



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(69)
vom 23.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung
des Gesundheitssystems – GMG u.b.B. der vorgesehenen Re-
gelungen zur Integrierten Versorgung sowie der Anträge von
Abg. H. Seehofer u.a. und Abg. Dr. D. Thomae u.a.

BT-Drs. 15/1170 sowie 15/1174 und 15/1175

Anhörung des Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
vom 23.6.2003, 15. Wahlperiode

Helmut Hildebrandt,
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Stand: 23. Juni 2003



1 Inhaltliche Begrenzung der Stellungnahme

Der Unterzeichner ist aufgefordert worden, als Sachverständiger zu den vorgesehenen Regelungen bzgl. der Integrierten Versorgung in Verbindung mit den §§ 140 a ff Stellung zu beziehen. Insoweit begrenzt sich auch der Inhalt der hier vorgetragenen Äußerungen auf die einschlägigen Bestimmungen sowie auf Empfehlungen zur weiteren strukturellen Erleichterung der einvernehmlich vom Sachverständigenrat und den Gesundheitspolitikern aller Parteien gewünschten Umsetzung der Integrierten Versorgung als zukünftige Regelversorgung. Nur indirekt werden die Aspekte mit berührt, die in gewisser Weise mit dem Thema der verbesserten Verknüpfung der Sektoren verwandt sind.

Da der Antrag des Abgeordneten Dr. Thomae u.a. (FDP) keine Aussagen zum Thema Integrierte Versorgung enthält, wird auf eine Stellungnahme zu diesem Antrag verzichtet.

2 Grundsätzliche Bewertung

Der Gesetzentwurf, wie auch der Antrag der CDU haben die Erleichterung der Umsetzung von Integrierten Versorgungsformen zu einem der Ziele der anstehenden Gesundheitsreform erklärt und dazu eine Reihe von Veränderungen der bisherigen Regelungen zur Verabschiedung vorgeschlagen.

Grundsätzlich wird dieses Ansinnen auch mit den vorgesehenen Regelungen unterstützt, allerdings steht zu befürchten, dass auch weiterhin – wie bisher schon seit Einführung der §§ 140 a-h – die tatsächlich möglichen Erfolgsdimensionen der Einführung von Integrierten Versorgungssystemen bei weitem nicht erreicht werden.

Die grundsätzlich möglichen Erfolgsdimensionen werden nicht erreicht !

Der entscheidende Unterschied zwischen einer Integrierten Versorgung als Regelversorgung und der bisherigen sektoral aufgeteilten Versorgung ist die Veränderung der Anreizwirkungen der Ökonomie. In einer Integrierten Versorgung mit einem dynamisierten Gesamtbudget für eine definierte Zahl von Versicherten hat der Verantwortliche für die Leistungserbringung = der Träger der Integrierten Versorgung ein nicht nur medizinisches und medizin-ethisches sondern zusätzlich auch ein ökonomisches Interesse an der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung seiner Versicherten. Er übernimmt in gewissem Sinne die Verantwortungsebene einer Krankenkasse und erhält dazu gleichzeitig erheblich erweiterte Steuerungsmöglichkeiten auf der lokalen Ebene für die jeweils lokal optimal erbrachte Gesundheitsversorgung – und der Patient bzw. Versicherte kann wählen, ob er sich diesem Modell anschließen will oder nicht.

Bisher finden sich in Deutschland im wesentlichen zwei Varianten der Integrierten Versorgung

- a) Indikationenbezogene Integrierte Versorgung in der Form von Komplexpauschalen etwa für bestimmte Operationen, Hüftendoprothesen, Prostataentfernungen etc. – hier



als die „Light-Variante“ bezeichnet (Beispiele etwa Verträge der AOK in Essen, Wiesbaden u.a., Verträge zwischen LBK und DAK, LOBK und TK, sowie zwischen KVSH und einem Belegkrankenhaus in Lübeck)

- b) Vollumfängliche Verantwortungsübernahme für sich einschreibende Patienten mit einem transsektoral wirkenden Gesamtbudget – hier als die „Full Size-Variante“ bezeichnet (Beispiele etwa die Prosper-Modelle der Bundesknappschaft, die Planung der Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel, die Konzeption eines Integrierten medizinischen Dienstes von vier Behinderteneinrichtungen in Niedersachsen gemeinsam mit vier Kassenverbänden)

Die Light-Variante kann durchaus für beide Vertragspartner zu einem nützlichen Ergebnis führen, so kann z.B. das Krankenhaus seine Fallzahlen selektiv erhöhen, die Qualität verbessern und zu den dann geringeren Kosten produzieren. Die Krankenkassen erhalten zumeist einen Rabatt auf die oberhalb der alten Budgetmengen in Rechnung gestellten Leistungen. Der mögliche Erfolg der „Light-Variante“ wird begrenzt durch die begrenzte Zahl an Indikationen, die sich ohne durch die Leistungserbringer induzierbare Mengensteigerung dafür eignen, zum anderen durch die nicht unbeträchtlichen Transaktionsaufwendungen der Vertragsentwicklung und des Vertragscontrollings.

Die möglichen Erfolgsdimensionen der „Light-Variante“ betragen bei einzelnen Leistungen bis zu 15% und liegen bezogen auf die Gesamtkosten bei etwa 1-2 % der GKV-Gesamtkosten, d.h. 1 – 2,5 Milliarden EUR

Internationale Beispiele und vielfältige Berichte aus der deutschen Fachliteratur weisen auf, dass in der „Full Size-Variante“ und der optimalen Kombination von Verantwortungsübernahme und Reorganisations-Freiheitsräumen in einem Prozentsatz von bis zu 20 % Reserven der jetzigen sektoral begrenzten Gesundheitsversorgung gehoben werden können. Auch bei einer Gegenrechnung von Investitionsbedarfen und Aufwendungen für die Steuerungsleistungen und das System-know-how ist weiterhin mittelfristig auch bei konservativer Rechnung und einer Marktdurchdringung von etwa 50% mit einer mindestens mit 3%, eher mit 5% auf die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung anzusetzenden Einsparungsmöglichkeit d.h. ca. 5 – 7 Milliarden EUR zu rechnen – bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung in etwa gleicher prozentualer Größenordnung. Die Erfahrungen der Bundesknappschaft mit ihrem PROSPER-Pilotversuch einer Integrierten Versorgung gelangen sogar zu noch höheren Einsparerfolgen.

Die möglichen Erfolgsdimensionen der „Full-Size-Variante“ liegen bei 3-5% der Gesamtkosten der GKV, d.h. 5 – 7 Milliarden EUR

Die kurzfristige Aufgabe des Gesetzentwurfs zu einer Entlastung der GKV in 2004 verhindert eine entsprechende Würdigung dieser mittelfristigen Chancen. Für eine verantwortungsvolle und auf nachhaltige Zukunftssicherung angelegte Gesundheitsversorgung bleibt eine **Entbürokratisierung** und **Liberalisierung** der Gesetzgebung und der Regelungsinstanzen zugunsten einer wirklichen Integrierten Versorgung mit Budgetverantwortung gleichwohl unverzichtbar, um die Grundvoraussetzungen für eine solidarische Krankenversicherung zu erhalten und schnellstmöglich die oben dargestellten Erfolgswirkungen zu erzielen.

In der folgenden Stellungnahme werden auf diesem Hintergrund die vorgesehenen Veränderungen des GMG einer kritischen Würdigung unterzogen sowie weitere Vorschläge für konkrete Erleichterungen gemacht.



Besondere Aufmerksamkeit wird zusätzlich einer Reihe von steuerrechtlichen Fragestellungen zugewandt, für deren Ausarbeitung der Verfasser sich bei der Fachanwältin für Steuerrecht, Frau RAin Hildegard Hesselmann, bedankt.

Da die für die Umsetzung von Integrierter Versorgung aufzubauenden Gesundheitsunternehmen auch eine massive arbeitsmarktpolitische sowie allgemein wirtschaftspolitische Bedeutung haben, wird darüber hinaus ein **Programm zur Wirtschaftsförderung** in der Integrierten Gesundheitswirtschaft vorgeschlagen. Mittelfristig wird für die bundesdeutsche Gesundheitswirtschaft ihre Bedeutung im europäischen Kontext u.a. davon abhängen, wie sie es schafft, schnell das System-Know-how zum Betreiben von Integrierten Versorgungssystemen zu entwickeln.

