfolgerung nahe, dass praxistaugliche Blaupausen beziehungsweise Formate, über die strukturierte und verbindliche fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Kooperationen in der Regelversorgung wirksam und nachhaltig verankert werden können, noch nicht gefunden sind. Offenkundig können erfolgreiche Kooperationen nicht einfach per Gesetz angeordnet werden. Es erscheint deshalb angezeigt, sich noch einmal etwas grundsätzlicher mit dem Wesen, den Eigenheiten von und den Erfolgsbedingungen für Kooperationen auseinanderzusetzen und nach neuen Wegen für ihre Umsetzung zu suchen. Unseres Erachtens sprechen gute umsetzungspraktische Gründe dafür, dabei von allzu detailregulierenden diskretionären Eingriffen und Vorgaben nach Möglichkeit Abstand zu nehmen.

Die Forschung zum Thema Kooperation und Kooperationsmanagement betont, dass erfolgreiche Kooperation ein diesbezügliches Interesse und zuletzt auch eine intrinsische Motivation, ein Wollen der Handelnden voraussetzt

(vergleiche zum Beispiel *Brenner 2014* und *Dammer 2007*). Das gilt für innerbetriebliche, aber erst recht auch für überbetriebliche Kooperationen. Zudem müssen die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen für eine Kooperation bestehen. Zu diesen strukturellen Voraussetzungen zählen vorliegend nicht nur gegebenenfalls erforderliche räumliche Gegebenheiten und/oder spezielle sachlich-technische Ausstattungen, sondern auch die Verfügbarkeit von spezialisierten Ärzten und spezialisiertem, nicht ärztlichem Gesundheitsfachpersonal. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass oftmals zunächst angebotsstrukturell bedingte Restriktionen zu beseitigen sind, bevor Kooperation erfolgreich gelingt beziehungsweise gelingen kann. Das weist auch darauf, dass eine Kooperation nicht allein deshalb erfolgreich ist, weil eine Abrechnungsmöglichkeit in einem Gebührenkatalog existiert. Insbesondere greift der patientenzentrierte Ansatz einer vom Hausarzt ausgehenden umfassenden Koordinationsfunktion spätestens für komplexere neue Versorgungsformen zu kurz: Mit zunehmender Komplexität einer neuen Versorgungsform steigen die Anforderungen an die betriebsübergreifende Organisation und Koordination von Arbeitsteilung und Kooperation. Sie können vom behandelnden (Haus-)Arzt nicht mehr als Nebenleistung zur Hauptleistung – der medizinischen Versorgung seiner Patienten – erbracht werden. Wachsende Anforderungen an die Organisation und Koordination erfordern ein Mehr an Qualifikation und Professionalisierung. Nicht umsonst werden zum Beispiel in strukturell weit entwickelten Arzt- beziehungsweise Praxisnetzen betriebsübergreifende organisatorische und koordinative Funktionen nicht von gleichzeitig in der Patientenversorgung tätigen Ärzten, sondern von Personal wahrgenommen, das über entsprechend spezielle Qualifikationen verfügt (vergleiche dazu zum Beispiel *Jäger 2017*).

Dem Gesetzgeber ist vor diesem Hintergrund anzuraten, nicht nach dem bisherigen Muster der ASV, SAPV und der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verfahren, für jeden Ansatz und damit am Ende eine Fülle von neuen Einzelnormen zu schaffen, an die sich der bisherigen Logik folgend langwierige Aushandlungsprozesse zu weitergehenden Konkretisierungen zwischen den Akteuren auf Bundesebene anschließen würden. Vielmehr ist zu empfehlen, dass – möglichst frei von ordnungspolitischen Grundsatzdebatten – ein an umsetzungspraktischen Aspekten ausgerichteter allgemeiner Rahmen geschaffen wird, der die Akteure vor Ort zwar in die Pflicht nimmt, ihnen aber die erforderlichen Freiräume gewährt, um sinnvolle und wünschenswerte Kooperationen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten zu entwickeln, zu vereinbaren und umzusetzen.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung eines entsprechenden gesetzlichen Rahmens – wie im Übrigen auch mit Blick

auf die Weiterführung des Innovationsfonds – sollte aus folgenden Gründen zum Beispiel geprüft werden, ob und in welchen Fällen es tatsächlich unerlässlich ist, die Inanspruchnahme innovativer kooperativer Versorgungsansätze von gesonderten schriftlichen Teilnahmeerklärungen der Versicherten abhängig zu machen:

