

Es gilt das  
gesprochene Wort!

# Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Integrierte Versorgung (IV)

- Rechtliche und praktische Umsetzung
- Finanzierungsmodelle
- Haftungs- und steuerrechtliche Auswirkungen<sup>©</sup>

© Copyright: Prof. Dr. Heinrich Hanika

E-Mail: [Heinrich@H-Hanika.de](mailto:Heinrich@H-Hanika.de)

Homepage <http://www.fh-ludwigshafen.de/fb1/studienangebot/gip/hanika.html>

MBS Seminar  
am 03.03.2005  
in Kassel

# GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

## Ziel:

- Hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragsätzen auch in Zukunft zu gewährleisten

## Lösung:

- Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich
- Abbau der Bürokratie

# Neue Versorgungsformen und Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen

- **Medizinische Versorgungszentren (MVZ's) gem. § 95 SGB V**
- **Hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V (z. B. MVZ's mit Hausarzt)**
- **Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus gem. § 115b SGB V**
- **Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V**
- **Die ambulante Behandlung im Krankenhaus im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP), bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b SGB V sowie**
- **Die integrierte Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V.**

# Hierarchie ambulanter Einrichtungen

## Bisher

- Zugelassene Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten
- Ermächtigte Ärzte
- Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung

## Seit 01.01.2004

- Zugelassene Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten  
**Gleichberechtigt: MVZ**
- Ermächtigte Ärzte
- Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung

# GMG-Begründung

## Medizinische Versorgungszentren

- „Diese Einrichtung zeichnen sich durch eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus, die den Patienten eine **Versorgung aus einer Hand** anbieten. Medizinische Versorgungszentren müssen **unternehmerisch geführt** und von zugelassenen Leistungserbringern gebildet werden. Dabei können **Freiberufler und Angestellte** in diesen Zentren tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren werden – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der **vertragsärztlichen Bedarfsplanung** zugelassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten von medizinischen Versorgungszentren der Weg in die eigene Niederlassung nicht erschwert oder verbaut wird, ist die **Zulassung nach fünf Jahren** für eine eigene freiberufliche Tätigkeit nutzbar.“

# Weitere Versorgungsformen

- Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums erfolgt ausschließlich zur vertragsärztlichen, das heißt ambulanten Regel-Versorgung der Versicherten. Eingeschlossen sind vertragssteuernde Versorgungsfunktionen nach § 73 a (Strukturverträge/Versorgungnetze) nach § 73 b (Hausarztzentrierte Versorgung), § 73 c (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung) und §§ 140 a ff.(Integrierte Versorgung) SGB V sowie die Teilnahme an Modellvorhaben gem. §§ 63 i.V.m. 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V. Privatärztliche Versorgung ist ebenfalls zulässig.

# Motive für die Gründung eines MVZ aus Krankenhaussicht:

- Flankierung des Kerngeschäfts / Stärkung des eigenen Standorts
- Chance der weiteren Positionierung in der ambulanten Versorgung
- Organisation der Schnittstellen ambulant / stationär
- Verbesserung der Kooperationen stationär/ambulant sowie ambulant/ambulant
- Interdisziplinäre Kooperation zwischen Vertragsärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden etc.)
- Sicherung und Steuerung von Zuweisungen / feste Patientenbindung
- Kostensenkung durch bessere Ressourcenauslastung (z. B. durch gemeinsame Nutzung von OP-Kapazitäten, medizinischen Geräten etc.) und Preisrabatte bei Kettenbildung
- Erschließung neuer Gewinnpotentiale, insbesondere durch Partizipation an Erträgen aus dem ambulanten Leistungsbereich
- Unterversorgung (z. B. in ländlichen Regionen)

# Motive für die Gründung eines MVZ aus Sicht der niedergelassenen Ärzte:

- **Realisierung von Kostendegressionspotentialen**
  - (Kooperative Nutzung z.B. von Räumen, Apparaten, EDV sowie Bestellmenvorteile beim Einkauf von z.B. Praxis- und Laborbedarf)
- **Synergieeffekte**
  - z.B. bei ambulanten Operationen, wenn Eingriffe zeitlich zusammengelegt werden können
  - bei fachübergreifender Tätigkeit können Krankheitsbilder durch Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern koordiniert behandelt werden
- **Verbesserung der Wettbewerbssituation**
  - z.B. Reputationseffekte, MVZ-interne Weiterleitungen, zentrales Marketing
- **Zugang zur stationären Versorgung**
  - Verflechtung von Kapital zwischen MVZ und zugelassener Klinik auf Gesellschafterebene, Kompetenzzentrum ambulant/stationär
- **Zugang zu weiteren Geschäftsfeldern**
  - z.B. Erschließung neuer Gewinnpotentiale, Beteiligungen an Wellness-GmbH, Nahrungsergänzungsmittel-GmbH oder ein Fitness-Center
- **Als Gesellschafter:**  
keine Altersgrenze (68. Lebensjahr) / Beteiligung am Gewinn



# MVZ: Mögliche Trägerschaften

- **Vertragsärzte gem. § 72 SGB V**
- **Vertragspsychotherapeuten gem. § 72 SGB V**
- **Knappschaftsärzte gem. § 75 Abs. 5 SGB V**
- **Ermächtigte Krankenhausärzte**
- **Ermächtigte andere Ärzte und Psychotherapeuten**
- **Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen auf der Grundlage des BMV-Ä**
- **Zugelassene Krankenhausträger gem. § 108 SGB V**
- **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. §§ 111, 111a SGB V**
- **Ermächtigte Träger von Einrichtungen nach §§ 117, 118, 119a SGB V (Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutionsambulanzen, ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe)**
- **Leistungserbringer von Heilmitteln gem. § 124 SGB V**
- **Leistungserbringer von Hilfsmitteln gem. § 126 SGB V**