Für weitere Rückfragen zur Stellungnahme generell:

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg
Telefon: 040 – 5148 55-0
Telefax: 040 - 5148 55-14
E-Mail: hh@gesundheitsconsult.de
Website: <http://www.gesundheitsconsult.de>

Für die steuerrechtlichen Fragen:

Hildegard Hesselmann
Fachanwältin für Steuerrecht
Neuer Wall 10
20354 Hamburg
Telefon: 040 – 35 47 32
Fax: 040 – 35 71 20 44
E-mail: mail@kanzlei-hesselmann.de



Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>Inhaltliche Begrenzung der Stellungnahme</u>	2
<u>2</u>	<u>Grundsätzliche Bewertung</u>	2
<u>3</u>	<u>Stellungnahmen zu einzelnen Bestimmungen des GMG-Entwurfs BT 15/1170</u>	6
3.1	<u>§ 28 Abs. 4 SGB V - Praxisgebühr</u>	6
3.2	<u>§ 62 a SGB V – Bonus für Versicherte</u>	7
3.3	<u>§ 95 SGB V – Zulassung von Gesundheitszentren</u>	8
3.4	<u>§ 119a Ambulante Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung</u>	9
3.5	<u>§ 129 Abweichungen vom Arzneimittelabgabepreis</u>	10
3.6	<u>§ 130 b SGB V – Zulassung von Positivlisten und Rabatten</u>	10
3.7	<u>§ 140 a – d (neu) SGB V – Integrierte Versorgung</u>	11
3.8	<u>§ 140 a ff SGB V – Integrierte Versorgung : Ausgewählte steuerliche, Datenfluß- und betriebswirtschaftliche Probleme</u>	17
	a) <u>Zur Umsatzsteuer:</u>	17
	b) <u>Zur Gemeinnützigkeit:</u>	17
	c) <u>Zur Gleichstellung von Integrierter Versorgung und Regelversorgung nach Krankenhausförderungsrecht:</u>	18
	d) <u>Zum Datenfluss:</u>	18
	e) <u>Zur Integration von „Besonderen Therapierichtungen“</u>	19
	f) <u>Zur Änderung der BPflV und des KHEntG für Vereinbarungen von IV-Systemen mit Krankenhäusern</u>	20
	g) <u>Förderung von Integrierter Versorgung durch Möglichkeiten des Vertragsschlusses auch mit Privaten Krankenversicherungen</u>	20
	h) <u>Ausweitung der Möglichkeit für die Übernahme von Budgetverantwortung in der Integrierten Versorgung auch auf das Recht der Pflegeversicherung, der Rehabilitation, der Renten- und der Unfallversicherung</u>	21
<u>4</u>	<u>Stellungnahme zum Antrag der Abg. Seehofer u.a. BT 15/1174</u>	22
<u>5</u>	<u>Vorschlag für ein zusätzliches Anreizprogramm zur wirtschaftspolitischen Förderung von Unternehmensentwicklungen im Bereich der Integrierten Versorgung</u>	23
<u>6</u>	<u>Anhang:</u>	25
6.1	<u>Weshalb Integration der Versorgung</u>	25
6.2	<u>Was ist bisher bzgl. Integration herausgekommen?</u>	25
6.3	<u>Die entscheidenden Erfolgsfaktoren der IV / Chancen für die Zukunft</u>	26
6.4	<u>Was hat bisher die Umsetzung der Integrierten Versorgung nach § 140 behindert?</u>	28



3 Stellungnahmen zu einzelnen Bestimmungen des GMG-Entwurfs BT 15/1170

3.1 § 28 Abs. 4 SGB V - Praxisgebühr

Die Zahlung der vorgesehenen Praxisgebühr entfällt u.a. für Versicherte, die an einer integrierten Versorgung teilnehmen

Stellungnahme

Das Entfallen der Praxisgebühr soll für die Versicherten einen Anreiz erzeugen, sich in Modelle der Integrierten Versorgung einzuschreiben. Ein solcher Anreiz würde zwar sicherlich erzeugt, es stellt sich aber die Frage, ob der Anreiz a) überhaupt nötig ist und b) die Festlegung des Integrierte Versorgungssystem durch den Gesetzgeber nicht viel zu starr reglementiert.

Integrierte Versorgungssysteme, die sich durch überlegene Qualität gegenüber der Regelversorgung auszeichnen wollen, werden darüber hinaus ungerechtfertigter Weise in die Ecke eines „Billig-Modells“ gedrängt. Gleichzeitig wird Ihnen bzw. ihren Vertragspartnern auf der Krankenkassenseite Einnahmen aus der Praxisgebühr vorenthalten, die es entweder erschweren, gegenüber der Regelversorgung wirtschaftliche Vorteile zu erzielen, oder sogar schon vorab den Abschluss von Verträgen erschweren.

Andererseits kann der Verzicht auf die Praxisgebühr durchaus als eine Art Bonusoption angesehen werden. Hierbei wäre es sinnvoll, diese Option z.B. einzuräumen, wenn abgesehen von akzeptierten Ausnahmen der Versicherte sich innerhalb des Rahmens der vertraglich einbezogenen Partner bewegt.

Veränderungsbedarf

Umwandlung in einer Kann-Bestimmung: Integrierte Versorgungssysteme können für die von Ihnen umfassten Versicherten auf die Einziehung der Praxisgebühr ganz oder teilweise verzichten und diesen Verzicht mit Bedingungen verknüpfen. Die veränderte Einziehungsregelung gilt jeweils für ein Jahr und ist jeweils am Ende eines Jahres neu festzulegen und den Versicherten bekannt zu machen.



3.2 § 62 a SGB V – Bonus für Versicherte

Abweichend von § 31 Abs. 3 Satz 1 und 4 leisten Versicherte, die ... an einer integrierten Versorgung nach § 140a teilnehmen, für die Dauer der Teilnahme an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen 2 Euro (statt neu 4) je Packung, für mittlere Packungsgrößen 3 (statt neu 6) Euro je Packung und für große Packungsgrößen 4 (statt neu 8) Euro je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; die Krankenkasse hat den Versicherten eine Bescheinigung über die Teilnahme zur Vorlage bei der abgebenden Stelle auszustellen.

Stellungnahme

Die Herabsetzung der Zuzahlungen soll für die Versicherten einen Anreiz erzeugen, sich in Modelle der Integrierten Versorgung einzuschreiben. Ein solcher Anreiz würde zwar sicherlich erzeugt, es stellt sich aber – wie schon in der Stellungnahme zu § 28 die Frage, ob der Anreiz a) überhaupt nötig ist und b) die Festlegung durch den Gesetzgeber nicht das Integrierte Versorgungssystem viel zu starr reglementiert.

Integrierte Versorgungssysteme, die sich durch überlegene Qualität gegenüber der Regelversorgung auszeichnen wollen, werden darüber hinaus ungerechtfertigter Weise in die Ecke eines „Billig-Modells“ gedrängt. Gleichzeitig wird Ihnen bzw. ihren Vertragspartnern auf der Krankenkassenseite Einnahmen aus der Zuzahlung vorenthalten, die es entweder erschweren, gegenüber der Regelversorgung wirtschaftliche Vorteile zu erzielen, oder sogar schon vorab den Abschluss von Verträgen erschweren.

Veränderungsbedarf

Umwandlung in einer Kann-Bestimmung: Integrierte Versorgungssysteme können für die von Ihnen umfassten Versicherten auf die Zuzahlung zu den Arzneimitteln ganz oder teilweise verzichten bzw. je nach Distributionsort bzw. -medium (Versandhandel etc.) reduzierte Zuzahlungen vorsehen. Die veränderten Zuzahlungsregelungen gelten jeweils für ein Jahr und sind jeweils am Ende eines Jahres neu festzulegen und den Versicherten bekannt zu machen.



3.3 § 95 SGB V – Zulassung von Gesundheitszentren

Hiermit wird die Zulassung von Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Derartige Gesundheitszentren können dabei z.B. als BGB-Gesellschaft oder GmbH durch öffentliche oder private Träger organisiert werden. Krankenhäuser nach § 107 werden aber von der Trägerschaft ausgeschlossen.

Stellungnahme

Die Ermöglichung der Gründung derartiger Gesundheitszentren ist erwünscht und folgt einem Trend in der Medizin, der zu immer größeren Kapitalbedarfen führt, die in der freiberuflichen Form allein nicht sinnvoll organisiert werden können. Gleichzeitig werden damit viele bereits heute existenten Umgehungsvertragsformen überflüssig und Rechtssicherheit wird hergestellt.

Unverständlich bleibt der Ausschluss von Krankenhäusern als Träger derartiger Einrichtungen. Zum einen erscheint uns der Ausschluss juristisch kaum haltbar und auch letztendlich nicht durchsetzbar (Könnten sich also Töchter von Krankenhäusern beteiligen? Dürften sich Krankenhäuser nur bis zu 49% beteiligen? Dürften sich Privatpersonen, die auch in geschäftlicher oder organrechtlicher Beziehung zum Krankenhaus stehen beteiligen? ...), zum anderen ist es unter dem Aspekt der Integration der Versorgungssektoren gerade in hohem Maße sinnvoll, derartige Möglichkeiten der Trägerschaft zu eröffnen.

Man stelle sich umgekehrt vor, dass es z.B. einer Gruppe von Vertragsärzten verboten würde, sich als Gesellschafter an einer Krankenhausbetriebsgesellschaft zu beteiligen. Derartige Verbote sind Überregulierungen.

