

Chancen und Forderungen



Integrierte Versorgung
– mehr als die Summe aller Teile!
Handlungsempfehlung des Paritätischen
für eine bessere Versorgung von Menschen
mit psychischen Erkrankungen

Inhalt

Vorwort	1
1. Ziele der integrierten Versorgung	3
2. Chancen und Risiken der integrierten Versorgung	3
2.1. Chancen	4
2.2. Mögliche Risiken	6
3. Empfehlungen des Paritätischen	8
3.1. Umfang der Hilfen	8
3.2. Qualität der Hilfen	9
3.3. Qualität der Verträge	10
4. Vorteile für die Beteiligten	11
Stimmen der Nutzer/-innen	11
4.1. Verbesserungen für die Nutzerinnen und Nutzer	12
4.2. Chancen für die Anbieter	13
4.3. Vorteile für die Krankenkassen	14
5. Forderungen	15
Links	18
Anlagen	19
Impressum	25

Vorwort

Mit der Einführung der integrierten Versorgung im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber ein Instrument geschaffen, das die gesundheitliche Versorgung von behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen qualitativ verbessern und zu mehr Kosteneffizienz beitragen soll. Durch die Verzahnung der verschiedenen Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung und der unterschiedlichen Heilberufe sollen Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Geltungsbereich der Kranken- und Pflegeversicherung beseitigt werden. Dazu gehören beispielsweise teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, die zudem unnötige Belastungen für die Patienten und Patientinnen bringen, Schwierigkeiten beim Übergang zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Behandlung sowie der Abstimmung von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen.

Um eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen, schuf der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch V folgende Neuerungen:

Auf Basis der Paragraphen 140 a – d SGB V können Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der



Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrationsversorgung miteinander schließen. Nach Paragraph 116 b SGB V können zudem die zuvor auf die stationäre Behandlung beschränkten Krankenhäuser hoch spezialisierte Leistungen auch ambulant erbringen, ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein.

Der im Jahr 2009 veröffentlichte Bericht zur integrierten Versorgung¹ beziffert die Zahl der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung, die Ende 2008 noch in Kraft waren, auf 6.407. Durchschnittlich wurden im Berichtszeitraum (2004 – 2008) jährlich 1.500 Verträge neu abgeschlossen. Dabei dominieren dem Report zufolge Verträge zur indikationsüber-

¹ „Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008 - Bericht gemäß § 140 d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung“, Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V, <http://www.bqs-register140d.de/>

greifenden Versorgung und zum ambulanten Operieren. Für die Behandlung von psychischen Erkrankungen waren 2008 dagegen lediglich 50 Verträge gemeldet. Dies verdeutlicht, dass die Möglichkeit der integrierten Versorgung für Menschen mit seelischen Erkrankungen bisher nur in einem geringen Umfang genutzt wird. Das ist umso bemerkenswerter, da die Zahl der Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, stetig steigt, wie verschiedene Krankenkassen übereinstimmend berichten.² Nach Informationen der BAG integrierte Versorgung gibt es im Jahr 2011 circa 80 Verträge für die Behandlung von psychisch Erkrankten. Dies ist zwar eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2008, aber im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Verträge zur integrierten Versorgung sind es immer noch viel zu wenig.

Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes ist es nicht akzeptabel, dass Menschen mit seelischen Erkrankungen nur in so geringem Umfang von möglichen Verbesserungen durch die integrierte Versorgung profitieren. Ziel dieser Handlungsempfehlungen ist es daher, aufzuzeigen, welches Potenzial in der integrierten

ten Versorgung für diesen Personenkreis steckt. Darüber hinaus ist es uns ein wichtiges Anliegen, eine fachliche Debatte anzustoßen und zu einem gemeinsamen Verständnis beizutragen, was integrierte Versorgung in der Praxis bedeutet.

Zugleich möchten wir vor allem die Leistungserbringer im Paritätischen wie etwa Psychosoziale Trägerorganisationen anregen, sich intensiver mit diesem neuen Instrument auseinanderzusetzen. Denn dieses bietet nicht nur Chancen für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern auch für die Träger selbst. Ihnen ermöglicht dieses Konzept, ganz konkret Einfluss auf die Gestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen zu nehmen.

Doch die integrierte Versorgung hat auch kritische Aspekte, zu denen wir im Rahmen dieser Empfehlungen ebenfalls Position beziehen. Dazu gehören beispielsweise die aktuellen Entwicklungen bei der Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und Pharmaunternehmen sowie der Auswahl der Leistungsanbieter. Diese lassen die berechtigte Sorge aufkommen, dass nicht die Menschen mit seelischen Erkrankungen im Mittelpunkt stehen, sondern wirtschaftliche Interessen. Dem wollen wir entgegenreten.

