



Deutsche Krankenhaus Gesellschaft

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH

GKV-Modernisierungsgesetz:

Neue Versorgungsformen

im Krankenhaus

Orientierungshilfe

Impressum & Kontakt

1. Auflage August 2004

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystraße 3
10623 Berlin
Tel. 030 / 3 98 01-0
Fax 030 / 3 98 01-3011
E-Mail: www.dkgev.de

Redaktion: Bereich Politik

Verantwortlich: Bereich Politik, Dezernate I, II, IV, V

Verlag: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf

Herstellung: Toennes Druck + Medien GmbH, Erkrath

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 5 |
| A. Integrierte Versorgungsformen: §§ 140 a bis d SGB V | 6 |
| I. Die gesetzlichen Änderungen in der Übersicht | 6 |
| II. Rechtscharakter der Integrationsversorgung | 7 |
| III. Vertragspartner | 7 |
| IV. Leistungsgegenstand | 8 |
| V. Leistungserbringung | 8 |
| VI. Finanzierung/Vergütung | 9 |
| 1. Vergütungsvereinbarung | 9 |
| 2. Auswirkungen auf das Krankenhausbudget | 11 |
| 3. Anschubfinanzierung | 12 |
| 4. Auswirkungen auf die Erlösausgleiche | 14 |
| 5. Beitragssatzstabilität | 15 |
| 6. Auswirkungen auf die Investitionskostenfinanzierung | 16 |
| VII. Melde- und Auskunftsverfahren der Registrierungsstelle zu § 140 d SGB V .. | 16 |
| 1. Einrichtung einer Registrierungsstelle bei der BQS | 16 |
| 2. Melde- und Auskunftsverfahren | 17 |
| (1) Einzelauskunft | 17 |
| (2) Sammelauskunft | 18 |
| 3. Kürzung von Krankenhausrechnungen | 18 |
| (1) Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a SGB V ... | 18 |
| (2) Finanzierungsvolumen nach § 140 d SGB V | 19 |
| (3) Versorgungsregion | 19 |
| (4) Vergütungsvolumen und Kürzungsquote | 20 |
| (5) Rechnungskürzung | 21 |
| (6) Rechtsansprüche des Krankenhauses | 21 |
| VIII. Planung von integrierten Versorgungskonzepten | 21 |
| IX. Möglichkeiten der Vertragsgestaltung | 26 |
| B. Ambulante Behandlung des Krankenhauses im Rahmen von Disease- Management-Programmen: § 116 b Absatz 1 SGB V | 29 |
| I. Rechtscharakter und Voraussetzungen der Leistungserbringung | 29 |
| II. Vorgaben für DMP nach §§ 137 f und g SGB V | 30 |
| III. Vorgaben der RSAV zu DMP | 32 |
| IV. Vorgaben des Bundesversicherungsamtes | 36 |
| V. Verträge zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen | 36 |
| VI. Vergütung und Finanzierung von DMP-Leistungen | 39 |
| 1. Ambulante Leistungen | 39 |
| 2. Stationäre Leistungen | 40 |
| VII. Perspektiven von DMP | 41 |
| C. Ambulante Behandlung des Krankenhauses bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf: § 116 b Absatz 2 bis 5 SGB V | 42 |
| I. Rechtscharakter und Voraussetzungen der Leistungserbringung | 42 |
| II. Leistungskatalog | 42 |
| III. Vergütung und Finanzierung | 45 |

| | | |
|------------|--|----|
| D. | Medizinische Versorgungszentren: § 95 SGB V | 47 |
| E. | Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung: § 116 a SGB V | 48 |
| I. | Rechtscharakter | 48 |
| II. | Zulassungsvoraussetzungen | 48 |
| III. | Dauer und Umfang der Ermächtigung | 49 |
| IV. | Vergütung | 49 |
| F. | Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: § 119 a SGB V | 51 |
| I. | Rechtscharakter | 51 |
| II. | Zulassungsvoraussetzungen | 51 |
| III. | Vergütung | 52 |
| G. | Versorgung durch die Krankenhausapotheke | 53 |
| Anhang I | Vereinbarung zwischen DKG, KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrie- rungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V..... | 54 |
| Anhang II | Melde- und Auskunftsformulare der Registrierungsstelle § 140 d SGB V | 63 |
| Anhang III | Erste Beispiele integrierter Vertragsabschlüsse in der Praxis..... | 67 |
| Anhang IV | Aufbau und Inhalte eines Integrationsvertrags nach § 140 a SGB V | 68 |

Vorwort

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sind die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses deutlich erweitert worden.

In der Integrationsversorgung können vom Krankenhaus sektorübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Leistungen angeboten werden.

Neben der stationären Behandlung im Rahmen von Disease-Management-Programmen besteht die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung.

Das Gesetz sieht des Weiteren ambulante hochspezialisierten Leistungen des Krankenhauses sowie ambulante Leistungen bei der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf vor.

Eine Teilnahme des Krankenhauses an der vertragsärztlichen Versorgung wird bei Unterversorgung im Rahmen einer Ermächtigung sowie als Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums ermöglicht.

Die Umsetzung dieser neuen Versorgungsmöglichkeiten setzt entweder den Abschluss von Einzelverträgen mit einer Krankenkasse oder die Zulassung im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung voraus. Mit Instrumenten des Wettbewerbes werden Krankenhäuser in ein Spannungs- und Konkurrenzverhältnis zu anderen Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen gesetzt. Hinzu kommt die Notwendigkeit struktureller Veränderungen infolge der Auswirkungen des neuen diagnosebezogenen Fallpauschalensystems für Krankenhäuser. Demographische, medizinische und ökonomische Entwicklungen bewirken schließlich einen zusätzlichen Handlungsdruck.

Dies erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen, den Umsetzungsmöglichkeiten im Einzelnen sowie mit der Entwicklung individueller Strategien, um die eigene Zukunft aktiv zu gestalten und sich positiv am Markt zu platzieren.

In diesem Sinne möchte die DKG den Krankenhäusern mit dieser Broschüre eine Orientierungshilfe an die Hand geben. Neben einer ausführlichen Erläuterung der gesetzlichen Grundlagen setzt sich die Broschüre mit den zahlreichen Fragestellungen bei der praktischen Umsetzung auseinander. Es werden Anregungen für die inhaltliche Ausgestaltung von Einzelverträgen und ein Überblick über erste Vertragsabschlüsse gegeben.



(Jörg Robbers)

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

A. Integrierte Versorgungsformen: §§ 140 a bis d SGB V

I. Die gesetzlichen Änderungen in der Übersicht

| Integrierte Versorgung | ALT (bis 31.12.2003) | NEU (ab 01.01.2004) |
|--|--|--|
| Gesetzliche Grundlage | §§ 140 a-h SGB V | §§ 140 a-d SGB V |
| Begriffsbestimmung (§ 140 a Abs.1) | „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten“ | „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung “ Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages |
| Vertragspartner der Krankenkassen (§ 140 b) | abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> • KVen, • Gemeinschaften von Vertrags(zahn)ärzten, • sonstige Leistungserbringer, • Träger von Krankenhäusern, • Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, • Träger ambulanter Reha-Einrichtungen, <ul style="list-style-type: none"> • oder die jeweiligen Gemeinschaften | abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> • -/ • einzelne Vertrags(zahn-)ärzte, • sonstige Leistungserbringer, • Träger von Krankenhäusern, • Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, • Träger ambulanter Reha-Einrichtungen, • Träger von Einrichtungen, die integrierte Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern anbieten („Managementgesellschaften“), • Träger Medizinischer Versorgungszentren, • oder die jeweiligen Gemeinschaften |
| Beitritt Dritter zum Vertrag | Strittig | nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§ 140 b Abs.5) |
| Gesetzl. Anforderungen an die Leistungserbringung (§140 b Abs.3) | Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen | Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen |
| Berechtigung zur Leistungserbringung | | 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. (§ 140 b Abs. 4) |
| Finanzierung / Vergütung (§ 140 c bzw. § 140 d) | Vergütung ist vertragl. zu vereinbaren Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Budgets teilnehmender Krankenhäuser | Vergütung ist vertragl. zu vereinbaren keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004-2006. 2004-2006: Bis zu 1% Kürzung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und der Krankenhausrechnungen zur Finanzierung der Integrierten Versorgung „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“. Bei Finanzierungsvolumen über 1%: Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen |
| Beitragssatzstabilität | Beitragssatzstabilität | Ausnahme von der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden (§ 140 b Abs.4) |
| Rahmenvereinbarungen | Verpflichtende Rahmenvereinbarung GKV-KBV (§ 140 d) Rahmenempfehlung GKV-DKG (§ 140 e) | Aufgehoben für Verträge ab 1.1.2004 aufgehoben für Verträge ab 1.1.2004 |
| Bonusregelung | Bonus für Versicherte möglich (§ 140 g) | § 140 g aufgehoben; Ermäßigung Zuzahlung, Bonus für Versicherte nach § 65 a SGB V möglich |
| Evaluation | Wissenschaftliche Begleitung möglich (§ 140 h) | aufgehoben |

II. Rechtscharakter der Integrationsversorgung

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 Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 140 d, die beim Abschluss von Integrationsverträgen unter Einbeziehung von Vertragsärzten bindend war, entfällt für Verträge ab 01.01.2004. Ebenso entfallen die Rahmenempfehlungen nach § 140 e, wie sie beispielsweise von der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV geschlossen wurden.

III. Vertragspartner

Vertragspartner auf der Kostenträgerseite können eine einzelne Krankenkasse, mehrere oder alle Krankenkassen gemeinsam sein, nicht jedoch deren Verbände. Allerdings können die Verbände der Krankenkassen eine koordinierende Funktion für ihre Mitgliedskassen übernehmen, um z.B. kassenspezifische Mindestanforderungen an die Vertragsgestaltung und aber auch Inhalte zu standardisieren.

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 § 140 b abschließend aufgeführt. Danach können integrierte Versorgungsverträge ausschließlich vereinbart werden mit unmittelbaren Leistungserbringern, deren Gemeinschaften oder Trägern, die zwar nicht selbst Versorger sind, aber eine Versorgung durch die dazu berechtigten Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften). Demzufolge können weder Kassenärztliche Vereinigungen noch Landeskrankenhausgesellschaften Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages sein. Diese sind als solche weder Versorger noch managen sie die Versorgung im Rahmen von Einzelverträgen. Davon unberührt bleiben aber die Möglichkeiten, im Rahmen des Kollektivvertragssystems die Inhalte einer integrierten Versorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Die in § 140 b genannten Leistungserbringer 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.

IV. Leistungsgegenstand

Leistungsgegenstand ist die Erfüllung eines vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags.

Nach der alten gesetzlichen Regelung des § 140 a SGB V musste dieser Versorgungsauftrag eine vertikale Vernetzung der Leistungserbringung beinhalten. 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 bspw. ein integriertes Versorgungsangebot denkbar, das eine prozessorientierte Leistungserbringung innerhalb eines stationären Behandlungsfalles von der prä- 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 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.

V. Leistungserbringung

In der Integrationsversorgung kann die Anbindung der beteiligten Leistungserbringer an ihren Zulassungsstatus 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 jeweiligen Zulassungsstatus nicht gedeckt sind. Der Status „zugelassener Leistungserbringer“ bezieht sich aus Sicht der DKG daher nur auf die Voraussetzung, Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages sein zu können, nicht jedoch auf die Berechtigung zur Erbringung der in einem Integrationsvertrag vereinbarten Leistungen. Damit können z.B. Krankenhäuser im

Rahmen der Integrationsversorgung ambulante Leistungen erbringen, auch wenn sie dazu nicht zugelassen oder ermächtigt sind.

Gleichwohl sind einer vertraglichen Vereinbarung insoweit Grenzen gesetzt, als der Facharztstatus Voraussetzung für die jeweilige medizinische Leistungserbringung ist. Das heißt, dass ambulante Leistungen durch Krankenhäuser nur in den durch den stationären Versorgungsauftrag abgedeckten Fachgebieten erbracht werden dürfen. Soweit ein beteiligtes Krankenhaus daher bspw. keine Gynäkologie vorhält, kann es auch in der Integrationsversorgung keine ambulanten gynäkologischen Leistungen selbst erbringen.

Das Gleiche gilt für andere berufsrechtliche Zulassungsvoraussetzungen. So können bspw. keine Apothekenleistungen ohne entsprechende Approbation in der Integrationsversorgung von Vertragsärzten oder Krankenhäusern selbst erbracht werden.

VI. Finanzierung/Vergütung

1. Vergütungsvereinbarung
2. Auswirkungen auf das Krankenhausbudget
3. Anschubfinanzierung
4. Auswirkungen auf die Erlösausgleiche
5. Beitragssatzstabilität
6. Auswirkungen auf die Investitionskostenfinanzierung

1. Vergütungsvereinbarung

Verträge zur integrierten Versorgung haben nach § 140 c Abs. 1 SGB V neben der Vereinbarung des Versorgungsangebotes auch Regelungen zur Vergütung der vereinbarten Leistungen zu enthalten. Dabei können die Preise frei zwischen den Leistungserbringern und der entsprechenden Krankenkasse vereinbart werden. Das Gesetz sieht keinerlei Einschränkungen, etwa Orientierung an bestimmten Richtpreisen o.ä. vor. Auch sind die Vertragspartner nicht an ein bestimmtes Finanzierungssystem gebunden, d.h. die Vergütung kann einzelleistungsbezogen oder pauschaliert erfolgen. Im Falle einer Vereinbarung über eine Pauschalvergütung wäre einerseits ein Fallbezug, andererseits aber auch ein Bezug auf die Anzahl der am Integrationsprogramm beteiligten Versicherten denkbar. Darüber hinaus eröffnet der § 140 c Abs. 2 die Möglichkeit, dass ein am Programm beteiligter Leistungserbringer Budgetverantwortung insgesamt oder für klar definierte Teilbereiche übernimmt.

Es liegt nahe, dass neben einer angemessenen Qualität bei der Erbringung des vereinbarten Leistungsspektrums der zu vereinbarenden Preis eines der entscheidenden Kriterien für einen Vertragsabschluss sein wird. Vor dem Abschluss einer Vergütungsvereinbarung stellt sich für das Krankenhaus, welches die Teilnahme an einem Projekt zur integrierten Versorgung anstrebt, demzufolge die Frage, welche Vergütungsform und Preisgestaltung mit den eigenen Zielen und der verfolgten Strategie am Besten in Einklang zu bringen ist.

Die durch das GMG eröffnete Möglichkeit der Übernahme von kompletter Budgetverantwortung stellt die höchsten Anforderungen an das Krankenhaus. Hierbei ist das Krankenhaus nicht nur für die Behandlung des Patienten und ggf. für

die Koordination des Behandlungsablaufs verantwortlich, sondern auch für die Vergütung externer am Integrationsprogramm beteiligter Leistungsanbieter. Dabei sollte der erhöhte administrative Aufwand beachtet werden. Andererseits könnte diese Möglichkeit auch für innovative Krankenhäuser mit effizienten internen und externen Strukturen, Abläufen und Prozessen die größten Chancen bieten, die Erlössituation entscheidend zu verbessern. Bei dieser Form einer Vergütungsvereinbarung müssen aber auch 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 restriktiv umgehen. Für eine umfassende Abwägung des finanziellen Risikos für das Krankenhaus sind solche Information aber unverzichtbar. Dies macht auch der Gesetzgeber in § 140 c Abs. 2 SGB V deutlich. 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 aber eher bei der Abgabe von Budgetverantwortung bzw. einer pauschalierten Vergütung als bei einem Einzelleistungsbezug liegen.

Der Beantwortung der Frage, zu welcher Vergütungshöhe die zu vereinbarenden Leistungen durch das Krankenhaus erbracht werden können, sollte eine Analyse der eigenen Kostenstrukturen vorausgehen. Diese kann eine Preiskalkulation auf eine valide Datenbasis stellen. Hierbei ist, unter Einbezug der strategischen Ziele, insbesondere den vertraglich zu vereinbarenden Leistungsspezifika und –mengen Beachtung zu schenken. Wenn eine vollständige Kostendeckung bei der Integrationsversorgung erreicht werden soll, sind bei der Preisfindung nicht nur die unmittelbar mit der Leistungserstellung einhergehenden Kosten zu berücksichtigen, sondern vielmehr auch die durch den Vertrag zur integrierten Versorgung veranlassten Investitionskosten. Zu beachten ist, dass die durch das Integrationsprogramm veranlassten Investitionskosten nur über den Leistungsanteil refinanziert werden können, der mit der einzelvertraglich vereinbarten Vergütung finanziert wird.

In jedem Fall ist für ein Krankenhaus, welches eine Teilnahme an einem Integrationsmodell erwägt, eine genaueste Prüfung der Vergütungsvereinbarung unverzichtbar. Hierfür ist eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, Effizienz und anderer Kriterien unumgänglich.

Mit der Vergütung sind alle Leistungen, die im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrages von den Versicherten in Anspruch genommen werden, grds. abgegolten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von nicht am Integrationsprogramm beteiligten Leistungserbringern. Das Gesetz beschränkt dies aber auf die Fälle, in denen der teilnehmende Leistungserbringer im Rahmen des Integrationsvertrages an einen nicht teilnehmenden Leistungserbringer „überweist“

oder im Vertrag klar Gründe geregelt sind, die eine Inanspruchnahme eines nicht beteiligten Leistungserbringers rechtfertigen. Hierdurch ist eine Beschränkung des finanziellen Risikos für den teilnehmenden Leistungserbringer gewährleistet, da dieser bei „Überweisung“ die Inanspruchnahme selbst initiiert und bei vertraglich vereinbarten Fallkonstellationen bewusst diese Möglichkeit der Mit- oder Weiterbehandlung einräumt.

