



# **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

## **GKV-Modernisierungsgesetz - GMG**



### **Informationen für Krankenhäuser**

#### **zur integrierten Versorgung §§ 140 a bis d SGB V**

**Februar 2004**



## Vorbemerkung

Ein Schwerpunkt des jüngsten Reformgesetzes –GMG- ist die Flexibilisierung der Vertragsstrukturen durch die Ausweitung der Möglichkeiten zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern.

Zentrale Regelungen des GMG zum Vertragswettbewerb sind:

§ 140 a bis d SGB V:	Integrierte Versorgungsformen
§ 116 b Abs. 1 SGB V:	Krankenhausambulanz im Rahmen von DMP
§ 116 b Abs. 2-5 SGB V:	Krankenhausambulanz bei hochspezialisierten Leistungen, bei der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf

Die Integrationsversorgung bietet Krankenhäusern die Möglichkeit, sich von der rein stationären Einrichtung mit Versorgungsauftrag zu einem Dienstleistungszentrum mit einem übergreifenden Versorgungsangebot weiterzuentwickeln. Dies kann durch den Aufbau neuer Geschäftsfelder und/oder Kooperationen mit anderen Leistungsbereichen erfolgen. Der Patient profitiert durch eine Versorgung aus einer Hand.

Die Regelungen in §§ 140 a bis d SGB V in der Fassung des GMG zur Integrationsversorgung zwingen insbesondere angesichts der gesetzlich verordneten Anschubfinanzierung zum Handeln. Krankenhäuser müssen sich intensiv mit dem Thema Kooperationen und integrierte Versorgungsformen auseinandersetzen, um die eigene Zukunft aktiv zu gestalten und sich damit positiv am Markt zu platzieren. Dies gilt um so mehr angesichts der ökonomischen und strukturellen Auswirkungen der zum 1.01.2004 verbindlichen DRG-Einführung sowie der geplanten Neugestaltung der Arbeitszeitregelungen.

Krankenhäuser befinden sich im Bereich der Integrationsversorgung grundsätzlich in einer guten Ausgangsposition. Sie verfügen über die erforderlichen infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen, durchgängige Versorgungskonzepte zu koordinieren und umzusetzen. Hinzu kommen die vorgenannten neuen gesetzlichen Regelungen, die dem Krankenhaus auch ambulante Leistungen ermöglichen.

Diese Vorteile gilt es zu nutzen. Dabei sind Information, Sachverstand, Einsatz und Flexibilität unverzichtbare Voraussetzungen, um sich auf dem Markt der Integrationsversorgung behaupten zu können.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zur Umsetzung der Integrationsversorgung in ihrer bisherigen gesetzlichen Ausgestaltung bereits eine umfassende Informationsbroschüre und Materialiensammlung für Krankenhäuser herausgegeben („Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V – Materialiensammlung“, 2. geänderte

Auflage, August 2002). In dieser Broschüre finden sich Praxisbeispiele für integrierte Versorgungsformen. Auf dieser Grundlage wird die DKG die Krankenhäuser weiterhin unterstützen. Eine bundesverbandliche Unterstützung hat allerdings dort ihre Grenzen, wo es um Beratung und Entwicklung eines konkreten individuellen Versorgungsangebotes im Vertragswettbewerb geht.

Es liegt im Wesen des Wettbewerbs um den Abschluss eines Integrationsvertrages, dass Krankenhäuser sich gegenüber ihren Konkurrenten behaupten müssen. Dies erfordert individuelle Angebotsstrategien auf Grundlage der gesetzlichen und tatsächlichen Möglichkeiten. Voraussetzung ist in jedem Fall eine objektive Einschätzung der vorhandenen Leistungsstärken sowie der personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen. Ebenso sollten Überlegungen mit einfließen, wie diese Gegebenheiten weiterentwickelt werden können, damit sie die Erreichung der Unternehmensziele unterstützen bzw. gewährleisten können.