- Für NVF-spezifische Aufwände sind in der Regel zusätzliche Kapazitäten erforderlich, die nur bei ausreichender Auslastung wirtschaftlich betrieben werden können. Deshalb sollten Regulierungen kritisch geprüft werden, die zu „administrativen“ Fallzahlbeschränkungen in der Zielgruppe und daraus resultierend dazu führen können, dass versorgungsinhaltlich wünschenswerte Kooperationen möglicherweise nicht umgesetzt werden, weil die erforderliche Auslastung nicht erreicht werden kann.
- Strukturmigrationen – also Projektansätze, über die Versorgungsstrukturen vor Ort unumkehrbar neu gestaltet werden – können nicht sinnvoll über Selektivverträge und damit verbundene Teilnahmeerklärungen umgesetzt werden. Mit fortschreitender Migration, spätestens aber nach Abschluss der Neugestaltung, steht kein alternatives Angebot mehr zur Verfügung und ein Opting-out ist nicht möglich. Beispiele aus laufenden NVF-Projekten bilden die Neugestaltung der gesamten Struktur der Versorgung von Akut- und Notfällen oder auch der gezielte Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, um einen aus wirtschaftlichen Gründen erforderlichen Abbau stationärer Kapazitäten zu flankieren.

Unstrittig ist, dass schriftliche Erklärungen der Versicherten unter bestimmten Bedingungen unerlässlich sind, etwa wenn gesetzlich gesicherte Leistungsansprüche des Versicherten berührt werden und/oder die Inanspruchnahme eines alternativen Versorgungsangebotes mit spezifischen Konditionen im Versicherungsbeitrag verknüpft ist. Soweit aber insbesondere neue ambulante Leistungen im Sinne neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht vorgesehen sind, alle für die Regelversorgung geltenden qualitativen Anforderungen gewahrt werden und auch sonst keine Besonderheiten bestehen, aus denen sich eine Verletzung schutzbedürftiger Interessen der Versicherten ergeben könnte, sollte von tendenziell hemmenden Regulierungen abgesehen werden.

Literatur

Amelung VE et al. (Hrsg.) (2017): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Brenner PD (2014): Integrales Kooperationsmanagement. Nachhaltige Unternehmensstrategie durch Zusammenarbeit. Hamburg: Diplomica Verlag

Dammer I (2007): Gelingende Kooperation („Effizienz“). In: Becker T et al. (Hrsg.): Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Berlin: Springer, 37–47

Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Drucksache 18/4095 vom 25. Februar 2015; dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf

Deutscher Bundestag (2018): Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Drucksache 19/3180 vom 4. Juli 2018. Berlin; dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/031/1903180.pdf

Dudey S, Rädcl M, Priess HW, Bohm S (2019): Evaluation vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119 b SGB V. Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Berlin; publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33640/documents/514242

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015): Verfahrensordnung des Innovationsausschusses nach § 92 b SGB V (VerfO IA), Stand: 27. November 2015; innovationsfonds.g-ba.de → Innovationsausschuss → Verfahrensordnung

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2019): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Stand: 15. März 2019; g-ba.de/downloads/62-492-1777/Verfo_2018-08-16_iK-2019-03-06.pdf

GKV-Spitzenverband (2017): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Berlin, 8. Dezember 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit; gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Hospiz- und Palliativversorgung

InEK (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus) (2018): Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020 (G-DRG-Vorschlagsverfahren für 2020). Siegburg, 30. November 2018; g-drg.de → Aktuelles → 30.11.2018

Jäger C (2017): MEDIS – Ärztenetz Medizinischer Versorgung Südbrandenburg – 11 Jahre vernetzte Versorgung einer strukturschwachen Region. In: Pfnansteel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg.): Management von Gesundheitsnetzwerken III. Wiesbaden: SpringerGabler, 75–83

Munte A et al. (2018): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Neue Wege für den Marktzugang von Innovationen? In: Pfnansteel MA, Jaeckel R, Da-Cruz P (Hrsg.): Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access. Wiesbaden: SpringerGabler, 217–232

Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M (2018): Schwerpunktthema: Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung. In: Zahnreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8. Siegburg: BARMER, 118–155; barmer.de/blob/151410/d029c6efe92cbae3934acec551761e90/data/dl-zahnreport.pdf

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 17. Juni 2019)

DIE AUTOREN



Steffen Bohm, Diplom-Volkswirt,

Jahrgang 1964, ist seit 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen GmbH in Berlin. Er hat nach seinem Studium der Volkswirtschaft und Politikwissenschaft an der Universität zu Köln unter anderem für das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, und als Bereichsleiter Ärzte und Projektleiter Integrierte Versorgung für die AOK Berlin gearbeitet. Seine Schwerpunkte sind Gesundheitssystemgestaltung, Vergütung, Anpassung von Strukturen und Prozessen der gesundheitlichen Versorgung sowie Strategieberatung.



Dr. rer. oec. Stefan Dudey,

Jahrgang 1964, ist als Berater im Gesundheitswesen freiberuflich für AGENON und weitere Auftraggeber tätig. Sein Tätigkeitsschwerpunkt sind Analysen von Gesundheitsdaten. Er hat in Köln und in Konstanz Volkswirtschaft studiert und danach an der Ruhr-Universität Bochum promoviert. Von 1995 bis 2017 war er unter anderem Mitarbeiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, und Abteilungsleiter Versorgungsforschung für verschiedene Ersatz- und Ortskrankenkassen.