Bei einer Inanspruchnahme eines nicht am Integrationsprogramm beteiligten Leistungserbringers auf „Überweisung“ kann diese Konstellation nicht der „normalen“ Überweisung im niedergelassenen Sektor gleichgestellt werden. Dies ergibt sich schon allein aus der Tatsache, dass es sich hierbei sowohl um ambulante, als auch um stationäre Leistungen handeln kann. Der am Programm teilnehmende Leistungserbringer bedient sich vielmehr eines Erfüllungsgehilfen für Leistungen, die Bestandteil des vertraglich vereinbarten Leistungsumfangs sind bzw. aus diesem resultieren (bspw. Komplikationen). Dies hat zur Folge, dass der Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse beim teilnehmenden Leistungserbringer bleibt. Der hinzugezogene, nicht am Programm teilnehmende, Leistungserbringer hat auf Basis einer individuell zu schließenden Vereinbarung einen Vergütungsanspruch gegen den „überweisenden“ Leistungserbringer. Dieses Konstrukt kann analog dem Konsiliararzt nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gesehen werden. Hilfreich kann hier ggf. die DKG-Broschüre „Beratungs- und Formulierungshilfe Konsiliararztvertrag“ sein.

2. Auswirkungen auf das Krankenhausbudget

Ein wesentlicher Grund, dass die im Zuge der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführte integrierte Versorgung bisher kaum nennenswert umgesetzt wurde, lag in der gesetzlich vorgeschriebenen Pflicht, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen und die Krankenhausbudgets in dem Maße zu bereinigen, wie finanzielle Mittel zur Vergütung der Integrationsversorgung an Leistungserbringer benötigt wurden.

Für den Krankenhausbereich ergab sich dies bisher aus § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 Bundespflegeverordnung (BPfIV). Schwierig gestaltete sich hierbei insbesondere, dass die einzelvertraglichen Regelungen zur Vergütung der Integrationsmodelle mit dem Grundsatz der einheitlichen und gemeinsamen Verhandlung des individuellen Krankenhausbudgets in Einklang gebracht werden mussten. Die DKG und die GKV empfahlen in ihrer Rahmenvereinbarung nach § 140 e SGB V vom 17.12.2001, dass prospektiv ein auszugliedernder Betrag zwischen der vertragsschließenden Krankenkasse und dem Krankenhaus vereinbart werden soll und dieser bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets berücksichtigt wird. Dabei war sicherzustellen, dass die Kassen, die am Integrationsvertrag nicht beteiligt sind, nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Diese klare Abgrenzung gestaltete sich aber in der Praxis als sehr problematisch.

Die Neuregelung durch das GMG sieht in § 140 d Abs. 4 SGB V vor, dass im Rahmen von Integrationsmodellen erbrachte Leistungen nur über die einzelvertragliche Vergütung finanziert werden, soweit sie über den vereinbarten Gesamtbetrag nach §§ 3 und 4 KHEntgG bzw. § 6 BPfIV hinaus vereinbart werden. Dies können einerseits zusätzliche Leistungsmengen und vertraglich vereinbarte zusätzliche Anforderungen im stationären Bereich, andererseits aber auch bisher

nicht erbrachte ambulante Leistungen sein. Die geänderten §§ 3 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1e KHEntgG und 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPfIV stellen klar, dass eine Budgetbereinigung aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur integrierten Versorgung nicht zu erfolgen hat. Dies hat gegenüber der bisherigen Regelung den Vorteil, dass eine individuelle Vereinbarung mit einer Krankenkasse keine direkten Auswirkungen auf das Krankenhausbudget und somit auf die anderen Kassenarten, die an den Budgetverhandlungen beteiligt sind, hat.

Die Problematik einer genauen Abgrenzung der Leistungen der vertragschließenden Krankenkasse bleibt aber auch mit der erfolgten Neuregelung bestehen. Wie oben erwähnt, sollen nach dem Gesetzeswortlaut die im Zusammenhang mit dem Vertrag zur integrierten Versorgung erbrachten Leistungen nur vergütet werden, soweit sie über die im Krankenhausbudget vereinbarten Leistungen hinausgehen. Die Lösung des Problems einer korrekten Abgrenzung ist demzufolge nicht mehr für die Vereinbarung des Krankenhausbudgets, sondern für die Vergütungsvereinbarung des Vertrages zur integrierten Versorgung von Bedeutung. Dies betrifft in erster Linie Leistungen, die bisher für die vertragschließende Krankenkasse nach den Vorschriften des KHEntgG oder der BPfIV erbracht wurden.

Bei der Abgrenzung ist aber zu beachten, dass das Gesetz weder von im Gesamtbetrag enthaltenen Kosten, noch von erzielten Erlösen spricht. Vielmehr sind die entsprechenden Leistungen im Krankenhausbudget zu identifizieren und grds. von dem im Integrationsvertrag vereinbarten Leistungsumfang abzuziehen. Nur der sich daraus ergebende Leistungsumfang ist aus der einzelvertraglich zu vereinbarenden Vergütung zu finanzieren, egal ob diese einen Einzelleistungsbezug hat, pauschaliert ist oder der Leistungserbringer eine teilweise bzw. vollständige Budgetverantwortung übernommen hat. Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe dürfte sich in der Praxis allerdings als sehr kompliziert darstellen. Insbesondere bei pauschalierten Vergütungsformen wird sich voraussichtlich eine genaue Abgrenzung als sehr schwierig erweisen. Pragmatische Lösungsansätze werden hierbei von Krankenkassen und Leistungserbringern gefragt sein.

Bei Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung sollte beachtet werden, dass nach heutiger Gesetzeslage der Wegfall der Budgetbereinigung im KHEntgG und der BPfIV auf die Jahre 2004 bis 2006 befristet ist. Nach diesem Zeitraum könnten also wieder alle vereinbarten Leistungen im Zusammenhang mit einem Integrationsvertrag individuell nach Maßgabe der Vereinbarung vergütet werden.

3. Anschubfinanzierung

Um die Umsetzung der integrierten Versorgung zu fördern, ist mit § 140 d SGB V eine Anschubfinanzierung gesetzlich eingeführt worden. Danach 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 Finanzierung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind.

Mit der Anschubfinanzierung werden für die Integrationsversorgung folglich nicht zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, vielmehr werden vorhandene Mittel zur Finanzierung umverteilt. Dabei fließen ausschließlich Finanzmittel aus dem

vertragsärztlichen und aus dem Krankenhausbereich in den „Sondertopf“. Andere Leistungsbereiche zahlen nicht ein, partizipieren allerdings an der Anschubfinanzierung, soweit sie Vertragspartner eines Integrationsvertrages sind.

Ein Abzug durch die Krankenkassen darf erst vorgenommen werden, wenn diese einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben und ein konkret benötigtes Finanzierungsvolumen bezifferbar ist (Äquivalenzprinzip). Die einbehaltenen Mittel sollen darüber hinaus in dem örtlichen Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem auch die Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen gekürzt wurden. Im Umkehrschluss hat dies zur Folge, dass ein Abzug nur in den Regionen (KV-Bezirken) erfolgen soll, in denen ein Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen wurde (Regionalprinzip). Ist ein Bundesland in mehrere KV-Bezirke unterteilt, sind nur die KV-Bezirke von Kürzungen betroffen, die in die Versorgungsregion des jeweiligen Integrationsvertrages fallen. Ein Vertragsschluss, der ein regionenübergreifendes Programm zur integrierten Versorgung beinhaltet, ist aber durchaus möglich. Dies muss aber in der Folge mittels einer regionenübergreifenden Rechnungskürzung berücksichtigt werden.

Der tatsächlich anzuwendende Kürzungssatz hängt vom Volumen des abgeschlossenen Integrationsvertrages ab. Sieht ein Integrationsvertrag z.B. ein Finanzierungsvolumen vor, welches umgerechnet eine Rechnungskürzung von 0,1 % erfordert, dann darf die Krankenkasse auch nur 0,1 % von den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen einbehalten. Sollte die entsprechende Krankenkasse in der betreffenden Region mehrere Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben, werden die sich einzeln ergebenden Prozentsätze kumuliert und als ein gesamter Vomhundertsatz in Ansatz gebracht.

Betroffen von der Rechnungskürzung sind unter den vorgenannten Voraussetzungen alle Krankenhäuser der entsprechenden Region, soweit diese Versicherte der jeweiligen Krankenkasse behandeln.

Krankenhäuser unterliegen auch dann der Rechnungskürzung, wenn der in der Region geschlossene Integrationsvertrag überhaupt keine Krankenhausleistungen oder Krankenhäuser als Vertragspartner beinhaltet.

Der Abzug nach § 140 d SGB V wird durch die Krankenkasse 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. Von dem Abzug ausgenommen und demzufolge in voller Höhe dem Krankenhaus zukommen zu lassen, sind folgende Entgeltarten:

- Zuschlag nach § 14 Abs. 8 BpflV (Investitionszuschlag)
- Entgelt für vorstationäre Behandlung
- Entgelt für nachstationäre Behandlung
- Pflegesatz bei Beurlaubung (ggf. bei Abrechnung nach BpflV)
- Wahlleistung Unterkunft (nur Bundesknappschaft)
- Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
- Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V)

- Zuschlag für Institut nach § 139 c SGB V
- Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG und § 6 Abs. 5 BpflV, ab 2005)
- Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG und § 6 Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 BpflV, ab 2005)
- DRG-Systemzuschlag
- Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140 c SGB V
- Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

Der „Restbetrag“ unterliegt vollständig der maximal 1%-igen pauschalen Kürzung. Demzufolge ergibt sich der vollständige Zahlbetrag wie folgt:

Abzugsgrundlage (Summe der Entgelte, die dem Abzug zugrunde liegen)
+ Entgelte ohne Abzug (s.o.)
./Zahlungsbetrag des Versicherten nach § 39 Abs.4 SGB V
Rechnungsbetrag des Krankenhauses
./.(Abzugsgrundlage x max. 0,01, Abzug nach § 140 d SGB V)
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (Segment ZPR)

Nach § 140 d 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.

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. Damit soll vermieden werden, dass Krankenkassen Vergütungsanteile ohne „Gegenleistung“ einbehalten.

4. Auswirkungen auf die Erlösausgleiche

Maßgebliche Vorschrift für die Ermittlung der Erlösausgleiche im Anwendungsbereich des KHEntgG ist die Vorschrift des § 3 Abs. 6 KHEntgG. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat mit Schreiben vom 3. Juli 2003 dazu Stellung bezogen. Für die Frage, wie der Abzugsbetrag für die integrierte Versorgung im Rahmen der Erlösausgleiche zu berücksichtigen ist, ist § 3 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG heranzuziehen. In vorbenanntem Schreiben des BMGS wird hierzu ausgeführt:

„Satz 1 schreibt einen Gesamtsummenvergleich vor, bei dem der prospektiv vereinbarte, veränderte Gesamtbetrag den insgesamt tatsächlich erzielten Erlösen

gegenübergestellt wird. ... Ergebnis dieses Gesamtsummenvergleichs ist entweder ein Gesamt-Mehrerlös oder ein Gesamt-Mindererlös“.¹

Im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags (ab 2005: Erlösbudget) bleiben die Abzüge für die integrierte Versorgung unberücksichtigt. Sie vermindern jedoch die tatsächlich erzielten Erlöse, die maßgeblich für die Ermittlung der Erlösausgleiche sind.

Liegt nach Satz 1 ein Gesamt-Mindererlös vor, werden 40 % des Abzugsbetrages für die integrierte Versorgung über das nächste zu vereinbarende Budget verrechnet, d. h. das Budget erhöht sich entsprechend. Liegt ein Gesamt-Mehrerlös vor, verringert sich der auszugleichende Betrag entsprechend.

Im Anwendungsbereich der BpflV ist gemäß § 12 Abs. 2 BpflV analog vorzugehen.

5. Beitragssatzstabilität

Da die Erarbeitung und Umsetzung eines Programms zur integrierten Versorgung in der Regel 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 § 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Der Grundsatz der Beitragsstabilität besagt, dass zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu vereinbarende Vergütungen nur in dem Maße angepasst werden dürfen, wie sich die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung verändern. Mehrausgaben können nur durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden. Dies würde ohne die im GMG verankerte Ausnahme für die integrierte Versorgung auch uneingeschränkt für diesen Versorgungsbereich gelten, was zur Folge hätte, dass die erhöhten Kosten, die mit dem Einstieg in die Integrationsversorgung verbunden sind, durch Einsparungen in anderen Bereichen kompensiert werden müssten. Hierbei kann es sich bspw. um Investitionen in die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur, die Erarbeitung und Organisation der Behandlungspfade oder die Entwicklung eines Vergütungssystems innerhalb der an der integrierten Versorgungsleistung Beteiligten handeln. Es liegt auf der Hand, dass dies bei den Krankenhäusern auf das stationäre Budget durchschlagen würde. Hierin lag eine weitere Ursache für die bislang zurückhaltende Umsetzung integrierter Versorgungsformen.

Mit der befristeten Aussetzung der Beitragssatzstabilität bis Ende 2006 wird den Leistungserbringern, die sich im Rahmen der Integrierten Versorgung engagieren wollen, die Möglichkeit gegeben, hierfür notwendige Investitionen zu tätigen und diese auch mittelfristig von der vertragsschließenden Krankenkasse refinanziert zu bekommen. Trotz dieser Regelung muss aber berücksichtigt werden, dass ein Vertragsschluss für eine Krankenkasse nur sinnvoll sein dürfte, wenn mittel- und langfristig voraussichtlich Einsparungen realisiert werden können. Die politisch gewollte globale Ausgabenbegrenzung dürfte daher durch die Gesetzmäßigkeiten

¹ vgl. auch Tuschen/Braun: Erlösausgleiche nach dem KHEntgG – aus der Sicht des Gesetzgebers, in: das Krankenhaus 10/2003, S. 774ff. und Tuschen/Trefz: Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz zu § 3 Abs. 6

des Wettbewerbs zumindest langfristig auch ohne die gesetzlich verankerte Beitragssatzstabilität erreicht werden. Um aber integrierten Versorgungsmodellen zum Durchbruch zu verhelfen, war die mit dem GMG erfolgte befristete Aufhebung der Beitragssatzstabilität dringend erforderlich.

6. Auswirkungen auf die Investitionskostenfinanzierung

Aufgrund der befristeten Aussetzung des Grundsatzes zur Beachtung der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs.1 SGB V, entsteht eine zusätzliche finanzielle Förderungsmöglichkeit der Krankenhäuser, die durch die Krankenkassen erfolgt. So heißt es in der Begründung im Besonderen Teil des GMG:

„Dies geschieht mit Rücksicht darauf, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen und der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung in aller Regel bedingt, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufzubringen haben (...). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird daher für eine Startphase der integrierten Versorgung ausgesetzt.“

In Bezug auf die Höhe der Förderung gibt das GMG keine Kriterien oder Obergrenzen vor. Vielmehr sollte das vertragsschließende Krankenhaus bei der Preiskalkulation für die zu vereinbarenden Leistungen darauf achten, dass auch die mit der Integrationsversorgung einhergehenden Investitionskosten in einem überschaubaren Zeitraum refinanziert werden können.

Die Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer für die Regelversorgung der Krankenhäuser bleibt von den finanziellen Fördermöglichkeiten im Rahmen der Integrationsversorgung unberührt.

VII. Melde- und Auskunftsverfahren der Registrierungsstelle zu § 140 d SGB V

1. Einrichtung einer Registrierungsstelle bei der BQS

Um Leistungserbringern, die von einer Rechnungskürzung nach § 140 d SGB V betroffen sind, die Möglichkeit zu geben, die durch die Kassen vorgenommenen Kürzungen dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehen zu können, haben die GKV, die KBV und die DKG im Dezember 2003 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle getroffen (**siehe Anhang I**). Die Krankenkassen sollen hiernach den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung inklusive des Finanzierungsvolumens, des prozentualen Kürzungssatzes und der betroffenen Versorgungsregion an diese Stelle 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 ist die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) beauftragt worden.

Das Melde- und Auskunftsverfahren der Registrierungsstelle soll den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglichen. Es dient der

Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen und soll das Konfliktpotenzial bei Kürzungen minimieren.

2. Melde- und Auskunftsverfahren

Die Registrierungsstelle nimmt seit Anfang April 2004 Meldungen der Krankenkassen über Vertragsabschlüsse entgegen. Ein Auskunftersuchen der von Kürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser ist seit Anfang Mai 2004 möglich. Erläuterungen zum Verfahren, das Meldeformular, das Formular zum Auskunftersuchen sowie Ausfüllhinweise sind auf der eigens für die Registrierungsstelle von der BQS eingerichteten Homepage unter <http://www.bqs-register140d.de> veröffentlicht.

Die Registrierungsstelle gibt keine allgemeinen Auskünfte zur integrierten Versorgung oder zum Stand der Umsetzung des § 140 a SGB V.

Bei der Registrierungsstelle können keine Integrationsverträge angefordert werden; die Vertragstexte der gemeldeten abgeschlossenen Integrationsverträge liegen der Registrierungsstelle nicht vor.

Auskunftsberechtigt sind Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen, die von einer Rechnungskürzung betroffen sind. Diese können zu einzelnen Verträgen eine Einzelauskunft oder stichtagsbezogen Sammelauskünfte anfordern.

Auskünfte werden ausschließlich schriftlich erteilt. Die Auskunft entspricht dem Stand der Meldungen zwei Arbeitstage vor Auskunftsdatum.

(1) Einzelauskunft

Eine Einzelauskunft ist eine schriftliche Auskunftsanforderung eines Krankenhauses oder einer Kassenärztlichen Vereinigung über einen abgeschlossenen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Sie kann nur aufgrund einer konkreten Rechnungskürzung angefordert werden.

Damit die Auskunftsanforderung von der Registrierungsstelle bearbeitet werden kann, sind die in dem von der Registrierungsstelle herausgegebenen Auskunftsformular erfragten Angaben notwendig.

Bei der Registrierungsstelle wird zunächst die Auskunftsberechtigung geprüft. Auskünfte dürfen ausschließlich Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern über die ihre Versorgungsregion betreffenden Verträge gegeben werden. Anschließend wird anhand der Angaben in dem Auskunftsformular geprüft, ob der Registrierungsstelle ein entsprechender Vertrag gemeldet wurde. Ist das Ergebnis negativ, wird dies entsprechend mitgeteilt.

