

Statement

von

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Pressekonferenz

**„Neue Versorgungskonzepte braucht das Land – Präsentation des
IGES-Gutachtens zu „Rahmenbedingungen im Innovationsfonds“**

am 30. Juni 2015

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

an Konzepten und Beispielen für neue Versorgungsformen, etwa für chronisch Kranke oder multimorbide Patienten oder für die Versorgung auf dem Land, mangelt es nicht: Telefon-Coaching für chronisch Kranke, Ideen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, Telemedizin für Parkinson-Patienten oder besondere Versorgungsformen in strukturschwachen Gebieten wie AGnES oder VerAH.

Viele dieser Ideen sind gut, denn sie stellen eine sinnvolle Ergänzung zur kollektivvertraglichen Versorgung im ambulanten Bereich dar. Das können Verträge in bestimmten Regionen, zu bestimmten Krankheiten oder zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung sein. Sie heißen Strukturverträge, Integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) und Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Ziel ist es, neben dem Wettbewerb um Mitglieder und Preise, auch einen Wettbewerb um eine bessere Versorgung zu forcieren. Damit sollten Qualitätsmängel, Koordinationsprobleme und Kostensteigerungen eingedämmt und die Effizienz bzw. Qualität der Behandlungen verbessert werden.

Die Ersatzkassen haben sich schon seit Einführung der Regelungen in den 90er Jahren sehr in der Versorgungsgestaltung in diesem Bereich engagiert. Bis 2014 haben sie allein über 900 Verträge abgeschlossen.

Doch auch wenn die Zahl der Verträge von 1997 bis heute deutlich zugenommen hat, die tatsächliche Entwicklung neuer Versorgungsformen blieb hinter den Erwartungen zurück. Trotz zahlreicher gesetzlicher Änderungen ist der Umfang der Prozessinnovationen bis heute eher klein:

Im Jahr 2014 gab die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) rund 1,7 Milliarden Euro für medizinische Behandlung und besondere Betreuung über IV-Verträge aus, das entspricht etwa 0,9 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Und auch Teilnehmerzahlen und Volumen dieser Verträge sind eher gering. Ein Großteil der Versorgungsinnovationen schaffte nicht den Sprung in die Regelversorgung. Mit anderen Worten: Zu wenig Versicherte können derzeit davon profitieren.

Der Gesetzgeber will dies nun ändern: Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat er in dieser Hinsicht einen guten Aufschlag gemacht. Zum einen sollen die Selektivverträge umfassend reformiert

werden. So soll es mehr Gestaltungsfreiräume für Selektivverträge geben und die Vorabgenehmigung bei der Aufsichtsbehörde soll entfallen. Hinzu kommt ein neuer Innovationsfonds ab 2016. Dieser soll zum einen neben der sogenannten kollektivvertraglichen Regelversorgung insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern, mit dem Ziel, diese dauerhaft in die Regelversorgung aufzunehmen. Zum anderen soll die Versorgungsforschung unterstützt werden.

Insgesamt sollen für die vier Jahre von 2016 bis 2019 jährlich **300 Millionen Euro** von den Krankenkassen bereitgestellt werden – 225 Millionen Euro für Innovationen, 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung. **Das sind stolze Summen, vor allem wenn man bedenkt, dass im Schwerpunkt die Kosten für Entwicklung und Prozesse gefördert werden sollen, nicht aber die schon in der Versorgung enthaltenen medizinischen Leistungen. Umso wichtiger ist es, dass diese Beitragsgelder der Versicherten richtig eingesetzt werden und die Versicherten einen wirklichen Nutzen bzw. Mehrwert davon haben.**

Kurz zum Verfahren: Geplant ist, dass ein Innovationsausschuss konkrete Förderkriterien festlegt und über die Förderanträge entscheidet. Angesiedelt wird der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der für die Arbeit des Ausschusses eine neue Geschäftsstelle errichtet. Beraten wird der Innovationsausschuss von einem Expertenbeirat, der vom Bundesministerium für Gesundheit berufen wird und wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand in das Verfahren einbringen soll. Antragsbefugt ist laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz jeder. Eine gesetzliche Krankenkasse soll aber bei der Antragstellung regelhaft beteiligt sein.

Die Erwartungen der Akteure an den Innovationsfonds sind hoch. Der Gesetzgeber hat Eckpunkte des Innovationsfonds festgelegt und zahlreiche Detailfragen zur Ausgestaltung dem Innovationsausschuss überlassen. Deshalb ist noch eine Vielzahl von Fragen zu beantworten: Welche Projekte sollen gefördert werden? Wie kann die Förderentscheidung transparent ausgestaltet werden? Welche Rolle spielen Qualität, Nutzen und Kosten beim Vergabeverfahren und wie kommen die Projekte in die Regelversorgung? **Es kommt jetzt entscheidend auf die Umsetzung und Ausgestaltung des Innovationsfonds an. Hier sollten wir aus den Fehlern der Vergangenheit lernen.**

Was waren die Gründe, weshalb sich die Verträge bisher nur schleppend entwickelten und selten in die Regelversorgung aufgenommen wurden?

