



Albertinen

2. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
01. Dezember 2006 · Studio Hamburg

Gesundheitsmarkt Hamburg – Ein Blick hinter die Kulissen der Integrierten Versorgung

Eine Veranstaltung für Akteure im Gesundheitswesen

Planung und Leitung: GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung

Informationen und Anmeldung unter www.integrierte-versorgung-hamburg.de
Info-Telefon (040) 38 08 73 47 | Teilnahmegebühr: 87 EUR inkl. MwSt.
Studio Hamburg | Jenfelder Allee 80 | 20039 Hamburg





Integrierte Versorgung – ein Blick hinter die Kulissen

Zukünftige strategische Ausrichtung der Kostenträger im Rahmen der Integrierten Versorgung

Dr. Birgit Pagels

Leiterin des Bereichs

„Innovative Versorgungskonzepte“

Landesgeschäftsstelle BARMER Nord



2. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
Studio Hamburg Hamburg, 01. Dezember 2006
Dr. Birgit Pagels, BARMER Nord



gesundheitpolitische Ausgangslage

Historischer Rückblick



2. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
Studio Hamburg Hamburg, 01. Dezember 2006
Dr. Birgit Pagels, BARMER Nord

Seit 1972 versuchen die Gesundheitsminister eine umfassende Gesundheitsreform voranzutreiben.



– 1998

erhard Gensler (CDU) **Erstes Zahnärztl. Strukturgesetz (ZStG)**


- 2002 Gesundheitsreform
- 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
- 2005 Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz
- 2006 Gesundheitsreform (WSG; VÄndG)

Gesetzliche Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Ziele

steigende Gesundheitsausgaben

um diesem Trend wirksame Maßnahmen entgegenzusetzen, wurden verschiedenste Gesetze zur Kostenoptimierung eingeführt:

- **1972 Einführung d. Selbstkostendeckungsprinzips**
- **1977 Kostendämpfungsgesetz**
- **1982 Kostendämpfungsgesetz - Ergänzungsgesetz**
- **1984 Haushaltsbegleitgesetz**
- **1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)**
- **1993 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)**
- **1997 Beitragsentlastungsgesetz**
- **1997 GKV Neuordnungsgesetz**
- **1999 Gesetz zur Stärkung der Solidarität**



Gesetzliche Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Ziele

alle Gesetze beinhalten im wesentlichen kostenorientierte Maßnahmen,

- **die ihre Wirksamkeit jedoch nur ungenügend entfalten, da**
- **an den grundsätzlichen Ineffizienzen des Versorgungssystems im Rahmen der Gesetzgebung wenig geändert wurde**

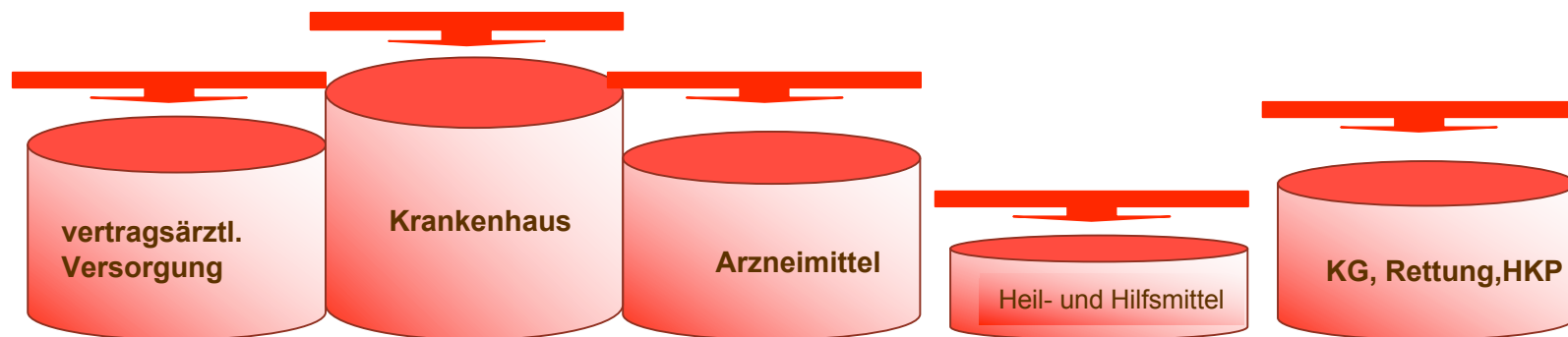
gesundheitspolitische Ausgangslage

Kostensteigerungen basieren auf systeminternen Anreizen :

kein Leistungserbringer hat einen ökonomischen Anreiz zugunsten der Krankenkassen im eigenen Leistungsbereich (oder bei Dritten) zu sparen




