

**Newsticker**

**Versorgungssituation beim chronischen Rückenschmerz**

Nach Ansicht von Experten gibt es für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen kein umfassendes Versorgungskonzept. Der Grund dafür sei die geringe Abgestimmtheit des Systems, kritisierte der Bremer Gesundheitsforscher Gerd Glaeske bei der Vorstellung der Studie Versorgungsatlas Schmerz. „Jeder ist zunächst einmal für sich da und keiner arbeitet integrativ. Deshalb sehe ich auf Dauer keine vernünftige Versorgung bei solchen Patienten“, so Glaeske. 43,5% der 5,2 Millionen Versicherten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), so die Analyse, ließen sich im Jahr 2006 wegen Rückenschmerzen behandeln.

Mit der Identifizierung von verschiedenen Schmerztypen soll die notwendige Hilfe zielgerichteter erfolgen. Um ihre Schmerzen zu lindern, besuchen Patienten häufig vergeblich unterschiedliche Fachärzte. Mehr als 80% der Untersuchten, die an spezifischen Rückenschmerzen litten, konsultierten mehr als eine Facharztgruppe. „Das deutet darauf hin, dass bei den Ärztekontakten

vor Ort nicht das erreicht wurde, was gewünscht war“, analysierte Glaeske.

© kbv-kompakt, 17.02.2010

**Versorgungsverträge mit Krankenhäusern**

Mehr als drei Viertel der deutschen Krankenhäuser ist über Kooperations- oder integrierte Versorgungsverträge vernetzt. Allerdings schätzt nur ein Drittel der Häuser das Potenzial der integrierten Versorgung (IV) als hoch oder sehr hoch ein.

Das ist das Ergebnis des 4. IT-Reports Gesundheitswesen der Fachhochschule Osnabrück. Danach ging der Anteil der IV-Befürworter zwischen 2005 und 2009 von 44% auf 28% zurück. Hauptbegründung für das abnehmende Interesse der Kliniken an der IV sei die zu hohe Bürokratie bei IV Verträgen. Der Großteil der befragten Kliniken plant, mit Hauptvernetzungspartnern integrierte Informationssysteme beziehungsweise Einweiserportale einzurichten und die betriebliche Effizienz in Kombination mit Prozessmanagement sicherzustellen.

© Ärzteblatt, 19.02.2010

**KV Bayern warnt vor der integrierten Versorgung**

Die KV Bayerns (KVB) warnt vor einer „kompletten Zerstörung“ des Versorgungssystems durch Selektivverträge. Die vom Gesetzgeber gewollte Zersplitterung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes gefährde zunehmend die einheitliche Versorgung kranker Menschen in Deutschland. „Undurchsichtige Vertragsvielfalt und ein oft intransparenter Versicherungsschutz stellen die bisher verlässliche Organisation der ambulanten Versorgung akut in Frage“, kritisiert KVB Vorstandsvorsitzender Axel Munte.

Die Selektivverträge, die den Kollektivvertrag nicht nur ergänzen, sondern teilweise ersetzen sollen, sorgen seiner Meinung nach für einen kaum noch zu bewältigenden Anstieg an Bürokratie im Gesundheitswesen, ohne dass dies die Versorgung nachweislich verbessert.

© Ärzteblatt 26.02.2010

Anm.: Die DGIV teilt nicht die Auffassung der KV Bayern und bietet gerne an, Wege aufzuzeigen, wie die Vertragsvielfalt bewältigt werden kann.

**Gestalten Sie die Zukunft mit !**

**Ihr Mitgliedsantrag:**

Ja, ich möchte Mitglied in der DGIV werden:

- ( ) als juristische Person (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 400,- €)
- ( ) als natürliche Person (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 180,- €)
- ( ) als Fördermitglied (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 1.000,- €)

Firma: ..... Branche.....  
 Name: ..... Vorname .....

PLZ, Ort ..... Straße .....

Telefon ..... Fax .....

Internet ..... E - Mail .....

Die Satzung der DGIV ist auf der Internetseite [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org) abrufbar. Auf der Internetseite sind auch weitere Aufnahmeanträge vorhanden. Für Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle gerne zur Verfügung.

Datum, Unterschrift, Stempel .....

