

Mandantenbrief

Der Einzelvertrag - Fortsetzung

3. Verträge zur integrierten Versorgung

Wie bereits dargelegt bemüht sich der Gesetzgeber seit Jahren, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen innerhalb der bestehenden Strukturen der Leistungserbringer zu verbessern. Allerdings sieht er auch in der Veränderung der bestehenden Strukturen die Möglichkeit von Qualitätsverbesserungen.

Ein Beispiel für solche Strukturveränderungen stellen die Projekte zur integrierten Versorgung dar.

3.1. Grundlegendes/Ziele

Das Ziel der integrierten Versorgung, die nach §§ 140 a bis 140 h SGB V zum 1. Januar 2000 eingeführt wurde, ist weiterhin die Verbesserung der Versorgung von Patienten durch **interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit** (§ 140a Abs. 1 SGB V). Sie soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Kern der integrierten Versorgung ist damit die übergreifende Steuerung von Behandlungsabläufen. Es soll eine neue, größere Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgeht. Diese dient einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Instrumente sind die „Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen“ und „eine ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss“ (§ 140b Abs. 3 SGB V). Auch Krankenhäuser sind deshalb in die integrierte Versorgung

einbezogen, allerdings im Hinblick auf die ambulante Versorgung nur eingeschränkt. Die Pflege kann ebenfalls in die integrierte Versorgung einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang überträgt die Norm des § 140b SGB V dem Integrationsverbund die Gewährleistung für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dabei wird im Rahmen der integrierten Versorgung dieselben Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unterstellt, wie sie allgemein im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Das konkrete Anforderungsprofil aber wird im Gesetz nicht näher konkretisiert.

Das bedeutet, dass die Vertragspartner die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsparameter eigenständig definieren müssen. Daraus folgt wiederum, dass eine weitgehende Abkoppelung des Integrationssystems vom gesetzlichen Vertragsarztsystem im Gesetz verankert ist. Daraus wird man im Umkehrschluss die weitere Folgerung ziehen können, dass die Standards für die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Integrationsvertrag nicht identisch sein müssen wie diese in den §§ 12,135 SGB für die GKV festgeschrieben sind.

3.2. Entwicklungsstufen der integrierten Versorgung

In den letzten acht Jahren seit Einführung der integrierten Versorgung hat es unterschiedliche Entwicklungsstufen gegeben. Die Entwicklung selbst, sowie die dafür zu Grunde liegenden Überlegungen und Aspekte wurden bereits im Kapitel II unter Punkt 5 ausführlich beschrieben. Insofern wird darauf verwiesen.

3.3. Abgrenzung zu bisherigen Versorgungsformen

Die integrierte Versorgung hat sich in den Jahren entwickelt. Bei der zuständigen Registrierungsstelle (BIOS) sind

bisher ca. 5000 Verträge gemeldet worden. Diese Verträge existieren neben den bisherigen Versorgungsformen. Man muss daher die integrierte Versorgung von der vertragsärztlichen Versorgung abgrenzen, was insbesondere für die Vorschriften über die Modellvorhaben und Strukturverträgen gilt.

3.3.1. Abgrenzung zu Modellvorhaben

Die Versorgung der Versicherten im Rahmen von Modellvorhaben ist nicht als Form der Regelversorgung gedacht. Dies zeigt sich bereits daran, dass ein Modellvorhaben auf die Dauer von acht Jahren befristet ist. Die Modellvorhaben unterscheiden sich von der integrierten Versorgung darin, dass die Krankenkasse nicht nur Verträge mit einzelnen Leistungserbringer, Gruppen derselben oder den kassenärztlichen Vereinigungen abschließt, sondern die Krankenkasse kann diese auch eigenständig durchführen.

Betrachtet man beide Vertragsformen von der inhaltlichen Seite her, so kann man feststellen, dass die integrierte Versorgung sowohl den Struktur- als auch den Leistungsmodellen ähnelt. In Modellvorhaben können Krankenkassen entweder Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen oder andere KV- Leistungen erproben. Im Rahmen der integrierten Versorgung können auf Grund gesetzlicher Vorschriften die Krankenkassen sowohl von den Strukturen der bisherigen Regelversorgung als auch von deren Leistungskatalog abweichen und beide Aspekte weiter entwickeln.