# MVZ: Mögliche Trägerschaften

- **Apotheken gem. § 129 SGB V**  
(Problematisch wegen § 11 Abs. 1 S. 1 ApoG)
- **Leistungserbringer nach §§ 132a Abs.2, 132b, 132c Abs. 1 SGB V** (Häusliche Krankenpflege, Soziotherapeuten und sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen)
- **Träger von Einrichtungen nach § 311 SGB V** (Polikliniken, Ambulatorien, Gesundheitseinrichtungen sowie Fachambulanzen im Beitrittsgebiet)
- **Vertragszahnärzte und ermächtigte Zahnärzte gem. § 72 SGB V in Betracht**
- **Ausgenommen:** Pharmazeutische Unternehmen, KV´en, Kranken- und Pflegekassen, Krankenhausgesellschaften, Managementgesellschaften, Privatärzte

# MVZ: Organisationsformen

Gem. § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V „alle zulässigen Organisationsformen“

- **Personengesellschaften**  
(GdbR und Partnerschaftsgesellschaft)
- **Kapitalgesellschaft**  
insbesondere GmbH und AG
- **Sehr zweifelhaft**  
OHG, KG, GmbH & CoKG, nicht wirtschaftlicher eingetragener Verein, Genossenschaften

# MVZ: Gesetzliche Rahmenbedingungen

## Spezialgesetzliche Regelungen des § 95 SGB V

- § 95 Abs. 3 S. 2 SGB V: Die im MVZ angestellten Ärzte sind Mitglieder der für den Vertragsarztsitz zuständigen KV

### Weitere Vorschriften enthalten:

§ 95d Abs. 5 SGB V:	Pflicht zur fachärztlichen Fortbildung für angestellte Ärzte und Sanktionen (Honorarkürzung)
§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V:	Job-Sharing-Regeln
§ 101 Abs. 1 S. 6 SGB V:	Berechnung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion / Zulassungsbeschränkungen
§ 103 Abs. 4a SGB V:	Übernahme des Vertragsarztsitzes / Praxisnachfolger-Regelungen
§ 311 Abs. 2 S. 2 SGB V:	Gleichstellung der Polikliniken, Ambulatorien, Gesundheitseinrichtungen sowie Fachambulanzen im Beitrittsgebiet mit MVZ
§ 87 Abs. 2a S. 1 und 2 SGB V:	Festlegung von Leistungskomplexen und Fallpauschalen im EBM, die die Besonderheiten Kooperativer Versorgungsformen berücksichtigen
§ 135a Abs. 2 SGB V:	Teilnahme an Qualitätssicherungs- sowie Qualitätsmanagementmaßnahmen
§ 73b Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB V:	MVZ als Leistungserbringer für die hausarztzentrierte Versorgung
§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V:	Wahlfreiheit der Versicherten bezogen auf MVZ
§ 140b Abs. 1 Nr. 3 SGB V:	MVZ als Vertragspartner für Verträge zur integrierten Versorgung
§ 77 Abs. 3 SGB V:	Angestellte Ärzte im MVZ als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung
§ 72 Abs. 1 S. 2 SGB V:	Vergütung, Verordnung von Versicherungsleistungen, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Abrechnungsprüfung etc.
§ 1 Abs. 3 Ärzte – ZV:	Entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung für Ärzte
§ 32b Abs. 1 S. 2 Ärzte – ZV i.V.m. § 25 Ärzte-ZV	Ausnahme von der zahlenmäßigen Beschränkung für angestellte Ärzte und Aufhebung der Altersgrenze von 55 Jahren für Zulassungen

# MVZ: Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Aus der Mitgliedschaft der angestellten Ärzte im MVZ in der Kassenärztlichen Vereinigung folgt:

- Disziplinarrechtliche Überwachung durch die KV
- Ärztlicher Not- und Bereitschaftsdienst
- Vertretung
- Versorgungsrechten / -pflichten
- Regelungen der Honorarverteilung
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Plausibilitätsprüfung
- usw.

