

Vermerk

Integrierte Versorgung

A. Vorbemerkung

Nach Auffassung des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) müssen im bundesdeutschen Gesundheitswesen dringend tatsächliche Strukturveränderungen erfolgen, denn sonst führen begrenzte Budgets bei steigenden Versorgungsbedarfen quasi zwangsläufig zu höheren Zuzahlungen oder zur Rationalisierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit der Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V hat der Gesetzgeber eine innovative Versorgungsform geschaffen, mit der die starren Sektorengrenzen bei der medizinischen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten überwunden und leistungs- und bedarfsorientierte wirtschaftliche Strukturen geschaffen werden können. Der BDPK, in dem über die Landesverbände der Privatkrankenanstalten Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen organisiert sind, hat daher stets die Einführung der Integrierten Versorgung begrüßt und u.a. durch Informationsveranstaltungen gefördert.

Mit großer Sorge beobachtet der BDPK jedoch die aktuelle Entwicklung bei der tatsächlichen Umsetzung der seit dem 01.01.2004 geltenden neuen Regelungen der Integrierten Versorgung. Nach und nach werden immer mehr Verträge zur Integrierten Versorgung bekannt, wobei der jeweilige Inhalt zumeist der Geheimhaltung unterliegt. Zudem erfolgt die Umsetzung der neu in das Gesetz aufgenommenen Anschubfinanzierung völlig intransparent und wird uneinheitlich gehandhabt. Zwei konträre Gerichtsentscheidungen sind in diesem Zusammenhang bereits ergangen, eine weitere (Sozialgericht des Saarlandes) ist kürzlich hinzugekommen.

B. Positionen des BDPK

Nach Auffassung des BDPK muss die neue Versorgungsform Integrierte Versorgung im Interesse aller Beteiligten umgesetzt werden. Dazu sind folgende Punkte zu beachten:

I. Transparenz

Integrierte Versorgung und insbesondere eine Anschubfinanzierung, die auf einer Umverteilung von Mitteln basiert, kann nur akzeptiert werden, wenn dieses mit absoluter Transparenz einhergeht. Der BDPK fordert daher die Offenlegung aller Verträge zur Integrationsversorgung, auf die sich die Krankenkassen zur Erhebung der Anschubfinanzierung stützen. Der Einbehalt der Mittel muss nach objektiven Kriterien gehandhabt werden.

II. Ziel

Ziel der Integrierten Versorgung muss es sein, mit entsprechenden Konzepten anerkannte und möglichst verbindliche Strukturen und Vorgaben für die Leistungserbringung zu schaffen, damit die jeweils notwendige Leistung bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirtschaftlich erbracht werden kann. Mit der

integrierten Versorgung sollen sektorale Grenzen überwunden und die Versorgungsqualität verbessert werden. Komplexpauschalen herkömmlichen Stils, insbesondere nicht sektorenübergreifende Modelle, erfüllen diesen Anspruch nicht.

III. Regelungen

Die Verträge zur Integrierten Versorgung müssen regeln, wer wann welche Leistungen erbringt. Dies erfordert eine Definition der Leistungen und der Qualität sowie eine Zuordnung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Alle beteiligten Leistungserbringer sollen gleichberechtigte Partner der Verträge nach § 140 b SGB V sein. Die Vorgaben des SGB IX gelten uneingeschränkt auch im Rahmen integrierter Versorgungsformen.

IV. Qualität

Integrierte Versorgung wird nur dann erfolgreich sein und von den Versicherten akzeptiert werden, wenn sich die Versorgung konsequent an der Qualität der Leistungserbringung orientiert, die Effizienz der Versorgung gesteigert und die Patientensouveränität verbessert wird. Ausschlaggebend muss die in den einzelnen Versorgungsbereichen anerkannte Qualität sein.