Ist das Ergebnis der Prüfung positiv, werden in der Einzelauskunft folgende Angaben übermittelt:

- a) Vertragsbezeichnung
- b) Vertragsgegenstand
- c) Vertragspartner
- d) Vertragsbeginn/-dauer
- e) Abzugsdatum

- f) vereinbarte Vergütungsform
- g) Umfang der vereinbarten Vergütung, bezogen auf das Kalenderjahr
- h) Geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten, bezogen auf das Kalenderjahr
- i) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird
- j) Zeitraum, für den die Quote zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht werden kann
- k) Name und Anschrift der meldenden Krankenkasse
- l) Datum der Meldung
- m) Ansprechpartner (meldende Person) und Erreichbarkeit (Tel. und E-Mail), sofern von der meldenden Krankenkasse gewünscht
- n) Stand der Auskunft

(2) **Sammelauskunft**

Eine Sammelauskunft ist eine schriftliche Auskunftsanforderung eines Krankenhauses oder einer Kassenärztlichen Vereinigung, die von Kürzungen betroffen sind, über alle für den KV-Bezirk abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Sie kann nur für den KV-Bezirk angefordert werden, in dem das Krankenhaus (dessen Betriebsstätte) seinen (ihren) Sitz hat.

Die Sammelauskunft bezieht sich auf alle Verträge einer Krankenkasse in einer Versorgungsregion und enthält – im Gegensatz zur Einzelauskunft - stichtagsbezogen nur die Abzugsquote. Damit kann die Berechtigung der Rechnungskürzung der Höhe nach nachvollzogen werden.

Sammelauskünfte können seit 01.06.2004 angefordert werden.

Zur Bearbeitung der Auskunftsanforderung durch die Registrierungsstelle sind die in dem von der Registrierungsstelle herausgegebenen Auskunftsfomular erfragten Angaben erforderlich.

Die Sammelauskunft enthält stichtagsbezogen zum ersten Tag des Monats folgende Informationen:

- a) Stichtag der Gültigkeit
- b) Versorgungsregion
- c) Name der meldenden Krankenkasse
- d) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.

3. **Kürzung von Krankenausrechnungen**

(1) **Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a SGB V**

Ein Abzug durch eine Krankenkasse darf erst vorgenommen werden, wenn diese einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen hat.

Der Geltungsbereich der Anschubfinanzierung erstreckt sich nur auf Integrationsverträge mit Datum ab 01.01.2004. Darunter können auch Altverträge subsumiert werden, soweit sie an die seit 01.01.2004 geltenden gesetzlichen Vorgaben angepasst worden sind. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Partner des Altvertrages auch nach Maßgabe des geänderten § 140 b SGB V

weiterhin als Vertragspartner zugelassen sind. Dies ist bspw. nicht der Fall, soweit eine Kassenärztliche Vereinigung Vertragspartner eines Altvertrages ist.

(2) Finanzierungsvolumen nach § 140 d SGB V

Nach § 140 d SGB V sind 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. Kürzungen von Krankenhausrechnungen können daher pro Krankenkasse und pro Jahr maximal in Höhe von 1% vorgenommen werden.

Wird diese Obergrenze von einer Krankenkasse ausgeschöpft und sollte dieses Volumen zur Finanzierung der abgeschlossenen Integrationsverträge nicht ausreichen (bspw. wenn eine Kasse mehrere Verträge schließt, dessen Gesamtvolumen über 1% liegt), ist in den Jahren 2004 bis 2006 die vertragsärztliche Gesamtvergütung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Integrationsvertrag vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen.

In die Berechnung des Finanzierungsvolumens können in einem Integrationsvertrag vereinbarte stationäre Leistungen nur dann einfließen, soweit diese nicht bereits im Krankenhausbudget des teilnehmenden Krankenhauses enthalten sind. Nur diese Leistungen werden mit der Anschubfinanzierung vergütet. Stationäre Leistungen, die bereits im Krankenhausbudget enthalten sind, werden weiterhin über dieses vergütet, eine Bereinigung des Krankenhausbudget findet in den Jahren 2004 bis 2006 nicht statt.

(3) Versorgungsregion

Die einbehaltenen Mittel sollen in dem örtlichen Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem auch die Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen gekürzt wurden. Im Umkehrschluss hat dies zur Folge, dass ein Abzug nur in den Regionen (KV-Bezirke) erfolgen soll, in denen ein Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen wurde (Regionalprinzip). Ist ein Bundesland in mehrere KV-Bezirke unterteilt, sind nur die KV-Bezirke von Kürzungen betroffen, die in die Versorgungsregion des jeweiligen Integrationsvertrages fallen. Ein Vertragsschluss, der ein regionenübergreifendes Programm zur integrierten Versorgung beinhaltet, ist aber durchaus möglich. In diesem Fall kann eine regionenübergreifende Rechnerkürzung erfolgen. Die relevante Versorgungsregion soll sich grundsätzlich am Wohnort der Versicherten orientieren, an die sich das Versorgungsangebot richtet.

Zur Abgrenzung der relevanten Versorgungsregion hat die Krankenkasse in der Meldung an die Registrierungsstelle die von der Kürzung betroffenen KV-Bezirke anzugeben.

(4) Vergütungsvolumen und Kürzungsquote

Zur Schätzung des relevanten Vergütungsvolumens eines Integrationsvertrages sollen die Meldungen der Krankenkassen Angaben enthalten über

- die Art der vereinbarten Vergütungsform (Einzelleistung, Komplexpauschale, Mischform etc.);
- den Umfang der vereinbarten Vergütung, bezogen auf das Kalenderjahr;
- die geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten, bezogen auf das Kalenderjahr.

Die aus den vorgenannten Angaben ermittelte Abzugsquote ist einheitlich auf alle relevanten Zahlungen an die jeweiligen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und betroffenen Krankenhäuser anzuwenden. Folgendes Beispiel verdeutlicht dieses Verfahren:

Beispiel:

- Eine Krankenkasse hat einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V abgeschlossen.
- Vertragspartner sind ein Krankenhaus in Berlin und zwei Ärztenetze in Berlin und Brandenburg.
- Angesprochen werden mit dem Vertrag Versicherte in Berlin und Brandenburg. Daher sind die Versorgungsregionen Berlin und Brandenburg einbezogen.
- Der Vertrag hat für das Kalenderjahr 2004 ein Vergütungsvolumen in Höhe von 2 Mio. Euro (Zahl der kalkulierten, teilnehmenden Versicherten x erwartetes Finanzvolumen pro Versicherten).
- Zur Ermittlung der Abzugsquote ist das Ausgabevolumen der Krankenkasse in den Versorgungsregionen Berlin und Brandenburg zu ermitteln, das sich wie folgt aufteilt:

| | <i>Region Berlin</i> | <i>Region Brandenburg</i> | <i>Gesamt</i> |
|---|----------------------|---------------------------|------------------|
| <i>KV-Gesamtvergütung</i> | <i>100 Mio. Euro</i> | <i>50 Mio. Euro</i> | |
| <i>KH-Ausgaben</i> | <i>150 Mio. Euro</i> | <i>100 Mio. Euro</i> | |
| <i>Ausgabevolumen</i> | <i>250 Mio. Euro</i> | <i>150 Mio. Euro</i> | <i>400 Mio €</i> |
| <i>Vergütungsvolumen für die integrierte Versorgung</i> | | | <i>2 Mio €</i> |
| <i>Abzugsquote</i> | | | <i>0,5 %</i> |

- Die Abzugsquote wird in den Versorgungsregionen (KV-Bezirke) Berlin und Brandenburg gleichermaßen auf Kürzungen für Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser angewendet.

(5) Rechnungskürzung

Von einer Rechnungskürzung sind alle Fälle eines Krankenhauses betroffen, die ab dem Abzugsdatum aufgenommen werden.

Die Kürzung bezieht sich allerdings nur auf Rechnungen des Krankenhauses für die voll- oder teilstationäre Behandlung von Versicherten der Krankenkasse, die die Kürzung geltend macht.

Welche Rechnungsbestandteile von der Krankenkasse gekürzt werden dürfen, ist in der oben genannten zwischen der DKG, KBV und GKV geschlossenen Vereinbarung definiert (**siehe Anhang I**).

(6) Rechtsansprüche des Krankenhauses

Die Auskunft der Registrierungsstelle lässt das Recht eines von einer Rechnungskürzung betroffenen Krankenhauses unberührt, gegen eine aus Sicht des Krankenhauses unberechtigte Kürzung rechtlich vorzugehen. Entsprechende rechtliche Schritte muss das Krankenhaus allerdings unmittelbar gegenüber der kürzenden Krankenkasse geltend machen. Hiervon sollte ein Krankenhaus jedoch nur in begründeten Fällen Gebrauch machen, um den Sinn und Zweck der Registrierungsstelle, Auseinandersetzungen zu vermeiden, nicht zu unterlaufen.

Soweit eine Krankenkasse ohne Registrierung eines abgeschlossenen Integrationsvertrages Kürzungen ankündigt oder vornimmt, ist dem betroffenen Krankenhaus dringend anzuraten, die Krankenkasse aufzufordern, den kompletten Integrationsvertrag in Kopie als Nachweis für die Geltendmachung des Kürzungsanspruches vorzulegen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Integrationsvertrag auf Grundlage der seit dem 01.01.2004 geltenden Regelungen abgeschlossen bzw. diesen Regelungen ausdrücklich angepasst worden ist.

Erläuterungen zum Verfahren, das Meldeformular, das Formular zum Auskunftersuchen sowie Ausfüllhinweise sind auf der eigens für die Registrierungsstelle von der BQS eingerichteten Homepage unter <http://www.bqs-register140d.de> veröffentlicht und im Anhang dieser Broschüre abgedruckt (**Anhang II**).

VIII. Planung von integrierten Versorgungskonzepten

Für den Inhalt der Integrationsverträge besteht weitestgehend Gestaltungsfreiheit, um dem gewünschten Innovationsprozess Rechnung zu tragen. Die Gestaltungsmöglichkeiten gelten für die Krankenkassen und die Leistungsanbieter gleichermaßen.

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 neuen gesetzlichen Regelungen, die dem Krankenhaus auch ambulante Leistungen ermöglichen. Diese Vorteile gilt es zu nutzen.

Eine objektive Einschätzung der vorhandenen Leistungsstärken sowie der personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen sind für ein integriertes Versorgungsangebot unverzichtbar. Auch wenn die zeitlich befristete Anschubfinanzierung einen Handlungsdruck auslöst, werden letztlich nur ausgereifte Versorgungskonzepte zu einem erfolgreichen Vertragsabschluss führen. Krankenhäuser, die eine integrierte Versorgungsform planen, sollten sich daher mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

• **Umfeldanalyse:**

Welches sind die häufigsten Krankheitsbilder im Einzugsbereich des Krankenhauses?

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 Einrichtungen sind im Einzugsbereich des Krankenhauses relevant?

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

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

- **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?

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

Für welche Leistungen bestehen ausreichend hohe Fallzahlen?

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

Existieren transparente, evidenzbasierte Behandlungsabläufe (clinical pathways)?

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

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?

Die Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzeptes hängt maßgeblich davon ab, ob Versicherte in dem von den Vertragspartnern kalkulierten Umfang daran teilnehmen. Daher ist bereits bei der Planung darauf zu achten, dass für das Versorgungsangebot entsprechend hohe Fallzahlen bestehen. Darüber hinaus kann die Schaffung von finanziellen Anreizen wie bspw. Ermäßigung von Zuzahlungen für die Teilnahme von Versicherten an einem integrierten Versorgungsangebot förderlich sein.

Ein entscheidender Faktor für den Erfolg ist, dass jeder der Vertragspartner (Krankenkasse und Leistungserbringer) und der Patient einen Vorteil durch ein

integriertes Versorgungskonzept haben. Dies können finanzielle, qualitative oder strategische Vorteile sein.

Integrierte Versorgungskonzepte lassen sich letztlich nur realisieren, wenn sich dafür eine Krankenkasse als Vertragspartner findet. Leistungsanbietern ist daher zu empfehlen, sich bereits im Vorfeld der strategischen Planung bei Krankenkassen und ggf. deren Verbänden zu informieren, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Inhalten diese jeweils an der Aufnahme von Vertragsverhandlungen interessiert sind. Aktive Krankenkassen werden in der Regel bereits Versorgungskonzepte entwickelt haben, zu denen konkrete Angebote unterbreitet werden können.

So werden bspw. von der Techniker Krankenkasse (TK) folgende Ziele und Voraussetzungen für Projekte der Integrationsversorgung genannt:

Ziele der TK im Zusammenhang mit der Einführung der Integrierten Versorgung:

(Quelle: Techniker Krankenkasse, „Integrierte Versorgung: Konzept und Wirklichkeit“, Veranstaltung am 14. Mai 2004 in Wolfsburg)

1. *Intensivierung des Qualitätswettbewerbs*
2. *Prozessoptimierung*
3. *Abbau von Unwirtschaftlichkeiten (Zusammenführung med. Sachverstandes vermeidet Doppeluntersuchung und unnötige Leistungen)*
4. *Organisation des kompletten Behandlungsprozesses bei bestimmten Patienten- und Diagnosegruppen aus einem Guss / ohne Versorgungsbrüche, z.B. für Schwangere oder bei psychiatrischen Erkrankungen, dadurch Qualitätsverbesserungen und Risikominimierung*
5. *Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehung (intensivierte Gesprächsleistungen, Aufzeigen von Behandlungsalternativen)*
6. *Hohe Servicequalität auch im Rahmen der Leistungserbringung (vergleichbar mit der hohen Servicequalität in der Versichertenbetreuung), z.B.:*
 - *gute telefonische Erreichbarkeit der Leistungserbringer*
 - *schnelle Terminvergabe bei Behandlung*

Die TK will den informierten, bestversorgten Patienten, der sich nur aufgrund der Qualität des Angebotes für eine integrierte Versorgung entscheidet (keine restriktive Steuerung der Versicherten, aber attraktive Angebote und Auswahlmöglichkeiten aus verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten für den Patienten). Die TK strebt bundesweit identische Leistungsangebote auf hohem standardisiertem Qualitätsniveau unabhängig von der Region der Leistungserbringung für die Versicherten der TK an.

Anforderungen der TK an Projekte der Integrationsversorgung:

(Quelle: Techniker Krankenkasse, „Integrierte Versorgung: Konzept und Wirklichkeit“, Veranstaltung am 14. Mai 2004 in Wolfsburg)

Entwicklung unternehmensspezifischer Versorgungsangebote unter Berücksichtigung von Bedarf und Bedürfnissen der Versicherten

1. *Erkennbarer Mehrwert gegenüber der konventionellen Versorgung: Überlegenheit in medizinischen, betriebswirtschaftlichen und Serviceaspekten*
2. *Verkürzung der gesamten Behandlungsdauer durch Verzahnung bisheriger Schnittstellen (z.B. der TK-Vertrag mit dem Landesbetrieb Krankenhäuser in Hamburg über eine integrierte Versorgung in der Hüftendoprothetik)*
3. *Definition von Versorgungskomplexen und Behandlungspfaden*
4. *Vereinbarungen mit ausgewählten und besonders qualifizierten Leistungsanbietern (z.B. Vertrag über interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen mit der deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.)*
5. *Erkennbarer Nutzen für den Versicherten für die Inanspruchnahme und Akzeptanz integrierter Versorgungsformen*
6. *Orientierung am Bedarf der Versicherten*
7. *Intensivierte Information und Beratung der Patienten*
8. *Teilnahme für den Versicherten freiwillig*
9. *Messbare Qualitätsanforderungen (z.B.: messbare Optimierung der Behandlungsqualität; Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit einschließlich der Patientenzufriedenheit, messbare Verbesserung der Servicequalität der medizinischen Versorgung)*
10. *Wirtschaftlichkeit: Die Integrationsversorgung sollte so angelegt sein, dass sie auch nach Auslaufen der Anschubfinanzierung ökonomisch tragfähig ist, d.h. nicht additiv (on-top), sondern substitutiv, konkret z.B. durch:*
 - *Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Aufenthalte*
 - *Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus*
 - *Vermeidung von Doppeluntersuchungen*
 - *Vermeidung von Komplikationen*

IX. Möglichkeiten der Vertragsgestaltung

Seit dem 01.01.2004 erfolgten zahlreiche Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung. Allein bei der Registrierungsstelle nach § 140 d SGB V sind von den Krankenkassen 100 Verträge bis Mitte Juli 2004 gemeldet worden.

Ein beispielhafter Überblick zu Vertragsabschlüssen findet sich im **Anhang III**. Dabei dominieren bislang insbesondere folgende Vertragstypen:

- ***Anpassung eines bestehenden „Altvertrags“***

Die Anpassung eines auf Grundlage der alten gesetzlichen Regelungen geschlossenen Integrationsvertrags ist notwendig, soweit die Vertragspartner an der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V partizipieren wollen. Der Geltungsbereich der Anschubfinanzierung erstreckt sich nur auf Integrationsverträge mit Datum ab 01.01.2004. Darunter können auch Altverträge subsumiert werden, soweit sie an die seit 01.01.2004 geltenden gesetzlichen Vorgaben angepasst worden sind. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Partner des Altvertrages auch nach Maßgabe des geänderten § 140 b SGB V weiterhin als Vertragspartner zugelassen sind. Dies ist bspw. nicht der Fall, soweit eine kassenärztliche Vereinigung Vertragspartner eines Altvertrages ist.

- ***Integrationsvertrag mit interdisziplinärem Leistungsspektrum***

Aufgrund der Neufassung des § 140 a SGB V kann ein Integrationsvertrag auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung beinhalten.

Im Vordergrund steht dabei eine prozessorientierte Leistungserbringung innerhalb eines stationären Behandlungsfalles, dessen Versorgung mehrere Fachbereiche erfordert (Bsp.: Augenärzte und Operateure beim AOP Katarakt; Behandlung von Tumorpatienten).

Ein interdisziplinär-fachübergreifendes Versorgungsangebot kann auch eine Zusammenarbeit der Fachdisziplinen zweier Krankenhäuser beinhalten. Dies ist insbesondere dann eine Option, wenn Krankenhäuser im Rahmen einer bereits bestehenden Kooperation ihr Leistungsspektrum untereinander aufgeteilt haben.