# MVZ: Begriffsdefinitionen

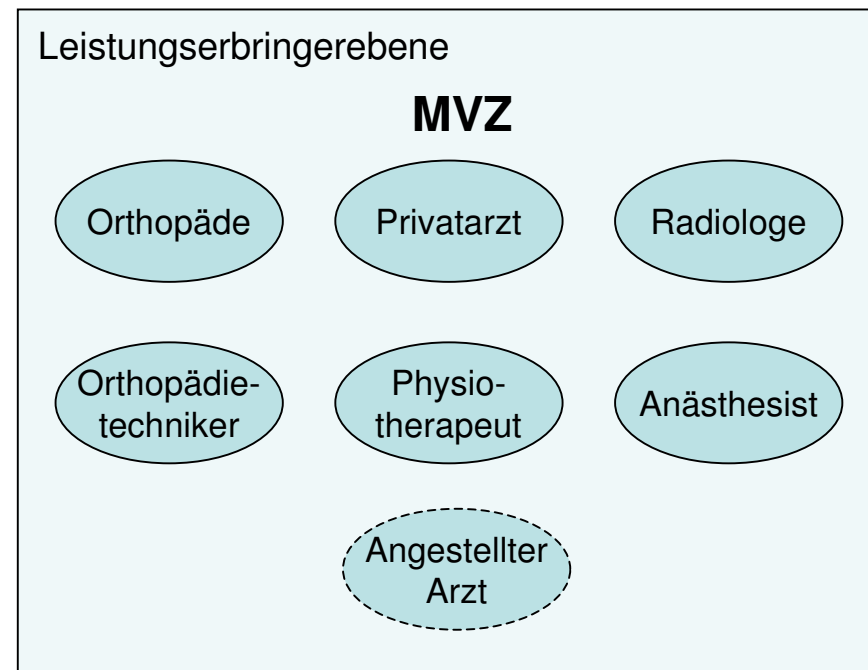
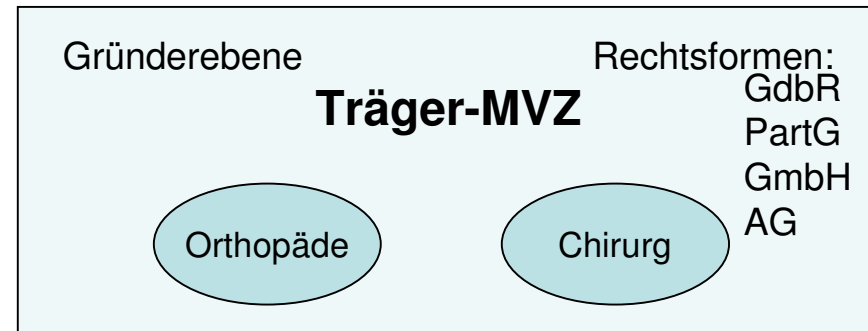
- Fachübergreifende Tätigkeit
  - Die Kombination verschiedener ärztlicher Fachgebiete (z.B. Hausärzte und Fachärzte)
  - Zusammenarbeit zwischen Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen als Kombination von verschiedenen sonstigen Elementen ambulanter Versorgung (z.B. Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Apotheken, häusliche Pflegedienste etc.)

# MVZ:

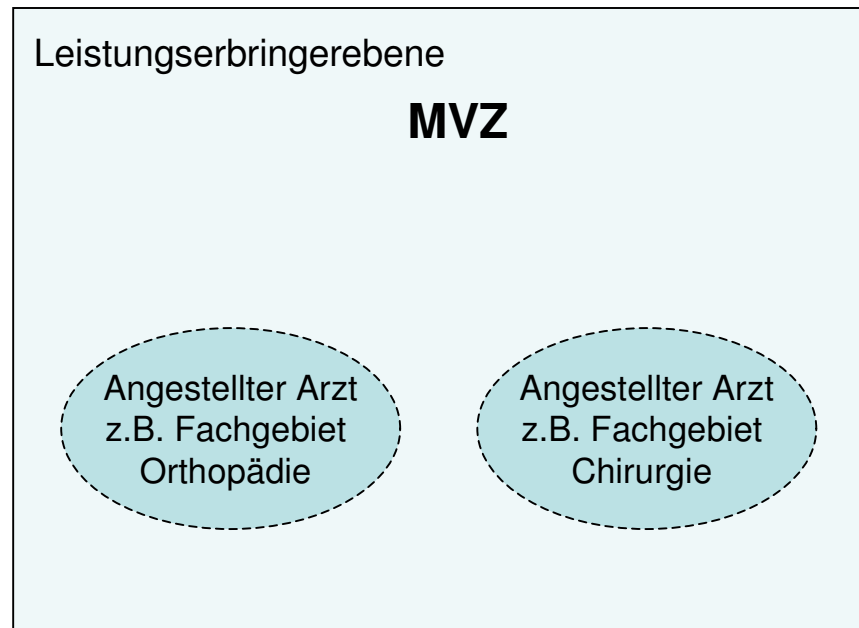
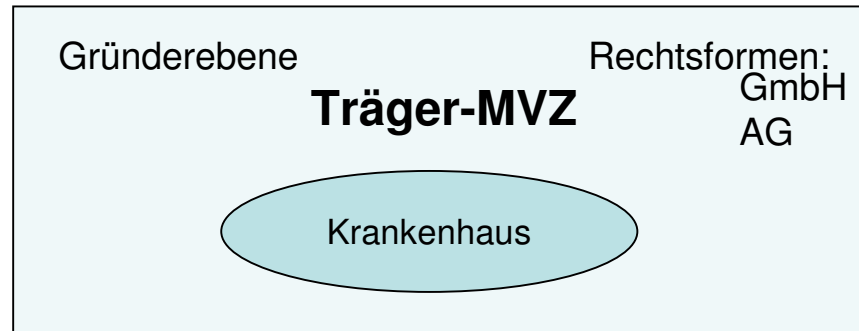
## Tätigkeit von Ärzten

auf der Leistungserbringerebene

- **Angestellte**
- **niedergelassene Vertragsärzte**
- **in einem Kombinationsmodell**
- **Integration von Privatärzten**
- **Aufnahme nichtärztlicher Leistungserbringer**