Sektorenweise wurde mit Budgetierungen versucht, einen „Deckel“ darauf zu setzen



BARMER  **zusammen
wirken**

2. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
Studio Hamburg Hamburg, 01. Dezember 2006
Dr. Birgit Pagels, BARMER Nord



Gesetzliche Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Ziele

2000 GKV-Gesundheitsreform


2001 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)

**2002 Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben (AABG)
Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)**

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

2005 Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz

**2007 Gesundheitsreform: Wettbewerbstärkungsgesetz (WSG)
und Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG)**



Gesetzliche Rahmenbedingungen unter dem Aspekt der Integrierten Versorgung

Abwendung von der sektoralen Steuerung und Finanzierung

GKV-Gesundheitsreform zum 1. Januar 2000

- **Einführung des § 140 d SGB V integrierten Versorgung** mit dem Ziel der konkreteren Ausgestaltung der bereits früher beschlossenen Regelungen zu Modellvorhaben und Strukturverträgen:
u.a. werden geregelt::
- Rahmenverträge zur Ausgestaltung der Versorgungsstandards und der Qualitätssicherung mit den KVen sowie der
- Festlegung der Teilnahmeregelungen und Vergütungsfragen der teilnehmenden Vertragsärzte den Vertragsabschluss
- Finanzierung durch Bereinigung der Gesamtvergütung



GKV Gesundheitsreform vom 1. Januar 2000

Fazit:

Verträge von Krankenkassen und Vertragsärzten waren bereits vor Abschluss stark reglementiert

Die Aussicht auf freie Vertragsgestaltung wurde dementsprechend eingeschränkt.

Durch die gleichzeitige Regelung von Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie zwischen deren Spitzenverbänden entstanden Differenzen, die ihrerseits zu Verzögerungen und Hemmungen von Vertragsabschlüssen führten

notwendige Investitionen werden aufgrund der schlecht kalkulierbaren Risiken nicht getätigt

GKV Modernisierungsgesetz 1. Januar 2004

Änderungen der §§ 140 a-h SGB V, um die oben genannten Problembereiche weitestgehend abzdämpfen und gleichzeitig neue Aspekte einzubeziehen.



einzelne Vertragsärzte können erstmals auch ohne Gemeinschaften direkte Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen.



individuelle Verträge ohne Rahmenvereinbarungen und individuelle Vertragsinhalte



Einführung von MVZ, Managementgesellschaften i.R. IV



Einschränkung des Sicherstellungsauftrages



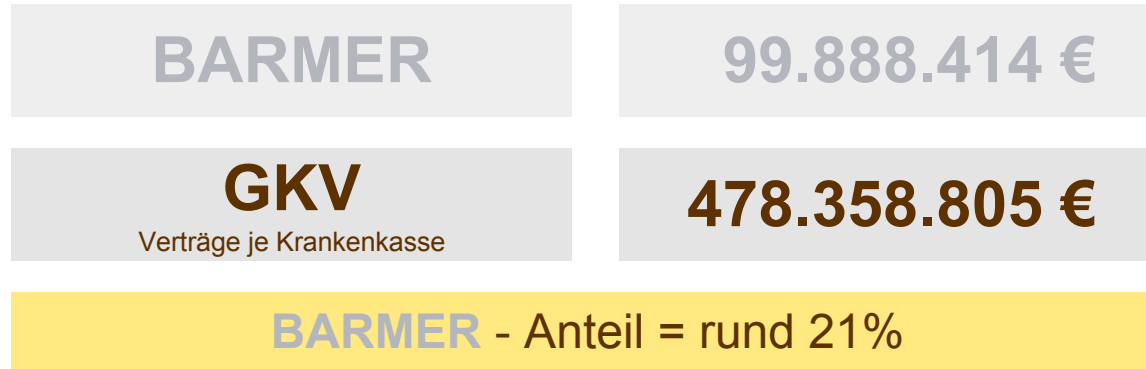
neue Finanzierungsregelungen (Beitragssatzstabilität wird i.R. IV außer Kraft gesetzt; Einführung der 1%igen Anschubfinanzierung)