Widersprüchliche und fehlende Gesetzgebung: Zwar gab es für IV-Verträge zeitweise (2004-2008) eine gesetzliche Anschubfinanzierung, aber der Übergang in die Regelversorgung wurde nicht mehr gefördert. Durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen, zum Beispiel die Einführung der pauschalen Zusatzbeiträge/Zusatzbeitragssätze oder Änderungen beim Morbi-RSA, wurden falsche Anreize gesetzt. Diese zusätzlichen Kosten belasten den Zusatzbeitrag und gehen damit einseitig zulasten der Versicherten. **Das sind falsche Anreize im Wettbewerb. Diese bleiben im Übrigen trotz Innovationsfonds weiterhin bestehen bzw. nehmen bei steigenden Zusatzbeitragssätzen sogar weiter zu!**

Bürokratische Hemmnisse: Selektivverträge unterlagen einem komplexen Genehmigungsprozess durch die Aufsichtsbehörden. Für die Ersatzkassen kommen die abweichenden Aufsichtsbedingungen erschwerend hinzu. Während das für die Ersatzkassen zuständige Bundesversicherungsamt IV-Verträge zurückwies, tolerierten die Landesaufsichten für regionale Krankenkassen gleichlautende Verträge (etwa IV-Vertrag zur Versorgung adipöser Versicherter in Mecklenburg-Vorpommern).

Finanzielle Risiken: Innovative Versorgungsangebote verursachen hohe Entwicklungs-, Investitions- und Transaktionskosten. Um einen Neuvertrag auf die Beine zu stellen, dauert es mindestens ein Jahr. Die Teilnehmerzahlen sind in der Regel gering. Für die Kassen droht ein hoher Verwaltungsaufwand.

Initiative und Innovationen wurden durch diese Regelungen also eher ausgebremst als gefördert – zum Nachteil der Versicherten. Damit das beim Innovationsfonds anders wird, muss bei der Auswahl der förderungswürdigen Projekte durch den Innovationsausschuss im G-BA und der Mittelvergabe Folgendes beachtet werden:

Erstens: Ziel ist, die Abläufe in der Patientenversorgung zu verbessern. Wichtigste Kriterien sind Qualität und Nutzen. Ein Projekt muss daran gemessen werden, ob es das Potenzial hat, die Versorgung der Versicherten, d. h. Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu verbessern. Gleichzeitig sollte die Projektinnovation möglichst vielen Versicherten, zum Beispiel in

einer Region oder bei einer bestimmten Erkrankung, zur Verfügung stehen. Wir brauchen also einheitliche Kriterien und ein transparentes Verfahren.

Zweitens: Die Krankenkassen müssen bei der Antragstellung zwingend beteiligt werden. Nur die Krankenkassen haben Informationen und Daten über Krankheitsverläufe und den Zugang zu den Versicherten. **Außerdem sollen die Beitragsgelder auch für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.**

Drittens: Wir müssen Bürokratie und Verwaltungskosten möglichst gering halten und damit die Anreize für die Kassen erhöhen, neue Projekte zu entwickeln. Je größer der Aufwand und die Kosten für die Antragstellung und Förderung sind, desto höher werden die Hürden für die Krankenkassen sein. Zudem muss sichergestellt sein, dass auch die Investitions- bzw. Entwicklungskosten im Vorfeld gefördert werden und nicht nur das laufende Projekt selbst.

Viertens: Die Projekte müssen zwingend evaluiert werden – und zwar von Beginn an. Das Evaluationskonzept muss daher bereits Bestandteil des Projektantrags sein. Nur dadurch kann Wissen über die Projekte generiert und die Versorgung im weiteren Verlauf verbessert werden. Das bedeutet aber, dass auch das Scheitern eines Projektes erlaubt sein muss!

Auf diese und weitere Thesen wird Herr Dr. Neumann gleich noch intensiver eingehen. Doch zum Schluss noch ein Blick in die Zukunft: Die Ziele des Innovationsfonds sind äußerst ambitioniert. Wichtig ist daher, die Förderung durch den **Fonds als lernendes System zu begreifen**. Das bedeutet auch, dass zu Beginn nicht alles auf Anhieb perfekt sein wird und sicherlich eine gewisse Vorlaufzeit bis zum vollständigen Abruf der 300 Millionen Euro pro Jahr notwendig ist. Gerade aber in der Anfangszeit ist es daher umso wichtiger, sich am Kriterium der Qualität und Nutzen für die Versicherten auszurichten und damit auch die Akzeptanz für die Projekte zu fördern. Es handelt sich schließlich um die Gelder der Beitragszahler, die es intelligent und sorgsam einzusetzen gilt.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.