Auch wenn die zeitlich befristete Anschubfinanzierung einen Handlungsdruck auslöst, werden letztlich nur ausgereifte Versorgungskonzepte zu einem erfolgreichen Vertragsabschluss führen.

Mit den nachfolgenden Informationen möchte die DKG den Krankenhäusern eine erste Hilfestellung für die Entwicklung und Verhandlung von integrierten Versorgungsformen an die Hand geben. Es ist beabsichtigt, diese anhand des jeweiligen Umsetzungs- und Entwicklungsstandes integrierter Versorgungsformen zu ergänzen.



## Überblick: Was ändert sich zum 1.1.2004?

Integrierte Versorgung	ALT (bis 31.12.2003)	NEU (ab 01.01.2004)
Gesetzliche Grundlage	§§ 140a-h SGB V	§§ 140a-d SGB V
Begriffsbestimmung (§ 140a Abs.1)	„eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten“	<ul style="list-style-type: none"> <li>„eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten <b>oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung</b>“</li> <li>Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages</li> </ul>
Vertragspartner der Kassen (§ 140b Abs.1)	abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> <li>KVen,</li> <li>Gemeinschaften von Vertrags(zahn)ärzten,</li> <li>sonstige Leistungserbringer,</li> <li>Träger von Krankenhäusern,</li> <li>Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen,</li> <li>Träger ambulanter Reha-Einrichtungen,</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>oder die jeweiligen Gemeinschaften</li> </ul>	abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> <li>-/-</li> <li><b>einzelne</b> Vertrags(zahn-)ärzte,</li> <li>sonstige Leistungserbringer,</li> <li>Träger von Krankenhäusern,</li> <li>Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen,</li> <li>Träger ambulanter Reha-Einrichtungen,</li> <li><b>Träger von Einrichtungen, die Integrierte Versorgung anbieten,</b></li> <li><b>Medizinische Versorgungszentren,</b></li> <li>Einbezug der Krankenhausapotheke möglich (§ 14 Abs.4 AphG)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>oder die jeweiligen Gemeinschaften</li> </ul>
Beitritt Dritter zum Vertrag	Strittig	nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§ 140b Abs.5)
Vertragsgegenstand (Vorgaben nach §140b Abs.3 und § 140c)	Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV - zugelassene Leistungen	Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen
Leistungen/Versorgungsauftrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>ambulante und stationäre Leistungen im Rahmen der bestehenden Zulassung der beteiligten Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. (§ 140b Abs. 4)</li> </ul>
Finanzierung/Vergütung (§ 140 c bzw. § 140d)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Budgets teilnehmender Krankenhäuser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004-2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden.</li> <li>2004-2006 bis zu 1% Pauschalabzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der Integrierten Versorgung „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“.</li> </ul>
Beitragssatzstabilität	Beitragssatzstabilität	Ausnahme von der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden (§ 140b Abs.4)
Rahmenvereinbarungen	Verpflichtende Rahmenvereinbarung GKV -KBV (§ 140d)  Rahmenempfehlung GKV-DKG (§ 140e)	-/-  -/-
§ 140g	Bonus für Versicherte möglich	-/-
§ 140h	Wissenschaftliche Begleitung möglich	-/-



## Erläuterungen zur Integrationsversorgung

### Gegenstand der Integrationsversorgung:

**Eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten.**

**Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.**

### Erläuterung:

Nach der alten gesetzlichen Regelung des § 140a SGB V umfasste die integrierte Versorgung ausschließlich eine vertikale Vernetzung der Leistungserbringung. Das bedeutete, dass mindestens zwei verschiedene Leistungssektoren Gegenstand der integrierten Versorgung sein mussten, also zum Beispiel ambulante und stationäre Leistungen. Die Neufassung der Regelung sieht nunmehr als weitere Möglichkeit eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung vor. Damit kann eine horizontale Vernetzung der Leistungserbringung Gegenstand der Integrationsversorgung sein. So ist beispielsweise ein integriertes Versorgungsangebot denkbar, das eine prozessorientierte Leistungserbringung innerhalb eines stationären Behandlungsfalles von der pre- bis zur poststationären Patientenbehandlung vorsieht.