C. Einzelne Punkte

Im Hinblick auf die aktuelle Entwicklung sollen nachfolgend einzelne Problempunkte erläutert werden:

I. Aktuelle Urteile

(Die angesprochenen Urteile können in der Bundesgeschäftsstelle angefordert werden (Urteil Sozialgericht des Saarlandes liegt noch nicht vor))

Eine Entscheidung des Landessozialgerichts Brandenburg (LSG Brandenburg) setzt sich mit der Frage auseinander, ob und inwiefern der bis zu 1%tige Abzug der Anschubfinanzierung gemäß § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V umzusetzen ist. Das Gericht macht im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes abweichend von der Vorinstanz (SG Brandenburg) unter anderem rechtliche Aussagen zur Legitimität des Finanzierungsabzuges und zu den Voraussetzungen für die Vornahme eines solchen Abzugs. Die Entscheidung betrifft unmittelbar den Fall der Auseinandersetzung zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung, sie ist aber auch für die Krankenhäuser von großer Bedeutung, denn nach der Entscheidung des LSG Brandenburg ist folgendes festzustellen:

- Beim Abzug von bis zu 1 % der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung kommt es nicht darauf an, ob die Krankenkasse, die den Abzug vornimmt, zum Zeitpunkt des Einhalts bereits Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen hat.
- Danach kommt es jedenfalls im Rahmen von Prozessen über die Anschubfinanzierung nicht zu einer gerichtlichen Überprüfung, ob überhaupt ein Vertrag über die Integrierte Versorgung nach Sinn und Zweck der §§ 140 a ff SGB V vorliegt.
- Nachweispflichtig werden die Krankenkassen erst nach drei Jahren, wenn die nicht verbrauchten Mittel zurückzuzahlen sind.

Es ist darauf hinzuweisen, dass durch das LSG Brandenburg im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nur eine summarische Prüfung erfolgte. Nach Auffassung des BDPK widerspricht diese Entscheidung des LSG Brandenburg jedoch dem klaren Gesetzeswortlaut und steht in diametralem Gegensatz zur Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V.

(Weitere Ausführungen erfolgen unten unter Ziffer IV.)

II. Definition Anschubfinanzierung

Zum besseren Verständnis folgen nachstehend einige generelle Aussagen zur Regelung und zum Zweck der Anschubfinanzierung.

1. § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V

Um die Einführung der Integrierten Versorgung zu fördern, hat nach § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel **bis zu 1%** von den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, **soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind.**

Das bedeutet:

- Durch die Anschubfinanzierung werden für die Integrationsversorgung nicht zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, sondern es erfolgt eine Finanzierung über die Neuverteilung vorhandener Mittel. Im Ergebnis soll die bisherige Regelversorgung durch die Integrierte Versorgung ersetzt werden.
- Betroffen von der Rechnungskürzung sind unter bestimmten Voraussetzungen alle Krankenhäuser der entsprechenden Region (KV-Bezirk), soweit diese Versicherte der jeweiligen Krankenkasse behandeln. Betroffen ist auch das an einem Integrationsvertrag beteiligte Krankenhaus. Aber nur dieses hat dann auch die Chance, durch ein entsprechendes Leistungsangebot aus der Anschubfinanzierung vergütet zu werden, sprich einen Teil des pauschalen Abzuges zurück zu erwirtschaften.
- Krankenhäusern werden auch dann die Rechnungen gekürzt, wenn der in der Region geschlossene Integrationsvertrag überhaupt keine Krankenhausleistungen oder Krankenhäuser als Vertragspartner beinhaltet.
- Der Abzug nach § 140 d SGB V wird durch die Krankenkasse, die einen Integrationsvertrag geschlossen hat, bei Zahlung vorgenommen, d.h. das Krankenhaus stellt seine vollständige Rechnung in der bisherigen Form an die Krankenkasse. Diese berechnet den sich ergebenden Abzugsbetrag, behält ihn ein und führt die Summe dem kasseninternen Konto für integrierte Versorgung zu.

2. § 140 d Abs. 1 Satz 3 SGB V

Nach § 140 d Abs. 1 Satz 3 SGB V dürfen die finanziellen Mittel der Anschubfinanzierung, welche durch den Abzug aufgebracht werden, ausschließlich zur Finanzierung der in Integrationsverträgen vereinbarten Vergütungen verwendet werden.

