

Frank Schramm, Julia Liebthal:

Integrierte Versorgung in der Kinderradiologie – eine rechtliche Bewertung

Seit dem Jahr 2000 gibt es die Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Mit den Veränderungen, die die Gesundheitsreform im Jahr 2004 in diesem Bereich brachte, wird zusehends von der Möglichkeit zur integrierten Versorgung Gebrauch gemacht. Per Stichtag 31.03.2006 waren im gesamten Bundesgebiet 2.109 Verträge zur integrierten Versorgung bei der gemeinsamen Registrierungsstelle gemeldet.

Nachdem in der Anfangsphase zunächst die operativen Fächer die Integrationsversorgung für sich entdeckten, springen immer mehr niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen auf den Zug auf. Durch die geplante Verlängerung der Anschubfinanzierung im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) scheint das Überleben der integrierten Versorgung in näherer Zukunft als gesichert. Trotz dieses Booms finden sich kaum Projekte, in denen Kinderradiologen beteiligt sind. Dabei bietet gerade der Schwerpunkt der Kinderradiologie wegen seines Spezialisierungsgrades Möglichkeiten für Krankenhäuser, niedergelassene Kinderradiologen und Krankenkassen.

Ziele der integrierten Versorgung
Mit der Integrationsversorgung wollte der Gesetzgeber einen Weg finden weg von den bis heute bestehenden starren Versorgungsformen, hin zu einer patientengerechteren Versorgung. Ziel war es, die

Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, zwischen Haus- und Fachärzten bzw. zwischen den Fachärzten untereinander aufzubrechen. Hierdurch erhoffte sich der Gesetzgeber Einsparungen unter anderem durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und einer besseren Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren.

Rechtliche Ausgestaltung in der integrierten Versorgung

In der integrierten Versorgung wird ein Einzelvertrag zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen. Der Umfang des Leistungsgegenstandes und der Umfang der Leistungspflichten bestimmt sich aus dem Einzelvertrag. Voraussetzung ist, dass der Vertrag eine leistungssektorenübergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung vorsieht (§ 140 a SGB V). Teilnahmeberechtigt ist jeder zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer, d. h. einzelne oder Gemeinschaften von

niedergelassenen Ärzten, Medizinische Versorgungszentren, Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, sonstige zugelassene Leistungserbringer, wie Heil- und Hilfsmittelerbringer einschließlich Apotheken, neuerdings sogar Managementgesellschaften, d. h. Träger, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten.

Wie in der gesamten integrierten Versorgung, die weitestgehend auf individueller Vertragsgestaltung beruht, werden keine Vorgaben bezüglich der Rechtsform von Gesellschaften gemacht. Zulässig ist danach auch der Vertragsschluss mit Interessengemeinschaften/Trägergesellschaften, zum Beispiel in Form einer GbR, GmbH oder AG, die gegenüber den Krankenkassen das Leistungsangebot bündeln. Die Kassenärztliche Vereinigung ist an dem Integrationsvertrag nicht mehr zwingend zu beteiligen.

Für den Inhalt und Abschluss eines Integrationsvertrages gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit, d. h. dass für die Krankenkassen kein Kontrahierungszwang besteht. Teilnahmewillige Leistungserbringer haben somit keinen Anspruch auf Abschluss oder Beteiligung an einem Integrationsvertrag. Ein Beitritt Dritter zu bestehenden Integrationsverträgen ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

Die einzelnen in dem Integrationsvertrag zu erbringenden Leistungen sind konkret zu bestimmen, ebenso wie die Vergütung. Dabei sind die an der Integrationsversorgung teilnehmenden Leistungserbringer weder an die vertragsärztlichen Regelungen noch an die Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz gebunden. Allerdings bleiben sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V verpflichtet. Statt einer Einzelvergütung können in der Integrationsversorgung auch Komplex-, Fall- oder Kopfpauschalen vereinbart werden bis hin zu Regelungen, mit denen den teilnehmenden Leistungserbringern eine Budgetverantwortung übertragen wird. Die Vergütung soll sämtliche Leistungen umfassen, die im Rahmen des Integrationsvertrages erbracht werden.

Die Finanzierung der integrierten Versorgung erfolgt seit dem 01.01.2004 durch die sogenannte

Anschubfinanzierung, wonach die gesetzlichen Krankenkassen bis zu 1 % der von ihnen an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung einbehalten können. Diese Regelung, die ursprünglich bis einschließlich 2006 befristet war, soll durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das nach dem Willen des Gesetzgebers zum 01.07.2006 in Kraft treten soll, bis zum 01.01.2008 verlängert werden. Im Anschluss soll – so zumindest der ursprüngliche Wille des Gesetzgebers – eine Bereinigung der Gesamtvergütung stattfinden. Ob dies tatsächlich eintreten wird, bleibt abzuwarten.

