

Informationen zur sektorübergreifenden Versorgung

Mit dem Inkrafttreten des GMG stehen den Industrie- und Handelsunternehmen der Medizintechnologie verschiedene Möglichkeiten der vertraglichen Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Reha-Einrichtungen etc.) offen.

1. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

An diesen Einrichtungen können neben Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch Physiotherapeuten und andere zugelassene Leistungserbringer wie z.B. Homecare-Unternehmen oder Apotheken angeschlossen sein. Die Vergütung erfolgt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, ein Anschluss an die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V ist möglich.

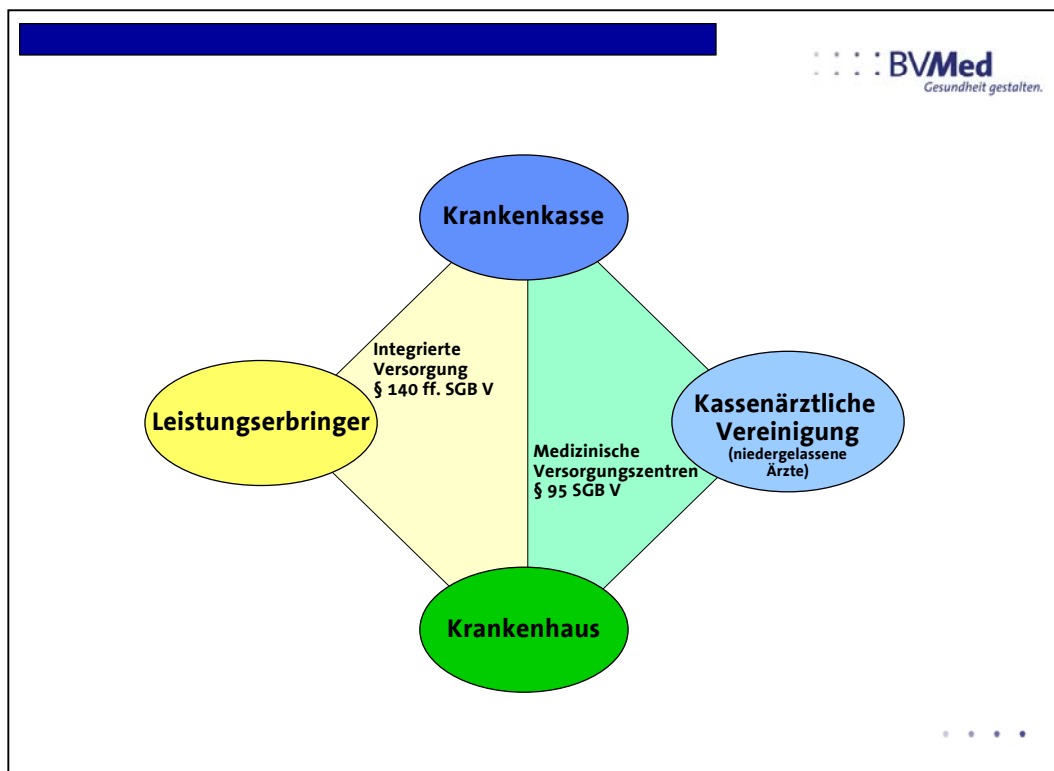
Merkmale:

- :: regional begrenzt
- :: es muss eine facharztübergreifende Versorgung sein
- :: entwickelt sich überwiegend aus dem Krankenhaus heraus
- :: kann von jedem Versicherten unmittelbar in Anspruch genommen werden
- :: Kassenärztliche Vereinigung ist beteiligt

Bedeutung für Industrie und Handel

Für die Industrie sind keine Beteiligungsmöglichkeiten vorgesehen.

Da die Finanzierung der medizinischen Versorgungszentren aus der vertragsärztlichen Vergütung erfolgt, umfassen mögliche Kooperationen herkömmliche Qualitäts- und Versorgungsvereinbarungen, aber keine gesonderten Vergütungsvereinbarungen. Interessant können Medizinische Versorgungszentren aufgrund gebündelter Nachfragen sein.



2. Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)

Integrierte Versorgungsformen ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren (ambulant/stationär) übergreifende Behandlung, an der alle zugelassenen Leistungserbringer beteiligt werden.

Merkmale:

- :: gilt nur für eingeschriebene Versicherte
- :: ist ein bislang indikationsbezogener Versorgungsprozess
- :: beinhaltet die Übernahme des finanziellen Risikos
- :: Leistungen können losgelöst vom Zulassungsstatus erbracht werden, sofern ein Vertragspartner die entsprechende Zulassung hat (z. B. verkürzter Versorgungsweg)

Bedeutung für Industrie und Handel

Der Gesetzgeber sieht eine vertragliche Einbindung der sonstigen zugelassenen Leistungserbringer (siehe § 140 a SGB V) explizit vor.

Die Medizinprodukteindustrie ist in der Integrierten Versorgung als direkter Vertragspartner nicht vorgesehen. Als Managementgesellschaft besteht die Möglichkeit einer verbindlichen Vertragsteilnahme.

Finanzierung (§ 140 d SGB V)

Die Krankenkassen haben in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils **bis zu 1 %** von dem an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten. Diese Mittel (d. h. Neuverteilung vorhandener Mittel) müssen zur Umsetzung von Integrationsverträgen (§ 140 a ff. SGB V) verwendet werden. Es werden keine zusätzlichen Gelder für die Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt.

Organisationsformen

Grundsätzlich stehen alle Rechts- und Gesellschaftsformen einem Verbund von Leistungserbringern zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine. Beschränkungen können sich ggf. bei Beteiligung von niedergelassenen Ärzten ergeben.

Vertragspartner der Kassen (abschließende Aufzählung in § 140 b Abs. 1 SGB V)

- :: einzelne Vertrags(zahn-)ärzte,
- :: sonstige Leistungserbringer,
- :: Träger von Krankenhäusern,
- :: Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen,
- :: Träger von Einrichtungen, die Integrierte Versorgung anbieten,
- :: Medizinische Versorgungszentren,
- :: Einbezug der Krankenhausapotheke ist möglich (§ 14 Abs. 4 ApoG) oder die jeweiligen Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.

Wie kann ich an der Integrierten Versorgung als Leistungserbringer teilnehmen?

Für das Zustandekommen integrierter Versorgungsverträge gibt es keine festen Vorgaben oder gesetzlich benannte Ansprechpartner/Stellen. Die Teilnahme ist vom Gesetzgeber nicht zwingend vorgesehen. Der Vertrag regelt u. a. unabhängig von den gesetzlichen Vorgaben im SGB V, die Organisation, Verwaltung und Zusammenarbeit der Vertragspartner (eine Managementgesellschaft ist nicht zwingend notwendig).

In bereits bestehende Verträge können Leistungserbringer nur beitreten, wenn alle bisherigen Vertragspartner zustimmen. Vergütungen können abweichend von den bisherigen Regelungen erfolgen.

Wie unterscheiden sich Integrierte Versorgungen und Disease-Management-Programme?

Im Fokus Integrierter Versorgungen steht die Behandlung chronischer Krankheiten. Von der Integrierten Versorgung sind Disease-Management-Programme zu unterscheiden, die nur unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen zustande kommen, den ärztlichen Behandlungsablauf strukturieren und keine abweichenden Vergütungsvereinbarungen vorsehen.

Durch die Integrierte Versorgung ergeben sich nicht zwangsläufig neue Marktsegmente, aber die Strukturen und Distributionswege der Versorgung ändern sich. Dies wird insbesondere durch Nachfragebündelung und Konzentrationsprozesse hervorgerufen. Die Folge wird eine Anpassung der Servicestruktur und des Dienstangebotes der Industrie und Handelsunternehmen sein. Die Übernahme der Gesamtverantwortung für ein Budget durch die Vertragspartner der Integrierten Versorgung wird zu neuen Vergütungsformen (z. B. Versorgungspauschalen oder Komplexpauschalen) führen.