# MVZ:





# MVZ in MBO-Ä nicht explizit erwähnt

## Berufsrecht im Lichte des Vertragsarztrechts

- Varianten der beruflichen Kooperation gem. § 18 MBO-Ä
  - MVZ als **Berufsausübungsgemeinschaft**  
„Freiberufler-MVZ“
  - MVZ als **Organisationsgemeinschaft**  
Vertragsarzt will mit „Angestellten-MVZ“ zusammenarbeiten
  - MVZ als **Einzel-Praxis**  
Vertragsarzt gründet mit Arzt anderer Fachgruppe ein MVZ und stellt diesen und ggf. weitere Ärzte an
  - Möglich: keine Kooperation i.S.d. § 18 MBO-Ä  
Krankenhaus gründet MVZ mit angestellten Ärzten
  - Problematisch: Krankenhaus gründet MVZ unter Einbeziehung von Vertragsärzten  
(Krankenhäuser können gem. § 23b Abs. 1 MBO-Ä keine Gesellschafter einer Ärztegesellschaft sein)

# MVZ: Ärztlich geleitete Einrichtungen

- Die Grundsätze des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus sind für den Bereich medizinischer Versorgungszentren anwendbar. Hiernach ist in einem medizinischen Versorgungszentrum **mindestens ein leitender Arzt** zu bestimmen, der vom Träger des medizinischen Versorgungszentrums weisungsunabhängig ist und die **Gesamtverantwortung** für die von den angestellten Ärzten erbrachten ärztlichen Leistungen trägt. Hierzu zählen unter anderem auch die ordnungsgemäße Abrechnung, die Führung der ärztlichen Unterlagen über Patienten, die Erstellung von Arztberichten sowie die Beachtung der einschlägigen Rechtsvorschriften, insbesondere des Vertragsarztrechts.

# MVZ: Privatärztliche Abrechnung

Medizinische Versorgungszentren werden wie ein Krankenhaus nach § 107 f. SGB V **zugelassen**. Aufgrund der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V ist außerdem sichergestellt, dass die medizinischen Versorgungszentren **ärztlich geleitet** sind. Des Weiteren sind medizinische Versorgungszentren ebenso wie Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser zur **Qualitätssicherung** nach § 135a SGB V verpflichtet. Damit ist dargelegt, dass der Leistungsausschluss nach § 4 Abs. 2 MB/KK bei medizinischen Versorgungszentren, die ihre Leistungen gegenüber privatversicherten Patienten durch angestellte Ärzte erbringen, nicht greifen kann, zumal der **Schutzzweck** dieser Regelung bei der Behandlung in einem solchen Versorgungszentrum nicht verletzt und ein Berufen auf das Niederlassungserfordernis nicht mit dem **Sinn und Zweck der Regelung** in Einklang zu bringen wäre.

# Akquisition von Vertragsarztsitzen

- **Seniorzulassungen**
- **Der Bedarfsplanung nicht unterliegende Fachärzte:**
  - Herz- und Gefäßchirurgie
  - Humangenetik
  - Kinderchirurgie
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
  - Laboratoriumsmedizin
  - Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
  - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
  - Nuklearmedizin
  - Pathologie
  - Phoniatrie und Pädaudiologie
  - Plastische Chirurgie
  - Strahlentherapie
  - Transfusionsmedizin
- **Freie Vertragsarztsitze (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin im Bereich der KV Pfalz)**

# MVZ: Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

- Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen.
- Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums erfolgt gemäß § 95 Abs. 1 S. 4 SGB V durch den **Zulassungsausschuss für den Ort der Betriebsstätte** („Niederlassung“) und nicht für den Ort des Sitzes des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums.  
Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die **Kassenärztlichen Vereinigungen** und die **Landesverbände der Krankenkassen** sowie die **Verbände der Ersatzkassen** für den Bezirk jeder kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) gemäß § 96 Abs. 1 SGB V einen **Zulassungsausschuss für Ärzte** und einen **Zulassungsausschuss für Zahnärzte**.

# Checkliste der für einen MVZ-Antrag erforderlichen wesentlichen Unterlagen:

- Nachweis der notwendigen Gründerqualifikation (Zulassung, Ermächtigung, Vertrag)
- Gesellschaftsvertrag, der die Gesellschafter eindeutig erkennen lässt und die ärztliche Leistung regelt
- Bei GmbH: Handelsregisterauszug und Ärztekammerbescheinigung
- Vertrag über ärztliche Leitung
- Ggf. Antrag auf Verlegung eines oder zweier Vertragsarztsitze gem. § 24 Abs. 4 Ärzte-ZV
- Ggf. Antrag auf Anstellungsgenehmigung(en) gemeinsam durch MVZ und Arzt, da letzterer KV-Mitglied wird
- Anstellungsvertrag mit Angaben zur Wocharbeitszeit, da gem. § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V relevant für die Berechnung des Versorgungsgrades
- Arztunterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV (Auszug aus dem Arztregister, ggf. entsprechenden Antrag gleichzeitig stellen mit Tätigkeitsnachweis, Lebenslauf, polizeiliches Führungszeugnis etc.)

# MVZ mit angestellten Ärzten

## 3 Möglichkeiten:

- Das Regelverfahren gem. § 95 Abs. 2 und 3 SGB V i.V.m. § 19 Abs. 1 Ärzte-ZV. Danach wird die Zuteilung einer freien Zulassung beim Zulassungsausschuss der (Bezirks-)KV beantragt. Die Zulassung bewirkt, dass die angestellten Ärzte Mitglieder der zuständigen KV sind und das MVZ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist (§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V).
- Die Praxisüberlassung nach § 103 Abs. 4 SGB V durch einen zugelassenen Vertragsarzt, dessen Sitz durch die KV ausgeschrieben wird und um den sich auch das MVZ bewerben kann. Es konkurriert dabei mit anderen Bewerbern.
- Das neu etablierte Verfahren nach § 103 Abs. 4 a SGB V, bei dem ein zugelassener Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichtet und sich im MVZ anstellen lässt. Der Zulassungsausschuss muss die Anstellung genehmigen. Bei bestehender Zulassungsbeschränkung sollte das MVZ diese Regelung anstreben.