Auch die Zusammenarbeit eines Krankenhauses der Grundversorgung mit einem Spezialkrankenhaus kann als interdisziplinär-fachübergreifendes Versorgungsangebot ausgestaltet werden (Bsp.: Sicherstellung der regionalen Versorgung durch das Krankenhaus der Grundversorgung („Portalklinik“) und Weiterleitung von Patienten, die eine spezialisierte Behandlung benötigen, an das Spezialkrankenhaus).

- ***Integrationsvertrag mit sektorübergreifendem Leistungsspektrum***

Bei Integrationsverträgen mit einem sektorübergreifenden Leistungsspektrum dominiert der Aufbau einer durchgehenden Versorgungskette über mehrere Leistungssektoren bezogen auf eine bestimmte Indikation. In der Regel handelt es sich dabei um Krankheiten, deren Behandlung klar abgrenzbar ist und die hohe

Fallzahlen aufweisen. Die klare Abgrenzbarkeit erleichtert die Festlegung des Versorgungsumfanges und der Zuständigkeiten der beteiligten Leistungserbringer in einem Integrationsvertrag. Hohe Fallzahlen sind einerseits für die Lauffähigkeit eines Integrationsvertrags ein wesentliches Kriterium, andererseits aber auch für das Interesse der Krankenkassen, messbare Einspareffekte erzielen zu können.

Beispiele:

- ambulante, prä- und akutstationäre, rehabilitative Versorgung sowie Nachsorge bei Gelenkersatz (Hüfte und Knie)
- integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen im Bereich der Kardiologie und Cardiochirurgie

Bei einem sektorübergreifenden Integrationsvertrag sind hinsichtlich der Vereinbarung, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll, mehrere Modelle denkbar:

Modell 1: Versorgung „aus einer Hand“ durch das Krankenhaus
Krankenhaus ist alleiniger Vertragspartner einer Krankenkasse;
alle vereinbarten Leistungen einer Behandlungskette werden vom Krankenhaus organisiert und durch eigenes Personal des Krankenhauses erbracht;

Modell 2: Versorgung „aus einer Hand“ durch Leistungserbringer, die für das Krankenhaus tätig sind
Krankenhaus ist alleiniger Vertragspartner einer Krankenkasse;
alle vereinbarten Leistungen einer Versorgungskette werden vom Krankenhaus organisiert;
die Leistungserbringung erfolgt in Teilen durch vertraglich an das Krankenhaus gebundene Partner, bspw. durch ein Medizinisches Versorgungszentrum, Niedergelassene, Rehaeinrichtungen etc.

Modell 3: Versorgung in gemeinsamer Regie mehrerer Leistungserbringer
Vertragspartner der Krankenkasse sind mehrere Leistungserbringer aus unterschiedlichen Leistungsbereichen (bspw. Hausärzte und niedergelassene Fachärzte, Krankenhaus, Rehaeinrichtung, Apotheken);
Die Zuständigkeit für die Erbringung der einzelnen Leistungen wird vertraglich festgelegt;

Angesichts der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten integrierter Versorgungsformen kann auf keinen allgemeingültigen Mustervertrag verwiesen werden. Eine Orientierung an bereits abgeschlossenen Integrationsverträgen ist jedoch eine mögliche Hilfestellung.

Auch gibt es Gestaltungshinweise von ärztlichen Berufsverbänden zur Integrationsversorgung, die auf die jeweilige fachärztliche Tätigkeit zugeschnitten sind.

Die DKG hat zum Aufbau und Inhalt eines Integrationsvertrags ein Schema erarbeitet, welches summarisch veranschaulicht, auf welche Bestandteile in einem Vertrag zur integrierten Versorgung zu achten ist. Dabei werden sowohl die gesetzlich zwingenden als auch fakultative Bestandteile berücksichtigt. Angesichts der vielfältigen konkreten Ausgestaltungsmöglichkeiten ist dieses Schema lediglich als Grundlage zu verstehen, die den jeweiligen Rahmenbedingungen und individuellen Anforderungen anzupassen ist. Das Aufbauschema ist im Anhang dieser Broschüre abgedruckt (**siehe Anhang III**).

B. Ambulante Behandlung des Krankenhauses im Rahmen von Disease-Management-Programmen: § 116 b Absatz 1 SGB V

I. Rechtscharakter und Voraussetzungen der Leistungserbringung

Krankenhäuser, die mit ihrem stationären Leistungsangebot an einem DMP teilnehmen, können mit der Krankenkasse, welche dieses Programm durchführt, Verträge über die ambulante ärztliche Behandlung abschließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern (§ 116 b Abs. 1 SGB V).

Mit § 116 b Abs. 1 SGB V ist eine eigenständige Rechtsgrundlage zum Abschluss von Einzelverträgen über ambulante Leistungen des Krankenhauses im Rahmen von DMPs eingeführt worden. Durch Abschluss eines entsprechenden Einzelvertrages ist das Krankenhaus zur Erbringung der vertraglich vereinbarten ambulanten Leistungen berechtigt. Ein Rechtsanspruch des Krankenhauses auf Abschluss eines Vertrages besteht nicht (Vertragswettbewerb).

Vertragspartner auf der Kostenträgerseite können eine einzelne Krankenkasse, mehrere oder alle Krankenkassen gemeinsam sowie deren Verbände sein. Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer sind einzelne Krankenhäuser.

Die Möglichkeit zu einem Vertragsabschluss nach § 116 b Abs. 1 SGB V ist in mehrfacher Hinsicht begrenzt:

1. Die Regelung des § 116 b Abs. 1 SGB V bezieht sich auf DMP nach § 137 f SGB V. Durch Rechtsverordnung sind bislang erst zu folgenden chronischen Erkrankungen DMP möglich:
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Brustkrebs
 - Koronare Herzkrankheit

Hinsichtlich einer Vereinbarung von ambulanten Leistungen sind für Krankenhäuser dabei DMP Brustkrebs und DMP Koronare Herzkrankheit relevant. Gemäß den Vorgaben des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur Zulassung von Programmen zu Brustkrebs und koronare Herzkrankheit ist eine vertragliche Einbeziehung von Krankenhäusern für die Erstakkreditierung der Programme erforderlich.

Vereinbarungen mit Krankenhäusern zur Durchführung von DMP Brustkrebs sind in nahezu allen Bundesländern geschlossen worden.

Zur Durchführung von DMP Koronare Herzkrankheiten liegen erste Vertragsabschlüsse vor.

Zwar erfordert auch die Durchführung von DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 eine Beteiligung von Krankenhäusern. Eine vertragliche Einbindung braucht aber erst sechs Monate nach Zulassung eines Programmes durch das BVA zu erfolgen. Entsprechende Verträge mit Krankenhäusern sind derzeit noch in Verhandlung.

2. Die Anforderungen an DMPs sind durch Rechtsverordnung für jede Erkrankung verbindlich vorgegeben. Dies schränkt auch den Verhandlungsspielraum für Verträge nach § 116 b Abs. 1 SGB V ein.

3. Ein Krankenhaus, das ambulante Leistungen nach § 116 b Abs.1 vereinbaren möchte, muss bereits zur Erbringung stationärer Leistungen in einem DMP nach § 137 f SGB V vertraglich verpflichtet sein. Der Gesetzgeber will damit den Krankenkassen die Möglichkeit geben, an einem DMP teilnehmenden Versicherten eine Versorgung „aus einer Hand“ anbieten zu können. Ein Krankenhaus kann folglich nicht ausschließlich mit einem ambulanten Leistungsangebot an einem DMP teilnehmen.
4. Voraussetzung für die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Behandlung ist, dass die besonderen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung in den DMPs die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser vorsehen und das betreffende Krankenhaus diese Anforderungen, zumindest aber die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 SGB V erfüllt.
5. Über die Definition von Teilnahmebedingungen für Krankenhäuser an einem DMP versuchen Krankenkassen, eine Konzentration der Behandlung zu erreichen. Dies ist durch die Zielsetzungen des Gesetzgebers zum Teil ausdrücklich beabsichtigt. Eine Teilnahmebedingung beim DMP Brustkrebs ist bspw. in der Regel die Erbringung bestimmter Mindestmengen. Letztlich wird hierdurch der Kreis der Krankenhäuser, die als potenzielle Vertragspartner in Frage kommen, eingeschränkt.

Zur Verdeutlichung der vorgenannten Voraussetzungen und Einschränkungen werden nachfolgend die Vorgaben für DMPs im Einzelnen dargestellt.

II. Vorgaben für DMP nach §§ 137 f und g SGB V

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Einführung von DMPs sowie deren gleichzeitige Koppelung an den Risikostrukturausgleich geregelt. Ziel ist einerseits, die sektorübergreifende Versorgung bei chronisch kranken Patienten zu verbessern, und andererseits, den Risikostrukturausgleich um morbiditätsrelevante Aspekte zu ergänzen. Gemäß § 137 f SGB V wurde ursprünglich der Koordinierungsausschuss mit den Aufgaben zur Entwicklung von Anforderungen an DMP betraut. Auf Grundlage der Neuregelungen des GMG setzt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V seit dem 01.01.2004 diese Aufgaben fort.

In der Vergangenheit mussten in einem ersten Schritt geeignete chronische Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme vom Koordinierungsausschuss ausgewählt werden, bei denen Potenzial zur Verbesserung des Behandlungsablaufes sowie der Qualität der medizinischen Versorgung bestehen. Bei der Auswahl der Krankheiten sind folgende Kriterien von der Selbstverwaltung zu berücksichtigen:

- 1) Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- 2) Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- 3) Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- 4) Sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
- 5) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- 6) hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Der Koordinierungsausschuss hatte in einem ersten Schritt am 28.01.2002 sechs Diagnosen für die Entwicklung von Anforderungen an ein DMP gegenüber dem BMGS empfohlen. Es handelt sich hierbei um folgende Diagnosen:

- 1) Diabetes mellitus Typ 1
- 2) Diabetes mellitus Typ 2
- 3) Brustkrebs
- 4) Koronare Herzkrankheit
- 5) Asthma bronchiale
- 6) COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen)

Auf Grundlage der Empfehlung hat das BMGS festgelegt, dass für diese Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln sind.

In einem zweiten Schritt hatte der Koordinierungsausschuss begonnen, diagnosespezifische Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für die vom BMGS festgelegten Erkrankungen in Expertengruppen zu formulieren. Ziel bei der Erarbeitung der Empfehlungen ist die Erstellung eindeutiger Informationen mit hoher Evidenz, deren Umsetzung eine Optimierung der Versorgung chronisch kranker Patienten anstrebt. Dies soll bspw. praktisch tätige Ärzte von umfangreichen Literaturrecherchen entlasten. Als Informationsgrundlage wird auf alle relevanten medizinischen Datenbanken incl. Prüfung internationaler medizinischer Leitlinien, systematischer Übersichtsarbeiten (Reviews), aber auch einzelne klinische Studien zurückgegriffen. In dem Prozess der Entwicklung der Anforderungen an die DMPs wird die Übertragbarkeit der Informationen auf die deutsche Versorgungssituation entsprechend geprüft. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben waren hierbei insbesondere Anforderungen zu folgenden Aspekten zu entwickeln:

- 1) Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- 2) Durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen
- 3) Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm einschließlich der Dauer der Teilnahme
- 4) Schulung der Leistungserbringer und der Versicherten
- 5) Dokumentation
- 6) Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen einschließlich des Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137 g SGB V.

Die Entwicklung der DMP durchläuft entsprechend der gesetzlichen Vorgaben einen formalisierten Prozess. Bspw. ist bei der Erarbeitung der Anforderungen den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vom Koordinierungsausschuss bzw. Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Nach Beratung und Bearbeitung der Stellungnahmen empfiehlt der Ausschuss dem BMGS für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V die spezifischen Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme, die anschließend in einzelnen Rechtsverordnungen abschließend geregelt werden. Während bis zum 31.12.2003 die Beschlüsse im Koordinierungsausschuss einvernehmlich zu fassen waren, gilt seit dem 01.01.2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss das Prinzip der einfachen Mehrheit.

Darüber hinaus regelt der § 137 f SGB V, dass die Teilnahme an den Programmen für die Versicherten freiwillig ist und diese vor Einschreibung in ein Programm durch die Krankenkassen zu informieren sind. Dies schließt gleichermaßen Informationen über die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die Krankenkasse ein, da mit den DMP erstmals auch vertrauliche Behandlungsdaten der GKV zur Verfügung gestellt werden.

Ausschließlich die Krankenkassen und ihre Verbände haben eine externe Evaluation der Programme durch einen vom BVA im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband bestellten unabhängigen Sachverständigen zu veranlassen. Hierbei muss keine Einbindung der übrigen Vertragspartner stattfinden.

Im Ergebnis setzen sich die Empfehlungen des Ausschusses an ein strukturiertes Behandlungsprogramm aus drei Komponenten zusammen:

- 1) Empfehlungen für Anforderungen an ein DMP für den Rechtsverordnungstext
- 2) Empfehlungen für Anforderungen an ein DMP für die Begründung zu der Rechtsverordnung
- 3) Empfehlungen für Anforderungen an die Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms

Grundsätzlich wird in den einzelnen Expertengruppen Konsens zu allen Fragestellungen angestrebt. Es hat sich in der Vergangenheit jedoch gezeigt, dass der aktuelle medizinische Wissensstand nicht zu allen Sachverhalten eindeutig festgestellt werden kann, sondern vielmehr Unklarheiten oder Interpretationsspielräume bestehen bleiben. In diesen Fällen wird nach Möglichkeit in geeigneter Weise auf diese Situation hingewiesen. In gleicher Weise erscheint es für die Versorgung der Bevölkerung sinnvoll, nur zu Sachverhalten mit hoher belegter Evidenz Aussagen zu treffen.

III. Vorgaben der RSAV zu DMP

Die Anforderungen an die einzelnen DMPs werden nach entsprechender Empfehlung durch den Koordinierungsausschuss bzw. Gemeinsamen Bundesausschuss vom BMGS durch Rechtsverordnung festgelegt.

Zu folgenden Diagnosen wurden auf Grundlage der vorgenannten Vorgaben die Anforderungen an die DMPs vom Koordinierungsausschuss formuliert und dem BMGS für eine Rechtsverordnung (Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) empfohlen:

- 1) Diabetes mellitus Typ 2, Mai 2002
- 2) Brustkrebs, Juni 2002
- 3) Koronare Herzkrankheit, März 2003
- 4) Diabetes mellitus Typ 1, Dezember 2003

Mit der 4. Verordnung zur Änderung der RSAV wurden die Anforderungen an die ersten zwei DMPs geregelt. Es handelte sich hier um die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs.

Mit der 6. Verordnung zur Änderung der RSAV wurde eine geänderte Dokumentation für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 festgelegt, um die Umsetzung der Programme in der Praxis zu vereinfachen.

Die 7. Verordnung zur Änderung der RSAV legt die Anforderungen an ein DMP für koronare Herzkrankheit und somit die dritte Diagnose fest. Darüber hinaus regelt der Verordnungsgeber hier, dass die Langzeitbetreuung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben erfolgen soll.

Die 9. Verordnung zur Änderung der RSAV zu der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 wurde zum 18.02.2004 bekannt gegeben. Auch mit dieser Verordnung werden abermals die Datenflüsse und die Dokumentationen weiter vereinfacht, da sich diese in der Praxis immer noch als zu aufwändig erwiesen haben. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, ambulante Leistungen auf Grundlage des § 116 b Abs. 1 SGB V zu erbringen, ist in die Programme für koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 1 aufgenommen worden. Krankenhäuser können mit Abschluss eines Einzelvertrages nach § 116 b Abs. 1 SGB V gleichermaßen die Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der Patienten wie der ambulante Facharzt in Ausnahmefällen übernehmen.

In der 4. Verordnung zur Änderung der RSAV wurden zahlreiche grundsätzliche Anforderungen an die Zulassung der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Die nachfolgenden Rechtsverordnungen beinhalten primär die spezifischen Anforderungen an die einzelnen diagnosespezifischen Programme. Darüber hinaus wurden zumeist initial festgelegte, oft zu bürokratische Regelungen für die bereits bestehenden Programme wieder vereinfacht, da es in der praktischen Umsetzung zu zahlreichen Schwierigkeiten gekommen ist.

Im Folgenden werden die wichtigsten allgemeinen Anforderungen an die Zulassung der Behandlungsprogramme aufgezeigt:

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

Alle Programme sollen grundsätzlich die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder der jeweils best verfügbaren Evidenz vorsehen. Individuelle Zielvereinbarungen sind mit den Versicherten soweit medizinisch sinnvoll und möglich ergänzend zu treffen. Die Kooperation der Versorgungsebenen ist entsprechend zu beachten.

Keinesfalls ist davon auszugehen, dass in den Rechtsverordnungen die vollständige Diagnostik und Therapie zu den einzelnen Erkrankungen abschließend im Sinne einer Leitlinie geregelt werden kann. Vielmehr soll sie einige relevante Sachverhalte herausstellen. Die Rechtsverordnungen werden zu keiner Zeit ein umfassendes medizinisches Lehrbuch ersetzen können. Auch werden bereits gültige (gesetzliche) Regelungen nicht nochmals in den DMP gesondert aufgeführt (z.B. SGB IX, Heil- und Hilfsmittelrichtlinie). Bei der Behandlung im Rahmen von DMPs sind die medizinischen Vorgaben zu beachten. Sie sollen, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, die zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlungsspielräume aber nicht einschränken. Ein Abweichen von den in DMP ausgesprochenen Empfehlungen ist daher durchaus möglich, es sollte nach Möglichkeit jedoch begründbar sein. Demnach beugt der Verordnungsgeber an dieser Stelle der reinen „Kochbuchmedizin“ in seinen Regelungen vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist darüber hinaus dazu verpflichtet, die medizinischen Anforderungen im Jahresrhythmus zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren.

2. Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen

Der Verordnungsgeber fordert grundsätzlich, dass in den Programmen Ziele und Maßnahmen der Qualitätssicherung festgelegt und diese in den Verträgen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Versicherten vereinbart werden. Darüber hinaus gehende spezifische Anforderungen aus den einzelnen Programmen sind ergänzend zu beachten.

