

Neue Chancen für Krankenhäuser

Verträge zur integrierten Versorgung

Von Axel Paeger

Die Regelungen zur integrierten Versorgung sind ein Kernelement der zum Januar in Kraft getretenen Gesundheitsreform: Der § 140 SGB V ist völlig neu, die Vorschriften zu den §§ 63 ff. wurden teils überarbeitet. Die bisherigen Strukturverträge nach § 73a werden sich mit etwas Geschick in Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 SGB V überführen lassen. In § 140 SGB V, der in Verbindung mit § 6 Abs. 1 BpflV gültig geworden ist, wird die integrierte Versorgung als verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten definiert.

Revolutionär am § 140 ist, daß er den Ausbruch aus dem Kollektivvertragssystem ermöglicht und sich damit auf die Anfänge der gesetzlichen Krankenversicherung zurückbesinnt. Obwohl die integrierte Versorgung nunmehr als Regelversorgung betrachtet wird, stellt sie lediglich ein Angebot – ohne Zwang – für Krankenkassen und Leistungsanbieter dar. In den Worten der Bundesgesundheitsministerin: „Die Tür ist geöffnet!“ Die aus den Vereinigten Staaten und der Schweiz bekannten Effizienzgewinne machen die integrierte Versorgung jedoch für alle Beteiligten interessant. Die Kompetenz zur Ausgestaltung der Rechtsverhältnisse wird in die Hand der Krankenkassen und Leistungserbringer gegeben. Sofern die ambulante vertragsärztliche Versorgung Teil eines Vertrags zur integrierten Versorgung ist, sind die Rahmenvereinbarungen nach § 140d SGB V zu beachten, welche als Bestandteil der Bundesmantelverträge des § 82 SGB V verbindlich sind. Im Gegensatz dazu haben mögliche Rahmenvereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder anderen Spitzenverbänden aufgrund deren Status keinen

verbindlichen Charakter. Vertragspartner der verbindlichen Rahmenvereinbarungen sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Ihr Inhalt umfaßt in Anlehnung an § 140d Abs. 2: Beteiligung anderer Krankenkassen, fachliche und qualitative Bedingungen für den Einbezug niedergelassener Ärzte, Finanzierung, insbesondere im Hinblick auf die Bereinigung der regulären Vergütungen.

Effizienzgewinn für alle

Dabei ist erstmals die Risikostruktur der Versichertenklientel bei der Vergütung zu berücksichtigen. Befürchtungen, die integrierte Versorgung und Managed Care gingen zu Lasten chronisch Kranker, lassen sich deshalb auf der Basis der gesetzlichen Regelungen nicht bestätigen. Das Bundesgesundheitsministerium hat darauf hingewiesen, daß die von den Vertragspartnern ausgehandelte Fassung der Rahmenvereinbarungen in zwei Punkten rechtswidrig ist:

Durch die vorgesehenen Schiedsverfahren wird den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Kontrollfunktion zugestanden, das Beitrittsrecht der KVen unterläuft die Regelung, daß niedergelassene Ärzte und Zahnärzte unabhängig von ihrer KV handeln können.

Der Stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Eberhard Wille, hat indes das in der konzertierten Fassung ebenfalls enthaltene Beitrittsrecht für andere Krankenkassen kritisiert. Dieses zerstöre den Anreiz zur integrierten Versorgung für die innovative Krankenkasse, da der Patentschutz quasi nur zwei Jahre betrage.

Vertragspartner für die abzuschließenden Verträge zur integrierten Versorgung sind Krankenkassen oder ihre Verbände und im gesetzlichen Krankenversiche-

rungssystem zugelassene Leistungserbringer. Das von Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag erhoffte Schlupfloch öffnete sich nicht. Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte können nicht unmittelbar Vertragspartner werden, sondern müssen zunächst eine Gesellschaft bilden. Sie sind dabei aber – im Gegensatz zu früher – nicht mehr von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abhängig. Allerdings sind die KVen nach § 140b Abs. 2 selbst vertragsfähig und treten so mit anderen Gesellschaften der Niedergelassenen in Wettbewerb.

Durch § 140b Abs. 4 erhalten die Vertragspartner der integrierten Versorgung Freiheitsrechte, die weiter denn je gehen: Sie können Vereinbarungen außerhalb der Regelungen zur Krankenhausfinanzierung und außerhalb der Bundespflege-satzverordnung treffen. Das Einkaufs- bzw. das Verkaufsmodell werden anteilig Realität. Sogar der Grundsatz zur Beitrittssatzstabilität nach § 71 SGB V könnte ausgehebelt werden, da er sich im vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) V befindet und für die integrierte Versorgung keine Vergütungsvereinbarungen des Vorjahres existieren.

Die ersten Verträge zur integrierten Versorgung werden noch mit erheblichen Problemen und Unsicherheiten zu leben haben. Als Beispiele seien nur die Widersprüche mit dem Berufsrecht, dem Apothekenrecht oder dem § 69 SGB V genannt, der Krankenkassen den Auftritt als Unternehmen untersagt. Dennoch wird dies die innovativ Gesinnten nicht abhalten. Die amerikanische Erfahrung lehrt: Wer versucht, auf einen fahrenden Zug noch aufzuspringen, der ist schon zu spät. Langfristig überwiegen die obengenannten Chancen. Vor allem der absehbare Effizienzgewinn für alle Beteiligten verspricht auf weite Sicht nachhaltige Veränderungen hin zu mehr integrierter Versorgung.