Veränderungsbedarf

Streichung des Nebensatzes „...mit Ausnahme der Einrichtungen nach § 107.“ im Absatz 1 (1) Zeile 6



3.4 § 119a Ambulante Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung

Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Rehabilitation von Behinderten mit ärztlich geleiteten Abteilungen erhalten ein Vertragsrecht mit Krankenkassen zur Erbringung von ambulanten medizinischen Leistungen.

Stellungnahme

Die Regelung antwortet auf ein aktuelles Problem in der Versorgung von geistig Behinderten und solchen mit Mehrfachbehinderungen. Der Unterzeichner hat vor kurzem gerade eine analoge Antwortmöglichkeit auf der Basis des § 140b SGB V mit einer Gruppe von niedersächsischen Behinderteneinrichtungen und vier Krankenkassenverbänden entwickelt. Dabei wurde deutlich, dass die singuläre Ausrichtung auf eine subsidiäre Möglichkeit der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen der aktuellen Problemlage nicht gerecht wird. Erfolgreiche medizinische Versorgung für Behinderte beinhaltet neben ambulanten ärztlichen Leistungen auch notwendigerweise komplexe weitere Hilfs- und Koordinationstätigkeiten, u.a. z.B. physiotherapeutische Leistungen, Arzneimittelgabe, kompetente Notfallversorgung, krankenhausersetzende Pflege etc. Gleichzeitig wird ein fachspezifisches Know-how seitens der Ärzte abgefragt, das durch Niedergelassene Vertragsärzte außer bei einer Spezialisierung auf Behindertenmedizin kaum fachlich kompetent erbracht werden kann noch unter den Bedingungen der Vergütungsordnungen erbracht wird.

Die vorgesehene Regelung erfüllt diese Aufgaben nicht. Stattdessen wird vorgeschlagen, den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Rehabilitation von Behinderten ein Vertragsrecht nach § 140 b einzuräumen.

Veränderungsbedarf

Streichung und Einräumung eines Vertragsrechts für Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Rehabilitation von Behinderten in § 140 b.

Alternativ Beibehaltung des obigen § 119a und Verweis auf den § 140 b und die Möglichkeit für die Vereinbarung von Komplexleistungen.



3.5 § 129 Abweichungen vom Arzneimittelabgabepreis

Ergänzung des § 129 Absatz 5a -neu: „Die Krankenkassen oder ihre VerbändeNEU: sowie Träger der Integrierten Versorgung.....können mit Apotheken für den Versand von Arzneimitteln oder für die Abgabe von Arzneimitteln in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen (§ 130b) den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis abweichend von den Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes vereinbaren. Dabei sollen auch Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung des Versicherten durch die Apotheke vereinbart werden.

Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen. Sie erlaubt den Systemen der Integrierten Versorgung notwendige Freiheitsräume für die Arzneimittelpreisgestaltung sowie Distribution und Qualitätssicherung in der Beratung. Gleichzeitig erlaubt sie die Erringung von Wirtschaftlichkeitsvorteilen, die eine Refinanzierung der Systemaufbau-Aufwendungen leichter werden lassen.

Veränderungsbedarf

Keiner.

3.6 § 130 b SGB V – Zulassung von Positivlisten und Rabatten

§ 130b neu: Zulassung von Positivlisten und Rabatten in „vereinbarten Versorgungsformen“, d.h. u.a. auch die Möglichkeit von Direktverhandlungen für Arzneimittel mit Herstellern .

Stellungnahme

wie unter 3.6.

Veränderungsbedarf

Keiner



3.7 § 140 a – d (neu) SGB V – Integrierte Versorgung

Die hier diskutierten Veränderungen umfassen:

- a) Einschränkung des Sicherstellungsauftrags für die KV für die Versorgung der Versicherten in der Integrierten Versorgung
- b) Aufhebung des Anspruchs der Versicherten auf eine umfassende Information durch die teilnehmenden Leistungserbringer (§ 140 a Buchstabe b)
- c) Erweiterung der vertraglichen Möglichkeiten für einen Vertragsschluss nach § 140 a auch auf die neu zugelassenen Gesundheitszentren sowie „Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten“
- d) Ermöglichung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen für die Integrierte Versorgung (§140 b Abs. 2)
- e) Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bis zum 31. Dez. 2006 (§140b Abs. 4)
- f) Abweichungsmöglichkeit vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus (§140b Abs. 4 Satz 2)
- g) Beitritt Dritter nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§140b Abs. 5)
- h) Begrenzung der Beliebigkeit der Inanspruchnahme Dritter Leistungserbringer (§140c Buchstabe b Satz 3 neu)
- i) Bereinigungen und Ausgleiche werden entschlackt (§140d und Aufhebung e-f)
- j) Streichung §140g SGB V

Stellungnahme

a) Ad Einschränkung des Sicherstellungsauftrags: Die Einschränkung ist bedarfsgerecht, die Formulierung erscheint aber fraglich und sollte überarbeitet werden.

b) Ad Aufhebung des Anspruchs der Versicherten auf Information durch die Leistungserbringer: In der Kommentierung wird hier ein zu hohes finanzielles Risiko als Grund der Aufhebung angesehen. Dem gegenüber könnte bei einer Aufhebung ein Risiko entwickelt werden, dass konkurrierende Leistungserbringer das Heilmittelwerbegesetz gegen die notwendige Information der Versicherten anführen. Der Unterzeichner schlägt deshalb vor, die alte Formulierung beizubehalten, aber die Veröffentlichung per Internet als ausreichende Information anzusehen.

c) Ad Erweiterung der vertraglichen Möglichkeiten für einen Vertragsschluss (§ 140 b):

Die Erweiterung der Vertragsschlussmöglichkeit auf die neu zugelassenen Gesundheitszentren (Ziffer 3) und auf die „sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern“ ist zu begrüßen.



Die zusätzliche Erweiterung auf „Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten“ erscheint überarbeitungsbedürftig. Gemeint sind damit laut Kommentierung „Managementgesellschaften“. Allerdings besteht nach wie vor ein gewisses Auslegungsproblem, wie diese Managementgesellschaften als "Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung anbieten" zu verstehen sind. Will der Gesetzentwurf damit erreichen, dass nur Träger von zugelassenen Einrichtungen Gesellschafter dieser Managementgesellschaften werden können?

Abgesehen von der Frage der Durchsetzbarkeit dieser Begrenzung wird sich im praktischen Marktgeschehen ohnehin eine Beteiligung der Leistungserbringer anbieten, da die Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite sicherlich eine gewisse Kontrolle auf den Träger der Integrierten Versorgung behalten wollen. Auf der anderen Seite benötigt die Gründung von IV-Systemen in erheblichem Umfang Kapital (z.B. für IT-Vernetzung, für den Vertrags- und Systemaufbau, für die Entwicklung integrierter medizinischer Behandlungsabläufe wie auch schon zur Gewährleistung der Versorgung gegenüber den Krankenkassen), so dass eine Beteiligung auch von Dritter Seite wünschenswert ist und zur kurzfristigen und massiven Entfaltung der möglichen positiven Wirkungen von Integrierter Versorgung für die GKV auch notwendig ist. Der Unterzeichner dieser Stellungnahme hat in den letzten Jahren umfangreiche Ausarbeitungen mit Juristen entwickelt, um hierzu vernünftige Lösungen zu entwickeln. Zur Vereinfachung empfehlen wir deshalb hier dringend eine größere Liberalisierung und schlagen vor hier für die vorne diskutiert „Full-Size-Variante der Integrierten Versorgung den Begriff der **„Unternehmen der Integrierten Versorgung“** einzuführen. Auf der anderen Seite heißt das damit gleichzeitig, dass gewisse Vorgaben für derartige Gesundheitsunternehmen zu treffen sind. So sollten diese Unternehmen in Analogie zu den Einrichtungen nach § 108 SGB V eine Ärztliche Leitung vorweisen sowie ihre Beteiligungsstruktur und einen Qualitätsbericht jährlich in Analogie zu den Anforderungen an Krankenhäuser im Internet öffentlich machen müssen.

Zusätzlich – wie schon bei unserer Stellungnahme zu § 119a angemerkt – schlagen wir vor, eine weitere Ziffer zu möglichen Vertragspartnern einzuführen: So sollten auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe und Träger von Rehabilitationseinrichtungen für Behinderte vertragsberechtigt werden, gleiches gilt für alle anderen Einrichtungen, ob im Heimbereich nach SGB V oder XI, nach BSHG oder auch für zugelassene Leistungserbringer nach dem Apothekengesetz.

d) Ad Ermöglichung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen (§140 b Abs. 2): Krankenkassen können unselbständige Eigeneinrichtungen mit eigenem Personal der Krankenkassen oder, auch zusammen mit anderen Krankenkassen oder Verbänden von Krankenkassen, selbständige Eigeneinrichtungen als juristische Person des Privatrechts zur Durchführung einer integrierten Versorgung gründen. Nach Auffassung des Unterzeichners führt hier der Gesetzentwurf eher zu neuen und ganz grundsätzlichen Problemen für die Verbreitung von Integrierter Versorgung als zu einer Erleichterung.