Das bedeutet:

- Die Gesetzesformulierung schließt 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.
- Werden über die Vergütung nach § 140 c SGB V hinausgehende Mittel notwendig, können die Krankenkassen diese aufbringen, denn nach § 140 b Abs. 4 SGB V gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 nicht für Verträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden.

3. § 140 d Abs. 4 SGB V

In den Jahren 2004 bis 2006 wird das Krankenhausbudget eines an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhauses nicht um die Leistungen bereinigt, die dieses in der Integrationsversorgung erbringt.

Das bedeutet:

- § 140 d SGB V regelt das Verhältnis der bislang im Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) vergüteten Leistungen zu den nach § 140 c SGB V vergüteten Leistungen. Leistungen werden weiter über das Krankenhausbudget vergütet, obwohl sie in der Integrationsversorgung erbracht werden. Die Vergütung nach § 140 c SGB V erfasst nur die nicht bereits im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen. Anders ausgedrückt: Erst über das Krankenhausbudget hinaus gehende Mengen (zusätzliche Leistungsmengen in der integrierten Versorgung, andere, bislang vom Krankenhaus nicht erbrachte aber im Integrationsvertrag vereinbarte Leistungen oder zusätzlicher Dokumentations- oder Koordinationsaufwand werden unmittelbar in der Integrationsversorgung und damit aus der Anschubfinanzierung vergütet.
- Es kommt daher – auch für die strategische Entscheidung der Krankenhäuser – stets auf das Krankenhausbudget und die bereits in diesem Rahmen erfassten Leistungen an.

III. Bedenken gegen die Anschubfinanzierung

Aus Sicht des BDPK ergeben sich gegen die Regelung der Anschubfinanzierung folgende generelle Bedenken:

- Der 1%-ige Abzug erfolgt insgesamt betrachtet vom Krankenhausbudget, das nach DRG-Grundsätzen kalkuliert und damit grundsätzlich leistungsgerecht und angemessen ist. Damit entsteht nicht nur eine planmäßige und dauerhafte Kostenunterdeckung, sondern liegt auch ein Eingriff in das nach Art. 14 GG geschützte Eigentum vor. Ein solcher Eingriff ist nur aufgrund eines Gesetzes zulässig. In § 140 d SGB V trifft der Gesetzgeber jedoch nicht selbst eine Regelung, die Art und Umfang des Abzuges regelt, sondern hat dieses der Selbstverwaltung übertragen. Hiermit wird in bedenklicher Art und Weise die gesetzgeberische Vorbehaltstätigkeit delegiert.
- Die Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die Abzüge gemäß § 140 d SGB V sind unzureichend, da den von Kürzungen betroffenen Kliniken die Möglichkeit der vollständigen inhaltlichen Überprüfung der Kürzung verwehrt wird.
- Die zeitliche Befristung der Anschubfinanzierung führt zu erheblichen Unsicherheiten. Zum jetzigen Zeitpunkt kann nicht gesagt werden, ob und

wenn ja, in welchem Umfang Gelder an die von den Kürzungen betroffenen Krankenhäuser zurückerstattet werden.

- Inwieweit die Registrierungsstelle selbst sowie die ihr zugewiesenen beschränkten Auskunftsbefugnisse und Auskunftsmöglichkeiten den verfassungsrechtlichen Anforderungen an Abzugsverfahren (Sonderopfer) genügen, bedarf einer kritischen und umfassenden Überprüfung im Einzelfall.

IV. Voraussetzungen für den Einbehalt

Zur Umsetzung der Verträge zur Integrierten Versorgung können die Krankenkassen nach § 140 d Abs. 1 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser bis zu 1% einbehalten. Nach Auffassung des BDPK sind dabei folgende wesentlichen Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Vorliegen eines Vertrages

Entgegen der Rechtsprechung des LSG Brandenburg darf ein Abzug nur erfolgen, wenn die Krankenkasse einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen hat. Dieses ergibt sich zum einen aus dem klaren Wortlaut des § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V und zum anderen aus der „Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V“ vom Dezember 2003, die die DKG, die KBV und die GKV-Spitzenverbände abgeschlossen haben.