Trennung von vertraglichem und gesetzlichem Leistungsumfang

Aktueller Vergleich GKV - BARMER

Vergütungsvolumen



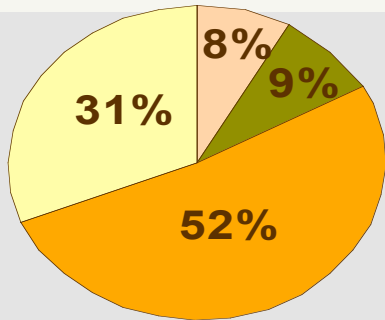
Anschubfinanzierung



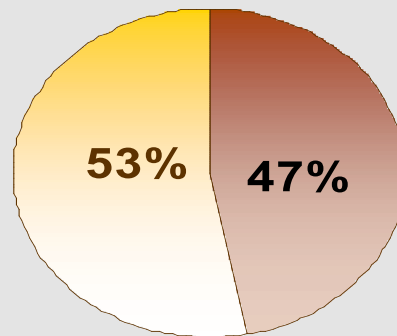
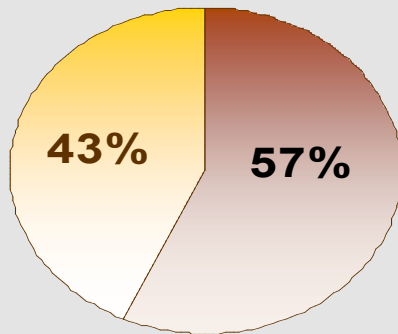
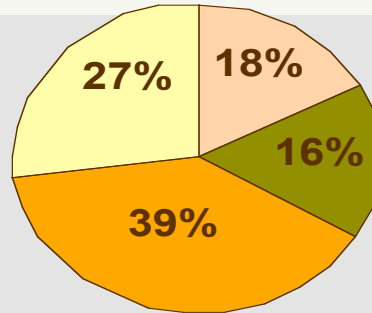
*Anschubfinanzierung nicht ausgeschöpft in Bayern, Bremen, Rheinland-Pfalz und Thüringen

Entwicklung der GKV-Vertragsstruktur

I. Quartal 2005



III. Quartal 2005



Entwicklung
I. Quartal 2005 bis III. Quartal 2006

+ 10%	Sonstige
+ 7%	Ambulant
- 13%	Stationär/Reha
- 4%	Stationär/Reha/ Ambulant
- 10%	Vertrag wurde von einer Krankenkasse geschlossen
+ 10%	Vertrag wurde von mehreren Krankenkassen geschlossen

Quelle: BQS

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung haben sich insbesondere auf folgende Maßnahmen verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:





- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies wird erreicht u.a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.



GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Anzustreben sind Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung. Eine solche Flächendeckung ist insbesondere gegeben, wenn den Versicherten in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) in einer IV angeboten wird oder in einer auch kleinere Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird (weitere Einzelheiten vgl. oben zu § 140a). Mittel der Anschubfinanzierung dürfen daher grundsätzlich nur für solche, breiter angelegten Verträge verwendet werden. Diese Beschränkung gilt für alle nach dem 1. April 2007 abgeschlossenen Verträge. Bei Altverträgen bleibt es bei der alten Rechtslage, wonach Mittel der Anschubfinanzierung verwendet werden dürfen, auch wenn diese Verträge die Voraussetzungen einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung nicht erfüllen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern auf Verlangen die Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darzulegen. Es muss nachvollziehbar sein, zu welchem Zweck die Mittel verwendet werden. Der Umfang der Nachweispflicht entspricht dem Umfang Nachweispflicht gegenüber der Registrierungsstelle in § 140d Abs. 5 (vgl. unten zu Buchstabe c).

3. Jahrestagung DGIV am 26./27.10.2006

<p> Bundesministerium für Gesundheit</p> <p style="text-align: right;">Ulla Schmidt Bundesministerin Mitglied des Deutschen Bundestages</p> <p style="text-align: center;">Grußwort</p> <p>Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.</p> <p>Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.</p> <p>Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingereichten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.</p> <p>Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.</p> <p>Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.</p> <p> Ulla Schmidt</p>	<p> Bundesministerium für Gesundheit</p> <p style="text-align: right;">Ulla Schmidt Bundesministerin Mitglied des Deutschen Bundestages</p> <p style="text-align: center;">Grußwort</p> <p>Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.</p> <p>Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.</p> <p>Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.</p> <p>Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.</p> <p>Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.</p> <p> Ulla Schmidt</p>
---	--

Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine bessere. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im demographischen Wandels und des medizinischen. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die eine Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung werden geschlossen.

