

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung - die wichtigsten Fakten auf einen Blick

BVMed-Infolyer

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Rechtliche Grundlagen:

§ 140 a-d SGB V

A. ALLGEMEINES

Ziel der integrierten Versorgung ist es, die sektoralen Grenzen im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden. Die gesetzlichen Voraussetzungen zur integrierten Versorgung sind mit dem GMG (2004) dem Vertragsarztänderungsgesetz (2006) und zuletzt dem GKV-WSG (2007) umfassend geändert worden. Es sind unter anderem die ökonomischen Hemmnisse gelockert worden (Anschubfinanzierung). Ein Aspekt der integrierten Versorgung ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, den Behandlungsablauf zu verändern und die Bürokratie abzubauen.

B. BETEILIGTE

Verträge zur integrierten Versorgung werden zwischen den Krankenkassen und den Managementgesellschaften bzw. Leistungserbringern geschlossen. Die Paragraphen 140 a ff. im SGB V sehen vor, dass die Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen werden können. Mögliche Vertragspartner wären z. B.

- Managementgesellschaften
- einzelne Vertragsärzte
- Träger zugelassener Krankenhäuser, stationäre Vorsorge- und Rehaeinrichtungen
- Medizinische Versorgungszentren
- Pflege- und Rettungsdienste
- Apotheken
- Sanitätshäuser/Homecare-Unternehmen
- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden
- stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Aufzählung schließt die Gemeinschaften ein. Die treibenden Kräfte der integrierten Versorgung sind in der Regel die Krankenhäuser bzw. die niedergelassenen Ärzte.

C. KONSEQUENZEN/FOLGEN

Für die Vertragspartner:

Sofern die integrierte Versorgung an Stelle der Regelversorgung tritt, schränkt sie den Sicherstellungsauftrag der KV ein. Damit geht der Sicherstellungsauftrag der KV nach § 75 Abs. 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung entspricht den gesetzlichen Erfordernissen) auf die Vertragspartner der integrierten Versorgung (Leistungserbringer und Krankenkasse) mit sämtlichen Pflichten (z. B. Notdienst) über. Die Teilnahme an der integrierten Versorgung als Vertragspartner kann mit Investitionen verbunden sein. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können die Budgetverantwortung für die im Rahmen des Vertrages zur Verfügung stehenden Vergütungen der einzelnen Teilnehmer tragen. Diese Vorschrift ist jedoch nicht zwingend. Durch die integrierte Versorgung entsteht für die Vertragspartner eine Spezialisierung für die jeweiligen Indikationsbereiche.

Für die Versicherten:

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Krankenkasse den Versicherten, die sich in die integrierte Versorgung einschreiben, die Kosten der Praxisgebühr und einen Teil der Zuzahlung zu erstatten. Die Versicherten entscheiden sich

freiwillig für die Teilnahme an der integrierten Versorgung. Sofern sich der Versicherte für die Teilnahme an der integrierten Versorgung entscheidet, ist er an die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gebunden.

Für die KV:

Die KV kann weder die Rolle eines Versorgers in der integrierten Versorgung übernehmen noch die Versorgung im Rahmen der Einzelverträge managen. Sie kann Dienstleistungsgesellschaften nach § 77 a SGB V gründen, die wiederum Vertragspartner der integrierten Versorgung werden können.

D. ENTSCHEIDUNGSTRÄGER

Die Patienten können freiwillig entscheiden, ob sie an einer integrierten Versorgung, die von der Krankenkasse angeboten wird, bei der sie versichert sind, teilnehmen möchten. Der IV-Vertrag beschreibt das Krankheitsbild des Patienten und definiert damit, welche Patienten für die Aufnahme in die integrierte Versorgung geeignet sind. Die Empfehlung an den Patienten an der IV teilzunehmen, erfolgt in der Regel durch den Leistungserbringer. Der Versicherte muss der Krankenkasse die Teilnahme an der integrierten Versorgung mitteilen. Die Krankenkasse entscheidet dann darüber, ob der Patient zum benannten Personenkreis der integrierten Versorgung gehört.