Ebenso wäre es möglich, dass eine integrierte Versorgung eine Zusammenarbeit der Fachdisziplinen zweier Krankenhäuser – z.B. Onkologie und Strahlentherapie – beinhaltet.

Im Falle eines Versorgungsangebotes, das zwei Sektoren umfasst (vertikale Vernetzung) ist es nicht zwingend, dass die beide Sektoren auch unmittelbare Vertragspartner sind. Die Verantwortung für andere Sektoren kann z.B. auch über entsprechende Kooperationsverträge und Budgets von dem vertragsschließenden Sektor übernommen werden. Bei einem integrierten Versorgungsangebot, das ambulante-fachärztliche und stationäre Leistungen vorsieht, kann z.B. Vertragspartner ein Krankenhaus sein, das seinerseits die Erbringung der ambulanten fachärztlichen Leistungen über Kooperationsverträge mit Vertragsärzten sicherstellt.

In der Integrationsversorgung kann die Anbindung der beteiligten Leistungserbringer an ihren Zulassungs- und Ermächtigungsstatus vertraglich aufgehoben werden. Das heißt, dass die Vertragspartner in der Integrationsvereinbarung festlegen können, dass ein beteiligter Leistungserbringer auch solche Leistungen erbringen kann, die

von seinem Zulassungsstatus nicht gedeckt sind. Damit können z.B. Krankenhäuser im Rahmen der Integrationsversorgung ambulante Leistungen erbringen, auch wenn sie dazu nicht zugelassen oder ermächtigt sind.

Eine vom Zulassungsstatus abhängige Beschränkung besteht jedoch insoweit, als in der Integrationsversorgung keine Leistungen erbracht werden können, die von keinem der beteiligten Leistungserbringer durch ihren Zulassungsstatus gedeckt sind. Das heißt, dass bspw. ambulante Leistungen durch Krankenhäuser nur in den durch den stationären Versorgungsauftrag abgedeckten Fachgebieten erbracht werden dürfen. Soweit ein beteiligtes Krankenhaus daher beispielsweise keine Gynäkologie vorhält, kann es in der Integrationsversorgung auch keine ambulanten gynäkologischen Leistungen anbieten.

Auch können bspw. keine Apothekenleistungen angeboten werden, wenn ausschließlich Vertragsärzte und Krankenhäuser ohne Krankenhausapothekenspartner sind.

**Verträge:** **Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage durchgeführt.**

**Bisherige Rahmenvereinbarungen nach § 140 d und e SGB V entfallen mit Inkrafttreten GMG.**

**Erläuterung:**

Kennzeichnend für die integrierte Versorgung ist ihre einzelvertragliche Basis. Abweichend vom Grundsatz des einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen, kann nach § 140 b SGB V eine Krankenkasse alleine mit einem oder mehreren Leistungsanbietern kontrahieren. Ein Anspruch auf Abschluss eines Integrationsvertrages besteht nicht; vielmehr gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit, das heißt: Jeder kann, keiner muss!

Die bisherige Rahmenvereinbarung der GKV und KBV nach § 140d, die beim Abschluss von Integrationsverträgen unter Einbeziehung von Vertragsärzten bindend war, entfällt. Ebenso entfallen die Rahmenempfehlungen nach § 140 e, wie sie beispielsweise von der DKG und GKV geschlossen wurden.