3.3.2. Abgrenzung zu Strukturverträgen

Die Strukturverträge dienen ebenfalls der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Die Innovation in den Strukturverträgen besteht in der Wei-

terentwicklung der Kooperationen zwischen Ärzten nicht nur zu einer Gemeinschaftspraxis, sondern zu einem großen Praxisnetz bzw. Praxisverbund. Die Strukturverträge und Integrationsverträge unterscheiden sich bereits in der Frage der möglichen Vertragspartner. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Versorgungsformen besteht darin, dass die Vertragspartner der Integrationsverträge von den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V abweichen dürfen, während dies bei den Strukturverträgen nur in engen, gesetzlich ausdrücklich festgelegten Rahmen zulässig ist. Die Strukturverträge sollen das Vertragsarztrecht lediglich von innen heraus reformieren.

3.4. Inhalte der Integrationsversorgung, Vertragsgegenstand

Wie bereits dargelegt kann die Krankenkasse nach § 140 BGB Absatz 1 SGB V mit den dort genannten Vertragspartnern eine oder eine interdisziplinär - fachübergreifende Versorgung der Versicherten vereinbaren, wobei von den Regelungen des 4. Kapitels SGB V abgewichen werden kann. Damit kann vom gesamten Leistungserbringungsrecht, einschließlich der Beitragsatzstabilität nach § 71 Absatz 1 SGB V abgewichen werden. Insoweit ist auch der Sicherstellungsauftrag der KV eingeschränkt.

Die KV bzw. KBV hat damit keinerlei Einfluss mehr auf die Vertragsgestaltung. Dies bedeutet im Ergebnis, dass die vertragsärztliche Versorgung von der integrierten Versorgung abgekoppelt ist. Denn die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten wird von den Vertragsparteien im vereinbarten Umfang übernommen. So kann zum Beispiel die und ökologische Versorgung mit Vertragsärzten und Krankenhäusern sichergestellt werden oder aber von einer Managementgesellschaft.

Es besteht für die Vertragsärzte auch keinerlei kollektivvertragliche Bindung mit der Konsequenz, dass die Vertragspartner Krankenkasse und Leistungserbringer die Inhalte der Versorgung vertraglich vorgeben und lediglich eine gesetzliche Begrenzung dahingehend erfahren, dass die Inhalte eine leistungssektoren- oder interdisziplinäre- fachübergreifende Versorgung gewährleisten.

Die Tragweite dieser Neuregelung kann man am besten daran ermes- sen, welche Elemente des vierten Kapitels zur grundsätzlichen Disposition der Vertragspartner stehen. Es sind dies folgende Parameter:

- Die Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V
- Der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V
- Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V
- Verträge nach §§ 82ff SGB V
- Richtlinien nach § 92 SGB V
- Das Zulassungsrecht zur vertragsärztlichen Versorgung §§ 95 SGB V
- Bedarfsplanungsrecht nach §§ 99ff SGB V
- Prüfverfahren nach §§ 106ff SGB V
- Heilmittelleistungen §§ 124 ff SGB V
- Hilfsmittelleistungen §§ 126 ff SGB
- Verträge über die Arzneimittelversorgung §§ 129 ff SGB V
- Sonstige Versorgungsformen §§ 132 ff SGB V
- Qualitätssicherungsregelungen nach §§ 135 ff SGB V die

Dieser Katalog macht deutlich, wie gravierend anders diese alternative Regelversorgung ausgestaltet werden kann. Natürlich erfährt auch dieses Abweichen eine Grenze dort, wo der Sinn und Zweck der integrierten Versorgung in punkto Qualität, Wirksamkeit Unwirtschaftlichkeit ausge-

höhlt werden würde. Das Gesetz hilft hierbei durch die Gesetzesformulierungen nicht weiter, da dort überwiegend mit unbestimmten Rechtsbegriffen operiert wird. Es bleibt daher einerseits den Vertragspartnern überlassen, sorgfältig und ausgewogen die beabsichtigte Versorgungskonzeption zu definieren und zu gestalten. Darüber hinaus bleiben natürlich andere Grundsätze bestehen, wie das Recht auf freie Arztwahl, das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt nach der Musterberufsordnung, die Beachtung der Fachgebietsgrenzen sowie der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt.