# Vergütung der Leistungen im MVZ:

- § 87 Abs. 2a S. 1 und 2 SGB V:

Die im EBM für die ärztlichen Dienste aufgeführten Leistungen sind unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen (hier MVZ) zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen



# Vergütung der Leistungen im MVZ:

Entwicklung von Kriterien und praktikable Verfahren in MVZ bzgl.:

- **Leistungskomplexe, Fallpauschalen sowie abrechenbarer Leistungen und ihrer Prüfung**
- **Plausibilitätsprüfungen**
- **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**
- **Festlegung von Richtgrößen für Arznei- und Heilmittelbudget**

Weitere Anforderungen:

- **EBM 2000plus ab 1.4.2005**
- **Morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen ab 2007**

# Steuerliche Aspekte im MVZ

## I. Steuern im laufenden Betrieb, z.B.

- **Körperschaftsteuer nebst Solidaritätszuschlag**
- **Umsatzsteuern**  
(Problem: Ob MVZ aufgrund fachübergreifender Leistungsspektrums eine „andere Einrichtung ärztlicher Heilbehandlung“ i.S.d. § 4 Nr. 14 UStG darstellt.)
- **Gewerbesteuer**
  - Per Gesetz, z.B. bei GmbH oder AG, sofern keine Ausnahmen gem. § 2 Abs. 2 S. 1 GewStG
  - Sog. Infektionstheorie
- **Sonstige Steuern: Einzelfallprüfung erforderlich**

### **Empfehlung:**

Anforderung einer verbindlichen Auskunft beim zuständigen Finanzamt

# **Steuerliche Aspekte im MVZ**

## **II. Steuern bei Beginn und Beendigung der Tätigkeit**

- **Aufdeckung stiller Reserven**
- **Besteuerung von Aufgabegewinnen oder auch Veräußerungsgewinnen**  
**und**
- **In Fällen von Übertragungen im Rahmen der vorweggenommenen Erbfolge bzw. von Übertragungen von Todes wegen**

# Berufshaftpflichtversicherungen

- Arbeitsteiliges Zusammenwirken mit anderen ärztlichen Kollegen führt zu neuen Risiken
- Angestellte Ärzte nach § 32b der Zul-VO nicht automatisch mitversichert
- Bei verschiedenen Haftpflichtversicherern ist eine Konsortialvereinbarung zwischen den Versicherern herbeizuführen

# MVZ - Resümee

- Gesetzgeber lässt viele Fragen offen, daher individuelles Vorgehen erforderlich
- Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts
- Medizinische Versorgungszentren keine „cash cows“
- Achtung: Steuerrecht
- MVZ stellen wichtige Ergänzung zur ambulanten ärztlichen Versorgung dar
- Medizinische Versorgungszentren als Portal zum Krankenhaus
- Medical-/Gesundheits-Center im Rahmen der integrierten Versorgung

# Ziele der IV

## Aus Sicht der Versicherten:

- **Steigerung der Servicequalität**  
(z. B. Wartezeiten, Servicezeiten, besondere Leistungen, Versorgung aus einer Hand, Transparenz der Abläufe, Reduzierung des Verwaltungsaufwandes, Vermeidung von Doppeluntersuchungen)
- **Abgestimmte Versorgung nach anerkannten Qualitätsstandards/externe Evaluation**
- **Förderung der sprechenden Medizin mit Zeit für persönliche Zuwendung**
- **Überwindung der Systemgrenzen, ambulant und stationär**
- **Einbindung von Informationssysteme für Versicherte**  
(z. B. als Wegweiser zu Experten wissen)
- **Einbindung der Komfortkrankenversicherung/Überwindung der Systemgrenzen GKV und PKV**

# Ziele der IV

## Aus Sicht der Vertragspartner:

- **Steuerung komplexer Einzelfälle von Beginn an**
- **Erprobung neuer Vergütungsformen werden möglich/Sicherheit über Vergütung**
- **Verringerung von Verwaltungsaufwand (z. B. bei Kostenzusagen)**
- **Lenkung des Finanzströme in Richtung der regionalen Partner**
- **Beteiligungs-/Bonus- Modelle an Effizienz- Gewinnen (Kunde, Leistungsanbieter).**
- **Weiterhin darf die „Grenze“ zur privaten Krankenversicherung oder sog. IGEL-Leistungen durch weiteren Service und Produkte überschritten werden z. B. durch**

**Einbindung von Bonusmodellen**

**Einbindung von Service und Qualität**

**Einbindung e-Card und e-File**

**Integration von Zusatzversicherungen**

**Integration von Best Doctor / Best Care**

# IV: Anforderungen

- **Erkennbarer Mehrwert gegenüber der konventionellen Versorgung: Überlegenheit in medizinischen, betriebswirtschaftlichen und Serviceaspekten**
- **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 Hüftendoprotetik)
- **Definition von Versorgungskomplexen und Behandlungspfaden**
- **Vereinbarungen mit ausgewählten und besonders qualifizierten Leistungsanbietern** (z. B. Vertrag über Interdisziplinäre Schmerzkonferenzen mit der deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.)
- **Erkennbare Nutzen für den Versicherten für die Inanspruchnahme und Akzeptanz integrierter Versorgungsformen**
- **Orientierung am Bedarf der Versicherten**



