

*Mitteilung des Senats vom 9. Dezember 2003*

*Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen*

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 16/62 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

1. Für welche Patienten/-innen und welche Krankheiten eignet sich das Modell einer integrierten Versorgung im Besonderen?

Integrierte Versorgungsformen sind nicht an bestimmte Patienten oder Diagnosen gebunden, liegen aber besonders im Interesse chronisch Kranker, die häufig mehrere Leistungsbereiche von Medizin, Pflege und Rehabilitation in Anspruch nehmen müssen. Sie bieten sich zudem an bei Gefäßerkrankungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Asthma sowie chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. Im Bereich der Geriatrie und der Rheumatologie/Orthopädie können integrierte Versorgungsformen über eine Verbindung zwischen Rehabilitation und Kurzzeitpflege zu effizienteren Behandlungsformen führen.

2. Wie soll der Zugang zu integrierten Versorgungsangeboten für Patienten/-innen geregelt werden?

Da die Krankenkassen Verträge zu integrierten Versorgungsformen nur mit einzelnen zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringern oder Gemeinschaften derartiger Leistungserbringer abschließen können, ist damit zu rechnen, dass überwiegend sie den Zugang für Patientinnen und Patienten eröffnen werden. Die Krankenkassen werden entsprechend dem von ihnen gesehenen Bedarf Verträge abschließen und ihre Versicherten allgemein (z. B. in ihren Mitgliederzeitschriften) oder gezielt darüber informieren.

Darüber hinaus haben Versicherte das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer und besondere Leistungen informiert zu werden, so dass interessierte Versicherte von sich aus den Kontakt zu ihrer Krankenkasse aufnehmen und gegebenenfalls das Angebot an integrierten Versorgungsformen in eine etwaige Entscheidung zur Krankenkassenwahl einbeziehen können.

3. Welche – therapeutischen und finanziellen – Konsequenzen ergeben sich für Patienten/-innen aus der Teilnahme an Modellen einer integrierten Versorgung?

Mit der Teilnahme an der integrierten Versorgung erhält der Patient eine qualitativ hochwertige Behandlung, die effizient erbracht wird, da zum Beispiel Doppeluntersuchungen vermieden werden. Andererseits kann der Patient Leistungserbringer, die nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen, nur auf Überweisung eines teilnehmenden Leistungserbringers oder im Rahmen des Vertrages zur integrierten Versorgung in Anspruch nehmen; insoweit ist seine freie Wahl des Leistungserbringers durch die Teilnahme an der integrierten Versorgung eingeschränkt.

Finanzielle Konsequenzen ergeben sich, wenn die Krankenkasse von dem ihr eingeräumten Recht Gebrauch gemacht und in ihrer Satzung für die Teilnehmer an der integrierten Versorgung während der Dauer der Teilnahme die Zuzahlung und/oder die Beiträge ermäßigt hat.

4. Welche Schritte wurden im Land Bremen bislang unternommen, um integrierte Versorgungsansätze zu realisieren?

Es wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

5. Gibt es in Bremen schon Modelle dieser Art? Wenn nein, warum nicht?

Im Land Bremen existiert derzeit ein Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit Hüftgelenkendoprothese, der im Jahr 2001 zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Paracelsus Kurfürstenklinik abgeschlossen wurde. Im Übrigen wurden bisher Gespräche zur Umsetzung der integrierten Versorgung, z. B. über die integrierte onkologisch/hämatologische Versorgung von Tumorkranken, geführt. Aufgrund der von den Gesprächsteilnehmern als schwierig angesehenen Rahmenbedingungen waren diese Gespräche allerdings nicht sehr erfolgreich. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft tretende GKV-Modernisierungsgesetz die Bereitschaft zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung gefördert wird.

6. Für welche Krankheiten sollen bzw. können im Land Bremen kurz- und mittelfristig integrierte Versorgungssysteme etabliert werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

7. Welche ambulanten und/oder stationären Anbieter medizinischer Leistungen sollen bzw. können im Land Bremen Träger dieser integrierten Versorgungsangebote sein?

Träger integrierter Versorgungsangebote im Lande Bremen können alle Vertragspartner der Krankenkassen sein, die die gesetzlichen, insbesondere die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit mit den übrigen beteiligten Leistungserbringern sicherstellen.

Im Wesentlichen sind als Vertragspartner zu nennen

- einzelne Vertragsärzte und Arztnetze,
- medizinische Versorgungszentren und Trägereinrichtungen,
- zugelassene Krankenhäuser,
- ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie
- Apotheken.

Bei den Trägereinrichtungen kann es sich dabei im Gegensatz zum derzeit noch geltenden Recht auch um Managementgesellschaften handeln, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten.

8. Wie werden diese integrierten Behandlungsansätze finanziert?

Die Vergütung der integrierten Versorgung wird in den Verträgen festgelegt und gilt für sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden. Leistungen, die teilnehmende Leistungserbringer nicht selbst erbringen können, müssen sie extern hinzukaufen. Die an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung ist rechnerisch entsprechend zu bereinigen.

Für die Jahre 2004 bis 2006 hat das GKV-Modernisierungsgesetz insofern eine Veränderung gebracht, als zur Förderung der integrierten Versorgung die

Krankenkassen jeweils bis zu 1 v. H. der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütung und der Rechnungsbeträge für voll- und teilstationäre Krankenhaus-Versorgung einzubehalten haben, soweit die einbehaltenden Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V geschlossenen Verträge erforderlich sind. Die einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der vereinbarten Vergütung zu verwenden.