3.4.1. Zulassungsstatus der Teilnehmer

Eine wesentliche Abweichung von den bisherigen Rechtsregeln stellt die Norm des § 140b Absatz 4 Satz 3 SGB V dar. Danach können sich die Vertragspartner auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus darauf verständigen, dass Leistungen in der integrierten Versorgung auch dann erbracht werden, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder des jeweiligen Leistungserbringer nicht gedeckt ist.

Beispiel:

Krankenhäuser sind stationäre Einrichtungen und erbringen primär stationäre Leistungen. Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit Krankenhäuser ambulante ärztliche Leistungen erbringen können. Nach der Norm des § 140 b Absatz 4 SGB V können die Krankenhäuser mit den Vertragsärzten vereinbaren, dass das Krankenhaus im Rahmen einer Integrationsversorgung auch ambulante ärztliche Leistungen erbringt. Eine derartige Öffnung eines Krankenhauses ist im Integrationsverträgen aber immer nur dann möglich, wenn und insoweit Vertragsärzte an einem Integrationsvertrag teilnehmen.

3.4.2. Vergütung und Finanzierung

Gegenstand des Vertrages sind die definierten medizinischen Versorgungskonzepte, sei es in der Diagnostik oder der Therapie. Daher werden auch nur diese vertraglich vereinbarten Leistungen vergütet. Es ist allerdings zu beachten, dass im Regelfall die EBM-Leistungen Grundlage des Vertrages sind und nur darüber hinausgehende, zusätzliche neue Leistungen mit der Krankenkasse preislich frei ausgehandelt werden können.

Gleiches gilt für die Krankenhäuser, die § 140 c Absatz 2 Satz 2 SGB V beschreibt. Auch dort können nur zusätzliche Leistungen, die über den Pflegesatz hinausgehen, vereinbart werden. Aus wirtschaftlicher Sicht wird eine Krankenkasse nur dann derartige Preisregelungen vereinbaren, wenn Sie im Vergleich zur bisherigen Regelversorgung kostengünstiger Leistungen einkaufen kann. Gleiche Überlegungen gelten allerdings für die sonstigen Vertragspartner ebenfalls mit der Konsequenz, dass ein solcher Vertrag nur dann zu Stande kommen wird, wenn sich für alle Teilnehmer eine „Win-Win-Situation“ ergibt.

Die einzelnen Preisregelungen sind unterschiedlich. Oft wird mit Komplexpauschalen, gelegentlich auch mit festgelegten, konkreten Euro Beträgen gearbeitet. Der Vertragsarzt erhält zum Beispiel eine Einschreibegebühr für jeden eingeschriebenen Versicherten. Vor allem zusätzliche Evaluations- und Dokumentationsleistungen werden in solchen Verträgen vergütet. Den Vertragspartnern steht es frei, welche Vergütungsform gewählt wird bis hin zur Erfolgsprämie.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus die Krankenkasse ermächtigt, Bonussysteme in derartige Verträge zu integrieren, um für die Versicherten wirtschaftliche Anreize zur Teilnahme zu bieten. Die Praxis hat gezeigt,

dass derartige Bonussysteme ausreichende Anreize für die Versicherten darstellen. Die Bundesknappschaft warb zum Beispiel damit, dass bei Teilnahme an derartigen Versorgungsmodellen die Praxisgebühr entfällt, Zuzahlungen reduziert werden oder die im Gesetz verankerten Tagesgelder bei Klinikaufenthalten reduziert werden können oder gar gänzlich entfallen.