Für den Inhalt der Integrationsverträge besteht damit weitestgehend Gestaltungsfreiheit, um dem gewünschten Innovationsprozess Rechnung zu tragen. Wer etwas abweichend von dem kollektiv verhandelten Standard vereinbaren möchte, der hat mit den Regelungen zur Integrationsversorgung das notwendige Werkzeug dafür. Es ist jedoch zu vermuten, dass Krankenkassen oder deren Verbände bemüht sein werden, für integrierte Versorgungsformen standardisierte Versorgungsangebote und Vertragsinhalte vorzugeben.

## **Vertragspartner und Organisationsformen**

**Abschließende Aufzählung in § 140 b Abs. 1 SGB V;**

**Für einen Verbund von Leistungserbringern stehen grds. sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine.**

**Kassenärztliche Vereinigungen sind als Vertragspartner nicht zugelassen.**

**Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich (§ 140 b Abs. 5)**

### **Erläuterung:**

Vertragspartner auf der Kostenträgerseite können eine einzelne Krankenkasse, mehrere oder alle Krankenkassen gemeinsam sein, nicht jedoch deren Verbände. Auch im Wettbewerb kann eine Kooperation einzelner Kassenarten sinnvoll sein, um eine gestaltungsfähige Größenordnung einer integrierten Versorgungsform zu erreichen. Hierauf sollte ein Krankenhaus bei seinen strategischen Überlegungen achten. Welche Konstellation auf der Kostenträgerseite sinnvoll ist, hängt von dem jeweils beabsichtigten Versorgungsangebot ab. So ist z.B. zu berücksichtigen, welches Versichertenklientel in welcher Größenordnung ein Versorgungsangebot in Anspruch nehmen könnte und wie die Versorgungsregion des Krankenhauses geprägt ist. Ob eine Krankenkasse regional oder überregional tätig ist, kann je nach Versorgungsangebot und Region ebenfalls ein wichtiger Entscheidungsfaktor sein.

Die möglichen Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer sind in § 140b abschließend aufgeführt. Diese können entweder einzeln als Vertragspartner oder gemeinsam organisiert (Verbund) auftreten. Im Falle eines Verbundes stehen grds. sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine. Beschränkungen bei der Wahl der Rechtsform auf die berufsrechtlich zulässigen Organisationsformen ergeben sich jedoch zum Beispiel bei Beteiligung von niedergelassenen Ärzten. Bei Verbundlösungen empfiehlt sich daher ggf. eine rechtliche Beratung.

## Vergütung/Finanzierung

### Die Vergütung ist vertraglich zu regeln

**Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht für Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 geschlossen werden (§ 140 b Abs. 4).**

**In den Jahren 2004 bis 2006 werden von den Krankenkassen bis zu 1% der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen zur Finanzierung der Integrationsversorgung einbehalten.**

### Erläuterung:

- **Vergütung**

Integrationsverträge haben neben der Vereinbarung des Versorgungsangebotes auch die Vergütung der Leistungen zu regeln (§ 140c Abs. 1). Hiermit ist klargestellt, dass auch die Preise für den zu erbringenden Leistungsumfang frei zwischen Leistungserbringer und der entsprechenden Krankenkasse zu vereinbaren sind. Im Gegensatz zu den ebenfalls mit dem GMG eingeführten hochspezialisierten Leistungen nach § 116b SGB V sind im Gesetzestext keinerlei Einschränkungen, etwa Orientierung an bestimmten Richtpreisen o.ä. aufgeführt. Auch sind die Vertragspartner nicht an ein bestimmtes Finanzierungssystem gebunden, d.h. die Vergütung kann einzelleistungsbezogen oder pauschaliert erfolgen.

Angesichts der in der Integrationsversorgung möglichen freien Preisgestaltung ist im Vorfeld konkreter Vertragsverhandlungen eine genaue Potential-, Prozess und Kostenanalyse, sowie eine konkrete Preiskalkulation anzuraten.