In diesem Zusammenhang können bspw. Remindersysteme genutzt werden, die den Arzt oder Patienten an Kontrolluntersuchungen erinnern. Auswertungen über Behandlungsdaten können dem Arzt als gezieltes Feedback dienen. In jüngerer Zeit geht der Gemeinsame Bundesausschuss dazu über, Qualitätsindikatoren zu den einzelnen Programmen festzulegen.

3. Anforderungen an Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme

Die Koppelung der DMPs an den Risikostrukturausgleich führt zu einem erheblichen Finanztransfer zwischen den einzelnen Krankenkassen, der sowohl seine Befürworter als auch Kritiker im GKV-System findet. Aus diesem Grunde werden hohe Anforderungen an eine eindeutige Regelung für die Einschreibung und Ausschreibung der Versicherten vom Verordnungsgeber gestellt. Demnach muss bspw. der behandelnde Arzt die gesicherte Diagnose auf Basis strikter Vorgaben schriftlich bestätigen, gleichermaßen sind die Versicherten entsprechend über die Programminhalte sowie Rechte und Pflichten aufzuklären.

4. Anforderungen an die Schulung der Versicherten und der Leistungserbringer

In allen Programmen sind entsprechende Regelungen zur Schulung der Versicherten und der Leistungserbringer in den DMPs zu vereinbaren. Dies soll einerseits die Eigenverantwortung sowie das Selbstmanagement der Patienten stärken und andererseits die Qualität der Versorgung steigern.

5. Anforderungen an die Dokumentation

Voraussetzung für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme ist eine so genannte Erst- und eine Folgedokumentation, die ausschließlich für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt werden. Des Weiteren finden sich umfassende Regelungen zu den Datenflüssen, die insbesondere Unterschiede bei Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen vorsehen. Demnach erhalten sowohl die Krankenkassen als auch die beteiligten KVen Patientendaten. Die Übermittlung der Daten an Krankenhäuser ist in der Rechtsverordnung nicht vorgesehen; es empfiehlt sich daher, diesbezügliche Forderungen in die konkreten Verhandlungen über DMP-Verträge einzubringen. Nähere Einzelheiten zu den Dokumentationsanforderungen sind der Rechtsverordnung zu entnehmen.

6. Anforderungen an die Evaluation eines strukturierten Behandlungsprogramms

Hier werden nähere Details zur Evaluation der Programme und damit ihrer Bewertung geregelt. Zu untersuchende Tatbestände sind bspw. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Wirkung auf die Kosten der Versorgung.

Bei den jeweiligen Rechtsverordnungen zeigte sich, dass nicht in allen Punkten den Empfehlungen des Koordinierungsausschusses gefolgt wurde, sondern auch abweichende Regelungen vorgenommen wurden. Es handelte sich hierbei häufig um Aspekte, die bereits innerhalb der Selbstverwaltung oder unter den Experten äußerst kontrovers diskutiert wurden.

Die Rechtsverordnungen zu den einzelnen DMP-Programmen weisen unter „Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137 f. Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V)“ größtenteils ein einheitliches Gliederungsmuster mit Angaben zu zahlreichen Versorgungsaspekten der jeweiligen Krankheit auf. Die Inhalte beziehen sich auf die Definition, Diagnostik und Therapie der jeweiligen Erkrankung, teilweise auch auf deren Begleit- und Folgeerkrankungen (insbesondere beim Diabetes mellitus). Darüber hinaus werden Aussagen zur Kooperation der Versorgungssektoren gemacht. Auf eine detaillierte Darstellung der Programminhalte wird an dieser Stelle verzichtet. Es werden jedoch nachfolgend einige aus Krankenhaussicht besonders relevante Aspekte kurz dargestellt:

Die im Verordnungstext formulierten Anforderungen an die Behandlungen nach evidenzbasierten Leitlinien zielen insbesondere beim Programm Brustkrebs, aber auch beim Programm koronare Herzkrankheit auf zahlreiche Maßnahmen ab, die

insbesondere von Krankenhäusern erbracht werden. Beim DMP-Programm koronare Herzkrankheit ist hier bspw. die differenzierte Benennung von Indikationen zur Koronarangiographie, interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation zu erwähnen. Insofern ist die unmittelbare Beteiligung des stationären Sektors an den Vertragsverhandlungen vor Ort unverzichtbar. Dieser Anspruch gilt grundsätzlich für alle DMP-Programme. Da durch DMPs sektorübergreifende Versorgung gefördert werden soll, erfordert dies, dass alle potenziellen Vertragspartner gleichberechtigt einzubinden sind.

Neben zahlreichen medizinischen Aspekten treffen die Rechtsverordnungen zu den DMP-Programmen auch Aussagen zur Kooperation der Versorgungssektoren. In den entsprechenden Vorgaben werden dabei im wesentlichen Aussagen über obligate und fakultative Überweisungs- bzw. Einweisungsgründe, bezogen auf die Ebenen ambulante und stationäre Versorgung gemacht. Während beim DMP-Programm Brustkrebs mit primär stationären Leistungen hier nur eine geringe Regelungstiefe besteht, ist diese bei den DMP-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und koronare Herzkrankheit deutlich größer. Beim DMP-Programm Diabetes mellitus Typ 1 hat der Verordnungsgeber darüber hinaus erstmalig Empfehlungen zur Strukturqualität aufgegriffen. Wenngleich diese nur im Begründungstext zur Rechtsverordnung aufgeführt werden, so sind diese dennoch von Relevanz, da sich das BVA im Rahmen der Zulassungsverfahren der Programme daran orientieren wird. Neben räumlichen und personellen Strukturmerkmalen wurden auch Mindestmengen für zu behandelnde Patienten aufgeführt. Es handelt sich hierbei ausschließlich um Empfehlungen außerhalb von Studien auf Basis eines Expertenkonsens.

IV. Vorgaben des Bundesversicherungsamtes

DMPs müssen vom BVA aufgrund des Finanztransfers im RSA auf Antrag einer Krankenkasse akkreditiert werden. Hierzu hat das BVA einen „Leitfaden für die Antragstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme“ herausgegeben, der auch auf der Homepage des BVA veröffentlicht ist. Dieser Leitfaden ist mit Blick auf den Zeitpunkt der Einbindung von Krankenhäusern in die Verhandlungen von Verträgen zu DMP-Programmen von besonderer Bedeutung. Der aktualisierte Leitfaden vom 27.10.2003 sieht vor, dass Krankenkassen bereits bei der Erstzulassung der DMP-Programme Brustkrebs und koronare Herzkrankheit Verträge mit Krankenhäusern nachzuweisen haben. Beim DMP-Programm Diabetes mellitus Typ 2 kann dies auch bis zu 6 Monate nach der Erstzulassung geschehen.

V. Verträge zur Umsetzung von Disease-Management-Programmen

Für die Umsetzung der DMP schließen einzelne Krankenkassen mit Leistungserbringern ggf. unter der Beteiligung einer Landeskrankenhausesgesellschaft oder einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassende Verträge und legen diese zur Genehmigung dem BVA vor. Gemäß § 137 g SGB V hat das BVA auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von DMPs zu erteilen, wenn diese und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllen. Die Zulassung der einzelnen Programme ist zeitlich zu befristen. Im Weiteren werden die Fristen zur Antragsbearbeitung sowie die Kosten für die Bescheiderteilung geregelt.

Die Verlängerung der Zulassung nach Ablauf der Frist durch das BVA erfolgt auf der Grundlage der Evaluation des Programms.

Für den Abschluss von Verträgen zur Durchführung von DMP wird keine bestimmte Vertragsform vorgegeben. Demnach stehen grundsätzlich alle im SGB V vorgesehenen Vertragsformen zur Verfügung. Eine Ausnahme gilt seit 01.01.2004 lediglich für ambulante Leistungen des Krankenhauses im Rahmen eines DMP. Diese können auf einzelvertraglicher Grundlage nach § 116 b Abs. 1 SGB V mit einer Krankenkasse vereinbart werden. Da aber jeder Vertragsabschluss nach § 116 b Abs. 1 SGB V voraussetzt, dass ein Krankenhaus mit der Erbringung stationärer Leistungen an einem DMP teilnimmt, muss ein Krankenhaus bereits vertraglich in ein DMP-Programm eingebunden sein.

In der Praxis finden sich dabei folgende Vertragskonstruktionen:

1. Rahmenverträge auf Landesebene nach §§ 112 bzw. 115 SGB V

Als Rechtsgrundlage für eine landesvertragliche Regelung können § 112 Abs. 1 oder § 115 Abs.1 SGB V herangezogen werden, sofern die Landesverbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam verhandeln wollen.

Eine landesvertragliche Regelung hat den Vorteil, einheitlich ausgerichtete Programme zu ermöglichen und den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu erleichtern. Insbesondere bietet sich die Möglichkeit, in Ergänzung zur RSAV einheitliche Vereinbarungen zu unklaren, offenen oder regelungsbedürftigen Sachverhalten zu treffen. Darüber hinaus kann in den Verträgen auf landesspezifische Besonderheiten eingegangen werden (z.B. Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich; Fläche/Ballungszentren; Spezialisierungen etc.). In dieser Konsequenz ist an die inhaltliche Ausgestaltung sehr große Sorgfalt an den Tag zu legen. Rahmenverträge sollten allerdings nur solche Sachverhalte regeln, für die eine generelle Ausgestaltung möglich und sinnvoll ist. Hier sind folgende Tatbestände beispielhaft zu nennen:

- Teilnahmevoraussetzungen der Krankenhäuser;
- Verfahrensregelung für die Teilnahme und Auswahl von Krankenhäusern;
- Ermittlung der erforderlichen Leistungserbringer, durch die die Versorgung im Rahmen eines DMP sichergestellt werden kann;
- Leistungen der Krankenhäuser in einem DMP;
- Dokumentation;
- Datenübermittlung, Datenstelle, Datenzugriff und –verwertung;
- Qualitätssicherung;
- Vergütung der DMP-Leistungen/Auswirkungen auf das Krankenhausbudget;
- gesonderte Vergütungsansprüche der Krankenhäuser;
- Kündigungsregelungen;
- Mustervertrag, den die jeweilige Krankenkasse zum Abschluss der Verträge mit den Krankenhäusern nutzt.

Verträge nach § 112 bzw. § 115 SGB V sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser bzw. die Vertragsärzte im Land unmittelbar verbindlich. Die Teilnahme der Leistungserbringer an einem DMP ist allerdings freiwillig. Verbindlichkeitswirkung kann ein Landesvertrag folglich nur für die an

einem DMP teilnehmenden Leistungserbringer entfalten. Diesbezüglich ist eine Klarstellung in der entsprechenden Landesvereinbarung zu treffen.

Allein der Abschluss eines Kollektivvertrages auf Grundlage der §§ 112, 115 SGB V bewirkt noch nicht, dass die konkreten Leistungserbringer (Krankenhäuser/Vertragsärzte) bereits automatisch in das entsprechende Behandlungsprogramm einbezogen sind. Vielmehr bedarf es noch einer vertraglich abgesicherten Willenserklärung derjenigen Leistungserbringer, die an dem DMP unter den im jeweiligen Kollektivvertrag geregelten Bedingungen teilnehmen. Hierzu kann der Kollektivvertrag zum Beispiel einen Mustervertrag oder eine Beitrittsregelung vorgeben.

Beispiel: „Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg“ auf der Grundlage von § 115 SGB V zwischen Krankenkassenverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Baden-Württembergischer Krankenhausgesellschaft.

2. Vertrag nach § 140 b SGB V in der vor dem 01.01.2004 geltenden Fassung zwischen einer/mehrerer Krankenkasse(n) und Gemeinschaften von Trägern zugelassener Krankenhäuser und ggf. Kassenärztlicher Vereinigung

Zur Umsetzung von DMPs sind vor dem 01.01.2004 vielfach Rahmenvereinbarungen auf Landesebene auf Grundlage der Vorschriften zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V geschlossen worden. Anders als bei den Landesverträgen nach §§ 112, 115 SGB V mussten bei Verträgen nach § 140 b SGB V die Krankenkassen nicht einheitlich und gemeinsam verhandeln. Das zentrale Motiv für diese Vertragskonstellation war allerdings die größere Gestaltungsfreiheit insbesondere hinsichtlich der Vergütung und Leistungsvereinbarung.

Beispiel: Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei Brustkrebs in Sachsen-Anhalt zwischen dem VdAK und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt

Auch angesichts der Neuregelung der Vorschriften zur integrierten Versorgung durch das GMG sind seit dem 01.01.2004 Rahmenvereinbarungen auf Landesebene weiterhin grundsätzlich möglich. Nach § 140 b SGB V können integrierte Versorgungsverträge zwar ausschließlich vereinbart werden mit unmittelbaren Leistungserbringern, deren Gemeinschaften oder Trägern, die zwar nicht selbst Versorger sind, aber eine Versorgung durch die dazu berechtigten Leistungserbringer anbieten. Demzufolge können weder Kassenärztliche Vereinigungen noch Landeskrankenhausgesellschaften Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages sein. Diese sind als solche weder Versorger noch managen sie die Versorgung im Rahmen von Einzelverträgen. Davon unberührt bleiben aber die Möglichkeiten, im Rahmen des Kollektivvertragssystems die Inhalte einer integrierten Versorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Entsprechende Rahmenverträge sind für die Leistungserbringer nicht unmittelbar, sondern erst durch eine Beitrittserklärung verbindlich.

3. Verträge nach § 140 b SGB V zwischen einer/mehreren Krankenkasse(n) und einzelnen Krankenhäusern

Einzelverträge auf Grundlage des § 140 b SGB V können anstelle eines Kollektivvertrages oder Rahmenvertrages ebenfalls zur Umsetzung von DMP genutzt werden. Sie können im Falle einer abgeschlossenen kollektivvertraglichen Vereinbarung/Rahmenvereinbarung diese aber auch ergänzen. So kann der Kollektivvertrag zum Beispiel einen Einzelvertrag als Mustervertrag vorgeben oder die Umsetzung der kollektivvertraglichen Regelungen durch individuelle Einzelverträge vorsehen.

Beispiele:

- Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei Brustkrebs in Nordrhein
- Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei Brustkrebs in Berlin zwischen AOK-Berlin und einzelnen Krankenhäusern

Die Wahl der Rechtsgrundlage hängt in der Regel von der Möglichkeit und dem Ziel der jeweils beabsichtigten strategischen Partnerschaft ab. Hier können landesspezifische Besonderheiten eine Rolle spielen. Entscheidend könnten aber auch bereits bestehende Allianzen aus Modellprojekten sein. In diesem Fall wäre zu prüfen, solche Modellprojekte an die Anforderungen der RSAV anzupassen. Bereits aufgebaute Strukturen und vorliegende Erkenntniswerte könnten so genutzt werden. Dementsprechend zeigt die bisherige Umsetzung auf Landesebene unterschiedliche Präferenzen in der Wahl der Vertragsgrundlage.

VI. Vergütung und Finanzierung von DMP-Leistungen

1. Ambulante Leistungen

Die Regelung des § 116 b Abs. 1 SGB V beinhaltet keinerlei Vorgaben zur Ausgestaltung der Vergütung für die zu erbringenden ambulanten Leistungen. Die Vergütung ist daher sowohl nach der Art als auch der Höhe zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse frei verhandelbar und einzelvertraglich zu regeln.

Da das einzelne Krankenhaus mit seinem ambulanten Leistungsangebot im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms in einen direkten Vertragswettbewerb mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten eintritt, wird der Preis für die zu vereinbarenden Leistungen zwangsläufig über das Angebot der Leistungserbringer und die Nachfrage der Krankenkassen geregelt. Die fehlende gesetzliche Festlegung einer bestimmten Vergütungshöhe hat also keinesfalls die Folge, dass eine vollständig kostendeckende Preisvereinbarung sichergestellt ist. Vielmehr gilt es mit einer transparenten Kostenrechnung und einer darauf aufbauenden internen Kalkulation strategisch die richtigen Weichen für eine langfristig erlösverbessernde Strategie des Krankenhauses zu stellen.

2. Stationäre Leistungen

Für die Finanzierung von DMP-Leistungen im Rahmen eines DMP wurde mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) ein neuer Ausnahmetatbestand für die Ermittlung des Gesamtbetrages nach § 6 Abs. 1 BPfIV geschaffen. Hiernach darf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V überschritten werden, soweit zusätzliche Leistungen aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 g Abs. 1 Satz 1 SGB V oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag dies erforderlich machen, um die Anforderungen der Risikostrukturausgleichverordnung (RSAV) zu erfüllen (§ 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV).

Aus Sicht der DKG bestehen hierbei die zusätzlichen Leistungen nicht nur in einem erhöhten Dokumentationsaufwand. Vielmehr ist bei der Teilnahme an einem DMP auch eine Zunahme der Fallzahl denkbar, die über diesen Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden könnte, zumal hierbei die Schiedsstellenfähigkeit gegeben wäre. Dies ergibt sich auch aus der Begründung zum BSSichG. Hier heißt es zur Änderung des § 6 Abs. 1 der BPfIV: „Nummer 1 Buchstabe b lässt eine Überschreitung der Veränderungsrate bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrags) zu, soweit DMPs im Rahmen des Gesamtbetrages vergütet werden.“ Dies wäre hier der Fall, sofern nicht eine einzelvertragliche Vergütungsregelung für die stationäre Leistungserbringung im Rahmen eines DMP, etwa auf Basis des § 140 c SGB V, mit der Krankenkasse vereinbart würde. Ergänzend ist der Gesetzesbegründung zu entnehmen: „Des Weiteren müssen die formalen Voraussetzungen erfüllt sein, die Programme also nach § 137 g Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom BVA zugelassen und die Anforderungen des sechsten Abschnitts der RSAV erfüllt sein. Sie müssen mit dem Krankenhaus vertraglich vereinbart sein oder das Krankenhaus muss dem Vertrag beigetreten sein.“ Die Formulierung „Des Weiteren“ stellt klar, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um erhöhten Dokumentations- oder Qualitätssicherungsaufwand zur Erfüllung der Voraussetzungen der RSAV handelt, sondern vielmehr auch „echte“ Mehrleistungen, wie bspw. Fallzahlerhöhung, gemeint sind.

