




## **Pflicht der Krankenkassen zur Vorlage der Selektivverträge hat sich bewährt - Geld für die Verträge muss in die Versorgung und nicht in die Verwaltung**

Pflicht der Krankenkassen zur Vorlage der Selektivverträge hat sich bewährt - Geld für die Verträge muss in die Versorgung und nicht in die Verwaltung gehen  
Seit dem 1. Januar 2012 sind die Krankenkassen verpflichtet, die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und zur integrierten Versorgung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Nach inzwischen 1.800 vorgelegten Verträgen kann das Bundesversicherungsamt (BVA) eine erste Zwischenbilanz über die in diesem Rahmen durchgeführten Prüfungen der Verträge ziehen:  
Die meisten Verträge beinhalten ambulante Versorgungsangebote. Lediglich 10% der Verträge beziehen den stationären Sektor mit ein. Rehabilitationskliniken sind nur an 5% der Verträge beteiligt. Eine Verzahnung von Kranken- und Pflegeleistungen ist bisher lediglich in einem Vertrag angezeigt worden. Es liegt auch erst ein Vertrag unter Beteiligung eines Arzneimittelherstellers vor. Verträge mit Medizinproduktherstellern sind bisher nicht angezeigt worden. Ein Schwerpunkt der Verträge liegt in der Versorgung der Versicherten mit innovativen ambulanten Operationsleistungen. Ziel der Krankenkassen ist hier die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor, um Leistungsausgaben zu reduzieren.  
Zudem werden die meisten Verträge in Ballungszentren mit hoher Leistungserbringer- und Versichertendichte abgeschlossen. Die neuen Bundesländer werden bei Selektivvertragschlüssen vernachlässigt.  
Durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Verträge konnte eine Verbesserung der Stellung der Versicherten in ihrer Beziehung zu den Leistungserbringern und Krankenkassen erreicht werden. So hat das BVA im Dialog mit den Krankenkassen sowie den Verbänden und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen darauf hinwirken können, dass diskriminierende Teilnahmebedingungen aus den Verträgen gestrichen worden sind. Vielfach waren Regelungen wie Mindestversicherungszeiten, finanzielle Beteiligungen der Versicherten über die gesetzliche Zuzahlung hinaus, Fallzahlenbegrenzungen und Altersbeschränkungen ohne medizinische Notwendigkeit Bestandteil der vertraglichen Regelungen. Daneben konnten auch datenschutzrechtliche Verstöße sowie die Verkürzung von gesetzlich garantierten Leistungsansprüchen der Versicherten beseitigt werden. Nur vereinzelt musste das BVA die Unwirtschaftlichkeit von Verträgen beanstanden. In diesem Zusammenhang achtet das BVA auch darauf, dass nicht der größte Anteil der Vergütung an Managementgesellschaften, sondern in die medizinische Versorgung der Versicherten fließt. In einem Fall hat das BVA einen Vertrag mit einem Vergütungsvolumen von 24 Mio. Euro gestoppt, bei dem lediglich 9,6 Mio. Euro in die medizinische Versorgung geflossen sind. Die übrige Vergütung hat die Managementgesellschaft für die Konzeptentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit u.a. erhalten. Diese Vertragsgestaltung verstieß gegen den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz nach 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. 69 SGB IV. Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des BVA, sagt hierzu: "Das Geld für die Verträge muss in die Versorgung und nicht in die Verwaltung gehen."  
Der Dialog des BVA mit den Krankenkassen zur Anpassung rechtswidriger Vertragspassagen hat sich bewährt. Das BVA hat bisher lediglich 28 Verträge förmlich beanstanden müssen. Es gibt den Krankenkassen die notwendige Zeit zur Vertragsanpassung. Während dieser Zeit dürfen die Krankenkassen die Versorgungskonzepte regelmäßig weiter umsetzen. Es sind lediglich 5 Klagen gegen Beanstandungen vor den Landessozialgerichten anhängig.  
Die Einschreibezahl in integrierte Versorgungsverträge steigt stetig  
Der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV beträgt zwischen 0,8 und 11% je nach Krankenkasse/Kassenart. Die Leistungsausgaben in der integrierten Versorgung sind von 2012 auf 2013 im Bundesdurchschnitt um 4,08% gestiegen. Dies zeigt, dass die Anzeigepflicht die Krankenkassen nicht bei der Umsetzung von innovativen Versorgungsformen hemmt. Das BVA versteht sich hier vielmehr als Ansprechpartner der Krankenkassen und verfolgt das Ziel einer qualitätsgesicherten und hochwertigen Versorgung der Versicherten.  
Kontakt:  
PRESSESPRECHER Tobias Schmidt  
HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
TEL +49 (0) 228 619 - 1945  
FAX +49 (0) 228 619 - 1880  
E-MAIL presse@bva.de  


### **Pressekontakt**

Gesundheit Adhoc

10117 Berlin

### **Firmenkontakt**

Gesundheit Adhoc

10117 Berlin

Weitere Informationen finden sich auf unserer Homepage