Chancen für die Kinderradiologie

Die Chancen der integrierten Versorgung im Bereich der Kinderradiologie liegen für die Krankenhäuser in der Eröffnung eines neuen Leistungsbereiches, nämlich der ambulanten Versorgung. Für die niedergelassenen Leistungserbringer ermöglicht die integrierte Versorgung eine Abkehr von den beschränkten Vergütungsmöglichkeiten im System und für die Patienten bietet die integrierte Versorgung aufeinander abgestimmte, schnelle und fundierte Diagnostik- und Therapiemöglichkeit.

Gerade für Krankenhausärzte an Kinderkliniken ist es im Bereich der Kinderradiologie schwierig, sich über Ermächtigungen auf dem Markt ambulanter Leistungserbrin-

gerung zu etablieren. Es gilt der Vorrang niedergelassener Leistungserbringer. Dabei kommt es nach der Rechtsprechung des BSG bei der Frage, ob eine für die Erteilung einer Ermächtigung erforderliche Versorgungslücke besteht, allein auf das Fachgebiet, nicht aber auf eventuelle Schwerpunktbezeichnungen an. Eine Versorgungslücke wird daher in der Regel verneint, wenn der Bedarf an Fachärzten für Radiologie gedeckt ist, selbst wenn keiner dieser Radiologen die Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie führt. Der Nachweis einer qualitativ speziellen Versorgungslücke fällt naturgemäß schwer, da die Zulassungsausschüsse in der Regel damit argumentieren, dass besondere Kenntnisse eines Krankenhausarztes sowie vermeidbare Belastungen durch das Unterbrechen einer Behandlung im Krankenhaus zum Aufsuchen eines niedergelassenen Radiologen allein keinen Grund für die Erteilung einer Ermächtigung darstellen. In den Ermächtigungsverfahren muss daher umfangreich dargelegt werden, dass es sich bei den Leistungen der Kinderradiologie um ein eigenes Leistungsspektrum handelt, welches nicht, zumindest nicht mit der selben Qualität von Fachärzten für Radiologie ohne Schwerpunktbezeichnung erbracht werden kann.

Diese Schwierigkeiten werden durch den Abschluss eines Integrationsvertrages umgangen, da hier

jeder Vertragspartner sektorenübergreifend tätig werden kann, solange die Erbringung der jeweiligen Leistungen vom Zulassungsstatus oder Ermächtigungsstatus eines der Leistungserbringer gedeckt ist. Krankenhäuser können in Kooperation mit einem niedergelassenen Kinderradiologen somit selbst kinderradiologische ambulante Leistungen erbringen, ebenso wie der niedergelassene Kinderradiologe im Rahmen der integrierten Versorgung stationär im Krankenhaus Leistungen erbringen darf. Voraussetzung ist lediglich, dass die Partner den entsprechenden Zulassungsstatus mit in den Integrationsvertrag einbringen.

Die Integrationsversorgung eröffnet den Krankenhäusern mithin den Zugriff auf den ambulanten Markt, wenn sie mit entsprechenden niedergelassenen Leistungserbringern kooperieren.

Daneben sind auch interdisziplinär fachübergreifende Integrationsverträge denkbar, die eine ganz am Kind ausgerichtete Behandlung durch Beteiligung aller auf Kindermedizin spezialisierten Professionen ermöglicht. Möglich ist z.B. eine umfassende Kooperation zwischen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie und Kinderradiologie. Entsprechende Projekte sind bereits den Krankenkassen vorgestellt wor-

den. Durch die Beteiligung aller in der Kindermedizin tätigen Fachärzte können nicht nur Doppelstrukturen und Doppeluntersuchungen abgebaut werden. Das Ineinandergreifen durch Terminabsprachen und elektronische Vernetzung zwischen den teilnehmenden Praxen führt zu einer Verkürzung der Diagnosezeit und damit unmittelbar zu einer Verbesserung der Versorgung junger Patienten.

Es wird deutlich, dass Integrationsprojekte unter Beteiligung der Kinderradiologie, sei es sektorenübergreifend, sei es interdisziplinär-fachübergreifend, geeignet sein können, die Versorgung der Patienten wirklich zu verbessern, und es kann deshalb nur empfohlen werden, derartige Projekte zu initiieren und den Krankenkassen als Vertragspartnern anzubieten.

▶ RA Frank Schramm,
RAin Dr. jur. Julia Liebthal
Koch, Staats, Kickler, Schramm
& Partner - RA und Notare
Deliusstraße 16
D - 24114 KIEL