# IV: Anforderungen

- **Intensivierte Information und Beratung der Patienten**
- **Teilnahme für den Versicherten freiwillig, daher entwickeln die Kassen entsprechende Anreizsysteme**
- **Messbare Qualitätsanforderungen** (z. B. messbare Optimierung der Behandlungsqualität, Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit einschließlich der Patientenzufriedenheit, messbare Verbesserung der Servicequalität der medizinischen Versorgung)
- **Wirtschaftlichkeit:** die Integrationsversorgung sollte so angelegt sein, dass sie auch nach Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2006 ökonomisch tragfähig ist. Das heißt nicht additiv (on-top), sondern substitutiv, insbesondere durch Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Vermeidung von Komplikationen.

# Medizinisches Modell der Integrierten Versorgung am Beispiel ‚Brustkrebs‘

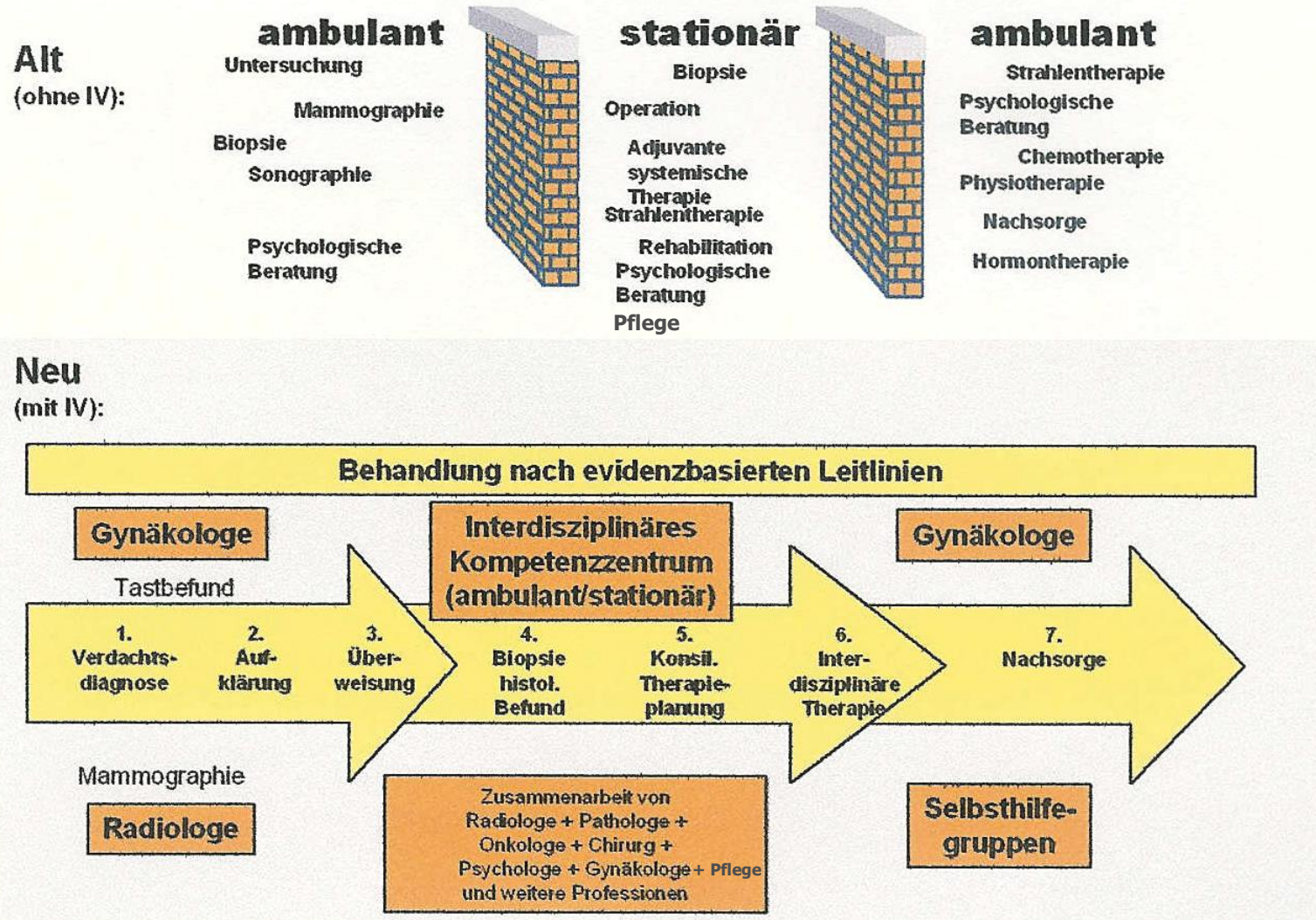


Abb: Nach Rebscher, brennpunkt-gesundheitsweise.de., 4/2004, S. 16.