BARMER zusammen wirken

Exkursion: Projekte

3. Jahrestagung DGIV am 26./27.10.2006



Bundesministerium
für Gesundheit

Ulla Schmidt
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestags

Grußwort

Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.

Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.

Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.

Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.

Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.


Ulla Schmidt

Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.

BARMER zusammen
wirken

3. Jahrestagung DGIV am 26./27.10.2006



Bundesministerium
für Gesundheit

Ulla Schmidt
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

Grußwort

Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.

Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.

Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.

Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.

Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.


Ulla Schmidt

Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.

BARMER zusammen
wirken

3. Jahrestagung DGIV am 26./27.10.2006



Bundesministerium
für Gesundheit

Ulla Schmidt
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

Grußwort

Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.

Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.

Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.

Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.

Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.


Ulla Schmidt

Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.

BARMER zusammen
wirken

3. Jahrestagung DGIV am 26./27.10.2006



Bundesministerium
für Gesundheit

Ulla Schmidt
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

Grußwort

Ihr Kongress fällt in eine spannende Zeit. Derzeit werden die Weichen gestellt für eine weitreichende Reform des Gesundheitswesens. Angesichts vorhandener Ineffizienzen im System, den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sind Veränderungen notwendig. Unser Sozialstaat wird mit dieser Reform für die Zukunft stabilisiert und noch vorhandene Versorgungsdefizite in der medizinischen Versorgung wie in der palliativ-medizinischen Versorgung werden geschlossen.

Auch die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Denn sie ist ein Schlüssel für eine bessere und effizientere medizinische Versorgung in unserem Gesundheitswesen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist es gelungen, dieser neuen Versorgungsform endlich den Weg zu bereiten. Unzählige Verträge sind inzwischen abgeschlossen worden. Eine flächendeckende Versorgung ist bisher aber nur in Einzelfällen erreicht worden. Deshalb wird die Bundesregierung die Integrierte Versorgung weiter fördern.

Die Anschubfinanzierung wird verlängert und soll Verträgen, die ab 1. Januar 2007 abgeschlossen werden, nur dann zur Verfügung stehen, wenn sie die Voraussetzungen dazu erfüllen. Ferner ist vorgesehen, durch eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie durch die Einbindung der Pflege, die Qualität der integrierten Versorgung weiter zu erhöhen. Um mehr Transparenz zu schaffen, sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, der von der Selbstverwaltung eingerichteten Registrierungsstelle die Inhalte ihrer Projekte zur Integrierten Versorgung offen zu legen. Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich hierzu einen Bericht zu veröffentlichen.

Dies alles unterstreicht die Bedeutung der Integrierten Versorgung. Sie ist das Versorgungsmodell der Zukunft. Für kranke Menschen bedeutet sie eine spürbare bessere Versorgungsqualität, für Menschen in Medizin- und Pflegeberufen eine höhere Arbeitszufriedenheit und für das Gesundheitswesen insgesamt, dass die naturgemäß begrenzten Mittel sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden.

Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.


Ulla Schmidt

Der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, die wesentlich dazu beiträgt, dass integrierte Versorgung in unserem Gesundheitswesen mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit wird, danke ich für ihr Engagement und wünsche dem 3. Jahreskongress viel Erfolg.

BARMER zusammen
wirken

integrierte Versorgung Ziele und Erwartungen der Politik



Versorgungsqualität erhöhen



Fach- und Versorgungsgrenzen überwinden



Bevölkerungsbezogene Flächendeckung



Transparenz bei Angebot und Wirkung



Einbindung der Pflegeheime



Offenlegung der IV-Verträge und
Anschubfinanzierung

Integrierte Versorgung Ziele und Erwartungen der Krankenkassen

■ Optimierung der Versorgungsqualität

- z.B. ⊃ Behandlung nach anerkannten Leitlinien
- ⊃ Benchmarking-Vergleiche
- ⊃ Einführung von Gewährleistungsregelungen

■ Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven

- z.B. ⊃ Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- ⊃ Erfolgsorientierte Vergütung / Rabattregelungen

■ Kundenbindung

- z.B. ⊃ Bereitstellung kundenorientierter Versorgungsangebote mit erkennbarem Nutzen und Anreizen für die Versicherten
- ⊃ Verkürzung von Wartezeiten

■ Profilierung als kompetenter/innovativer Vertragspartner

- z.B. ⊃ Produkt- und Prozessinnovation
- ⊃ Entwicklung von markenbildenden Versorgungskonzepten