E. FINANZIERUNG

§ 140 b Absatz 4 SGB V ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen eine Abweichung von den Finanzierungsvorschriften der GKV. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für die integrierte Versorgung nicht. Dies eröffnet den Krankenkassen die grundsätzliche rechtliche Möglichkeit zusätzliche finanzielle Mittel einzusetzen. Bemessungsmaßstab der Vergütung der integrierten Versorgung sind die Leistungen, die der Versicherte im Rahmen der integrierten Versorgung in Anspruch nimmt. Die Vergütungsmodalitäten (Vergütungshöhe, Details der Abrechnung, Übernahme der Budgetverantwortung etc.) sind vertraglich zu regeln. § 140 d regelt die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung in Höhe von 1 % an der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Anschubfinanzierung ist zeitlich bis zum 31. Dezember 2008 begrenzt. Sie ist zweckgebunden für die integrierte Versorgung zu verwenden. Voraussetzung für die Anschubfinanzierung ist, dass für die integrierte Versorgung insgesamt mehr Geld ausgegeben wird als nur die 1 % der Anschubfinanzierung. Die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Leistungen und die Ausgabenvolumina für Arznei- und Verbandmittel sind rechnerisch zu bereinigen, sofern die Vereinbarung über die integrierte Versorgung diese Leistungen beinhaltet.

F. VORTEILE

Nach dreijähriger Erfahrung der integrierten Versorgung lässt sich feststellen, dass der Patient durch die enge Verzahnung der Versorgungsbereiche von einer qualitativ hochwertigen Versorgung profitiert. Für beteiligte Leistungserbringer bieten sich Möglichkeiten außerhalb des starren Kollektivvertragssystems mit innovativen Versorgungsmöglichkeiten und damit auch neue und zusätzliche Vergütungen.

Die integrierte Versorgung ist ein wichtiges Wettbewerbsinstrument und kann zur Patientenbindung beitragen. Es bietet sich ein neues Betätigungsfeld unter Einbindung der eigenen Kompetenz und in enger Kommunikation mit den Beteiligten an der Behandlungskette.

ALLES WAS NEU IST

- Seit dem 1. April 2007 ermöglichen die gesetzlichen Bestimmungen (§ 92 b SGB XI) auch Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen die Teilnahme an der integrierten Versorgung. Für alle Beteiligten, Leistungserbringer wie Versicherte, ist die Teilnahme freiwillig.
- Um Anreize für die Versicherten zu schaffen, werden den Krankenkassen verpflichtet, u. a. für Versicherte, die an einem IV-Vertrag teilnehmen, Wahltarife anzubieten, in denen die Kasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen kann.
- Eine wichtige Änderung des GKV-WSG ist die Fokussierung der integrierten Versorgung auf bevölkerungsbezogene Flächendeckung. Diese ist dann gegeben, wenn entweder
 - in einer größeren Region (z. B. mehrere Land- oder Stadtkreise) die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanter Volkskrankheiten über die Integrierte Versorgung organisiert wird oder
 - in einer Region die gesamte Gesundheitsversorgung der Versicherten einer Kasse über die integrierte Versorgung gewährleistet wird.
- IV-Verträge sind auch weiterhin ohne bevölkerungsbezogene Flächendeckung möglich; allerdings stehen hierfür keine Mittel der Anschubfinanzierung zur Verfügung.
- Die Partner der integrierten Versorgung haben neben dem Abschluss eines Einzelvertrages die Möglichkeit, die integrierte Versorgung in Form einer Personengesellschaft, GmbH, AG oder Verein abzubilden. Die endgültige Wahl der Rechtsform obliegt den Vertragsparteien.
- Bei der Neugestaltung der Regelungen zur Integrationsversorgung gilt für die Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2008 nicht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität.
- Zum Abschluss von IV-Verträgen ist die Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 2008 vorgesehen. Danach hat jede Krankenkasse jährlich bis zu einem Prozent von den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit diese Mittel zur Finanzierung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind.
- Krankenkassen werden verpflichtet, die Verwendung der einbehaltenen Mittel darzulegen und der Registrierungsstelle (BQS) die Einzelheiten über die Verwendung zu melden. Die BQS veröffentlicht ein-mal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung.

FAZIT

Die bisherigen Erfahrungen in der integrierten Versorgung haben gezeigt, dass die Vergütung leistungsorientierter ist und die Patientenzufriedenheit erhöht wird. Jeder Leistungserbringer sollte für sich entscheiden, ob er sich an IV-Projekten beteiligen möchte.

Weiterführende Informationen: www.bvmed.de

Download: [Infokarte als pdf-Dokument](#)
(Stand Juni 2007)

Bestellinformation:

Mitgliedsunternehmen: bis 100 Exemplare kostenlos.
Preis pro Stück ab dem 101. Exemplar:
0,14 Euro pro Exemplar zzgl. Versandkosten und 7 % MwSt.

Externe: bis 10 Exemplare kostenlos.
Preis pro Stück ab dem 11. Exemplar:
0,14 Euro pro Exemplar zzgl. Versandkosten und 7 % MwSt.

BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin
Tel.: (030) 246 255-0, Fax: (030) 246 255-99
info@bvmed.de