Im Falle einer Vereinbarung über eine Pauschalvergütung wäre einerseits ein Fallbezug, andererseits aber auch ein Bezug auf die Anzahl der an einer integrierten Versorgungsform teilnehmenden Versicherten denkbar. Darüber hinaus eröffnet der § 140c Abs. 2 die Möglichkeit, dass ein vertraglich beteiligter Leistungserbringer Budgetverantwortung insgesamt oder für klar definierte Teilbereiche übernimmt.

Die Übernahme von kompletter Budgetverantwortung bietet die Möglichkeit, durch eine effiziente Steuerung der Behandlungsabläufe die Erlössituation entscheidend zu verbessern. Allerdings sollten externe Faktoren, wie Teilnehmerzahl, Risikostruktur oder bestimmte Morbiditätskriterien, genauestens geprüft werden. Hierbei könnten einerseits Probleme dadurch auftreten, dass bestimmte Faktoren weder dem Krankenhaus noch der Krankenkasse bekannt sind, andererseits die Kassen mit den ihren Versichertenbestand betreffenden Daten, auch in aggregierter Form, sehr sensibel umgehen. Für eine gewissenhafte Abwägung des finanziellen Risikos für das Krankenhaus sind solche Information aber unverzichtbar. Die im Vorfeld evtl. nicht zu überschauenden Gefahren der Übernahme von Budgetverantwortung sollten jedem Krankenhaus bewusst sein, welches diese Form der Vergütung in Betracht zieht.

Dem gegenüber steht die Einzelleistungsvergütung, bei der das Risiko für das vertragsschließende Krankenhaus überschaubarer sein sollte. Mit einem minimierten Risiko geht gewöhnlich auch eine Minimierung der Chancen einher. Dies dürfte auch bei Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung der Fall sein. Um die am Versorgungsprogramm beteiligten Leistungserbringer zu einer wirtschaftlichen Erbringung des vereinbarten Leistungsumfangs zu bewegen, dürfte das Interesse der Krankenkassen eher bei der Abgabe von Budgetverantwortung bzw. einer pauschalierten Vergütung als bei einem Einzelleistungsbezug liegen.

- **Beitragssatzstabilität**

Da die Erarbeitung und Umsetzung einer integrierten Versorgungsform mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden ist, hat der Gesetzgeber den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 für Verträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, ausgesetzt. Dies ergibt sich aus § 140b Abs. 4 Satz 2 SGB V.

- **Anschubfinanzierung**

Um die Einführung der integrierten Versorgung zu fördern, hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel **bis zu 1%** von den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind. Die Regelung der Anschubfinanzierung macht deutlich, dass für die Integrationsversorgung nicht zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, sondern diese sich aus der Neuverteilung vorhandener Mittel finanzieren soll.

Das Gesetz schreibt vor, dass die Finanzmittel nur einbehalten werden dürfen, wenn Integrationsverträge vorliegen und die einbehaltenen Mittel dafür erforderlich sind. Ein pauschaler Einbehalt ist daher nicht möglich.

Der Kürzungssatz hängt vom Volumen des abgeschlossenen Integrationsvertrages ab. Sieht ein Integrationsvertrag z.B. ein Finanzierungsvolumen vor, das umgerechnet eine Rechnungskürzung von 0,4 % erfordert, dann darf die Krankenkasse auch nur 0,4 % von den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen einbehalten.

Im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhausbereich ist von der Krankenkasse ein einheitlicher Kürzungssatz anzuwenden. Welche Krankenhäuser von Rechnungskürzungen betroffen sind, richtet sich nach der im Integrationsvertrag angegebenen Versorgungsregion, die identisch mit dem Bezirk einer/mehrer Kassenärztlichen Vereinigung(en) sein soll. Erklärt zum Beispiel eine Krankenkasse, dass sich ihr Integrationsvertrag auf die KV-Bezirke Berlin und Brandenburg bezieht, werden die vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und alle Krankenhausrechnungen, die bei der Krankenkasse für ihre Versicherten aus Berlin und Brandenburg eingehen, entsprechend gekürzt.