## Ökonomisches Modell der Integrierten Versorgung

**Alt**  
(ohne IV):

**ambulant**



Kopfpauschale  
Arzneimittel  
Heil-/Hilfsmittel



**stationär**



Pflegesatz/  
Sonderentgelt  
DRG



**ambulant**



Kopfpauschale  
Arzneimittel  
Heil- und Hilfsmittel  
Fahrtkosten

Input-orientiert  
(Ressourcen)

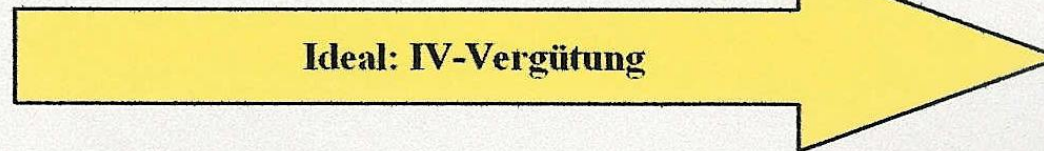
Patientenbeteiligung:

Praxisgebühr  
Selbstbehalt

Selbstbehalt

Selbstbehalt

**Neu**  
(mit IV):



**Real: näherungsweise Komplexvergütung/komb. Budgets**

Output-orientiert  
(Endpunkte)

Patientenbeteiligung:

keine Praxisgebühr / reduzierte Zuzahlung

Abb: Rebscher, brennpunkt-gesundheitswese.de., 4/2004, S. 17.

# IV: Investitionskosten

- **Konzeption und Ausarbeitung**
- **Rechtsfragen der Gemeinschaften**
- **Organisation von Binnenstrukturen**
- **Vergütungsanforderungen**
- **Entwicklung des internen Vergütungssystems für alle an der integrierten Versorgung Beteiligten**
- **Vertragliche Leistungsbeschreibung**
- **Arbeitsteilige Behandlungskonzepte, ggf. unter Beteiligung vertraglich angebundener externer Leistungserbringer**
- **Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagement**
- **Datensicherungs- und Datenschutzsystem**
- **Sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgungsprozesse**

# Wesentliche Neuerungen zum 1.1.2004

Integrierte Versorgung	ALT (bis 31.12.2003)	NEU (ab 01.01.2004)
Gesetzliche Grundlage	§§ 140a – h SGB V	§§ 140a – d SGB V
Begriffsbestimmung (§ 140a Abs. 1)	"eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten <b>oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung</b>"</li> <li>• Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages</li> </ul>
Vertragspartner der Kassen (§ 140b Abs. 1)	abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• KVen,</li> <li>• Gemeinschaften von Vertrags(-zahn)ärzten,</li> <li>• sonstige Leistungserbringer,</li> <li>• Träger von Krankenhäusern,</li> <li>• Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen,</li> <li>• Träger ambulanter Reha-Einrichtungen,</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oder die jeweiligen Gemeinschaften</li> </ul>	abschließende Aufzählung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• -/-</li> <li>• <b>einzelne</b> Vertrags(-zahn)ärzten,</li> <li>• sonstige Leistungserbringer,</li> <li>• Träger von Krankenhäusern,</li> <li>• Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen,</li> <li>• Träger ambulanter Reha-Einrichtungen,</li> <li>• <b>Träger von Einrichtungen, die Integrierte Versorgung anbieten,</b></li> <li>• <b>Medizinische Versorgungszentren,</b></li> <li>• Einbezug der Krankenhausapotheke möglich (§ 14 Abs. 4 ApoG)</li> <li>• oder die jeweiligen Gemeinschaften</li> </ul>

# Wesentliche Neuerungen zum 1.1.2004

<b>Integrierte Versorgung</b>	<b>ALT</b> (bis 31.12.2003)	<b>NEU</b> (ab 01.01.2004)
Beitritt Dritter zum Vertrag	Strittig	Nur mit Zustimmung aller Vertragspartner (§ 140b Abs. 5)
Vertragsgegenstand (Vorgaben nach § 140b Abs. 3 und § 140c)	Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen	Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen
Leistungen / Versorgungsauftrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante und stationäre Leistungen im Rahmen der bestehenden Zulassung der beteiligten Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist (§ 140b Abs. 4)</li> </ul>

# Wesentliche Neuerungen zum 1.1.2004

Integrierte Versorgung	ALT (bis 31.12.2003)	NEU (ab 01.01.2004)
Finanzierung / Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Budgets teilnehmender Krankenhäuser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004 – 2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden</li> <li>2004 – 2006 bis zu 1 % Pauschalabzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der Integrierten Versorgung, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind</li> </ul>
Beitragssatzstabilität	Beitragssatzstabilität	Ausnahme von der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden (§ 140b Abs. 4)
Rahmenvereinbarungen	Verpflichtende Rahmenvereinbarung GKV – KBV (§ 140d) Rahmenempfehlung GKV – DKG (§ 140e)	- -
§ 140g	Bonus für Versicherte möglich	-
§ 140h	Wissenschaftliche Begleitung möglich	-

# Vertragliche Regelungen und Strukturen

## 1. Krankenkassen - Leistungserbringer

- Rechtsverhältnis wird durch Vertrag, nicht durch Gesetz begründet
- Pflichtinhalt:
  - Definiert sich aus dem Charakter des Vertrages als Versorgungsvertrag i.S.d. § 140b SGB V
  - Bestimmung der Vertragspartner
  - Vereinbarung eines Versorgungsauftrages
  - Gesetzlicher Mindestinhalt nach § 140b SGB V (z.B. Qualitätssicherung, Versorgungsbedarf, Koordination, Dokumentation etc.)
  - Regelung der Person des Leistungserbringers und seiner Leistungsberechtigung (Reichweite)
  - Vergütung der Leistungserbringer