- Es könnte – wie in der Schweiz – die Befürchtung entstehen, dass Krankenkassen über Vertrags- und Preisgestaltungen Quersubventionierungen zwischen ihren Aufgaben in der Regelversorgung und ihrer „Tochtergesellschaft“ Integrierter Versorgung vornehmen könnten. Diese Befürchtung hat zu umfangreichen Studien in der Schweiz geführt und die Ausbreitung von Integrierter Versorgung behindert.



- Es entsteht ein massives ordnungspolitisches Problem der Konkurrenz zwischen den Krankenkassen als (vor einem privatwirtschaftlichem Wettbewerb geschützten) Körperschaften des öffentlichen Rechts und privatwirtschaftlichen Marktteilnehmern, die ihrerseits wiederum auf Vertragsschlüsse mit den Körperschaften des öffentlichen Rechts angewiesen sind. Damit stünde auch zu befürchten, dass diese Regelung die Bereitschaft von Leistungserbringern, in den komplexen Prozess des Aufbaus eines IV-Systems zu investieren, eher verringern als fördern wird. Krankenkassen könnten geneigt sein, die Ausarbeitungen von Unternehmen der Integrierten Versorgung dazu zu nutzen, selber eigene IV-Unternehmen zu gründen oder zumindest mit der Drohung der Gründung Preisabschläge einzufordern, die zu einer wirtschaftlichen Betätigung im Widerspruch stehen.

Wenn man Krankenkassen Unternehmenscharakter und damit marktwirtschaftliche Betätigung geben möchte, ein Gedanke, der unter dem Aspekt der Europäisierung durchaus grundsätzlicher Diskussionen bedarf, so sind dabei ganz grundsätzliche Fragen zu klären, die vom Umsatzsteuerrecht über das Kartellrecht bis hin zu den Organisations- und Überwachungsformen reichen. Ein Schnellschuss im Bereich der Integrierten Versorgung sollte daher vorher sehr systematisch überlegt und in Verbindung mit den grundsätzlichen Zielvorstellungen einer Überführung aus dem Bereich der KÖR etwa in Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit – VvaG diskutiert werden.

Im übrigen ist die zutreffende und genau argumentierende Begründung des Ausschlusses von Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Integrierten Versorgung in der Kommentierung – hier wird mit den ansonsten auftretenden Interessenkonflikten argumentiert – ein Vorbild für einen analogen Ausschluss von Krankenkassen als Besitzer/Träger von IV-Systemen.

e) Ad Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bis zum 31. Dez. 2006 (§140b Abs. 4): Diese Förderoption für den Aufbau von Integrierter Versorgung erscheint sinnvoll und wird begrüßt. Zur Vermeidung von ungerechtfertigten Beitragssatzschwankungen sollte überlegt werden, ob derartige Förderungen in einer Relation zu den durch die Integrierte Versorgung erwirtschafteten Vorteilen in der Zukunft auf mehrere Jahre abgeschrieben werden können. Alternativ könnte auch an die Vergabe von zeitbegrenzten zinslosen Krediten gedacht werden. Eine weitere Förderungsmöglichkeit im Bereich der Wirtschaftsförderung schlägt der Unterzeichner noch an späterer Stelle vor.

f) Ad Abweichungsmöglichkeit vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus (§140b Abs. 4 Satz 2): Diese Option ist zu begrüßen und erlaubt sinnvolle Kooperationen über die Sektorengrenzen hinweg.

g) Ad Beitritt Dritter nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§140b Abs. 5): Beabsichtigt ist hiermit eine Klarstellung, dass Dritte Krankenkassen nicht gegen den Willen der ursprünglichen Vertragspartner beitreten können. Da dieses im Vertragsverhältnis zwischen dem IV-Träger und den am Vertrag beteiligten Krankenkassen – sofern gewünscht – auch direkt geregelt werden kann, wird diese Bestimmung vom Unterzeichner als überflüssig angesehen. Sie könnte sich sogar als Hemmnis für die weitere Verbreitung des Anteils an Integrierter Versorgung in der Gesamtversorgung herausstellen. Zumindest für die Refinanzierung der benötigten Investitionen wäre es hilfreich für die Unternehmen der Integrierten Versorgung, wenn sie möglichst schnell eine große Zahl von eingeschriebenen Versicherten betreuen würden.



h) Begrenzung der Beliebigkeit der Inanspruchnahme Dritter Leistungserbringer (§140c Buchstabe b Satz 3 neu)

Ein schwer zu kalkulierendes Risiko für die Integrierte Versorgung in der Art der „Full-Size Modelle“ ist die bisher definierte Freizügigkeit der eingeschriebenen Versicherten, sich auch außerhalb der Vertragspartnergemeinschaft der Integrierten Versorgung medizinische Leistungen auf Kosten der Vertragspartner besorgen zu können. Dies wird mit der Änderung auf diejenigen Situationen beschränkt, die der Vertrag zwischen Krankenkasse und IV-Systempartner (und Versicherten) vorsieht. Diese Regelung ist zu begrüßen, da sie für IV-Systeme etwas mehr Planungssicherheit schaffen kann. Allerdings reicht diese Regelung nach unserer Auffassung nicht aus. Eine vollständige Beschränkung der Möglichkeit, Dritte Leistungserbringer in Anspruch nehmen zu können, würde sich für die Einschreibung von Versicherten prohibitiv auswirken. Sinnvoller ist die in den USA außerordentlich erfolgreiche und attraktive Variante der sog. POS-Modelle, in denen Versicherte gestaffelte Zuzahlungen von 10-20 % bis auch noch höher zu den Versorgungskosten außerhalb der Managed Care Systeme leisten.

Zur Förderung der Akzeptanz sollte zur Sicherheit für die Integrierte Versorgung ebenfalls die Möglichkeit vorgesehen werden, dass IV-Systeme für derartige (außervertragliche) Inanspruchnahmen Eigenbeteiligungen der Versicherten vertraglich vorsehen können. Die Einführung derartiger Eigenbeteiligungen sollte von einem Sonderkündigungsrecht der Versicherten begleitet werden, sodass IV-Systeme auf marktwirtschaftlichem Weg an einer zu hohen Eigenbeteiligung gehindert werden.

i) Ad Bereinigungen und Ausgleiche (§140d und Aufhebung e-f): Beabsichtigt ist hiermit eine Aufhebung von „Hemmnissen, Defiziten und Handicaps unterschiedlichster Art“ lt. Kommentierung. Dieses ist mit dem vorgeschlagenen Regelung im Prinzip gelungen und wird begrüßt. Die Regelung bzgl. der Abgrenzung der Gesamtvergütung ist evtl. sogar bereits schon wieder zu detailliert und überregulierend. Zum einen ist es nicht unbedingt erforderlich, dass überhaupt eine solche Bereinigung erfolgen muss (vgl. das Elbe-Jeetzel-Modell der Integrierten Versorgung). Zum anderen ist es u.a. auch denkbar, die Gesamtvergütung entsprechend den RSA-Normwerten der entsprechenden Versicherten zu bereinigen. Dieses Verfahren wäre sehr viel einfacher und – sofern die Versichertenpopulation keine auffallende Besonderheit in der Morbidität aufweist – durchaus gerechtfertigt. Wir schlagen daher eine Liberalisierung des vorgesehenen Absatzes vor. Gleichzeitig soll damit die Rolle der Träger bzw. Unternehmen der Integrierte Versorgung gestärkt werden. Nach der bisherigen Textfassung hatten diese keinerlei Rechte, sondern ausschließlich die Krankenkassen. Sofern dies aus rechtssystematischen Gründen erfolgte, sollte an geeigneter Stelle noch einmal gesondert ein direktes Recht für die Träger geschaffen werden.

Eine Notwendigkeit und eine Berechnungsform für eine Bereinigung des Krankenhausbudgets ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Dies wird begrüßt. Die Vertragspartner auf der Krankenkassenseite werden ohnehin eine angemessene Regelung zur Bereinigung des Budgets vorsehen wollen – angesichts der jeweils unterschiedlichen lokalen Situation und angesichts der zunehmend geringer werdenden Bedeutung des Budgets bis zum Jahre 2007 gibt es keine Notwendigkeit für einen regulierenden Eingriff des Gesetzgebers.

j) Ad Streichung §140g SGB V: In der alten Gesetzesformulierung war hier eine Bonusoption vorgesehen gewesen, die Krankenkassen ihren Versicherten, die sich in die Integrierte Versorgung eingeschrieben haben unter bestimmten Bedingungen gewähren konnten. Die Strei-



chung dieser Regelung ist sinnvoll, wenn auf der anderen Seite - wie hier vorgeschlagen - fakultative Bonusoptionen im Sinne reduzierter Arzneimittelzuzahlungen und Praxisgebühren sowie zusätzlicher Erstattungen von Leistungen der „Besonderen Therapieformen“ ermöglicht werden.