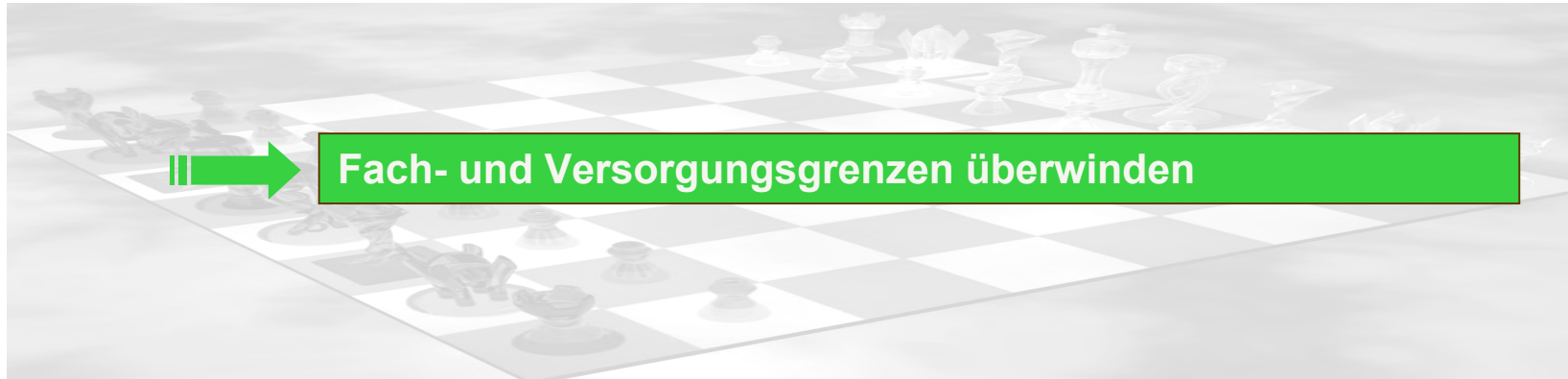
Anreize für Leistungserbringer in der IV

- **Marktsicherung in Konkurrenzsituation einschließlich der Erschwernis für den Marktzutritt neuer Konkurrenten**
- **Darstellung als innovativer Versorgungsanbieter gemeinsam mit einer oder mehreren Krankenkassen**
- **Verbesserung der Zusammenarbeit mit Zuweisern und Nachversorgern**
- **Optimierung der eigenen Geschäftsprozesse und Förderung der internen Zusammenarbeit verschiedener Geschäftsbereiche**
- **Erzielung extrabudgetärer Erlöse ohne Ausgleichsverpflichtung bei Krankenhäusern**
- **Verkauf innovativer Produkt- und Prozessideen an Beratungsfirmen oder Konzerne**
- **Kostendegression durch höhere Fallzahlen und standardisierte Prozess**



BARMER zusammen
wirken

2. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung
Studio Hamburg Hamburg, 01. Dezember 2006
Dr. Birgit Pagels, BARMER Nord



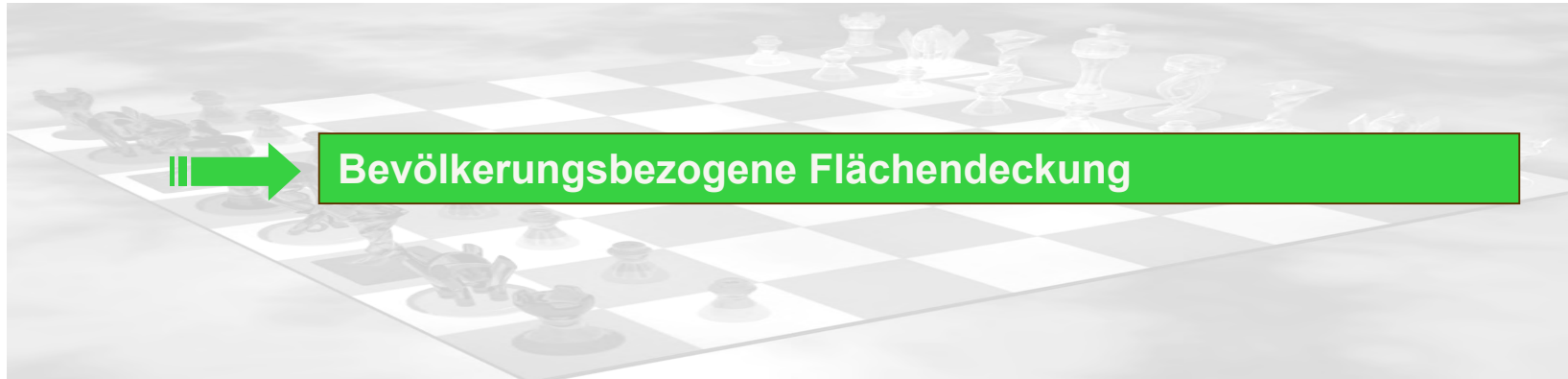
unter der Zielsetzung der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsform gilt es bei der Vertragsgestaltung möglichst alle Versorgungsebenen vertraglich abzubilden und entsprechende Überleitungs- und Informationsprozesse zu definieren