Die grundsätzliche Finanzierung integrierter Versorgungsprojekte hat der Gesetzgeber über eine sog. Anschubfinanzierung geregelt. Danach dürfen die Krankenkassen bis zum 31.12.08 bis zu 1% der an die KV und die Krankenhäuser zu zahlenden Vergütungen einbehalten, um diese über ein Sonderkonto zur Finanzierung für die vertraglich vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Dieser ein Prozent-Abzug ist an den Nachweis eines vorhandenen Integrationsprojektes gekoppelt und können nur abgerufen werden, so weit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von abgeschlossenen Verträgen erforderlich sind.

Dies bedeutet zum Beispiel für die Krankenhäuser, die nicht an derartigen Integrationsprojekten teilnehmen, dass ihre Gesamtvergütung für die Laufzeit zwischen 2004 und 2008 sich jährlich um ein Prozent kürzt. Ähnliches gilt auch für den ambulanten Bereich. Jeder Vertragsarzt muss sich fragen, ob er an solchen Versorgungsmodellen teilnimmt, da sich auch die Gesamtvergütung der KV reduziert. Damit sinkt der Punktwert und damit das Einkommen des Arztes. Den Honorarverlust kann man nur dadurch kompensieren, indem man an solchen Verträgen teilnimmt.

3.4.3. Krankheitsbilder der Integrierte Versorgung ?

Integrierte Versorgungsmodelle werden für eine Vielzahl von Krankheitsbildern angeboten. Die Vernetzung ist insbesondere für komplexe Behandlungsprozesse geeignet, an denen

mehrere medizinische Leistungserbringer beteiligt sind. Darunter fallen beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas (Fettleibigkeit), Depressionen oder Bandscheibenerkrankungen.

Nachfolgend sollen beispielhaft einige Vorteile der integrierten Versorgung aus Sicht des Versicherten aufgezeigt werden, wobei in dieser Aufzählung lediglich eine subjektive Auswahl darstellt und nicht abschließend ist.

- Die Patientinnen und Patienten sind in eine organisierte Behandlungskette eingebunden, die ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten abnimmt.
- Teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie unnötige Belastungen für die Patienten werden vermieden.
- Die Liegezeiten in den Krankenhäusern werden verkürzt.
- Die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind besser koordiniert. Lange Wartezeiten entfallen.
- Die Behandlung erfolgt nach definierten Behandlungspfaden und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens. In vielen integrierten Versorgungsprojekten bieten die medizinischen Leistungserbringer Garantiezusagen für ihre Leistungen (zum Beispiel bei chirurgischen Eingriffen).
- Durch standardisierte Nachuntersuchungen nach Abschluss der stationären und rehabilitativen Behandlung werden Folgeerkrankungen vermieden oder eingeschränkt.
- Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung spezielle Boni (zum Beispiel Wegfall der Krankenhauszuzahlung und der Praxisgebühr).

Oft müssen Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen die Koordination selbst in die Hand nehmen. Sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlt.

Angesichts der heutigen Herausforderungen - veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung - müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden. Hinzu tritt die Notwendigkeit, mit begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis in der medizinischen Versorgung zu erzielen.

Genau das ist das Ziel der integrierten Versorgung: Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

3.4.4. Mögliche Formen der integrierten Versorgung

Wie bereits ausgeführt hat der Gesetzgeber zwei Grundtypen der integrierten Versorgung formuliert. Zum einen den sektorübergreifenden Leistungskomplex bei dem Leistungen aus mehr als einem Sektor miteinander kombiniert und abgerechnet werden. Als Paradebeispiel kann hier die Endoprothetik im Krankenhaus und anschließende Rehabilitation genannt werden. Zum anderen die Vollversorgung in integrierten Strukturen.