Insgesamt sollte im Blick behalten werden, dass Integrierte Versorgung durch zuviel Bonusangebote nicht das Image eines „Billig-Produktes“ erhält.

Veränderungsbedarfe

a) Ad Einschränkung des Sicherstellungsauftrags in § 140a: Die Formulierung erscheint interpretationsfähig und sollte mit „ist aufgehoben“ verstärkt werden.

b) Ad Aufhebung des Anspruchs der Versicherten auf Information: Beibehaltung der alten Regelung, aber Präzisierung, dass eine Veröffentlichung durch eine öffentlich erreichbare Internetseite als ausreichend anzusehen ist.

c) Ad Erweiterung der vertraglichen Möglichkeiten für einen Vertragsschluss (§ 140 b):

Zu Ziffer 1 Abs. 4 statt „Trägern von Einrichtungen...“ Unternehmen der Integrierten Versorgung...“ Diese Unternehmen müssen entsprechend den Einrichtungen nach § 108 SGB V eine Ärztliche Leitung vorweisen, sowie ihre Beteiligungsstruktur und einen Qualitätsbericht jährlich in Analogie zu den Anforderungen an Krankenhäuser im Internet öffentlich machen.

Zusätzliche Ziffer 5 (neu): „Einrichtungen der Behindertenhilfe und Träger von Rehabilitationseinrichtungen für Behinderte, wie auch andere Einrichtungen nach SGB V oder XI und nach dem BSHG.

Ziffer 5 wird dann zu Ziffer 6

d) Ad Ermöglichung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen (§140 b Abs. 2):

Streichen

e) Ad Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bis zum 31. Dez. 2006 (§140b Abs. 4):

Sinnvoll und durch Änderungen bei den Buchungsvorschriften (Abschreibemöglichkeit) oder durch die Option zu zinslosen Krediten noch zu unterstützen.

f) Ad Abweichungsmöglichkeit vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus (§140b Abs. 4 Satz 2):

Sinnvoll.



g) Ad Beitritt Dritter nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§140b Abs. 5):

Streichen, da überflüssig und einer Ausbreitung eher hinderlich.

h) Ad Begrenzung der Beliebigkeit der Inanspruchnahme Dritter Leistungserbringer (§140c Buchstabe b Satz 3 neu) / Einführung von Möglichkeiten der Eigenbeteiligung:

Einfügung eines Satzes in § 140 c Abs.1 nach Satz 3 (neu): Integrierte Versorgungssysteme können in ihren Verträgen mit den Versicherten Eigenbeteiligungen für diejenigen Fälle vorsehen, in denen sich Versicherte von Ärzten oder anderen Leistungserbringern ohne vorherige Überweisung durch einen Vertragspartner der Integrierten Versorgung Leistungen einholen. Bei Neueinführung von Eigenbeteiligungen bzw. Erhöhung ihrer Höhe erhalten Versicherte ein Sonderkündigungsrecht gegenüber der Integrierten Versorgung. Die Höhe der Zuzahlungen und die Anzahl und die Namen und Adressen der Vertragspartner sind durch das IV-System zu veröffentlichen. Veränderungen der Zuzahlungen sind den Versicherten schriftlich mitzuteilen bei gleichzeitigem Hinweis auf ihr damit entstehendes Sonderkündigungsrecht.

i) Ad Bereinigungen und Ausgleiche (§140d und Aufhebung e-f): Veränderungen im vorgelegten Gesetzentwurf sind unterstrichen: (1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütung auf Antrag eines Vertragspartners von Verträgen nach § 140b entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden, sofern abweichende Morbiditäten festgestellt werden. Kommt eine Einigung der Vertragspartner nach Satz 1 über die Verringerung der Gesamtvergütungen nicht zu Stande, können die Vertragspartner nach § 140b sowie auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

j) Ad Streichung §140g SGB V:

Sinnvoll



3.8 § 140 a ff SGB V – Integrierte Versorgung : Ausgewählte steuerliche, Datenfluß- und betriebswirtschaftliche Probleme

Die Unklarheit im Gesetz vom 1.1.2000 bzgl. der rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Organisation der vertragsschließenden Partei auf der Seite der Leistungserbringer, ist leider von dem vorgelegten Gesetzentwurf nur in Teilen verbessert worden. Insbesondere wird eine durchgängige Berücksichtigung der Integrierten Versorgung als alternative Regelversorgung mit den gleichen Rechten und Pflichten wie die Regelversorgung nicht in allen betreffenden Gesetzeswerken konsistent eingepflegt. Dies führt zu einer Reihe von Unsicherheiten und Benachteiligungen der Träger von Integrierten Versorgungslösungen und somit zu einer Behinderung der Entstehung und Verbreitung.

a) Zur Umsatzsteuer:

Wer die ärztlichen oder Krankenhausleistungen nicht selbst erbringt, sondern „nur“ die integrierte Versorgung sicherstellt, indem er etwa Träger- oder Managementfunktionen übernimmt, unterfällt nicht den Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UStG. Etwas anderes könnte sich nur ergeben, wenn es sich a) um nicht steuerbaren Innenumsatz etwa bei Organisationsverhältnissen handelt oder b) um eng verbundene Umsätze handelt. Eng verbundene Umsätze sind solche, die nach der Verkehrsauffassung typisch und unerlässlich sind, regelmäßig und allgemein beim laufenden Betrieb vorkommen und damit unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen. Die Umsätze dürfen nicht im Wesentlichen dazu bestimmt sein, den Einrichtungen zusätzliche Einnahmen durch Tätigkeiten zu verschaffen, die in unmittelbarem Wettbewerb zwischen steuerpflichtigen Umsätzen anderer Unternehmen stehen (Abschnitt 100 Abs. 1 UStR). Ob diese Voraussetzungen hier vorliegen, darf mehr als bezweifelt werden.

Eine Umsatzsteuerfreiheit ergibt sich auch nicht aus der Behandlung der Entgelte als durchlaufende Posten gemäß § 10 I 5 UStG. Voraussetzung ist, gemäß Abschnitt 152 I UStR, dass das Geschäftsrisiko bei den Leistungserbringern liegt. Dies aber gerade dann nicht der Fall, wenn sich ein Träger, also z.B. ein eigens für den Vertragsschluss zur Integrierten Versorgung gegründetes Unternehmen mit Gesellschaftern etwa aus dem Bereich der Leistungserbringer, verpflichtet, die integrierte Versorgung sicherzustellen. Es wird also unerlässlich sein, die Steuergesetze expressis verbis entsprechend anzupassen. Die Steuergesetze in ihrer jetzigen Fassung bieten nicht genügend Spielraum, um von einer Umsatzsteuerbefreiung ausgehen zu können. Eine evtl. eintretende Umsatzsteuerpflicht würde aber letztlich zu einer Verteuerung der Leistungen für die GKV führen, woran niemanden gelegen sein kann.

Änderungsbedarf:

Die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UstG müssen ergänzt werden um „Umsätze aus Integrierter Versorgung entsprechend § 140a ff“

b) Zur Gemeinnützigkeit:



Übernimmt ein Krankenhaus Managementfunktion und Vertrags- und Gewährsträgerrolle in einem System der Integrierten Versorgung, gefährdet es damit unter Umständen seine Gemeinnützigkeit, vgl. Hesselmann, Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von gemeinnützigen Krankenhäusern - ausgewählte steuerliche Fragen, in Recht und Politik im Gesundheitswesen, Heft 4, S. 126 ff. 2002. Dies betrifft die Frage der Begründung eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes.

Auch wenn ein Krankenhaus keine Managementfunktion übernimmt, ist es aber gemäß § 67 AO gehalten, mindestens 40 % der auf alle Patienten entfallenden Pfl egetage gemäß oder entsprechend den §§ 11, 13, 26 des Bundespflegesatzverordnung abzurechnen. Was mit Vergütungen aus einem Vertrag der Integrierten Versorgung geschieht, ist nicht geregelt, müsste aber zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit dringend geregelt werden.

Änderungsbedarf:

In § 67 AO und in der Bp fVO sowie dem KHEG sind auch die Vergütungen aus einem Vertrag der Integrierten Versorgung als Regelversorgung zu kennzeichnen und damit als Bestandteil der 40% Grenze zu bewerten.

c) Zur Gleichstellung von Integrierter Versorgung und Regelversorgung nach Krankenhausförderungsrecht:

Zur Klarstellung – da in einem Bundesland dies seitens der Krankenhausplanung bestritten wird – sollte an geeigneter Stelle festgehalten werden, dass Integrierte Versorgung in vollem Umfang Regelversorgung ist und insofern die stationären Betten der Integrierten Versorgung analog den Betten der anderen Regelversorgung Anspruch auf Pauschalförderung und auf Einzelförderung nach KH-Finanzierungsgesetz haben.