Nach § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V kann ein Einbehalt erfolgen, **soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind**. Der Gesetzgeber stellt damit ausdrücklich klar, dass die Erforderlichkeitsprüfung auf der Basis von geschlossenen Verträgen zu erfolgen hat, die umzusetzen sind. Hätte der Gesetzgeber entgegen dem klaren Wortlaut beabsichtigt, den Krankenkassen zunächst ein gewisses Finanzvolumen zur Etablierung integrierter Versorgungsformen zur Verfügung zu stellen, hätte er in § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V den o.g. Teilsatz nicht anfügen müssen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die gesetzgeberische Begründung einen Gesetzentwurf betrifft, der so nicht in Kraft getreten ist, insbesondere den einschränkenden Teilsatz noch nicht enthielt. Dieser ist erst auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung angefügt worden (BT-DS 15/1584, S. 8). Mit dieser Regelung sollte sichergestellt werden, dass die vorgesehene Anschubfinanzierung nicht als zusätzliche Finanzreserve zeitweise einbehalten, sondern tatsächlich zur Förderung der Integrierten Versorgung verwendet wird (BT-DS 15/1600, S. 14). Da die einbehaltenen Mittel gemäß § 140 d Abs. 1 Satz 3 SGB V ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140 c Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung verwendet werden dürfen, ist eine Kürzung der Rechnungen von dem Nachweis abhängig, dass tatsächlich Integrationsverträge wirksam bestehen. Ohne entsprechende Verträge kann eine Kürzung, die sofort zu Liquiditätsvorteilen der Krankenkasse führt, nicht erforderlich sein. Insoweit ist der Beurteilungsspielraum der Krankenkassen auf Null beschränkt. Auch im Falle des Abschlusses von Verträgen zur Integrierten Versorgung können die erforderlichen Mittel nicht mit abschließender Sicherheit kalkuliert, sondern nur prognostiziert werden. Hier kommt der Krankenkasse ein Beurteilungsspielraum zu, der die Höhe der zu erwartenden Kosten für einen konkreten Vertrag betrifft. Insofern kann es dazu kommen, dass zu hohe Mittel einbehalten wurden und dann – nach drei Jahren – zurückgezahlt werden müssen.

Auch wenn nicht unproblematisch ist, dass es für die „Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V“ keine Rechtsgrundlage gibt, haben die GKV-Spitzenverbände mit der Vereinbarung vertraglich ihre Bereitschaft erklärt, ihrer Nachweispflicht bzgl. der „Erforderlichkeit“ hinsichtlich abgeschlossener Integrationsverträge durch Einreichung bei der Registrierungsstelle Rechnung zu tragen. Gleichzeitig wurde akzeptiert, dass der Abzug nur in Höhe der tatsächlich erforderlichen Mittel erfolgen soll (Äquivalenzprinzip). Nach der Präambel der Vereinbarung gilt folgendes: „Voraussetzung für eine Kürzung der Zahlungen ist, dass die Krankenkasse, die ihren Anspruch geltend machen will, einen Integrationsvertrag nach den §§ 140 a bis d SGB V abgeschlossen hat.“

2. Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff SGB V

Der Geltungsbereich der Anschubfinanzierung erstreckt sich nur auf Integrationsverträge mit Datum 01.01.2004. Darunter können aber auch Altverträge subsumiert werden, soweit sie an die seit 01.01.2004 geltenden gesetzlichen Vorgaben angepasst worden sind.

Nach § 140 a Abs. 1 SGB V muss eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten vorliegen. Weiterhin müssen sich die Vertragspartner der Krankenkasse in den Verträgen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten und die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 u. 11 bis 62 SGB V gewährleisten. Danach handelt es sich z.B. bei faktisch reinen Preisvereinbarungen nicht um Verträge zur Integrierten Versorgung. Auch Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen können nicht fortgeschrieben werden.