# Vertragliche Regelungen und Strukturen

## 1. Krankenkassen - Leistungserbringer

- Fakultativ sinnvoll:
  - Persönlicher und räumlicher Geltungsbereich des Versorgungsauftrages
  - Haftung der Leistungserbringer
  - Einhaltung von Standards, Richtlinien etc.
  - Evaluation
  - Teilnahmevoraussetzung für Versicherte
  - Versorgungskoordination und –koordinator
  - Ort und Umfang der Datenübermittlung
  - Einhaltung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht
  - Vertragslaufzeit
  - Teilnahme weiterer Leistungserbringer
  - Austritt bisheriger Mitglieder
  - Schriftformklausel
  - Salvatorische Klausel
  - Kündbarkeit des Vertrages

# Vertragliche Regelungen und Strukturen

## 2. Auftreten der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen

- **Schuldrechtliche Gestaltung:**
  - Leistungserbringer stehen Krankenkassen als einzelne Vertragspartner eines mehrseitigen Vertrages gegenüber
- **Aber:**
  - Mit der Zahl der Beteiligten an einer Rechtsbeziehung nehmen Umfang und Komplexität der erforderlichen vertraglichen Regelungen zu
- **Daher:**
  - Ab einem bestimmten Organisationsumfang prüfen, ob die erforderlichen vertraglichen Beziehungen nicht für jede Vertragsbeziehung gesondert vertraglich geregelt wird. Folge: Bündel von Einzelverträgen
- **Oder:**
  - Bildung von Gruppen von Beteiligten nach sachlichen Gesichtspunkten, deren Rechtsbeziehungen untereinander vertraglich definiert werden und sodann die Rechtsbeziehungen zwischen den Gruppen regeln
- **Partiarische Rechtsverhältnisse!**

# Gesellschaftsrechtliche Gestaltung

- **Leistungserbringer sind sich einig, einen gemeinsamen Zweck (IV) in bestimmter Weise, insbesondere durch Erbringung von „Beiträgen“ zu fördern**
- **Regelfall:**
  - **Leistungserbringer verpflichten sich gemeinschaftlich zur Erbringung einer Integrationsversorgung gegenüber den Krankenkassen und fördern eine gemeinsamen Zweck**
- **Gefahr:**
  - **Gründung einer BGB-Gesellschaft (§ 705 ff. BGB) – kann auch stillschweigend und formlos erfolgen, da sich die Leistungserbringer zur Förderung eines gemeinsamen Zweckes i.R.d. Integrierten Versorgung verpflichten bzw. verbinden.**
- **Folge:**
  - **Persönliche, gesamtschuldnerische und unbegrenzte Haftung**
- **Linderung:**
  - **Abschluss von Haftpflichtversicherungen, sorgfältige Auswahl der Partner**

# Organisationsformen der Leistungserbringer untereinander

- **Keine Regelung des Gesetzgebers**
- **Daher im Ergebnis wie MVZ: „alle zulässigen Rechtsformen“**
  - **BGB-Gesellschaft**
  - **Verein**
  - **Partnerschaft**
  - **GmbH**
  - **Stiftung**
  - **AG**
  - **Genossenschaft**
- **Bei Rechtswahlform beachten:**
  - **Eigentums- und Besitzverhältnisse**
  - **Organisation der Geschäftsführung**
  - **Haftung**
  - **Steuerrecht**
  - **Gemeinnützigkeitserwägungen**
  - **Sozial- und Berufsrecht**

# Regelungsbedarf

- Welche Vorschriften sollen ab 2007 zur Finanzierung der integrierten Versorgung gelten?
- Wie kann Qualitätssicherung in den Versorgungsnetzen sinnvoll praktiziert werden?
- Wohin entwickelt sich der Sicherstellungsauftrag, wenn Einkaufsmodelle und Einzelverträge an Bedeutung gewinnen?
- Welchen Stellenwert wird die Gesundheitskarte und elektronische Patientenakte als zentrales Kommunikationsmedium für die Versorgungsnetze haben?
- Die Vergütung der Integrationsversorgungsleistungen kann zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern frei verhandelt werden. Allerdings spricht viel dafür, dass sich die Vertragspartner zunächst an die bestehenden Vergütungssysteme (z.B. EBM, DRG) anlehnen werden, auch wenn dies nicht erforderlich ist. Denkbar sind beispielsweise Einzelpreise bis Komplexpauschalen, Mengenrabatte, leistungsabhängige Vergütung (mengen- und qualitätsabhängige Vergütung, Zielvereinbarungen), Beteiligung an Kostenersparnis sowie Bonus-/Malus-Regelungen.

# Resümee

Die gesetzliche Krankenversicherung wird auf absehbare Zeit eine Dauerbaustelle bleiben. Dies hat auch der Gesetzgeber so gesehen, denn in der Begründung zum GMG wird hierzu formuliert wie folgt:

"Allerdings werden damit nicht alle Probleme der Zukunft gelöst. Die Systeme der sozialen Sicherung stehen mittel- und langfristig vor weiteren schwierigen Herausforderungen. Die demographische Entwicklung und grundlegende Veränderungen der Erwerbsbiographien sowie die Entwicklung der Einkommensverteilung konfrontieren Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung mit tiefgreifenden Problemen."

Und weiter führt der Gesetzgeber aus: "...langfristig werden weitere Weichenstellungen zur nachhaltigen Finanzierung der GKV erfolgen müssen."

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Literaturnachweise sind beim Verfasser erhältlich.

© Copyright: Prof. Dr. Heinrich Hanika