Änderungsbedarf:

An geeigneter Stelle einzufügen: Anspruch auf Pauschalförderung und auf Einzelförderung nach KH-Finanzierungsgesetz.

d) Zum Datenfluss:

Zwei Aspekte gilt es hier zu berücksichtigen:

- 1) Bei einem Vertragsmodell, wie es für eine vollumfängliche Integrierte Versorgung mit dem VdAK im Bereich Lüchow-Dannenberg entwickelt wurde, wird zur Steuerung des Systems ein intensiver Datenfluss betreffend Abrechnungsdaten zwischen den Krankenkassen und dem IV-System erforderlich. Nur eine hohe Datentransparenz über die erbrachten Leistungen für die im Vertrag inkludierten Versicherten ermöglicht dem IV-Systemträger die bessere Steuerung der Anreize und Verträge wiederum mit den konkreten Leistungserbringern vor Ort.



- 2) Von einzelnen Landesdatenschutzbeauftragten wurde die Auffassung vertreten, dass eine einmalige Erklärung des Versicherten bei Beitritt zu dem System der Integrierten Versorgung auf die Weitergabe der Behandlungsdaten innerhalb des Integrierten Versorgungssystems trotz intensiver Belehrung nicht ausreicht, sondern jede weitere Datenaufnahme in jeder Praxis wieder von einer Unterschrift des Versicherten begleitet werden müsse. Eine solche Überreglementierung und Bürokratisierung wäre für die Integrierte Versorgung ein absoluter Verhinderungsgrund.

Änderungsbedarf:

An geeigneter Stelle aufheben: Aufhebung des Verbots der versichertenbezogenen Zusammenführung der Leistungsdaten für die Krankenkassen (bisher dürfen sie die Daten der KVen und die gespeicherten Ausgabedaten nicht versichertenbezogen zusammenbringen – dies ist aber wiederum ein Hemmnis für die Errechnung realer morbiditätsgerechter Vergütungen) Hier müssten sie mindestens sowohl für Versicherte in Integrierter Versorgung wie auch für Vergleichs- und Kontrollgruppen diese Daten auf Dauer zusammenbringen dürfen.

Recht der Krankenkassen auf a) Weitergabe von versichertenzugeordneten Abrechnungsdaten an Träger der Integrierten Versorgung, die ihrerseits dafür wiederum entsprechende Datenschutzregelungen einhalten müssen.

An geeigneter Stelle einzufügen: Ausnahmetatbestände bzgl. des Datenschutzes bei Mitgliedschaft in einer Integrierten Versorgung bei entsprechender Belehrung und entsprechender Kontrolle der Einhaltung durch den Landesdatenschutzbeauftragten.

e) Zur Integration von „Besonderen Therapierichtungen“

Warum soll einem Träger der Integrierten Versorgung, der in vollem Umfang für die Versorgungskosten der Versicherten haftet, nicht erlaubt sein, dem Patienten auch auf Wunsch Therapien aus dem Bereich der „Besonderen Therapierichtungen“ zu erstatten, auch wenn die vom Ausschuss Ärzte-Krankenkassen noch nicht zugelassen sind? Eine Beitragssatzgefahr kann ja daraus nicht entstehen. Stattdessen könnten hier in kontrollierter Umgebung und auf Risiko des Trägers der Integrierten Versorgung Innovationsprozesse angestoßen werden, die - wenn sie sich wirtschaftlich tragen - auch in das allgemeine GKV-System übernommen werden könnten.

Änderungsbedarf: An geeigneter Stelle einzufügen: Recht auf Erstattung auch von Therapiekosten aus dem Bereich der „Besonderen Therapierichtungen“, auch wenn diese vom Ausschuss Ärzte-Krankenkassen noch nicht zugelassen sind.



f) Zur Änderung der BPfIV und des KHEntG für Vereinbarungen von IV-Systemen mit Krankenhäusern

Zur Zeit besteht eine Pflicht zur Einheitlichkeit der Preisgestaltung für Krankenhausleistungen – mehr Variabilität wäre hier von absoluter Notwendigkeit, z.B. Freiheiten in der Preisvereinbarung, auch anteilige Kopfpauschalen aus der Finanzierung des IV-Systems weiter zu geben an Dritte Krankenhäuser.

Änderungsbedarf:

Aufhebung der Pflicht zur Einheitlichkeit der Preisgestaltung in BPfIV und des KHEntG für Vertragsbeziehungen zwischen Integrierten Versorgungssystemen nach § 140 b und Krankenhäusern.

g) Förderung von Integrierter Versorgung durch Möglichkeiten des Vertragschlusses auch mit Privaten Krankenversicherungen

Zur Zeit ist die GOÄ mit ihren Vergütungsregelungen für Einzel- und Komplexleistungen ein zwingendes Vertragssystem für die Vergütung von ambulanten und wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus. Analog zur Kritik an den falschen Anreizen der sektoral begrenzten Vergütung in der GKV lässt sich auch eine Kritik an dem falsche Anreize setzenden Einzelleistungsvergütungssystem der GOÄ entwickeln. Insofern würde es sich anbieten, auch in der GOÄ eine Öffnungsklausel für eine Integrierte Versorgung mit Pauschalvergütung vorzusehen. Integrierten Versorgungssystemen eine solche Chance zu geben käme einem massiven Anreiz zur Ausweitung von IV-Systemen gleich und wäre deshalb unbedingt zu begrüßen.

Allerdings ist vorher analog zu der Vielzahl von Regelungen im SGB V auch das PKV-Vergütungssystem zu überarbeiten, da die GOÄ-basierte Fakturierung der Leistungen als Grundlage der Geschäftsbeziehungen der PKV ebenso Grundlage von Verträgen der Abteilungsleiter im stationären Bereich, von Poolregelungen auf der Basis der länderunterschiedlichen Krankenhausfinanzierungsgesetze, der Abrechnung von IGEL-Leistungen etc. ist.

Änderungsbedarf:

Berücksichtigung einer Öffnungsklausel und Überarbeitung der GOÄ unter dem Aspekt einer Budgetübernahme durch Integrierte Versorgungssysteme bei der nächsten GOÄ-Änderung.

Aufhebung der Pflicht zur Einheitlichkeit der Preisgestaltung in BPfIV und des KHEntG für Vertragsbeziehungen zwischen PKV und Krankenhäusern bei Vertragsformen, die in einer gewissen Analogie zu dem § 140 über mehrere Sektoren integrierte Komplexpauschalen mit Gewährleistungselementen vorsehen.



h) Ausweitung der Möglichkeit für die Übernahme von Budgetverantwortung in der Integrierten Versorgung auch auf das Recht der Pflegeversicherung, der Rehabilitation, der Renten- und der Unfallversicherung

Eine auf den Patienten bezogene Investition in dessen Gesundheitsstatus in der Integrierten Versorgung spart evtl. Kosten ein in der Pflegeversicherung oder in der Renten-/Unfallversicherung, aber von dort erfolgt keine Rückvergütung der IV für diese Investition. Für den IV-Träger ist eine solche – eigentlich begrüßenswerte – Investition in den Gesundheitszustand des Patienten deshalb wirtschaftlich nicht sinnvoll.

Änderungsbedarf:

Ausweitung der Möglichkeit für die Übernahme von Budgetverantwortung in der Integrierten Versorgung auch auf das SGB XI (Pflegeversicherung) sowie das Recht der Rehabilitation (Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsträger)



4 **Stellungnahme zum Antrag der Abg. Seehofer u.a. BT 15/1174**

Vorschläge mit Verbindung zur Integrierten Versorgung:

- 1) Mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.... So kann es beispielsweise unterschiedliche Tarife für integrierte Versorgungsangebote geben.
- 2) Alternativ zu den kollektivvertraglichen Vereinbarungen über Versorgungsaufträge... können Krankenkassen und deren Verbände Direktverträge abschließen. Dazu gehören z.B. Verbundsysteme von vertragsärztlichen Praxen und Krankenhäusern.
- 3) Zur finanziellen Förderung wird für Krankenhäuser, die sich an der Integrierten Versorgung beteiligen, ein Zuschlag zu den DRGs diskutiert.
- 4) Öffentliche Apotheken sind an Strukturen der Integrierten Versorgung zu beteiligen, wenn sie den Strukturanforderungen genügen

Ad 1) Begrüßenswert – nicht in Differenz zum Gesetzentwurf für ein GMG

Ad 2) Begrüßenswert – nicht in Differenz zum Gesetzentwurf für ein GMG

Ad 3) Nicht empfehlenswert, da hiermit die Systematik der Budgetverantwortungsübernahme eher gebrochen als gefördert wird. Genau dieser Punkt ist aber die wirkliche Innovation der Integrierten Versorgung.