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Kronenstraße 18  
10117 Berlin

fon: 030 4472 7080  
fax: 030 4472 9746  
mailto: [info@dgiv.org](mailto:info@dgiv.org)

V. i. S. d. P.: Geschäftsführer  
Dipl.-Vw. Axel Steinbach  
Vorstandsvorsitzender:  
Carsten Sterly

Ausgabe 9

6. April 2010

**DGIV akut**

**Integrierte Versorgung nach dem Oymans-Urteil des EuGH**

**In dem sog. Oymans-Urteil hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden, dass deutsche Krankenkassen öffentliche Auftraggeber sind und im Bereich der integrierten Versorgung grundsätzlich die vergaberechtlichen Bestimmungen zu beachten sind.**

Mit seinem Urteil in der Rechtsache hat der EuGH entschieden, dass gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts zu qualifizieren sind.

Der EuGH (Az. C-300/07 „Hans Christophorus Oymanns GbR vs. AOK Rheinland/Hamburg“) hat sich im Rahmen der Entscheidung mit der vergaberechtlichen Einordnung eines Vertrags zur integrierten Versorgung bei diabetischem Fußsyndrom befasst. Für den zu entscheidenden Fall hat der Gerichtshof einen vollumfänglich dem Vergaberecht unterfallenden Lieferauftrag angenommen.

Zwar kann eine generelle Klärung der Rechtsnatur integrierter Versorgungsverträge wegen der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten hieraus nicht abgeleitet werden. Allerdings lässt sich den Ausführungen des EuGH entnehmen, dass integrierte Versorgungsverträge aufgrund der ihnen immanenten Risikoverteilung regelmäßig als ausschreibungspflichtige Liefer- oder Dienstleistungsverträge (ggf. in Form sog. Rahmenvereinbarungen) zu qualifizieren sind. Das Urteil des EuGH hat damit weitreichende Auswirkungen für den Abschluss integrierter Versorgungsverträge wie auch sonstiger Selektivverträge.

Im Ergebnis sind Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber damit grundsätzlich verpflichtet, integrierte Versorgungsverträge nach dem Vergaberecht auszu-

schreiben. Allerdings sind Aufträge im Gesundheitswesen vergaberechtlich als sog. nicht-prioritäre Dienstleistungen einzuordnen. Dies führt dazu, dass Ausschreibungen von Gesundheitsleistungen nicht der förmlichen Strenge des Vergaberechts unterliegen; vielmehr sind bei ihrer Vergabe nur einige Grundbestimmungen des förmlichen Vergabeverfahrens sowie im Übrigen die Grundregeln des EG-Vertrags zu beachten (vgl. EuGH, Ur. v. 13.11.2007, Rs. C-507, „An Post“).

Das EuGH-Urteil könnte nun dazu führen, dass die gesetzlichen Krankenkassen von der Vergabe integrierter Versorgungsverträge Abstand nehmen, weil sie sich durch die ungewohnten Anforderungen des Vergaberechts ggf. überfordert fühlen. Hierfür besteht jedoch keine Veranlassung: So kann z. B. die Vergabe komplexer Verflechtungen medizinischer Versorgungsleistungen im Verhandlungsverfahren in Betracht kommen, bei dem die gefürchtete Formstrenge des Vergaberechts wesentlich abgemildert wird. Hierdurch sinkt auch die Gefahr, dass das Verfahren aufgrund geringfügiger Formfehler vor den Nachprüfungsinstanzen aufgehoben wird.

Im Ergebnis sollte das Vergaberecht daher nicht als Hürde, sondern als große Chance verstanden werden, da es den beteiligten Akteuren auch eine Fülle von Gestaltungsmöglichkeiten – auch für eine wettbewerbsfreie Vergabe - bietet, die im Einzelfall gezielt zur vergaberechtlichen Absicherung eines integrierten Versorgungsvertrags eingesetzt werden können.

Schließlich sind auch vielfach Konstellationen einer wettbewerbsfreien Vergabe integrierter Versorgungsverträge denkbar, z.B. wenn das Vorhandensein der für die Versorgung notwendigen Infrastruktur oder ein Zusammenschluss der Leistungserbringer vor Ort dazu führen, dass eine wohnortnahe Versorgung der Patienten faktisch nur durch einen bestimmten Leistungserbringer/eine Gemeinschaft von Leistungserbringern erbracht werden kann. Beispielsweise sind Kooperationen von Krankenhäusern und Ärztenetzen denkbar, die in einer Region unter der Schirmherrschaft der Gebietskörperschaften einen integrierten Versorgungsauftrag mit den gesetzlichen Krankenkassen abschließen.