Da aufgrund der gemeinsamen Verhandlungen auf Kassenseite dennoch mit Problemen bei der Vereinbarung höherer Fallzahlen zu rechnen ist, stellt die Vereinbarung von Leistungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms auf Grundlage eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V eine denkbare Alternative dar.

Zusätzliche Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV sind keine ambulanten Leistungen des Krankenhauses im Rahmen eines DMP. Nach § 1 Abs. 1 BPfIV erstreckt sich der Anwendungsbereich der BPfIV auf die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser. Ambulante Leistungen nach § 116 b Abs. 1 SGB V können demzufolge kein Bestandteil der Budgetverhandlungen sein und sind, wie oben erläutert, einzelvertraglich mit der jeweiligen Krankenkasse zu vereinbaren.

VII. Perspektiven von DMP

Auch wenn das Verfahren der Entwicklung von Anforderungen an DMPs im Koordinierungsausschuss bzw. im Gemeinsamen Bundesausschuss weitestgehend als routiniert bezeichnet werden kann, so zeigen sich in der Umsetzung nach wie vor erhebliche Probleme. Insbesondere die Kopplung der DMPs an den Risikostrukturausgleich hat dazu geführt, dass zahlreiche bürokratische Hürden für alle Beteiligten im System geschaffen wurden. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Programme nur sehr schleppend umgesetzt werden können und die Bewertung des Nutzens für die Patienten noch in weiter Ferne steht. Die Antragsvielfalt der zahlreichen Krankenkassen hat die rasche Bearbeitung im BVA verhindert. Zahlreiche Anträge liegen noch zur Bewertung vor. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob der immense administrative Aufwand bei der Umsetzung von den Krankenkassen auch noch nach Wegfall der Kopplung der Programme an den Risikostrukturausgleich auf sich genommen wird.

Angesichts des erheblichen bürokratischen Aufwands von DMP zeigt sich aktuell, dass einige Krankenkassen anstelle von akkreditierungspflichtigen DMP-Programmen auch integrierte Versorgungsverträge zur strukturierten Behandlung der für DMPs vorgesehenen Erkrankungen vereinbaren. Zwar entfällt in diesem Fall der kasseninterne Finanzausgleich (RSA). Allerdings bietet die Integrationsversorgung aufgrund der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V bis zum 31.12.2006 ebenfalls einen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen.

C. Ambulante Behandlung des Krankenhauses bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf: § 116 b Absatz 2 bis 5 SGB V

- I. Rechtscharakter und Voraussetzungen der Leistungserbringung**
- II. Leistungskatalog**
- III. Vergütung und Finanzierung**

I. Rechtscharakter und Voraussetzungen der Leistungserbringung

Mit § 116 b Abs. 2 SGB V ist eine eigenständige Rechtsgrundlage zum Abschluss von Einzelverträgen eingeführt worden. Vertragspartner auf der Kostenträgerseite können eine einzelne Krankenkasse, mehrere oder alle Krankenkassen gemeinsam sowie deren Verbände sein. Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer sind einzelne Krankenhäuser.

Ebenso wie bei der Integrationsversorgung und bei § 116 b Abs. 1 SGB V wird durch § 116 b Abs. 2 SGB V der Vertragswettbewerb eröffnet. Ein Rechtsanspruch des Krankenhauses auf Abschluss eines Vertrages besteht daher nicht. Folglich sind Krankenhäuser auf die Bereitschaft einer Krankenkasse zum Vertragsabschluss angewiesen.

Diese Bereitschaft wird aber durch die Verpflichtung der Krankenkassen, Leistungen nach § 116 b Abs. 2 bis 5 SGB V neben der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ohne Anrechnungsmöglichkeit gesondert zu vergüten, erheblich reduziert. Nach dem derzeitigen Entwicklungsstand ist ein Vertragsabschluss, der die Erbringung zusätzlicher ambulanter Leistungen durch ein Krankenhaus beinhaltet, nicht zu erwarten.

Eine Bereitschaft der Krankenkassen zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen scheint lediglich dann gegeben, wenn durch die Erbringung ambulanter Leistungen stationäre Leistungen ersetzt werden sollen. Ein solches Vertragsangebot kann für ein Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt der ambulanten Absicherung von bislang stationären Leistungsbereichen von Interesse sein. Zu berücksichtigen ist allerdings immer, dass die Berechtigung zur ambulanten Leistungserbringung auf die Dauer der Vertragslaufzeit sowie auf das Versichertenklientel der vertragsschließenden Krankenkasse beschränkt ist.

II. Leistungskatalog

Welche hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Vertragsgegenstand sein können, ergibt sich aus dem gesetzlichen Katalog gemäß § 116 b Abs. 3 sowie der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Erweiterung des Kataloges.

Mit den konkreten Vorgaben in § 116 b Abs. 3 ist der Gesetzgeber den Anregungen der DKG gefolgt, nicht nur isolierte Leistungen, sondern vielmehr auch ergänzende ambulante Diagnostik und Versorgung definierter Erkrankungen am Krankenhaus zu

ermöglichen. Hiermit wird den besonderen Bedürfnissen der Patienten Rechnung getragen, insbesondere bei schweren, aber auch seltenen Erkrankungen die häufig stationär begonnene Behandlung ambulant aus einer Hand fortzusetzen und somit dem Gedanken der integrierten Versorgung Folge zu leisten.

Ziel der Regelung ist es, Vorteile einer auch ambulanten Versorgung der Patienten durch das Krankenhaus zu nutzen, wie bspw.:

- durchgängig abgestimmte Versorgungskonzepte aus einer Hand bei ohnehin intermittierenden stationären Aufenthalten
- Qualitätsvorteile bei spezialisierten und / oder seltenen Leistungen
- Qualitätsvorteile durch interdisziplinäres Handeln sowie kontinuierlichen medizinischen Fortschritt
- Vorhaltung und effektive Auslastung medizinischer Geräte
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Abstimmungsproblemen

Folgende hochspezialisierte Leistungen werden im Gesetz explizit aufgeführt:

- CT/MRT – gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie

Die genannten hochspezialisierten Leistungen können nach vertraglicher Vereinbarung unabhängig von der jeweils vorliegenden Erkrankung ambulant erbracht werden, soweit dies unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesamtzustandes des Patienten und seines häuslichen Umfeldes möglich ist.

Folgende seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf werden im Gesetz aufgeführt:

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III – IV)
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Neugeborenen mit Folgeschäden

Bei den benannten Diagnosen werden keinerlei Beschränkungen auf einzelne diagnostische oder therapeutische Verfahren vorgenommen, vielmehr können sämtliche Leistungen in Verbindung mit den spezifischen Erkrankungen, d.h. die vollständige ambulante Versorgung der Patienten nach vertraglicher Vereinbarung am Krankenhaus erbracht werden. Eine Konkretisierung der Leistungen wäre in den Verträgen mit den Krankenkassen festzulegen.

Der mit § 116 b Abs. 3 SGB V vorgegebene Leistungskatalog ist kein statischer Katalog. Vielmehr hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss diesen Katalog zu überprüfen und um hochspezialisierte Leistungen, weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverläufen durch Beschlüsse mit Richtliniencharakter zu ergänzen hat.

Zum 01.01.2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung nach § 91 Absatz 4 SGB V die Weiterentwicklung des Kataloges für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf übernommen. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag konnte eine erste Erweiterung des Kataloges fristgerecht zum 31.03.2004 erfolgen. Insofern wurde der bereits bestehende gesetzliche Katalog um folgende hochspezialisierte Leistungen und Erkrankungen ergänzt:

1. Seltene Erkrankungen:
 - a. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)
 - b. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit biliärer Zirrhose
 - c. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit primär sklerosierenden Cholangitis
 - d. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Morbus Wilson
 - e. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Transsexualismus
 - f. Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen:
 - Adrenogenitales Syndrom
 - Hypothyreose
 - Phenylketonurie
 - Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)
 - Galactosaemie
2. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf:

Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen.

Grundsätzlich sind bei der Weiterentwicklung des Kataloges die Voraussetzungen für die Aufnahme neuer Leistungen/Erkrankungen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere folgende Aspekte von Bedeutung:

- Beleg für den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit, wobei die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit die Besonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen hat

- Festlegung spezifischer Überweisungsregelungen
- Definition der sächlichen und personellen Anforderungen.

Die erstmalige Weiterentwicklung des Kataloges durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stützt sich auf Leistungen und Erkrankungen, die auch ohne vorherige systematische Aufbereitung von Kriterien für das Vorliegen einer hochspezialisierten Leistung, einer seltenen Erkrankung oder einer Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf durch Vergleichbarkeit mit in § 116 b Absatz 3 SGB V bereits enthaltenen Leistungen oder Erkrankungen sprechen und die Anforderungen an die Aufnahme in den Katalog unzweifelhaft erfüllen.

In einem zweiten Schritt sollen „objektivierbare“ Kriterien für die Auswahl geeigneter Leistungen sowie Erkrankungen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen sowie der Regelungen zur Bewertung von Verfahren (sofern nicht bereits erfolgt) vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet werden. Nach Festlegung dieser Kriterien bzw. des notwendigen Verfahrens zur Weiterentwicklung des Kataloges soll die nächste Ergänzung des Kataloges danach mit Wirkung zum 01.01.2005 erfolgen.

Neben der Aufnahme weiterer Krankheiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch zu regeln, ob und in welchen Fällen die ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus die Überweisung durch den Hausarzt oder den Facharzt voraussetzt. Darüber hinaus sind in diesen Richtlinien die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln. Solange der gemeinsame Bundesausschuss keine ergänzenden Regelungen beschlossen hat, gelten für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus die Mindestanforderungen nach § 135 SGB V für den vertragsärztlichen Bereich entsprechend.

III. Vergütung und Finanzierung

Für die Vergütung von Leistungen, die auf Basis eines Vertrages nach § 116 b Abs. 2 SGB V erbracht werden, schreibt Abs. 5 vor, dass diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden und der Honorierung vergleichbarer Leistungen im vertragsärztlichen Bereich zu entsprechen haben.

Neben der vertraglichen Fixierung, welche der in Abs. 3 aufgeführten Leistungen für die vertragsschließende Krankenkasse erbracht werden dürfen, ist demzufolge auch der Preis für die Leistungen zu vereinbaren. Die im Gesetz enthaltene Bezugnahme auf die Vergütung vergleichbarer Leistungen im niedergelassenen Bereich stellt auf die Abrechnung der Vertragsärzte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Diese kann bei einer einzelvertraglichen Vereinbarung zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse, wie es auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, nur als Maßstab der Höhe nach dienen. Eine verpflichtende Abrechnung nach dem jeweils gültigen EBM ist daraus nicht abzuleiten.

Hierfür spricht auch, dass der Gesetzgeber bewusst eine andere Formulierung als in § 115 b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) gewählt hat. Hier wird in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte vorgegeben. Der Terminus „einheitliche Vergütung“ stellt auf ein einheitliches Tarifwerk, welches durch Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen anzuwenden ist, ab. Eine „entsprechende Vergütung vergleichbarer Leistungen“, wie sie in § 116 b Abs. 5 definiert ist, verpflichtet hingegen nicht zur Anwendung derselben Abrechnungsgrundlage. Vielmehr soll lediglich sichergestellt werden, dass der Wettbewerb in diesem sensiblen Bereich meist schwer erkrankter Patienten nicht vornehmlich um den geringsten Preis für die zu erbringenden Leistungen, sondern vielmehr um die qualitativ besten Versorgungsangebote geführt wird.

Neben einer einzelleistungsbezogenen Vergütung ist auch eine pauschalierte Honorierung der erbrachten Leistungen möglich. Denkbar ist hier u.a. der Bezug auf einen Behandlungsfall, auf einen Leistungskomplex oder auf die Anzahl der für die entsprechende Krankenkasse zu behandelnden Patienten. Bei allen vorgenannten Alternativen ist die Vergleichbarkeit zu der einzelleistungsbezogenen Vergütung nach dem EBM im vertragsärztlichen Sektor sehr schwierig. Bei der Orientierung an den zu behandelnden Versicherten kommen das unbekannte Morbiditätsrisiko sowie weitere schwer zu beurteilende Faktoren hinzu. Da die Vergütung nach § 116 b Abs. 5 SGB V aber einzelvertraglich zu vereinbaren ist, kann die Orientierung am EBM nur als grober Maßstab dienen.

Eine einzelvertragliche Vereinbarung zur Erbringung ambulanter Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf nach § 116 b Abs. 2 SGB V hat grds. keine Auswirkungen auf den mit den Krankenkassen zu vereinbarenden Gesamtbetrag nach KHEntgG bzw. BpflV, sofern keine Substitution stationärer Leistungen des Krankenhauses erfolgt. Beide Rechtsvorschriften regeln ausschließlich die Erbringung und Vergütung stationärer Krankenhausleistungen.

D. Medizinische Versorgungszentren: § 95 SGB V

Mit dem GMG wurde durch § 95 SGB V zum 1. Januar 2004 die Möglichkeit eröffnet, durch Gründung eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilzunehmen. Gründer bzw. Träger eines MVZ kann jeder zugelassene Leistungserbringer sein, also folglich auch ein zugelassenes Krankenhaus. Damit bietet sich für Krankenhäuser eine weitere Gestaltungskomponente bei neuen Versorgungsangeboten unter Einbeziehung von ambulanten vertragsärztlichen Leistungen.

Die Gründung eines MVZ kann für Krankenhäuser aus folgenden Gründen in Betracht kommen:

- Chance der weiteren Positionierung am ambulanten Markt
- Strategische Allianz im Rahmen des Leistungswettbewerbs und gegenüber Konkurrenten.
- Unternehmerisches Dach unter Führung aus einer Hand: Aufbau einer vom Krankenhaus gesteuerten Versorgungskette durch Einbindung von vertragsärztlichen Leistungen.
- Interdisziplinäre Kooperation zwischen Vertragsärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden etc.)
- Integriertes Versorgungsangebot ambulant/stationär: MVZ kann nach § 140 b Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages sein.
- Kostensenkung durch bessere Ressourcenauslastung (z.B. durch gemeinsame Nutzung von OP-Kapazitäten, medizinischen Geräten etc.)
- Option der Marktanpassung infolge DRG-Vergütungssystem
- Flankierung des Kerngeschäfts
- Unterversorgung (z.B. in ländlichen Regionen)

Aufgrund der Komplexität der Materie hat die DKG diesem Thema eine gesonderte Broschüre unter dem Titel „Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V“ gewidmet, die neben allgemeinen Hinweisen auch Musterverträge enthält.

Die Broschüre kann über die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Hansallee 201, 40549 Düsseldorf, Fax: 0211/179235-20 oder im Internet unter www.dkvq.de bezogen werden.

E. Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung: § 116 a SGB V

- I. Rechtscharakter der Versorgung**
- II. Zulassungsvoraussetzungen**
- III. Dauer der Ermächtigung**
- IV. Vergütung**

I. Rechtscharakter

Nach § 116 a SGB V kann der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für bestimmte Fachgebiete in Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat, auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen.

Die Ermächtigung ist eine bedarfsabhängige Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Es müssen daher Versorgungslücken bestehen und im Falle des § 116 a SGB V auch festgestellt sein, die nur durch die entsprechende Ermächtigung geschlossen werden können.

Die Ermächtigung umfasst keine Notfallbehandlungen. Es handelt sich um eine reine Bedarfsermächtigung, die eine Versorgungslücke in quantitativer Hinsicht schließen soll.

Die Ermächtigung bezieht sich nur auf die Formen ärztlicher Behandlung, die der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Allgemeine Krankenhausleistungen können über die Ermächtigung nicht zusätzlich der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden.

Die Ermächtigung bewirkt nach Maßgabe des § 95 Abs. 4, dass das Krankenhaus zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in dem in der Ermächtigung genannten Umfang berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung (Bundesmantelverträge) sind für das Krankenhaus verbindlich.

Die Regelung des § 116 a SGB V lehnt sich an § 31 der Ärztezulassungsverordnung (Ärzte-ZV) an. Nach bisheriger Regelung des § 31 der Ärzte-ZV war die Erteilung von Institutsermächtigungen bei Unterversorgung nur subsidiär gegenüber vorrangig zu erteilenden persönlichen Ermächtigungen, z. B. von Krankenhausärzten. Mit der Regelung in § 116 a SGB V wird diese Subsidiarität zu Gunsten einer Gleichrangigkeit der Institutsermächtigung und der persönlichen Ermächtigung aufgehoben.

II. Zulassungsvoraussetzungen

Eine Ermächtigung nach § 116 a SGB V wird nur ausgesprochen, wenn diese notwendig ist, um eine bestehende Unterversorgung abzuwenden. Die Feststellung der Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen aufgrund regionaler Planungsbereiche, die in der Regel den Grenzen der Stadt- und Landkreise entsprechen (§ 12 Ärzte-ZV), wird sich an den Vorgaben zur Feststellung einer Unterversorgung in § 15 und 16 der Ärzte-ZV orientieren. Das bedeutet, dass der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den

Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen festgelegte Bedarfsplan zunächst einen Bedarf an Vertragsärzten für einen bestimmten Versorgungsbereich ausweisen muss. Werden über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten Kassenarztsitze dort nicht besetzt, so hat der Landesausschuss innerhalb einer angemessenen Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in bestimmten Gebieten eine ärztliche Unterversorgung besteht. Die Prüfung erfolgt auf Grundlage entsprechend gemeldeter Hinweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen. Die Prüfung hat der Landesausschuss nach den tatsächlichen Verhältnissen unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung und auf Grundlage des Bedarfsplans vorzunehmen.

Im Falle einer Unterversorgung stellt das Krankenhaus mit Standort in dem entsprechenden Gebiet einen schriftlichen Antrag auf Ermächtigung an den zuständigen Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V. Der Zulassungsausschuss ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Kassenärzte und der Krankenkassen. Auf die Ermächtigung besteht kein Rechtsanspruch. Der Zulassungsausschuss entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob die Ermächtigung notwendig ist, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Ein Anspruch des Krankenhauses, in Bereichen der Unterversorgung zur ambulanten Behandlung herangezogen werden zu können, besteht damit nicht.