Der AOK-Bundesverband hat z.B. für sich weitere Formen der integrierten Versorgung formuliert. Eine Möglichkeit kann

- das Episodenmanagement sein. Dabei konzentriert man sich auf zeitliche Abschnitte einer Patientenversorgung wie die prä- oder poststationäre Versorgung.
- Unter dem Begriff Innovationsmanagement werden neue Therapieformen bei schweren Indikationen wie Aids, Hepatitis verstanden und in Vertragsformen umgesetzt.
- Der Begriff Zielmanagement wird dann verwendet, der man sich in der Versorgung auf bestimmte Gruppen wie z.B. Altenheime, über 65-jährige oder bestimmte Indikationsbereiche fokussiert. Dabei können geriatrische Patienten- als Zielgruppe hochbetagte, multimorbide Patienten, angesprochen werden. dabei kann ein Ziel die ambulante Reha und ambulante Geriatrie mit qualifizierten Hausärzten als IV-Projekt konzipiert werden.

Das Idealziel einer Krankenkasse dürfte die integrierte Vollversorgung eines Versichertenpools darstellen. Dabei würden die Leistungserbringer alle Leistungen in eigener Budgetverantwortung für gesamte Versorgung erbringen. Diese Zielvorstellung werden die Leistungserbringer nicht akzeptieren, es sei denn, dass die Risiken entsprechend verteilt würden und ein solches Projekt modular aufgebaut werden würde. Dies bedeutet zum Beispiel, das Hochrisikogruppen, die nur schwer kalkulierbar sind, aus einem solchen Gesamtbudget für einen definierten Zeitraum herausgenommen werden würden. Die Beispiele ließen sich fortsetzen.

3.4.5. Bewertung

Betrachtet man die Rahmenbedingungen integrierter Versorgungsmodelle mit den sonstigen Vertragsoptionen wie Modellvorhaben, Strukturverträge etc., so muss man festhalten, dass die integrierte Versorgung zumindest den Versuch darstellt, neue Wege zu beschreiten. Die Weiterentwicklung von Strukturverträgen

und Modellvorhaben zeigt sich insbesondere daran, dass die Vertragspartner vom vierten Kapitel des SGB V fast vollständig abweichen können.

Allerdings kann man die Entwicklung der integrierten Versorgung seit dem Jahre 2000 unter Zugrundelegung der amtlichen Begründungen, also der Motive zu den einzelnen Gesundheitsreformen und die damit verbundenen Regelungen zur integrierten Versorgung, entnehmen, dass der Gesetzgeber ursprünglich verschiedene Einkaufsmodelle mit diesem Instrument implementieren wollte. Im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz waren derartige Einkaufsmodelle formuliert, sind jedoch im Gesetzgebungsverfahren wieder gestrichen worden. Interessanterweise sind die Bestimmungen der § 140ff SGB V nicht gestrichen worden, so dass man sie durchaus als ein Einkaufsmodell zu Gunsten der Krankenkassen bezeichnen könnte.

Nach den gesetzlichen Regelungen können alle Leistungserbringer der Krankenversicherung und ihre Gemeinschaften Vertragspartner einer Krankenkasse sein. Sie können alle als Vertragspartner gebündelt in einem Vertragswerk auftreten. Setzt eine Krankenkasse alle gesetzlich formulierten Instrumente gezielt ein, indem sie alle Leistungserbringer in ein bestimmtes Versorgungskonzept einbezieht und alle abweichenden Regelungsmöglichkeiten des Kapitel 4 für sich nutzt, so muss man feststellen, dass es sich faktisch um ein Wettbewerbsmodell handeln dürfte. Denn mit einem solchen Versorgungsmodell kann man alle bestehende Leistungs- und Vergütungssysteme unterlaufen. Konsequenz zu Ende gedacht wäre die flächendeckende Anwendung des integrierten Versorgungssystems ein Sprengsatz, der das Ende der gesetzlichen Krankenversicherung in der heutigen Form bedeuten könnte.

Dies stellt sicherlich ein sehr weit gedachtes Szenario dar, jedoch kann

man zumindest unterstellen, dass eine breitere Anwendung und Umsetzung derartiger Versorgungskonzepte dazu führen wird, dass eine heute noch nicht zu definierende Anzahl von Leistungserbringern vom Markt verdrängt werden würde.