Im Ergebnis sollte das Vergaberecht daher nicht als Hürde, sondern als große Chance verstanden werden, da es den beteiligten Akteuren auch eine Fülle von Gestaltungsmöglichkeiten – auch für eine wettbewerbsfreie Vergabe - bietet, die im Einzelfall gezielt zur vergaberechtlichen Absicherung eines integrierten Versorgungsvertrags eingesetzt werden können.

RA Dr. Hubertus Baumeister / RAin Dr. Jantje Struß, BBG und Partner ([www.bbqundpartner.de](http://www.bbqundpartner.de))

**Zusatzbeiträge und Integrierte Versorgung**

Die Abwanderung von Krankenversicherten aus Kassen mit Zusatzbeiträgen ist größer als von den Verbraucherzentralen erwartet. Stefan Etgeton, der Gesundheitsexperte des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen, zeigte sich gegenüber der Nachrichtenagentur dpa (Zeit-online vom 31.03.2010) von den mindestens 400.000 Wechslern überrascht: „Gerade Menschen mit geringem Einkommen, wohl insbesondere in den neuen Bundesländern, wo die Bindung zur Krankenkasse nicht so stark ist, haben die Krankenkasse gewechselt.“

Die DGIV weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass vertragsbasierte Versorgungsmodelle in ihren Regelungsbereichen finanzielle Planungssicherheit bieten können. Die Patientenbehandlung auf Grundlage von vereinbarten Honoraren könnte somit einen weiteren Kostenanstieg im Gesundheitswesen zumindest teilweise dämpfen.

**In dieser Ausgabe**

- Integrierte Versorgung nach dem Oymans-Urteil des EuGH **1**
- Vorstellung: Vorstandsmitglied Gabriele Breloer-Simon **2**
- Krankenkassenbefragung zur integrierten Versorgung **2**
- Die Managementgesellschaft in der integrierten Versorgung **3**
- Newsticker **4**

## Vorstandsmitglied Gabriele Breloer-Simon

**Wir wollen diese und die kommenden Ausgaben der DGIV akut nutzen, um unsere Vorstandsmitglieder vorzustellen**

Seit Gründung der DGIV im Jahre 2003 ist Gabriele Breloer-Simon, wohnhaft in Berlin, Mitglied des Vorstands: „Unser Ziel war von Anfang an, die Integrierte Versorgung in der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung als Regelfall durchzusetzen. In dem von mir vertretenen Bereich der Pflege sehe ich auch heute noch viele Potentiale für die Zukunft und freue mich, diese mit engagierten Mitstreitern auszuschöpfen.“

Gabriele Breloer-Simon ist Regionalmanagerin der Compass Private Pflegeberatung GmbH mit Sitz in Köln. Das Unternehmen der Pflegeberatung wurde im Oktober 2008 als Tochter des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) gegründet, um Privatversicherte bestmöglich auf das Thema Pflege vorzubereiten und alle notwendige

Informationen zu vermitteln. Die Fachfrau für ambulante Pflege ist seit 1985 aktiv an der Entwicklung dieses Bereichs des Gesundheitswesens mit allen seinen Facetten beteiligt.

In den letzten Jahren ist das Thema Pflege verstärkt in den Vordergrund der Gesundheitsversorgung gerückt. Dies hat vor allem mit demographischen Entwicklungen zu tun: Aufgrund der immer besseren medizinischen Versorgung werden Menschen immer älter. Dieser Prozess geht in der Regel mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher, die im häuslichen Umfeld Unterstützung verlangen.

Gabriele Breloer-Simon setzt sich im Rahmen ihrer Vorstandstätigkeit dafür ein, dass insbesondere die ambulante Pflege ein größeres Gewicht in der integrierten Versorgung erhält: „Die wachsenden Anforderungen an die häusliche Pflege verlangen eine intensive Kommunikation der an der Patientenversorgung

beteiligten Leistungserbringer. Nur ein abgestimmtes Vorgehen, wie es die vertragsbasierten Versorgungsmodelle erlauben, schaffen Behandlungsspielräume und führen zu Kostentlastungen. Diese unverzichtbare Kommunikation verlangt, dass die Leistungserbringer eine Sprache sprechen und sich als Teil eines Teams verstehen, dessen alleinige Aufgabe eine fürsorgliche und zugleich effektive Patientenversorgung ist.“



## Unsere Krankenkassenbefragung zur integrierten Versorgung

**Mit einer nicht repräsentativen Umfrage wurden Vertreter großer Krankenkassen in ganz Deutschland nach ihrer Einschätzung zum Stand der integrierten Versorgung nach Auslaufen der Anschubfinanzierung befragt.**

Fazit: Es geht auf jeden Fall weiter - die Krankenkassen stehen Verträgen über die integrierte Versorgung aufgeschlossen gegenüber.