III. Dauer und Umfang der Ermächtigung

Nach § 116 a ist die Ermächtigung nur zu erteilen, „soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist“. Das bedeutet, dass die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen und damit entsprechend zu begrenzen ist. In der Regel erfolgt eine Ermächtigung daher für einen befristeten Zeitraum, um anschließend prüfen zu können, ob die Unterversorgung weiter besteht. Im Bereich der ermächtigten Ärzte hat sich dabei ein Befristungsturnus von zwei Jahren etabliert. Kürzere Ermächtigungen sollten auch von Krankenhäusern nicht akzeptiert werden, da die Übernahme von ambulanten Leistungen mit Organisationsnotwendigkeiten verknüpft ist, die ein Mindestmaß an Planungssicherheit bedingen. Gegen eine unangemessen kurze Befristung kann der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eingeschlagen werden.

Die räumlich-fachliche Beschränkung der Ermächtigung bezieht sich auf diejenigen Fachgebiete, in denen Unterversorgung festgestellt wird und eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne die speziellen Leistungen der Krankenhausambulanz nicht sichergestellt werden kann.

Das Krankenhaus kann im Fall der ambulanten Behandlung nach § 116 a SGB V unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden.

IV. Vergütung

Die ambulanten ärztlichen Leistungen ermächtigter Krankenhäuser werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet (§ 120 Abs. 1 SGB V). Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung um einen Investitionskostenabschlag von 10 % zu kürzen. Des Weiteren kann die Vergütung pauschaliert werden, § 120 Abs. 3 SGB V.

F. Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: § 119 a SGB V

- I. Rechtscharakter**
- II. Zulassungsvoraussetzungen**
- III. Vergütung**

I. Rechtscharakter

Nach dieser Vorschrift sind Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, vom Zulassungsausschuss zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen. Eine Definition der Einrichtungen der Behindertenhilfe findet sich im SGB V nicht. Ergänzend kann daher die in § 43 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) verwendete Definition der Struktur der Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen Menschen mit Behinderungen Eingliederungshilfe im Sinne des BSHG gewährt wird, herangezogen werden. In Frage kommende Einrichtungen der Behindertenhilfe sind demnach u. a.

- Wohnheime für Behinderte,
- heilpädagogische Heime für behinderte junge Menschen im der §§ 71 Abs. 4 und 43 a SGB XI,
- Übergangswohnheime für psychisch Behinderte,
- Wohnpflegeheime für Behinderte,
- sonstige Heimplätze für körperlich, geistig und psychisch Behinderte.

II. Zulassungsvoraussetzungen

Die entsprechenden Einrichtungen haben einen Rechtsanspruch auf Ermächtigung, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte der antragsstellenden Einrichtung nicht sichergestellt ist. Die Beteiligung von Ärzten der entsprechenden Einrichtung an der vertragsärztlichen Versorgung hat subsidiären Charakter und tritt nur ein, wenn sie notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Wird die Notwendigkeit einer entsprechenden Beteiligung festgestellt, hat die entsprechende Einrichtung einen Anspruch auf Erteilung der Ermächtigung.

Ob und in welchem Umfang die Beteiligung der Ärzte von Einrichtungen der Behindertenhilfe erforderlich ist, richtet sich grundsätzlich danach, ob gegenwärtig eine ausreichende ärztliche Versorgung dieses Patientenkreises gewährleistet ist. In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Teilnahme von Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen Versorgung (Urteil vom 14.12.1982 – 6 RKA 24/81) ist hierbei festzustellen, über welche besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse sowie gegebenenfalls apparativen Ausstattungen die Ärzte verfügen, die zur ausreichenden ärztlichen Versorgung des versicherten Patientenkreises notwendig sind und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden. Dabei soll die spezielle Behandlung auf diejenigen Versicherten ausgerichtet werden, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die

ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Nach dem Gesetzeswortlaut soll also eine einheitliche Behandlung angeboten werden.

Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuss zu richten, in dessen Bereich die Einrichtung gelegen ist. Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen und begrenzen. In dem Ermächtigungsbeschluss ist auch auszusprechen, ob die ermächtigte Einrichtung unmittelbar oder nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

III. Vergütung

Die ambulanten Behandlungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119 a SGB V werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.

G. Versorgung durch die Krankenhausapotheke

In Deutschland erfolgt die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus entweder durch die eigene Krankenhausapotheke, im Wege der Mitversorgung durch die Apotheke eines anderen Krankenhauses oder durch eine krankhausversorgende öffentliche Apotheke. Bislang war die Arzneimittelversorgung durch die Krankenhausapotheke lediglich stationären (vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären) Krankenhauspatienten sowie im Krankenhaus ambulant operierten Patienten (nach § 115 b SGB V) vorbehalten. Durch die im Jahre 2002 vorgenommene Änderung des Apothekengesetzes (ApoG) wurde eine deutliche Verbesserung der Arzneimittelversorgung für ambulante Krankenhauspatienten erzielt. Seither dürfen Arzneimittel von der Krankenhausapotheke auch an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Polikliniken (§ 117 SGB V), an psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), an sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und an ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) zur unmittelbaren Anwendung abgegeben werden. Des Weiteren darf bei der Entlassung von Personen nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln aus Beständen der Krankenhausapotheke mitgegeben werden, sofern im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder Feiertag folgt.

Mit Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 wurde die Abgabe verordneter Arzneimittel aus der Krankenhausapotheke im Rahmen ambulanter Behandlungen durch eine weitere Änderung des § 14 Abs. 4 ApoG ausgeweitet auf die neuen ambulanten Versorgungsformen. Krankenhäuser können gemäß §§ 116 a, 116 b und 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V zur ambulanten Versorgung von Patienten ermächtigt werden oder im Rahmen von besonderen Versorgungsformen mit den Krankenkassen Verträge schließen. Mit dieser Regelung ist klargestellt, dass Krankenhausapotheken somit auch im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) und integrierter Versorgung ambulante Patienten in den Räumen des Krankenhauses versorgen dürfen. Die Abgabe von Arzneimitteln aus der Krankenhausapotheke im Rahmen der ambulanten Behandlung ist an die Voraussetzung geknüpft, dass die Arzneimittel unmittelbar am Patienten zur Anwendung kommen.

Die Neufassung des § 129 a SGB V sieht ferner vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Versicherte vereinbaren, insbesondere die Höhe des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises. Eine Krankenhausapotheke darf zu Lasten von Krankenkassen verordnete Arzneimittel seit dem 01.01.2004 nur abgeben, wenn für sie eine entsprechende Vereinbarung gemäß § 129 a SGB V besteht. Zudem wurde klargestellt, dass die Regelungen für die Übermittlung der Ordnungsdaten öffentlicher Apotheken an die Krankenkassen gemäß § 300 Abs. 3 SGB V auch für die Krankenhausapotheke gelten und Teil der Vereinbarungen nach § 129 a SGB V sind.²

² Einzelheiten zur Arzneimittelversorgung im Krankenhaus sind in einer gesonderten DKG-Broschüre veröffentlicht. Die Broschüre kann über die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Hansallee 201, 40549 Düsseldorf, Fax: 0211/179235-20 oder im Internet unter www.dkvg.de bezogen werden.

Anhang I Vereinbarung zwischen DKG, KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

Vereinbarung

zwischen

der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG),

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

und den Spitzenverbänden der Krankenkassen,

**dem AOK-Bundesverband,
dem BKK-Bundesverband,
dem IKK-Bundesverband,
der Bundesknappschaft,
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK),
dem Arbeiter-Ersatzkassenverband (AEV) und
der See-Krankenkasse**

über

**die Einrichtung einer
gemeinsamen Registrierungsstelle
zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V**

11.12.2003

Präambel

- (1) Durch die Novellierung des § 140 d SGB V beabsichtigt der Gesetzgeber, die integrierte Versorgung durch eine Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2006 zu fördern. Dazu hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jährlich bis zu 1 % der Zahlungen an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zu kürzen und die einbehaltenen Mittel für die Finanzierung der in Verträgen zur integrierten Versorgung vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Voraussetzung für eine Kürzung der Zahlungen ist, dass die Krankenkasse, die ihren Anspruch geltend machen will, einen Integrationsvertrag nach §§ 140 a - d SGB V abgeschlossen hat.
- (2) Diese Vereinbarung regelt ein Verfahren zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen, das den Partnern der integrierten Versorgung die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erleichtert und den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglicht.
- (3) Die Registrierungsstelle ist Ausdruck des gemeinsamen Willens der Selbstverwaltung von Vertragsärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung zu unterstützen.

§ 1 Organisation

- (1) Die Partner dieses Vertrages richten eine gemeinsame Registrierungsstelle für Verträge nach § 140 a ff. SGB V ein.
- (2) Mit der Durchführung der gemeinsamen Registrierungsstelle wird die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS, Düsseldorf) durch die Partner dieses Vertrages beauftragt.
- (3) Einzelheiten der Organisation ergeben sich aus dem Beauftragungsvertrag.

§ 2 Aufgaben der Registrierungsstelle

- (1) Die gemeinsame Registrierungsstelle nimmt die Meldungen der Krankenkassen über Verträge nach § 140 a ff. SGB V entgegen, soweit aus diesen eine Zahlungskürzung nach § 140 d SGB V abgeleitet wird.

11.12.2003

- (2) Die gemeinsame Registrierungsstelle erteilt Auskünfte an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, die von Zahlungskürzungen durch Krankenkassen betroffen sind. Die Registrierungsstelle unterstützt die Krankenkassen insoweit in ihrer Nachweispflicht gemäß § 140 d SGB V.
- (3) Die Registrierungsstelle kann bei offensichtlich fehlender Plausibilität der Angaben die meldende Krankenkasse um Überprüfung bitten. Die Registrierungsstelle darf jedoch die Angaben des Meldebogens nur mit Zustimmung der meldenden Krankenkasse abändern.

§ 3

Meldung von Verträgen nach § 140 a ff. SGB V

- 1) Die Krankenkassen melden den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V der Registrierungsstelle, soweit aus dem Vertrag eine Zahlungskürzung nach § 140 d SGB V vorgenommen wird. Der Meldung sind das vertragskennzeichnende Deckblatt sowie die Unterschriftenseite des jeweils abgeschlossenen Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V in Kopie beizufügen.
- 2) Zur Vertragsmeldung ist ein von der Registrierungsstelle herauszugebender Meldebogen zu verwenden, der folgende Angaben enthält:
 - a) Vertragsbezeichnung,
 - b) Vertragsgegenstand (z.B. Indikation),
 - c) Vertragspartner,
 - d) Vertragsbeginn/-dauer,
 - e) Versorgungsregion,
 - f) geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140 a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen (insbesondere geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten),
 - g) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.
- 3) Die Angabe der Versorgungsregion richtet sich nach den Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene. Die Angabe mehrerer Bereiche und die Angabe des gesamten Bundesgebietes ist zulässig, soweit der Versorgungsauftrag des Vertrags zur integrierten Versorgung dies erfordert.
- 4) Die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Kürzungsquote ist in den jeweiligen Versorgungsregionen einheitlich auf alle Zahlungen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anzuwenden. Die Anwendung der Kürzungsquote richtet sich nach den Anlagen 1 (Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. 2 (Krankenhäuser).

11.12.2003

- 5) Die den Vertrag meldende Krankenkasse haftet für die Richtigkeit der Angaben im Meldebogen. Eine aufgrund einer falschen Meldung vorgenommene Zahlungskürzung ist bei festgestellter Unrichtigkeit der Angaben zurückzuführen.
- 6) Die Krankenkassen melden der Registrierungsstelle wesentliche Veränderungen in Bezug auf die gemeldeten Verträge.

§ 4 Auskunftserteilung

- 1) Die Registrierungsstelle ist verpflichtet, auf Anfragen von Auskunftsberechtigten nach Absatz 3, die schriftlich oder per E-Mail gestellt werden, Auskünfte über die bei ihr gemeldeten Verträge zu erteilen. Die Registrierungsstelle übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der gemeldeten Angaben.
- 2) Die Auskünfte umfassen die Angaben nach § 3 Abs. 2 und müssen es den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ermöglichen, die Berechtigung einer Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe nach nachzuvollziehen. Die gemeinsame Registrierungsstelle führt insoweit auch Übersichten über die aggregierten Abzugsquoten je Krankenkasse und Versorgungsregion.
- 3) Auskunftsberechtigt sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, die von einer Zahlungskürzung durch einzelne oder mehrere Krankenkassen betroffen sind.

Die Partner dieses Vertrages sind sich darin einig, dass auch sie ein Auskunftsrecht gegenüber der Registrierungsstelle erhalten sollen, das in seinem Umfang im einzelnen noch zu vereinbaren ist.

- 4) Die Auskünfte werden ausschließlich schriftlich oder per E-Mail erteilt, um sicherzustellen, dass die Authentizität des Informationsempfängers gegeben ist.

§ 5 Finanzierung

- 1) Die Finanzierung der Registrierungsstelle erfolgt durch die Partner dieser Vereinbarung.
- 2) Die Vertragspartner stimmen einen jährlichen Haushaltsplan ab. Die Verabschiedung des Haushaltsplans kann nur einstimmig erfolgen.
- 3) Die Kosten der gemeinsamen Registrierungsstelle tragen KBV und DKG zu jeweils 10%, die verbleibenden Kosten tragen die Spitzenverbände der Krankenkassen.

11.12.2003

- 4) Auf den verabschiedeten Haushaltsplan entrichten die Beteiligten vierteljährliche Abschlagszahlungen.
- 5) Nach jedem Kalenderjahr, erstmals zum 31. Dezember 2004 ist eine Abrechnung der entstandenen Kosten durchzuführen und unter den Vertragspartnern abzustimmen. Über- und Unterzahlungen sind auszugleichen.

§ 6

Weiterer Regelungsbedarf

Die Partner dieser Vereinbarung werden sich über weitere Fragen zur Umsetzung des § 140 d SGB V rechtzeitig verständigen. Zu den regelungsbedürftigen Sachverhalten zählen auch die Modalitäten der Abwicklung der Schlussabrechnung nach 2006.

§ 7

Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.
- 2) Der Vertrag endet spätestens am 31. Dezember 2007.
- 3) Vor Ablauf dieser Frist kann der Vertrag von jedem Beteiligten zum Ablauf eines Kalenderhalbjahres mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten gekündigt werden.

11.12.2003

Anlage 1: Berechnung der Zahlungskürzung bei Kassenärztlichen Vereinigungen

1) Abschlagszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:

$$\text{errechnete Abzugsquote} \times \text{angeforderter Zahlbetrag} = \text{Kürzungsbetrag}$$

2) Schlusszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:

$$\text{errechnete Abzugsquote} \times (\text{Formblatt 3-Position D 99-90-99 abzgl. fehlerhaft bzw. systematisch abweichend zugeordneter Beträge}) = \text{Kürzungsbetrag}$$

**Gemeinsame Protokollnotiz der Vertragspartner der Vereinbarung
über die Einrichtung einer
gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung
der Umsetzung des § 140 d SGB V**

In § 140 d Abs. 1 SGB V wird Bezug genommen auf die „zu entrichtende Gesamtvergütung“ nach § 85 Abs. 2 SGB V. Hierzu regelt die Anlage 1 der Vereinbarung ein Verfahren zur Berechnung der Zahlungskürzung bei Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Krankenkassen bei der Berechnung dieser Abzugsquote im Sinne von § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V abhängig von Besonderheiten der jeweiligen KV-Region statt der in Anlage 1 der Vereinbarung ausgewiesenen Bezugsgröße (Formblatt 3-Position D-99-90-99) auch die Formblatt 3-Position D-99-90-97 heranziehen können.

11.12.2003

Anlage 2: Berechnung der Zahlungskürzung bei Krankenhäusern

- 1) Für den Abzug nach § 140 d SGB V wird ein neuer Entgeltartenschlüssel „47200001“ festgelegt, der nur in Verbindung mit einem Zahlungssatz verwendet werden kann, d.h. die Zahlungskürzung wird durch die Krankenkasse vorgenommen.
- 2) Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten vor Berechnung des Abzugs nach § 140 d SGB V abgesetzt:

| | |
|----------|---|
| 40000000 | Zuschlag nach § 14 Abs. 8 BpflV (Investitionszuschlag) |
| 41xxxxxx | Entgelt für vorstationäre Behandlung |
| 42xxxxxx | Entgelt für nachstationäre Behandlung |
| 43xxxxxx | Pflegesatz bei Beurlaubung (ggf. bei Abrechnung nach BpflV) |
| 45xxxxxx | Wahlleistung Unterkunft (nur Bundesknappschaft) |
| 46xxxxxx | Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 SGB V Zu- und Abschläge nach GMG |
| 47100001 | Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V) |
| 47100002 | Zuschlag für Institut nach § 139 c SGB V |
| 47100003 | Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntG und § 6 Abs. 5 BpflV, ab 2005) |
| 47100004 | Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntG und § 6 Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 BpflV, ab 2005) |
| 4800000x | DRG-Systemzuschlag |
| 61xxxxxx | Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140 c SGB V |
| 75xxxxxx | Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntG |

- 3) Der von der Krankenkasse auszahlende Zahlungsbetrag wird wie folgt ermittelt:

Abzugsgrundlage (Summe der Entgelte mit Abzug)

+ Entgelte ohne Abzug (s.o.)