- ⇒ Behandlung nach anerkannten Leitlinien
- ⇒ konsequente Dokumentation
- ⇒ Einführung von Gewährleistungsregelungen
- ⇒ Benchmarking-Vergleiche



Minimierung der Fehl-, Über- und / oder Unterversorgung



10% der Versicherten verursachen 80% der Kosten, die insbesondere auf die versorgungsrelevanten Volkskrankheiten (z.B. Rückenschmerz, Diabetes, Schlaganfallprävention) zurückzuführen sind.

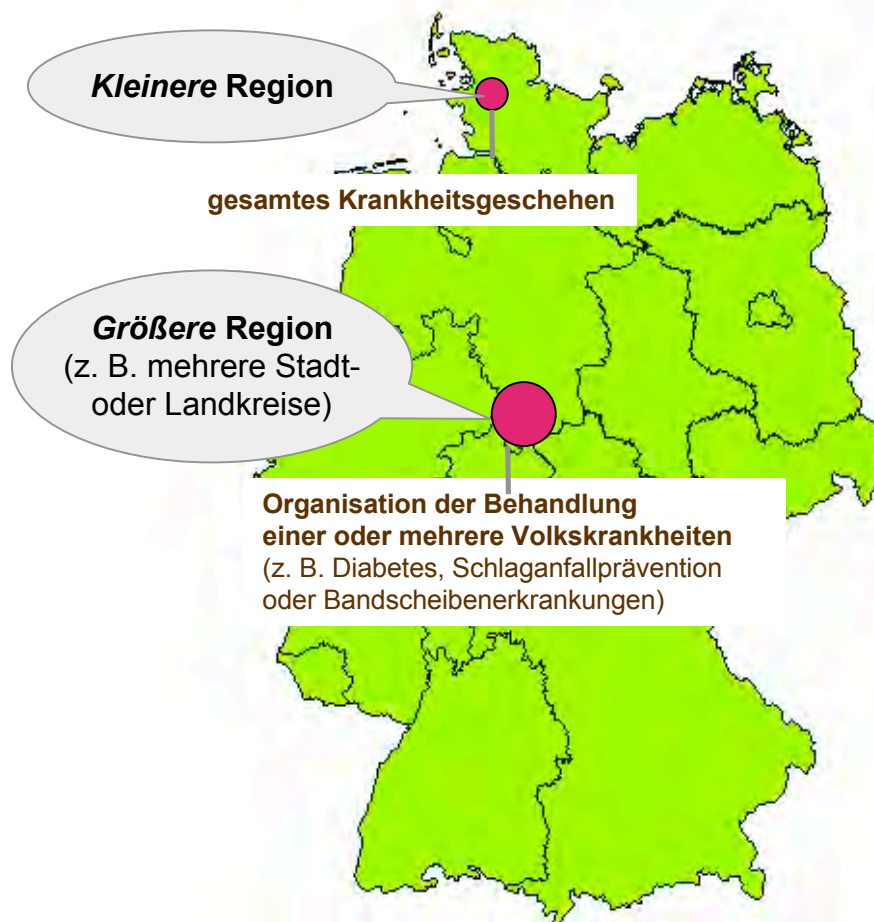


Identifizierung der Krankheiten und des dahinter stehenden Kostenpotenzials

Berücksichtigung der regionalen Verteilungen der Versicherten und Leistungserbringer

Gesundheitsreform GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Stichwort: bevölkerungsbezogene Flächendeckung