Innovative Versorgungsformen müssen für Krankenkassen in aller Regel zwei Kriterien erfüllen: sie sollen die Versorgung des Patienten verbessern und Wirtschaftlichkeitspotentiale erschließen. Hier sehen die Krankenkassen ein großes Plus der integrierten Versorgung, da sie die Möglichkeit bieten, zur Versorgung der Versicherten jeweils passgenaue Versorgungsmodelle zu entwickeln und umzusetzen. Dabei werden neben den integrierten Versorgungsverträgen auch die Verträge nach § 73c SGB V als adäquate Möglichkeit zur Individualisierung der Versorgungsleistungen angesehen.

Wichtig ist für alle Krankenkassen,

sen, dass die Entscheidung über den Abschluss von Versorgungsverträgen auf Basis einer ausreichenden Datengrundlage erfolgt. Dies voraussichtlich wird insbesondere versucht, regional erfolgreiche Verträge bundesweit zu etablieren.

Soweit denn Versorgungsprojekte realisiert werden, sehen die Krankenkassen diese dann aber auch als Marketingprojekte für eigene Versicherte, an denen nicht unbedingt andere Krankenkassen teilnehmen müssen.

Eine Krankenkasse erklärte nachdrücklich, dass sie weiterhin auf IV setze: Ziel sei es, das Angebot an IV-Verträgen weiterhin flächendeckend auf hohem Niveau zu halten. Die Kasse möchte als innovative Kasse wahrgenommen werden, die ihren Versicherten etwas Besonderes bietet.

Nach einhelliger Einschätzung war die Anschubfinanzierung hilfreich, um IV-Verträge als neue Versorgungsform kennenzulernen und die damit verbundenen Anfangskosten abzufedern. Nunmehr findet eine Auslese bei allen Krankenkassen statt. Soweit die Versorgungsverträge

aus Zeiten der Anschubfinanzierung auch heute einen Nutzen für die Beteiligten bringen, werden sie fortgesetzt und mit den Leistungserbringern weiter entwickelt.

Eine Krankenkasse begrüßt ausdrücklich, dass nach Auslaufen der Anschubfinanzierung die integrierte Versorgung nicht mehr missbraucht werden könne, um lediglich Regelleistungen zu finanzieren und erwartet, dass sich die IV zukünftig stärker an qualitativen Kriterien ausrichten wird.

Die befragten Krankenkassen sehen durchweg in der Kombination von Hausarztverträgen und den Verträgen über besondere ambulante Leistungen eine zukunftsweisende Verknüpfung vertragsbasierter Patientenversorgungsmodelle. Diese Verknüpfung scheint es den Krankenkassen im ambulanten Bereich zu ermöglichen eine flächendeckende Grundversorgung mit individuellen ergänzenden fachärztlichen Leistungen anzubieten. Vielleicht - so wurde einzeln spekuliert - ist diese Verknüpfung dann die Grundlage für neue überregionale IV-Projekte.

## Die Managementgesellschaft in der integrierten Versorgung

Noch immer werden viele Versorgungsverträge nach § 140b SGB V unmittelbar zwischen den beteiligten Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen. Daneben etablieren sich zunehmend Managementgesellschaften als Träger der integrierten Versorgung.

### Aufgabenstellung

Die Aufgabe der Managementgesellschaft ist die Durchführung von integrierten Versorgungsmodellen, ohne zwingend selbst medizinische Leistungen erbringen zu müssen. Die Managementgesellschaft steht also zwischen der Krankenkasse und den Leistungserbringern und organisiert die Umsetzung des integrierten Versorgungsvertrages. Als Beteiligte an den integrierten Versorgungsverträgen hat sie der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen.

Der Gesetzgeber erwartet von den Managementgesellschaften einen unternehmerischen Ansatz in der vertragsbasierten Patientenversorgung. In den Gesellschaften soll Versorgungs-know-how gesammelt werden, das über den Abschluss eines Versorgungsvertrages hinaus geht.

Das in der Gesellschaft vorhandene know-how soll im Interesse der Patienten dazu dienen, neue Versorgungsformen zu entwickeln und Alternativen zur Regelversorgung aufzuzeigen.

### Rechtsform

Die Managementgesellschaft hat regelmäßig die Rechtsform einer GmbH. Diese Rechtsform ermöglicht die Trennung von den Kapital gebenden Gesellschaftern und der Geschäftsführung.