Ad 4) Begrüßenswert – nicht in Differenz zum Gesetzentwurf für ein GMG



5 Vorschlag für ein zusätzliches Anreizprogramm zur wirtschaftspolitischen Förderung von Unternehmensentwicklungen im Bereich der Integrierten Versorgung

Der Aufbau von Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V ist ein gesundheitspolitisches, gleichzeitig aber auch ein wirtschafts- und beschäftigungspolitisches Thema. Hier können Erfahrungen aufgebaut werden, die der deutschen Gesundheitswirtschaft einen internationalen Wettbewerbsvorteil verschaffen können. Zahlreiche Länder arbeiten an Überlegungen zur günstigeren und besseren Organisation der Gesundheitsversorgung und suchen nach Lösungen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander zusammen bringen. Das insoweit bisher entwickelte deutsche Modell der Integrierten Versorgung in der „Full-Size-Variante“ kann dabei durchaus eine Leitfunktion für die Zukunft übernehmen.

Letzteres insbesondere deswegen, weil die US-amerikanischen Managed Care Modelle – aus deren Erfahrungsschatz sich die deutsche Eigenentwicklung bedient hat – auf dem Hintergrund des amerikanischen Gesundheitsmarktes in vielen Ländern eine gewisse Abstoßungswirkung entfalten und die Kombination einer Integration der Versorgung mit einem solidarischen aber wettbewerblich organisierten Krankenkassensystems durchaus reizvoll erscheint. Wenn eine massive Entfaltung von Integrierter Versorgung es schafft, die Lohnnebenkosten für die anderen Bereiche der deutschen Wirtschaft im internationalen Vergleich stabil zu halten oder gar abzusenken, wird die deutsche Gesundheitswirtschaft und die Form der Organisation der Versorgung auf erhebliches Interesse in Europa wie auch weltweit stoßen..

Zur Förderung des Management – Know-hows und der Refinanzierungsmöglichkeiten im Bereich Integrierter Versorgung sowie im Sinne einer Kosten-Nutzen-Evaluation empfehlen wir deshalb

1) Start-Up-Wettbewerb für Pilotmodelle Integrierter Versorgung:

Hier liegt ein Versäumnis vor aus der Zeit von 2000 und 2001 – ein solcher Wettbewerb hätte die Gründung fördern können.

2) Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V über die staatliche Dt. Ausgleichsbank DTA bzw. die Kreditanstalt für Wiederaufbau – evtl. mit spezieller Förderung von Modellen im ländlichen Raum

3) Wissenschaftliche Begleitforschung mit begleitender Veröffentlichung von Zwischenergebnissen



Entsprechend dem Haupthindernis bei der bisherigen Ausbreitung der Integrierten Versorgung – der mangelhaften Investitionskapitalausstattung bei gleichzeitiger Unsicherheit über die Refinanzierung – legen wir das Schwergewicht unserer Empfehlung auf den 2. Punkt:

Die Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung.

Dieser Fonds sollte mit einem Volumen von nicht unter **1 Milliarde EUR** ausgestattet werden und einen **Zinsverzicht** auf die ersten drei Jahre nach Kreditaufnahme sowie bei moderatem Zinssatz eine **Rückzahlung** auf den Zeitraum von **15 Jahren** anbieten.



6 Anhang:

6.1 Weshalb Integration der Versorgung

Als zum 1.1.2000 die §§ zur Integrierten Versorgung 140a-h in das SGB V eingeführt wurden, geschah dies unter folgenden Überlegungen:

- Die bisher in Deutschland vorherrschende sektoral organisierte Versorgung verursacht Abstimmungsprobleme und Innovationshemmnisse
- Die sektorale Versorgung führt notwendigerweise zu höheren Kosten für das Gesamtsystem, da jeder Sektor auf seine eigene Wirtschaftlichkeit achtet aber nicht auf die Gesamtwirtschaftlichkeit quer über den Behandlungsprozess. Aus Erfahrungen in der Schweiz und in den USA gab es Schätzungen, die bis zu 30 % Einsparmöglichkeiten prognostizierten.
- Statt der medizinischen Effizienz der Behandlung und statt eines gesundheitlichen Outcomes steht für die einzelnen Sektoren die je eigene Umsatz- und Erfolgsmaximierung im Mittelpunkt ihrer Handlung – Diese Orientierung erweist sich als ein entscheidendes Hindernis für die Entwicklung von Prozesseffizienz
- Da sich das System auf der zentralen Ebene als nahezu reformunfähig erwiesen hat, sollten auf der lokalen Ebene Reformen und unterschiedliche Experimente ermöglicht werden.

6.2 Was ist bisher bzgl. Integration herausgekommen?

Im Ergebnis müssen wir feststellen, dass die zentralen Systeme Wege und Mittel gefunden haben, diese Reformen zumindest für eine Umsetzung im größeren Stil doch wieder zu behindern. Eine der Ursachen dafür war, dass die Reform damals nicht mit einem breiten Anreizprogramm begleitet wurde. Wenn wir jetzt an dieser Stelle weiterarbeiten wollen, müssen wir zum Ersten die Gründe für die Nichtverbreitung Integrierter Versorgung genauer analysieren, zum zweiten ein gezieltes Anreizprogramm aufstellen und zum Dritten langfristige Planungs- und Investitionssicherheit darstellen.

Dennoch gibt es inzwischen einige positive Beispiele:

- Die Bundesknappschaft hat erfolgreich nachgewiesen, dass ein Programm der Integrierten Versorgung wirtschaftlich erfolgreich sein kann. Auf der Basis einer Verknüpfung stationär – ambulant, einer Verpflichtung der eingeschriebenen Versicherten auf bestimmte Ärzte und Krankenhäuser und mit einem ausgefeilten Anreizprogramm konnte sie bereits nach überraschend kurzer Zeit eine Ausgabenverminderung um 7 - 17 % (je nach Prosper Standort – die höchsten Einsparungen waren im Saarland zu verzeichnen, dort sogar schon nach dem 2. Quartal) bekannt geben. Auch wenn die Zusatzaufwendungen für das



Management des Systems bei diesen Werten noch dagegen gerechnet werden müssen, ist dies ein beachtlicher Erfolg und sollte zu vermehrter Nachahmung auffordern.

- Eine Reihe von Vertragsabschlüssen auf der Basis des § 140 sind inzwischen vorgelegt worden, so u.a. zwischen AOK und Krankenhäusern in Hessen, Bremen und NRW (für endoprothetische Leistungen mit Garantien), zwischen BKK-Dräger, Marien-KH-Lübeck und KV-SH (Ausgewählte operative Eingriffe an einem Beleg-KH), zwischen verschiedenen Ersatzkassen und dem LBK-Hamburg (ausgewählte urolog. Eingriffe) etc. Auch wenn diese Verträge noch keine Vollversorgung umfassen, so liefern sie doch erste Ansatzpunkte und sind ein Beispiel für lokale Innovationsversuche.
- Mit durch die Diskussion um den § 140 angestoßen ist die zumindest „räumliche“ Integration der Sektoren an vielen Orten deutlich vorangekommen. Viele Krankenhäuser haben Ärztehäuser gebaut bzw. Praxen in das Krankenhausgelände integriert, es gibt eine Vielzahl von Kooperationsverträgen, eine kürzlich durchgeführte Studie berichtet von über 20 Projekten, wo Krankenhäuser und Ärztenetze Formen der Zusammenarbeit entwickelt haben, so u.a. in Nürnberg, Amberg und Rendsburg.
- Inzwischen liegt ein ausgearbeitetes und mit allen erforderlichen Daten- und Finanzflüssen und seinen Auswirkungen auf ein ländliches Krankenhaus und die Niedergelassenen der Region kalkuliertes Modell einer vollumfänglichen Realisierung des § 140 vor: Das Modell der Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel. Es hat die Unterstützung der lokalen Verbraucher und sozialen Organisationen, eines relevanten Teils der Niedergelassenen, der Landes-KV, des VdAK und ist um ein Krankenhaus herum konzipiert worden. Für 2003 ist die Realisierung vorgesehen, noch abhängig von der Übernahme der Trägerschaft für das Haus. Im Grundsatz ist es dem Modell der Bundesknappschaft sehr ähnlich, allerdings verzichtet es auf eine Begrenzung der freien Arzt- und Krankenhauswahl der Versicherten und verzichtet ebenfalls auf irgendwelche Bonusausschüttungen (Kontakt: hh@gesundheitsconsult.de)
- Konkret im Verfahren zum Vertragsabschluss befindet sich darüber hinaus ein Vertrag über Integrierte Medizinische Dienste, der von Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH zwischen Behinderteneinrichtungen und Krankenkassen in Niedersachsen zur Finanzierung Integrierter Medizinischer Dienste ausgearbeitet wurde (incl. einer erstmaligen Einbeziehung von sektorenübergreifender Budgetverantwortung – einbezogen sind ambulante hausärztliche und nervenärztliche Versorgung, Arzneimittel, Heilmittel, Stationäre Versorgung)
- Des weiteren sind unserer Kenntnis nach in weiterer konkreter Vorbereitung auf Basis der §§ 140 a-h
 - diverse Verträge zu Disease Management Programmen
 - Verträge zur transsektoralen Budgetübernahme durch Ärztenetze, so u.a. in Ingolstadt, Bünde und in Nürnberg