Ist ein Bundesland in mehrere KV-Bezirke unterteilt, sind nur die KV-Bezirke von Kürzungen betroffen, die in die Versorgungsregion des jeweiligen Integrationsvertrages fallen.

Betroffen von der Rechnungskürzung sind unter den vorgenannten Voraussetzungen alle Krankenhäuser der entsprechenden Region, soweit diese Versicherte der jeweiligen Krankenkasse behandeln. Betroffen ist auch das an einem Integrationsvertrag beteiligte Krankenhaus!

Krankenhäusern werden auch dann die Rechnungen gekürzt, wenn der in der Region geschlossene Integrationsvertrag überhaupt keine Krankenhausleistungen oder Krankenhäuser als Vertragspartner beinhaltet!

Der Abzug nach § 140d SGB V wird durch die Krankenkasse, die einen Integrationsvertrag geschlossen hat, bei Zahlung vorgenommen, d.h. das Krankenhaus stellt seine vollständige Rechnung in der bisherigen Form an die Krankenkasse. Diese berechnet den sich ergebenden Abzugsbetrag, behält ihn ein und führt die Summe dem kasseninternen Konto für integrierte Versorgung zu.

Nach § 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V dürfen die finanziellen Mittel der Anschubfinanzierung, welche durch den Abzug bei den Gesamtvergütungen und den Krankenhausrechnungen aufgebracht werden, ausschließlich zur Finanzierung der in Integrationsverträgen vereinbarten Vergütungen verwendet werden. Die Gesetzesformulierung schließt damit eindeutig eine anderweitige Verwendung der einbehaltenen finanziellen Mittel aus. Es ist bspw. nicht zulässig, dass Krankenkassen ihren mit der integrierten Versorgung einhergehenden Verwaltungsaufwand daraus bestreiten.

Um Leistungserbringern, die von einer Rechnungskürzung betroffen sind, die Möglichkeit zu geben, die durch die Kassen vorgenommenen Kürzungen dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehen zu können, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Dezember 2003 eine „**Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle**“ geschlossen (Download der Vereinbarung unter <http://www.dkgev.de>). Die Krankenkassen haben hiernach den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, inklusive des Finanzierungsvolumens und der betroffenen Region, an diese Stelle zu melden. Diese sammelt die Daten und hält die Informationen, welche Krankenkasse in welcher Region zu welcher Kürzung von Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen berechtigt ist, vor. Mit der Registrierungsstelle soll die BQS beauftragt werden. Mit dem Projektstart ist voraussichtlich Februar/März 2004 zu rechnen. Die Registrierungsstelle wird eine Homepage einrichten, auf der Erläuterungen zum Verfahren, das Meldebogenformular, das Formular zum Auskunftsersuchen sowie Ausfüllhinweise eingestellt werden.

Einbehaltene finanzielle Mittel, die bis Ende 2006 nicht für Leistungen im Rahmen von Integrationsverträgen verwendet werden, sind zum Ende dieses Dreijahreszeitraums anteilig an die Leistungserbringer (KVen und Krankenhäuser) die durch Kürzungen betroffen waren, auszuzahlen. Mit dieser Regelung will der Gesetzgeber einen Anreiz zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung bieten. Des Weiteren soll vermieden werden, dass Krankenkassen Vergütungsanteile ohne „Gegenleistung“ einbehalten. Zur genauen Umsetzung dieses Verfahrens haben sich die Vertragspartner der o.g. Vereinbarung verständigt, rechtzeitig die Modalitäten des Rückzahlungsverfahrens zu regeln.