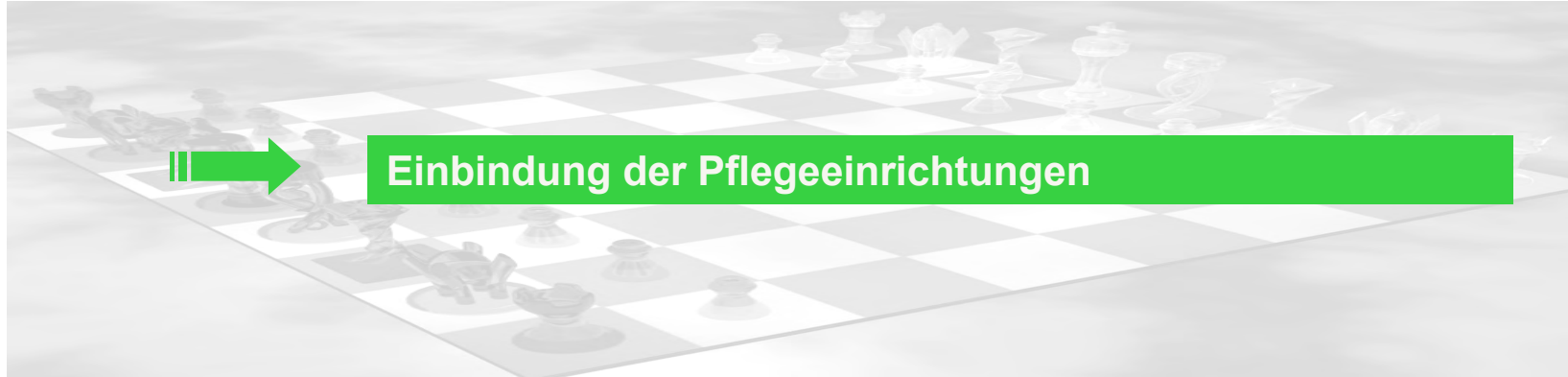


Indikationen der 140 BARMER IV-Verträge

(ohne HAAV):

- Ambulante Versorgung in stat. Behinderteneinrichtungen (1)
- **Asthma / COPD (3)**
- **Chronischer Rückenschmerz / Lumboischialgie (2)**
- **Diabetes / Diabetischer Fuß (5)**
- Endoprothetik (47)
- **Kardiochirurgie / Kardiologie (28)**
- **Krebserkrankungen (10)**
- Multiple Sklerose (1)
- Muskelschwäche bei Kinder u. Jugendlichen (1)
- **Neurochirurgische Leistungen / Gefäßchirurgie (3)**
- Operative Leistungen der Augenheilkunde - ambulant - (1)
- Palliativmedizin / Demenz / Geriatrie (5)
- Parkinson (4)
- **Psychische Erkrankungen (7)**
- **Rheumatologie (2)**
- **Schlafbezogene Atmungsstörungen (1)**
- **Schlaganfall (8)**
- Stationersetzende Leistungen § 115 b SGB V (7)
- Verletzungen und Belastungsschäden (1)
- Vermeidung einer Exsikkose (1)
- Wundheilungsstörung / chronische Wunden (2)

BARMER-IV-Verträge decken bereits einen Großteil der Volkskrankheiten ab



in Anbetracht der demographischen Entwicklung wird mit der Einbindung der Pflegeheime eine wesentliche Lücke der ganzheitlich abgestimmten Versorgung geschlossen

Unklar ist derzeit allerdings die Beteiligung der Pflegeheime und die Gestaltung innerhalb der Pflegekasse



zur Erhöhung der Transparenz ist die gesetzliche Verpflichtung aufgenommen worden

bei Skeptikern der Integrierten Versorgung sind immer wieder Mutmaßungen über die rechtmäßige Verwendung der Mittel der Anschubfinanzierung bekundet worden. Zweifel der Mehrfachabrechnung von IV-Leistungen und in der Regelversorgung lassen sich abbauen.

Zusammenfassung

- Die Verträge sind auf Flächendeckung auszulegen, Anschubfinanzierung gilt nur noch für Krankenhaus und ärztliche Leistungen .
- Vertragspartner Pflegeheime sind hinzu getreten.
- KVen und nahe Organisationen sind weiterhin kein Vertragspartner.
- Die Arzneimittelversorgung in der IV kann mit Rabattverträgen geregelt werden.
- Die Anschubfinanzierung ist bis 2008 verlängert worden und nicht an Krankenhäuser zurück zu vergüten.
- Für bis 2006 geschlossene Verträge gilt die Anschubfinanzierung bis 2008 in alter Fassung weiter. Das heißt, wir können die Ausschöpfung von 97% weiter umsetzen.
- Einseitige Bevorzugung flächendeckender Verträge für Volkskrankheiten oder „Capitation-Modelle“ ist nicht nachvollziehbar.
- Die Anschubfinanzierung wird nicht erhöht.