3. Volumen der Kürzung und erfasste Leistungen

Das Volumen der Kürzung muss dem tatsächlichen Bedarf angepasst sein. Der Kürzungssatz hängt dabei vom Volumen des abgeschlossenen Integrationsvertrages ab. Sieht ein Integrationsvertrag z.B. ein Finanzvolumen vor, dass umgerechnet eine Rechnungskürzung von 0,4% erfordert, dann darf die Krankenkasse auch nur 0,4% von den vertraglichen Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen einbehalten. **Ein pauschaler Einbehalt ist daher nicht zulässig.** Allerdings steht hier den Krankenkassen ein Beurteilungsspielraum zu.

Nach § 140 d Abs. 4 SGB V kann die Anschubfinanzierung nur zusätzlich vereinbarte Leistungsvolumina bzw. zusätzlichen Aufwand erfassen. Dieses muss bei der Kalkulation der Höhe des Abzugs zwingend berücksichtigt worden sein.

V. Verzicht auf den Einbehalt

Modelle zur Integrierten Versorgung machen langfristig nur Sinn, wenn sie sich finanziell selbst tragen und die Anschubfinanzierung eine Ausnahme ist. Für einen Verzicht auf die Anschubfinanzierung sprechen folgende Aspekte:

- Nach wie vor bestehen rechtliche Bedenken gegen die Regelung und die Durchführung der Anschubfinanzierung. Verträge die nicht mit einer

Anschubfinanzierung kalkulieren, sind von dieser rechtlichen Unsicherheit unabhängig.

- Die Anschubfinanzierung ist bis zum Jahr 2006 befristet. Danach müssen alle Kosten aus dem Integrationsmodell refinanziert werden. Ist ein Modell nicht in der Lage, sich selbst zu finanzieren, stellt sich die Frage, ob dieses Modell überhaupt Sinn macht.
- Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen über kurz oder lang selbst die Initiative ergreifen und Integrationsmodelle vorschlagen werden. Ein Leistungspartner, der in der Lage ist, derartige Modelle für die Krankenkassen kostenneutral darzustellen, dürfte gegenüber anderen Anbietern einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil haben.

VI. Handlungsempfehlungen

1. Entscheidung des LSG Brandenburg

Soweit sich die Krankenkassen auf die Entscheidung des LSG Brandenburg berufen, sollten die betroffenen Krankenhäuser auf den Wortlaut des § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V und die Vereinbarung zur Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V verweisen.

2. Vorbehalt

Sobald Krankenhäuser vom Abzug betroffen sind, sollten sie gegenüber der Krankenkasse schriftlich erklären, dass sie die Zahlungen als Akonto-Zahlungen entgegen nehmen, sich aber die Nachforderung des einbehaltenen Betrages für den Fall vorbehalten, dass eine rechtliche Überprüfung ergibt, dass der Abzug nicht rechtmäßig ist.

3. Informationen

Betroffene Krankenhäuser sollten unverzüglich bei der BQS Informationen über den oder die Verträge einholen. Die entsprechenden Antragsformulare sind von der homepage der BQS (www.bqs-register140d.de) abrufbar. Dabei ist zwischen Einzelauskunft und Sammelauskunft zu unterscheiden:

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

Eine Sammelauskunft ist eine schriftliche Auskunftsanforderung eines Krankenhauses oder einer KV über alle für den KV-Bezirk abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Sie kann nur für den KV-Bereich 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 Abzugsquoten. Mit der Sammelauskunft kann das Krankenhaus die Kürzungsquoten aller Krankenkassen in seinem KV-Bereich im Überblick nachvollziehen.

Darüber hinaus sollten die betroffenen Krankenhäuser auch bei der jeweiligen Krankenkasse die konkreten Verträge zur Integrierten Versorgung anfordern.

4. Widerspruch

Soweit der Abzug von Seiten der Kassen auch nach Ausschöpfung der Daten der Registrierungsstelle nicht nachvollziehbar dargelegt wird, sollten die betroffenen Krankenhäuser dem Abzug dem Grunde und der Höhe nach schriftlich widersprechen.

5. Einschaltung der Verbände

Betroffene Krankenhäuser sollten in jedem Fall ihren Landesverband über den Sachstand informieren.