- ***Vergütung aus der Anschubfinanzierung***

In den Jahren 2004 bis 2006 wird das Krankenhausbudget eines an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhauses nicht um die Leistungen bereinigt, die dieses in der Integrationsversorgung erbringt. Das heißt, dass diese Leistungen weiter über das Krankenhausbudget vergütet werden, obwohl sie in der Integrationsversorgung erbracht werden. Erst darüber hinausgehende Mengen oder andere im Integrationsvertrag vereinbarte Leistungen werden unmittelbar in der Integrationsversorgung und damit aus der Anschubfinanzierung vergütet. Das können zum Beispiel höhere Leistungsmengen aber auch ambulante Leistungen sein. Dies muss ein Krankenhaus bei seinen strategischen Überlegungen berücksichtigen. Zwar wird auch das Krankenhaus gekürzt, dass an der Integrationsversorgung teilnimmt. Aber nur dieses hat dann auch eine Chance, durch ein entsprechendes Leistungsangebot aus der Anschubfinanzierung vergütet zu werden, sprich einen Teil des pauschalen Abzuges zurück zu erwirtschaften.



## Strategische Überlegungen

Krankenhäuser bewegen sich mit der Integrationsversorgung in einem Spannungs- und Wettbewerbsbereich mit anderen Krankenhäusern, mit Vertragsärzten und Krankenkassen. Die Planung von integrierten Versorgungsformen erfordert daher einige strategische Überlegungen. Notwendig sind u.a. eine Festlegung der Marktstrategie nach eingehender Bestandsaufnahme des eigenen Angebotsspektrums und der Leistungsfähigkeit:

- **Umfeldanalyse**

Welche Inzidenz wird im Einzugsbereich des Krankenhauses berichtet?

Welchen Anteil hat das Krankenhaus an den diagnostizierten Fällen, welchen Anteil hat das Krankenhaus an den behandelten Fällen?

Wie ist das Außenimage des Krankenhauses und der Konkurrenten bzgl. des betroffenen Leistungsspektrums?

Wie verlaufen die Patientenströme?

Wie verteilen sich die Patienten im Krankenhaus auf die unterschiedlichen Krankenkassen, welche Krankenkassen sind insofern für das Krankenhaus von besonderer Bedeutung?

Welche Trends zeigen sich in den letzten drei Jahren an Veränderungen hinsichtlich der Patientenströme?

Wie sieht das ambulante-fachärztliche Versorgungsangebot aus?

Welche Einrichtung sind im Einzugsbereich des Krankenhauses relevante Player ?

Gibt es bereits gute und stabile Kooperationsbeziehungen der Abteilung zu anderen Krankenhäusern, zu ambulanten Zentren, zu Niedergelassenen?

Welche Krankenkasse(n) können als Vertragspartner für eine Integrationsversorgung zur Verfügung stehen?

- **Binnenanalyse**

Werden ausschließlich stationäre Leistungen oder ein breites Leistungsspektrum angeboten?

Welche Leistungen werden im eigenen Haus in welcher Abteilung gemacht ?

Bestehen Erfahrungen mit ambulanten Leistungen?

Welche Leistungsbereiche sollen in dem Krankenhaus zukünftig weiterentwickelt werden und bieten sich für eine Integrationsversorgung an?

Für welche Leistungen bestehen ausreichend hohe Fallzahlen?

Welche Leistungen können zu welchen Preisen angeboten werden (Kostenanalyse/Preiskalkulation)?

Steht ein ausreichendes personelles, strukturelles und organisatorisches Potential für den Aufbau und die Durchführung integrierter Versorgungsformen zur Verfügung?

Soll mit anderen Leistungsbereichen kooperiert werden oder kann das Krankenhaus mit eigenen Mitteln ein Versorgungsangebot durchführen?

In welchen Abteilungen wird Sachverstand für integrierte Versorgungsformen vorgehalten (ob genutzt oder noch nicht genutzt)?

Existieren transparente, evidenzbasierte Behandlungsabläufe (clinical pathways)?

Liegen die Voraussetzungen einer guten EDV-basierten Leistungserfassung vor?

Verfügt das Krankenhaus über ausreichende Managementkompetenz und Zeit für die Verhandlungsführung mit Krankenkassen und anderen Partnern?