Strategische Ausrichtung eines Kostenträgers

- Einsatz von Casemanagern oder Versorgungssteuerung,
- Einbindung Arzneimittel – Rabattverträge,
- Arzneimittelmanagement und Pharmakotherapie,
- Nachweisbare Qualitätsverbesserung durch Evaluation,
- Mehrwert für Versicherte,
- Eigenfinanzierung der IV-Modelle
- Positionierung als Versorgungsspezialist,
- Verbesserung der Wettbewerbssituation
- Volkskrankheitenbezogene Versorgung,
- Nicht funktionsfähige IV-Verträge kündigen,
- Erweiterung bestehender funktionsfähiger IV-Verträge.



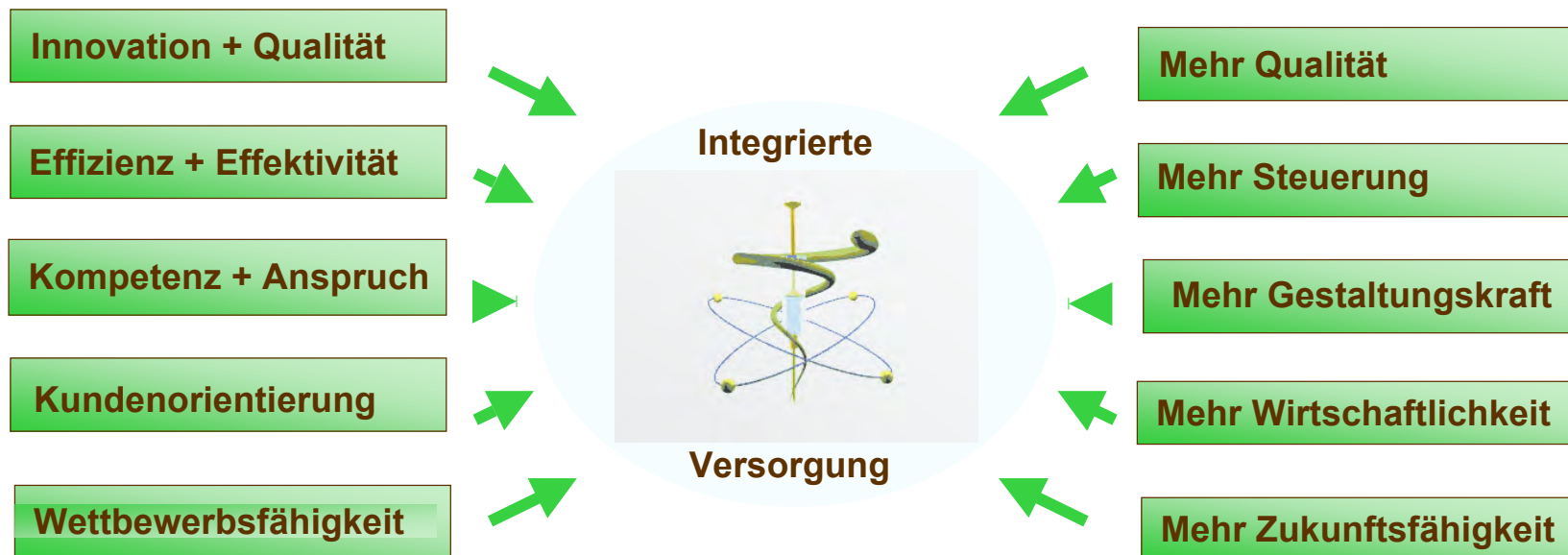
Integrierte Versorgung - eigentlich ein alter Hut?

„Doch wenn eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Facharzt und den Kliniken nun neuerdings „integrative Versorgung“ heißt, dann praktiziere ich dieses bahnbrechende Konzept gemeinsam mit meinen fachärztlichen Kollegen sowie den umliegenden Kliniken meines sozialen Umfelds bereits seit Jahrzehnten“

Dr. Drews in Nordlicht AKTUELL 10/ 2005

Komplexität der Integrierten Versorgung

Die Anforderungen an zukunftsorientierte Modelle der Integrierten Versorgung sind hoch. Der Nachweise von Evidenz, Effizienz und Effektivität sind hierfür unabdingbare Voraussetzungen.



Gesundheitspolitische Ziele – Aspekte der strategischen Ausrichtung

Honorarreform



Das Ergebnis erwarten

Morbi RSA

Gesundheitsfond
Gesundheitsfond