6.3 Die entscheidenden Erfolgsfaktoren der IV / Chancen für die Zukunft



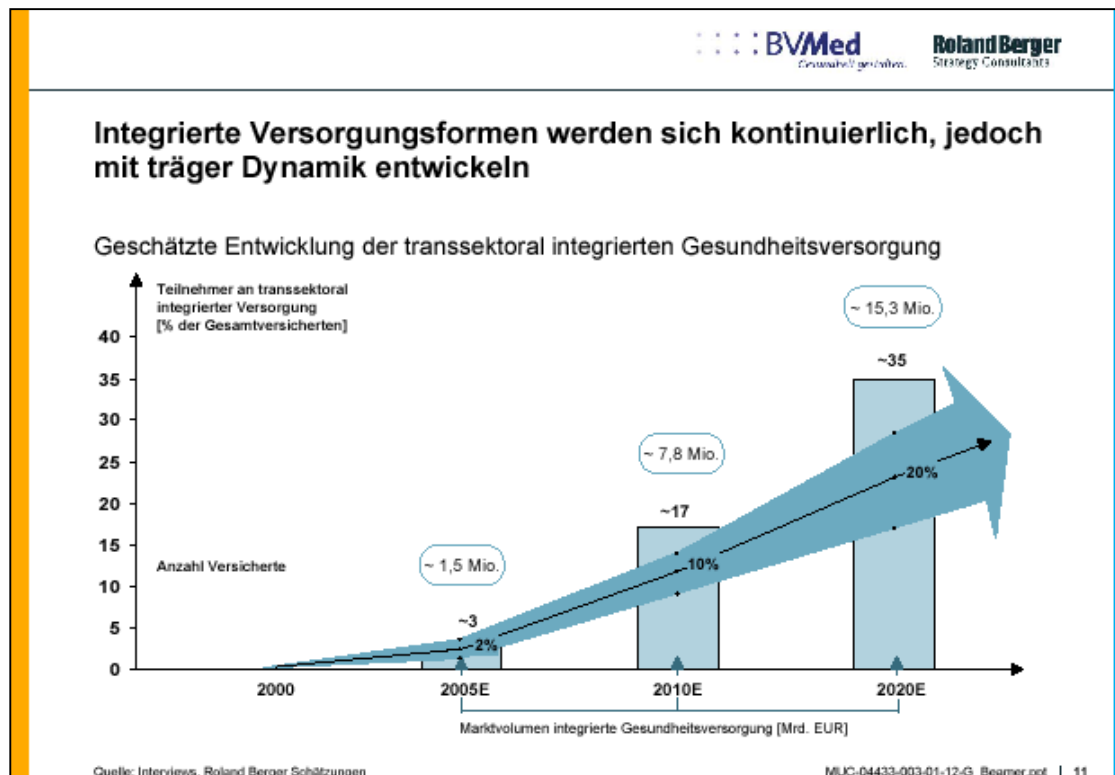
Das Modell der Bundesknappschaft und die beiden Ausarbeitungen für die Integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel und dem VdAK und die Integrierten Medizinischen Dienste der Behinderteneinrichtungen von Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH mit vier Krankenkassenverbänden in Niedersachsen (AOK, BKK, LKK, Bundesknappschaft) heben sich in folgenden Punkten von der gegenwärtigen Situation ab:

- Sie gehen direkt heran an die tatsächliche Veränderung und Optimierung der Ablaufprozesse;
- Sie entwickeln eine umfassende Planung der gesamten Behandlungskette;
- Sie entfalten wirksamen Anreize für Prävention;
- Sie achten zwar die jeweiligen wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Leistungserbringer, bringen diese aber in ein wirtschaftliches Anreizsystem, das die Qualität des Ergebnisses der Arbeit belohnt und nicht die Anzahl der Leistungen;
- Sie übernehmen Gesamtverantwortung gegenüber den Krankenkassen und dem Patienten;
- Sie beziehen den Patienten aktiv in die Planung und Absprache der Therapie (als „Co-Therapeut“) ein und haben eine formalisierte Patientenbeteiligung etabliert.

National und international ist die Diskussion um die Notwendigkeit und die Möglichkeiten von Integrierter Versorgung ebenfalls in der Zwischenzeit weitergegangen und der Druck auf eine Veränderung und Weiterentwicklung der Versorgung gewachsen. Der Ruf nach Integrierter Versorgung steigt.

Von besonderer Bedeutung ist eine Förderung der Integrierten Versorgung für die **Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum**. Mit dem Modell der Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel liegt hierfür eine Konzeption vor, die es ermöglichen kann, bei Stabilisierung der Kosten (also ohne Zusatzkosten) eine lokale stationäre Versorgung zu sichern, Arbeitsplätze in der Region zu erhalten und eine Erreichbarkeit für die Bevölkerung zu organisieren. An dieser Stelle sollte dringend weiter gearbeitet werden, um den zu erwartenden Konflikten im ländlichen Raum bei einer Aufgabe der lokalen stationären Versorgung vorzubeugen.

Dass nicht nur von eingefleischten IV-Befürwortern hierfür eine große Zukunft gesehen wird, belegt eine kürzlich vorgelegte Studie von Roland Berger (für den BVMed), die zu folgendem Ergebnis in einer Prognoserechnung kommt:



6.4 Was hat bisher die Umsetzung der Integrierten Versorgung nach § 140 behindert?

An dieser Stelle wird im Gesundheitswesen immer schnell auf die Unbeweglichkeit der körperschaftlichen Strukturen verwiesen und den etablierten Machtzentren vorgeworfen, sie wollten diese nicht mit evtl. neu entstehenden Zentren teilen. Dieser Vorwurf ist im großen und ganzen sicherlich berechtigt, u.E. aber nicht die Hauptursache. Auch die Komplexität der emotionalen Seite des Geschehens, des Unverständnisses und der Konflikte zwischen Niedergelassenen und dem Krankenhaus, der Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, die Sorge um das Transparentwerden von Qualitätsmängeln etc. lassen sich als Gründe argumentieren – und vielerorts als eine der Scheiternsursachen finden, erklärt aber nicht hinreichend die Vorsicht, mit der bisher an das Thema gegangen wird. Unseres Erachtens (und hier sind wir uns einig mit den Autoren einer kürzlich in der Zeitschrift für Arbeit und Sozialpolitik erschienenen Studie) muss primär einer ökonomischen Analyse der Vorrang gegeben werden.

Entwickelt und investiert wird da, wo mit hinreichender Sicherheit Geld verdient werden kann. Und genau diese hinreichende Sicherheit fehlt bisher. Im Grunde mangelt es einer unternehmerischen Herangehensweise und dies erklärt sich aus folgenden Faktoren:



- Hohe Vorab-Investitionskosten: Die Unterschiedlichkeit der beiden Systeme amb. + stat. erfordert eine aufwändige und komplexe Neuentwicklung von
 - i. Ablaufstrukturen („integrierte Behandlungsleitfäden“),
 - ii. Synthese unterschiedlicher Codierungen und IT-Systeme (ICD 9,10 für Ärzte und Krankenhäuser unterscheiden sich, es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher IT-Systeme und viele Ärzte arbeiten noch ganz ohne EDV) und
 - iii. Leistungsabrechnung (HVM/EBM im Vertragsärzterbereich, Pflegesätze bzw. DRGs im KH-Bereich, GOÄ im Privatbereich) bei Nebeneinander von herkömmlicher Finanzierung und IV-Finanzierung
- Unsicherheit der möglichen Refinanzierung der Investitionskosten:
 - i. Unsicherheit der Investition: Werden Krankenkassen und Politik auf Dauer IV honorieren? Kann die Kostenentwicklung durch Morbiditätsveränderung und technolog. Entwicklung dauerhaft abgebildet werden?
 - ii. Werden die international gesehenen Einsparungspotenziale auch in Deutschland erreicht werden?
 - iii. Gelingt die Balancierung der unterschiedlichen Partnerinteressen dauerhaft oder gewinnen Ressortegoismen Oberhand zum Schaden des Ganzen?
 - iv. Wie kann flexibel auf Veränderungen etwa im Einnahmebereich und in etwaigen Bonusmodellen der Krankenkassen reagiert werden
 - v. Gefahr der Abkopplung vom Mainstream bzw. zu geringer Aufmerksamkeit des Managements für das herkömmliche Geschäft

Dennoch müssen natürlich auch Unsicherheiten und Egoismen der jeweiligen Partner in diesem Veränderungsprozess berücksichtigt werden. Das beginnt bei den Kassen und geht über die KVen, die Niedergelassenen, die Krankenhäuser bis hin zu den Patienten.

Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung muss insofern auf verschiedenen Ebenen zugleich ansetzen.

Anschrift: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg
Telefon: 040 – 5148 55-0
Telefax: 040 - 5148 55-14
E-Mail: hh@gesundheitsconsult.de
Website: <http://www.gesundheitsconsult.de>