Gesellschafter einer solchen Gesellschaft kann jedermann mit Interesse an der integrierten Versorgung sein. Anders als beim MVZ müssen nicht die beteiligten Leistungserbringer auch zugleich Gesellschafter sein. Als Gesellschafter kommen insbesondere solche Unternehmen und Personen in Betracht, die die integrierte Versorgung auch unter kaufmännischen Gesichtspunkten gestalten wollen.

Dabei muss die Managementgesellschaft nicht unbedingt gegründet werden. Auch der Krankenhausträger oder das MVZ können grundsätzlich die

Managementgesellschaft in der bestehenden Gesellschaft realisieren. Ob das letztendlich nicht mehr Probleme bringt als löst, muss im Einzelfall entschieden werden. Die Geschäftsführung der Managementgesellschaft sollte selbstverständlich über den notwendigen fachlichen Hintergrund verfügen, muss aber keine besondere fachliche Voraussetzung im Sinne einer medizinischen Leistungserbringung haben.

Darüber hinaus können auch andere Gesellschaftsformen zur Anwendung kommen, wie z.B. vereinzelt die Genossenschaft und die Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

### Vertrag mit Krankenkassen

Die Managementgesellschaft entwickelt zunächst ein Versorgungsvorhaben und stellt es der Krankenkasse vor. Von der Krankenkasse wird insbesondere

stimmte Leistungserbringer zur Vertragsumsetzung verpflichten muss.

### Vertrag mit Leistungserbringern

Die Managementgesellschaft verpflichtet nun die zur Vertragsumsetzung erforderlichen Leistungserbringer und schließt mit diesen Verträge über deren individuelle Leistungen ab. Die Leistungserbringer haben also keine unmittelbare Rechtsbeziehung zur Krankenkasse.

Auch die Zahlung der Vergütung erfolgt grundsätzlich von der Managementgesellschaft. Allerdings sind auch abweichende Zahlungsvereinbarungen möglich, insbesondere unmittelbare Zahlungen der Krankenkasse über ein Treuhandkonto der Managementgesellschaft.

Die bei der Managementgesellschaft verbleibenden Aufgaben

### IV und MVZ: von der Idee zur Umsetzung Praxisseminar für regionale Versorger

am 5. Mai 2010 in München

Gemeinsam mit dem BMVZ führen wir ein Seminar durch, das am Vormittag die grundlegenden Fragen zur integrierten Versorgung und des Medizinischen Versorgungszentrums beantwortet. Am Nachmittag werden dann in Workshops von den Teilnehmern praktische Fälle bearbeitet und Lösungsvorschläge entwickelt.

erwartet, dass nicht nur das Behandlungskonzept dargelegt wird, sondern auch die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen des Vertrages. Nur wenn der Vertragsentwurf die Aussicht in sich birgt, für alle Beteiligten wirtschaftlich vorteilhaft zu sein, bestehen gute Chancen, umgesetzt werden können.

Unter Berücksichtigung der sozialrechtlichen Vergabevorschriften schließt dann die Managementgesellschaft mit der Krankenkasse einen Vertrag über die integrierte Versorgung ab.

Dieser Vertrag enthält alle wesentlichen Elemente eines integrierten Versorgungsvertrages, wobei jedoch die Managementgesellschaft zum einen der einzige Vertragspartner der Krankenkasse ist und zum anderen regelmäßig die vereinbarten medizinischen Leistungen nicht selbst erbringt. Dies voraussichtlich wird grundsätzlich ergänzend vereinbart, dass die Managementgesellschaft innerhalb einer zu vereinbarenden Frist be-

haben regelmäßig administrativen Charakter. Die Gesellschaft unterstützt die Leistungserbringer, gewährleistet die Qualitätssicherung und führt die vereinbarten Evaluationen und Vertragsdokumentationen durch.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die administrativen Tätigkeiten umsatzsteuerpflichtig sind. In die Kalkulation der Vergütung ist also die gesetzliche Umsatzsteuer hinzuzusetzen und später an den Fiskus abzuführen.

### Ausblick

Durch das in der Managementgesellschaft vorhandene know-how ist diese natürlich auch in der Lage das Versorgungsmodell auch mit anderen Krankenkassen oder in anderen Regionen zu realisieren. Auch kann die Managementgesellschaft neue Versorgungsmodelle initiieren und so die in der Gesellschaft vorhandenen Ressourcen zunehmend effektiver nutzen. Damit eröffnen sich überaus interessante Gestaltungsmöglichkeiten.