

Informationen zur Integrierten Versorgung

Stand: 03.04.2012

Bundesregierung und Bundestag haben in den vergangenen Jahren mit Erfolg darauf gedrängt, dass der integrierten Versorgung ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde. Mit der Förderung sektorenübergreifender oder interdisziplinär-fachübergreifender Versorgung, ist nach Auffassung der Bundesregierung eine Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit eine Optimierung des Versorgungsgeschehens zu erreichen.

Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifenden Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden. Verträge zur integrierten Versorgung sollen auch eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.

Nachdem die Vertragspartner – Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser u. a. – die Möglichkeiten dieser rechtlich bereits mit der Gesundheitsreform 2000 geschaffenen Versorgungsform anfangs aus unterschiedlichen Gründen kaum genutzt haben, sind der integrierten Versorgung mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) durch eine Flexibilisierung des Vertragsrechts und die Beseitigung hemmender Vorschriften neue Impulse verliehen worden. Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, wurde eine Anschubfinanzierung eingeführt, die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG), das zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, bis Ende 2008 verlängert worden ist. Die Anschubfinanzierung ist zum Jahresende 2008 ausgelaufen, weil sie zum einen nicht zu der seit Januar 2009 geltenden neuen Vergütungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung passt und zum anderen Integrationsprojekte nach einer gewissen Zeit sich selber tragen sollten.

Bei der integrierten Versorgung, bei der die vertragsärztlichen Leistungsverpflichtungen außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen über Einzelverträge erfüllt werden, ist inzwischen auch der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen erweitert worden. Ärzte werden nicht mehr nur als Mitglied einer Gemeinschaft

als Vertragspartner zur integrierten Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen können auch mit Trägern von medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die nicht Selbstversorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften), Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Seit dem 1. April 2007 können auch Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in integrierte Versorgungsverträge einbezogen werden. Im Zuge des AMNOG können seit dem 1. Januar 2011 auch Pharmaunternehmen und Hersteller von Medizinprodukten Vertragspartner sein.

Die Festlegung der Vergütung der integrierten Versorgung ist Sache der Vertragspartner (Kassen und Leistungserbringer), wobei die Verträge zur integrierten Versorgung auch die Übernahme der Budgetverantwortung vorsehen können. Einsparungen, die sich durch die bessere Verzahnung der Behandlungsprozesse in einer integrierten Versorgungsform ergeben, können im Rahmen der vereinbarten Vergütung bei den Leistungserbringern verbleiben. Zusätzliche Informationen erhalten Sie von der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) auf deren Internet-Seite (www.dgiv.org/).