9. Welchen Einfluss hat das neue Fallpauschalensystem auf die geplante Versorgungsreform?

Die Einrichtung integrierter Versorgungsmodelle wird mit Sicherheit zu Wechselwirkungen mit den neuen Fallpauschalen in den Krankenhäusern führen; Art und Umfang dieser Wechselwirkungen lassen sich derzeit mangels Erfahrungen mit den neuen Vergütungsformen jedoch noch nicht vorhersagen.

Da mit der umfassenden Einführung von Fallpauschalen allgemein eine deutliche Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus erwartet wird, bietet sich die Etablierung integrierter Versorgungsformen an, in denen pflegerische, medizinische und rehabilitative Dienste nahtlos nachsorgend tätig werden können.

10. Welche – nicht zuletzt finanziellen – Konsequenzen hat der Übergang zu integrierter Versorgung für die Anbieter integrierter Versorgung sowie für die Anbieter medizinischer Leistungen, die in die integrierte Versorgung nicht einbezogen werden?

Aussagen über – auch finanzielle – Konsequenzen für die Leistungserbringer, die über die gesetzlich verfügte Kürzung der Gesamtvergütung für die Vertragsärzte und der Krankenhausrechnungen (siehe Antwort zu Frage 8) hinausgehen, lassen sich derzeit mangels Erfahrungen nicht machen. Dies gilt sowohl für die Leistungserbringer, die an der integrierten Versorgung teilnehmen werden als auch für diejenigen Leistungserbringer, die nicht einbezogen werden.

11. Welche Rolle spielen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen bei der Einführung und Anwendung integrierter Versorgung?

Mit der integrierten Versorgung wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, interdisziplinäre Versorgung für die Versicherten zu vereinbaren. Das hat den Vorteil, dass die verschiedenen Fachrichtungen, aber auch die Leistungssektoren „ambulant“ und „stationär“ ihre Zusammenarbeit intensivieren können.

Nach den Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz nennt das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht länger als potentielle Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages. In ein System einzelvertraglicher Vereinbarungen, als welches die integrierte Versorgung konzipiert ist, ließen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht einbeziehen, ohne ihre eigentliche Aufgabe – die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags – zu verändern. Auch ohne ausdrücklichen gesetzlichen Auftrag haben die Kassenärztlichen Vereinigungen aber die Möglichkeit, im Rahmen des Kollektivvertragssystems die Inhalte einer integrierten Versorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Zudem können sie diejenigen Vertragsärzte beraten, die einzeln oder als Gemeinschaft einen derartigen Versorgungsvertrag abschließen wollen. Diese Beratungstätigkeit wird von den beratenen Ärzten über Gebühren zu finanzieren sein, weil die von allen Mitgliedern erhobene Umlage dazu gedacht ist, die gesetzlichen Aufgaben nach dem Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen. Deshalb denken einige Kassenärztliche Vereinigungen bereits über die Gründung von Tochtergesellschaften für diese Beratungstätigkeit nach.

Daneben ist denkbar, dass Kassenärztliche Vereinigungen auch als Träger einer Einrichtung oder als Gemeinschaft von Leistungserbringern oder von deren Gemeinschaften auftreten.

12. Wie bewerten die Kassenärztlichen Vereinigung und die Krankenkassen die neuen Chancen im Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz für eine integrierte medizinische Versorgung?

Die Krankenkassen bewerten die Änderungen, die das GKV-Modernisierungsgesetz für den Bereich der integrierten Versorgung bringt, positiv. Sie halten die Änderungen für dringend erforderlich, da mit den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen eine integrierte Versorgung, wenn überhaupt, nur unter schwierigen Rahmenbedingungen aufzubauen war.

13. Welche Wirkungen hat die Einführung integrierter Versorgung auf Effizienz und Kosten des Gesundheitswesens?

Die Krankenkassen erwarten von der integrierten Versorgung eine deutliche Verbesserung der Versorgungseffizienz, die nach den bisherigen Erfahrungen jedoch nicht zu wünschenswerten ökonomischen Einsparungen führen werde. Vielmehr rechnen sie damit, dass es in Folge der sich ständig weiter entwickelnden medizinischen Forschung regelmäßig neue Aufgabenfelder geben wird, die zu finanzieren sein werden.

14. Welche positiven Erfahrungen aus dem europäischen Ausland gibt es über integrierte Versorgungsansätze im Gesundheitswesen?

Der AOK Bremen/Bremerhaven und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband sind Projekte zur integrierten Versorgung in der Schweiz bekannt, die sich auf Arztnetze und Management-Care beziehen.

15. Ist es erforderlich, dass die Modelle zur integrierten Versorgung einen unmittelbaren Bezug zur Patientenversorgung haben oder sind auch Modelle denkbar, die ausschließlich der Verbesserung der technischen Infrastruktur dienen?

Der unmittelbare Bezug zur Patientenversorgung ist den Modellen zur integrierten Versorgung immanent. Modelle zur integrierten Versorgung, die eine Verbesserung der technischen Infrastruktur beinhalten, sind möglich. Modelle, die ausschließlich der Verbesserung der technischen Infrastruktur dienen, werden von dem gesetzlich definierten Begriff der integrierten Versorgung nicht erfasst.