./. **Zahlungsbetrag**

Rechnungsbetrag des Krankenhauses

./. (Abzugsgrundlage x max. 0,01, Abzug nach § 140 d SGB V)

Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (Segment ZPR)

11.12.2003

Düsseldorf, Köln, Bonn, Bochum, Essen, Siegburg, Bergisch-Gladbach, Kassel,
Hamburg:

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Kassenärztliche Bundesvereinigung

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesknappschaft

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen

See-Krankenkasse

Verband der Angestellten- Krankenkassen e.V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Anhang II Melde- und Auskunftsformulare der Registrierungsstelle § 140 d SGB V

(Quelle: BQS-Registrierungsstelle § 140 d SGB V)

Meldeverfahren

Meldeformular

BQS Bundesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung gGmbH
Registrierungsstelle § 140 d
Tersteegenstr. 12

Briefkopf oder vollständige Adresse der
meldenden Krankenkasse

40474 Düsseldorf

Fax: 0211-28 07 29 99

Datum:

Meldung über einen Vertrag zur integrierten Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melden wir gemäß § 3 der Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V folgende Daten über einen gemäß § 140 a ff. SGB V abgeschlossenen Vertrag zur integrierten Versorgung:

Der Vertrag trägt die Bezeichnung:

Der Vertrag hat zum Gegenstand (z. B. Indikationen):

Die Partner des Vertrages sind:

Der Vertrag beginnt am und endet am bzw. hat eine Dauer von .

Der Abzug beginnt ab dem .

Der Vertrag führt zu einer Rechnerkürzung in folgenden Versorgungsregion(en):

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KV Bayern | <input type="checkbox"/> KV Berlin | <input type="checkbox"/> KV Brandenburg | <input type="checkbox"/> KV Bremen |
| <input type="checkbox"/> KV Hamburg | <input type="checkbox"/> KV Hessen | <input type="checkbox"/> KV Koblenz | <input type="checkbox"/> KV Mecklenburg- Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> KV Niedersachsen | <input type="checkbox"/> KV Nordbaden | <input type="checkbox"/> KV Nordrhein | <input type="checkbox"/> KV Nord- Württemberg |
| <input type="checkbox"/> KV Pfalz | <input type="checkbox"/> KV Rheinhessen | <input type="checkbox"/> KV Saarland | <input type="checkbox"/> KV Sachsen |
| <input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> KV Schleswig- Holstein | <input type="checkbox"/> KV Südwürttemberg | <input type="checkbox"/> KV Thüringen |
| <input type="checkbox"/> KV Trier | <input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe | <input type="checkbox"/> Bundesgebiet | |

Der Vertrag sieht folgende Vergütungsformen vor:

Er hat ein geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140 a ff. SGB V in Höhe von _____ Euro. Die geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten beträgt _____ Versicherte. Die genannten Werte gelten für das Jahr _____, und gelten bis auf weiteres.

Die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird, beträgt

- _____ Prozent für den Zeitraum von _____ bis _____
- _____ Prozent für den Zeitraum von _____ bis _____
- _____ Prozent für den Zeitraum von _____ bis _____
- _____ Prozent für den Zeitraum von _____ bis _____

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an

Ansprechpartner: _____

Tel. _____

Fax _____

E-Mail: _____

Bei Auskünften bitten wir Sie, den o. g. Ansprechpartner anzugeben.

Die in dieser Meldung gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Änderungen werden wir Ihnen unverzüglich mitteilen.

Eine Kopie des Rubrums und der Unterschriftenseite des gemeldeten Vertrages fügen wir bei. Aus diesen gehen die Vertragsparteien, Ort und Datum der Unterschriften und der Titel des Vertrages hervor.

Mit freundlichen Grüßen

.....

Ort

.....

Datum

.....

Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift

Anlage:

Kopie des Rubrums und der Unterschriftenseite des gemeldeten Vertrages

Auskunftsverfahren

Einzelauskunft

Eine Einzelauskunft ist eine schriftliche Auskunftsanforderung eines Krankenhauses oder einer Kassenärztlichen Vereinigung über einen abgeschlossenen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Sie kann nur aufgrund einer konkreten Rechnungskürzung angefordert werden.

Damit die Auskunftsanforderung bearbeitet werden kann, sind folgende Angaben notwendig:

- a) **Versorgungsregion, für welche die Auskunft erbeten wird (KV-Bezirk des Krankenhauses)**
- b) **Krankenkasse, welche die Kürzung vorgenommen hat**
- c) **für Krankenhäuser: Aufnahme datum des Patienten**
für Kassenärztliche Vereinigungen: Datum der gekürzten Rechnung

- d) Name und Anschrift der anfragenden Stelle, gegebenenfalls Sitz der Betriebsstätte**
- e) Datum der Anfrage**
- f) Ansprechpartner (anfragende Person) und Erreichbarkeit (Telefon, und E-Mail)**
- g) rechtsverbindliche Unterschrift.**

Bei der Registrierungsstelle wird zunächst die Auskunftsberechtigung geprüft. Auskünfte dürfen ausschließlich Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern über die ihre Versorgungsregion betreffenden Verträge gegeben werden. Anschließend wird anhand der Angaben a) bis c) geprüft, ob der Registrierungsstelle ein entsprechender Vertrag gemeldet wurde. Ist das Ergebnis negativ, wird dies entsprechend mitgeteilt.

Ist das Ergebnis der Prüfung positiv, werden in der Einzelauskunft folgende Angaben übermittelt:

- a) Vertragsbezeichnung**
- b) Vertragsgegenstand**
- c) Vertragspartner**
- d) Vertragsbeginn/-dauer**
- e) Abzugsdatum**
- f) vereinbarte Vergütungsform**
- g) Umfang der vereinbarten Vergütung, bezogen auf das Kalenderjahr**
- h) Geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten, bezogen auf das Kalenderjahr**
- i) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird**
- j) Zeitraum, für den die Quote zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht werden kann**
- k) Name und Anschrift der meldenden Krankenkasse**
- l) Datum der Meldung**
- m) Ansprechpartner (meldende Person) und Erreichbarkeit (Tel. und E-Mail), sofern von der meldenden Krankenkasse gewünscht**
- n) Stand der Auskunft**

Diese Informationen werden ausschließlich für den Zweck weiter gegeben, eine Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe nach nachvollziehen zu können. Sie dürfen für andere Zwecke nicht verwendet werden und an Dritte nicht weitergegeben werden.

Sammelauskunft

Eine Sammelauskunft ist eine schriftliche Auskunftsanforderung eines Krankenhauses oder einer Kassenärztlichen Vereinigung über alle für den KV-Bezirk abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Sie kann nur für den KV-Bezirk angefordert werden, in dem das Krankenhaus (dessen Betriebsstätte) seinen (ihren) Sitz hat.

Damit die Auskunftsanforderung bearbeitet werden kann, sind folgende Angaben notwendig:

- a) **Versorgungsregion, für welche die Auskunft erbeten wird (Versorgungsregion der anfragenden Stelle)**
- b) **Name und Anschrift der anfragenden Stelle, ggf. Sitz der Betriebsstätte(n)**
- c) **Stichtag, für den die Auskunft erbeten wird**
- d) **Datum der Anfrage**
- e) **Ansprechpartner (anfragende Person) mit Erreichbarkeit (Tel. und E-Mail)**
- f) **rechtsverbindliche Unterschrift.**

Die Sammelauskunft enthält stichtagsbezogen zum ersten Tag des Monats folgende Informationen:

- a) **Stichtag der Gültigkeit**
- b) **Versorgungsregion**
- c) **Name der meldenden Krankenkasse**
- d) **aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.**

Diese Informationen werden ausschließlich für den Zweck weiter gegeben, eine Zahlungskürzung der Höhe nach nachvollziehen zu können. Sie dürfen für andere Zwecke nicht verwendet werden und an Dritte nicht weitergegeben werden.

Sammelauskünfte können erstmalig zum 01.06.2004 angefordert werden.

Anhang III Erste Beispiele integrierter Vertragsabschlüsse in der Praxis

VdAK Sachsen-Anhalt, Diakoniewerk Halle, Diakonissenkrankenhaus Dessau, St. Marienstift Magdeburg, niedergelassene Ärzte: Kurzstationäre Operationen „Integra“

Barmer und Albertinen Diakoniewerk e.V. in Hamburg: integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen im Bereich der Kardiologie und Kardiochirurgie

Barmer, Krankenhaus Dresden-Neustadt, Hausärzte, niedergelassene Kardiologen u. Internisten: integrierte invasiv-kardiologische Versorgung „CARDIV“

DAK und Wittgensteiner Kliniken AG: stationäre Akutversorgung im Bereich der Kardiologie und Kardiochirurgie, Komplexpauschalen

BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg: Integrationsverträge mit Komplexpauschalen zur Verknüpfung der stationären Akutbehandlung mit der stationären Rehaebhandlung im Bereich der Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenken

Barmer, HEK und Dampf-Gruppe: ambulante, prä- und akutstationäre, rehabilitative Versorgung sowie Nachsorge bei Gelenkersatz (Hüfte und Knie)

Barmer Hessen und fünf orthopädisch ausgerichtete Krankenhäuser der Asklepios Kette in Hessen: Stationäre Akutversorgung u. stationäre Anschlussheilbehandlung bei künstlichem Hüftgelenk

Barmer, Hospitalgesellschaften der Franziskanerinnen Münster-St.Mauritz, Reha- Anbieter Inoges GmbH: Stationäre Akutversorgung u. stationäre Anschlussheilbehandlung bei künstlichen Knie- und Hüftgelenken

Barmer, Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald, zwei Reha-Kliniken aus Sachsen u. 19 niedergelassene Orthopäden: Integrierte Endoprothetische Versorgung „BARIOS“

TKK und LBK Hamburg: Stationäre Akutversorgung u. stationäre Anschlussheilbehandlung bei künstlichem Hüftgelenk; Komplexpauschalen und Mengenrabatt

Barmer, Alfred-Krupp-Krankenhaus (Essen), Kliniken Essen–Mitte und niedergelassene Kardiologen: integrierte kardiologische Versorgung. Garantievereinbarung bei operativen Eingriffen wie bspw. Einsatz medikamentenbeschichteter Stents. Ähnliche Verträge der Barmer in Köln, Recklinghausen, Siegburg und Wuppertal.

Anhang IV Aufbau und Inhalte eines Integrationsvertrags nach § 140 a SGB V

Das folgende Schema veranschaulicht summarisch, auf welche Bestandteile in einem Vertrag zur integrierten Versorgung zu achten ist. Dabei werden sowohl die gesetzlich zwingenden als auch fakultative Bestandteile berücksichtigt. Angesichts der vielfältigen konkreten Ausgestaltungsmöglichkeiten ist dieses Schema lediglich als Grundlage zu verstehen, das den jeweiligen Rahmenbedingungen und individuellen Anforderungen anzupassen ist.

Aufbau und Inhalte eines Integrationsvertrages nach § 140 a SGB V

Vertrag

zur

Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V

zwischen

.....
Leistungserbringer nach § 140 b SGB V
(siehe Erläuterungen Kapitel A III)

und

.....
der/den Krankenkasse(n)
(siehe Erläuterungen Kapitel A III)

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Gegenstand des Vertrages

*Verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. Beispiele dazu **siehe Kapitel A IV.***

§ 3 Geltungsbereich/Versorgungsregion

*Festlegung, für welche Versicherten/Versichertengruppe der vertragsschließenden Krankenkasse(n) die vereinbarten Leistungen erbracht werden sollen.
Festlegung des örtlichen Versorgungsbereichs, also bestimmte Region eines Bundeslandes, gesamtes Bundesland, überregional, bundesweit etc.. Der Versorgungsbereich ist insbesondere abhängig vom Einzugsbereich der Krankenkasse (Ortskrankenkasse oder überregionale Krankenkasse), von den infrastrukturellen Voraussetzungen (z.B. Flächen- oder Ballungsgebiet) und von den vereinbarten Leistungen.*

§ 4 Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten

*Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist für Versicherte freiwillig.
Die formalen Voraussetzungen für Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten an der integrierten Versorgung sollten vertraglich festgelegt werden.
Der Vertrag sollte darüber hinaus auch Regelungen beinhalten, wie und durch welchen Vertragspartner die Versicherten zur Teilnahme motiviert werden (z.B.: Marketing der Krankenkassen; Bonus; geringere Zuzahlung). Versicherte, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, sind nach § 140 a Abs. 3 SGB V umfassend von ihrer Krankenkasse über den Vertrag, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards zu informieren.*

§ 5 Leistungen

Nach § 140 a Abs.1 S.3 SGB V müssen sich das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme aus dem Vertrag ergeben.

Das Leistungsspektrum ist nach § 140 b Abs. 3 SGB V an die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden; danach dürfen Verfahren, die vom Bundesausschuss abgelehnt worden sind, auch im Rahmen der integrierten Versorgung nicht zur Anwendung kommen.

§ 6 Leistungserbringung

Nach § 140 b Abs. 3 SGB V müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen

- *zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten und*
- *eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen sicherstellen.*

Insbesondere bei mehreren Vertragspartnern empfiehlt sich eine vertragliche Festlegung, auf welcher Versorgungsstufe (ambulant/stationär) und von wem welche vereinbarten Leistungen zu erbringen sind.

*Soll ein teilnehmendes Krankenhaus in der integrierten Versorgung auch ambulante Leistungen erbringen, ist dies vertraglich festzulegen. Zu den Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser **siehe Kapitel A V.***

§ 7 Vergütung

*In den Verträgen zur integrierten Versorgung ist nach § 140 c SGB V die Vergütung der vereinbarten Leistungen festzulegen. Zu den Möglichkeiten einer Vergütungsvereinbarung **siehe Kapitel A VI.***

Im Zeitraum 1.1.2004 bis 31.12.2006 ist die in § 140 d SGB V vorgesehene Anschubfinanzierung für vereinbarte Vergütungen in der Integrationsversorgung zu berücksichtigen. Diese hat insbesondere Auswirkungen auf die Vergütung stationärer Leistungen, die in der Integrationsversorgung erbracht werden. Handelt es sich dabei um stationäre Leistungen, die bislang im Krankenhausbudget berücksichtigt waren, werden diese für die Dauer der Anschubfinanzierung weiterhin über das Krankenhausbudget vergütet; eine Bereinigung des Krankenhausbudgets findet nicht statt. Im Integrationsvertrag vereinbarte und erbrachte Mehrmengen oder andere Leistungen des Krankenhauses werden unmittelbar aus der Anschubfinanzierung vergütet.

Soweit zusätzliche Leistungen, wie bspw. Dokumentationsleistungen, gesondert vergütet werden sollen, ist dies vertraglich zu vereinbaren.

§ 8 Qualitätsanforderungen/Qualitätssicherung

Die Vertragspartner der Krankenkassen müssen sich nach § 140 b Abs. 3 SGB V zu einer qualitätsgesicherten Erbringung der vereinbarten Leistungen verpflichten. Es empfiehlt sich eine vertragliche Festlegung der Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen (Bsp.: Geltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach SGB V, Einhaltung von Standards, Leitlinien, Mindestmengen etc.).

§ 9 Dokumentation

Nach § 140 b Abs. 3 SGB V ist eine ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, vertraglich sicherzustellen. Es empfiehlt sich, vertraglich festzulegen, welche Daten zu dokumentieren sind.

§ 10 Datenübermittlung

Vertragliche Regelung zum Verfahren der Datenübermittlung zwischen Leistungserbringern untereinander sowie zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse(n).

§ 11 Datenschutz

Vertragliche Regelung zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

§ 12 Haftung

Jeder Vertragspartner haftet grds. für die Leistungen, die er auf Grundlage des Integrationsvertrages erbringt. Werden vereinbarte Leistungen nicht von den Vertragspartnern auf der Seite der Leistungserbringer selbst erbracht, sondern von diesen veranlasst, kann ein haftungsrechtlicher Rückgriff (Regress) für fehlerhafte oder nicht erbrachte veranlasste Leistungen nur im Innenverhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer geregelt werden.

§ 13 Gewährleistung

Nach § 140 b Abs. 3 SGB V tragen die Vertragspartner der Krankenkasse(n) die Gewährleistung

- *für die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten;*
- *Übernehmen die Vertragspartner die Gewähr für die Erfüllung der organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung.*

§ 14 Öffnungsklausel

Die Vertragspartner können vereinbaren, dass

- *dem Vertrag weitere Krankenkassen und/oder weitere Leistungserbringer beitreten können;*
- *der Vertrag um Leistungen erweitert werden kann.*

Bei einer entsprechenden Öffnungsklausel sollten die Voraussetzungen eindeutig und genau festgelegt werden.

§ 15 Exklusivitätsklausel

Angesichts der Konkurrenzsituation der Krankenkassen untereinander haben einige Krankenkassen ein Interesse an der Vereinbarung eines befristeten Exklusivrechtes auf den vereinbarten integrierten Versorgungsvertrag. In diesem Fall würden sich die Vertragspartner der Krankenkasse verpflichten, für einen vertraglich festgelegten Zeitraum keine ähnlichen oder gleichlautenden Vereinbarungen ohne Zustimmung der Krankenkasse abzuschließen. Damit ist insbesondere angesichts der freiwilligen Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung ein wirtschaftliches Risiko der Vertragspartner der Krankenkassen verbunden. Deshalb empfiehlt es sich, dieses Risiko vertraglich durch entsprechende finanzielle Gewährleistungen der Krankenkassen abzusichern (Bsp.: Für die Dauer des Exklusivrechtes garantiert die Krankenkasse eine pauschale, fallunabhängige Finanzierung in Höhe von XX).

§ 16 Laufzeit und Kündigung

Integrationsverträge sind nicht an die Budgetvereinbarungen nach dem KHEntgG gebunden, sie können daher auch unterjährig vereinbart werden.

Krankenkassen sind u.a. mit Blick auf die bis 31.12.2006 vorgesehene Anschubfinanzierung vielfach an einer entsprechenden Befristung der Vertragslaufzeit interessiert. In diesem Fall bedarf es einer individuellen Abwägung von Aufwand und Nutzen des Krankenhauses.

Die Vereinbarung einer Mindestlaufzeit ohne ordentliche Kündigungsmöglichkeit ist zu empfehlen, um der Umsetzung des Vertrages ausreichend Zeit einzuräumen. Eine ordentliche Kündigung ist dann für den vertraglich festgelegten Zeitraum ausgeschlossen.

§ 17 Schriftform

„Änderungen, Kündigungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.“

§ 18 Salvatorische Klausel

„Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der Vereinbarungen im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn der Vereinbarung entsprechenden Bestimmung ersetzen.“