1. Ziele der integrierten Versorgung

Mit der Einführung der „integrierten Versorgung“ in den Paragraphen 140 a-d SGB V hat der Gesetzgeber das Ziel verbunden, bestehende Versorgungsprobleme des stark nach Sektoren und Berufsgruppen gegliederten Systems der Gesundheitsversorgung zu beheben und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Mit der integrierten Versorgung wurden sowohl für

die Krankenversicherungen als auch für die Leistungserbringer (und gegebenenfalls deren Managementgesellschaften) Möglichkeiten geschaffen, eine interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung anzubieten, bei der unterschiedliche (fach)ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer wie beispielsweise Psychotherapeuten koordiniert zusammenarbeiten.

2. Chancen und Risiken der integrierten Versorgung

Der Paritätische sowie die Fachorganisationen – der Dachverband Gemeindepsychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie – sehen in der integrierten Versorgung und deren Regelungsmöglichkeiten neben vielen Chancen jedoch auch Risiken.

Einerseits bietet die integrierte Versorgung die Möglichkeit, bei der ambulanten Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen eine der wichtigsten Forderung der „Psychiatrie-Enquete“ aus den 70er-Jahren umzusetzen: die umfassende Versorgung von Menschen mit seelischen Erkrankungen in gemeindenahen Verbundsystemen. Das bedeutet, dass die medizinische Behandlung im Rahmen einer integrierten Versorgung mit den Rehabilitations- und Teilhabeleistungen abgestimmt sein muss. Dafür sind die Gestaltung des inklusiven Sozialraums, eine Vernetzung der unterschiedlichen Bereiche und der Akteure sowie eine Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen notwendig.

Nur so kann gewährleistet werden, dass chronisch kranke und seelisch behinderte Menschen weiterhin in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben können.

Andererseits kann durch die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers sogar in ihr Gegenteil verkehrt werden. Es besteht die Gefahr, dass die sektorale Versäulung des Gesundheitssystems nicht gelockert, sondern sogar noch verfestigt wird, dass einzelne Versicherten- und Patientengruppen ausgegrenzt werden und das Solidarsystem der Krankenversicherung untergraben wird.

² TK-Gesundheitsreport 2011:
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/57817/Gesundheitsreport-2011.pdf>
 DAK-Gesundheitsreport 2011:
[http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/E6F3246A8B9E2276C12578240047C8B7/\\$File/DAK_Gesundheitsreport_2011_l.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/E6F3246A8B9E2276C12578240047C8B7/$File/DAK_Gesundheitsreport_2011_l.pdf)

2.1. Chancen

Die integrierte Versorgung eröffnet für die regionale Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen vielfältige Chancen, die enorme gesundheitspolitische Bedeutung haben. Die integrierte Versorgung ermöglicht es, vor Ort die notwendigen Leistungen effektiv zu steuern und gezielter an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen auszurichten. So könnten auch Schnittstellenprobleme an den Grenzen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem überwunden werden, mit denen gemeindepsychiatrische Hilfesysteme immer wieder konfrontiert sind. Dies gilt sowohl für unterschiedliche Versicherungssysteme als auch für die stationären und ambulanten Versorgungsbereiche. Hierdurch können nicht nur die Forderungen der „Psychiatrie-Enquete“ nach sozialrechtlicher Gleichstellung und der Berücksichtigung der besonderen Belange psychisch erkrankter Menschen erfüllt werden (Paragraf 27 SGB V). Darüber hinaus kann auch das in der UN-Behinderterrechtskonvention formulierte Recht auf „Inklusion“ umgesetzt werden. Die Chancen umfassen insbesondere:

- ➔ Innovative Hilfenkonzepte insbesondere im ambulanten Bereich, wie sie in Ansätzen bisher nur in der sogenannten „komplementären“ Versorgung durch gemeindepsychiatrische Leistungserbringer verwirklicht wurden, können im Rahmen der integrierten Versorgung intensiviert und vervollständigt werden (zum Beispiel Home Treatment). Den vielschichtigen Entstehungsbedingungen psychischer Krankheit kann durch komplexe Hilfenansätze entsprochen werden. Für schwer und/oder chronisch erkrankte Menschen und insbesondere für Ersterkrankte werden eine intensive Behandlung in ihrem Lebensumfeld ermöglicht und Hürden im Leistungsrecht sowie bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Teilhabeleistungen abgebaut.
- ➔ Die integrierte Versorgung eröffnet Chancen, den vielschichtigen Entstehungs- und Verlaufsbedingungen psychischer Krankheiten durch eine komplexe Behandlung in einem ambulanten Setting gerecht zu werden. Dies kann umso besser gelingen, wenn die integrierte Versorgung umfassend angelegt ist und der reibungslose Anschluss der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation gewährleistet ist.

- ➔ Dies bedeutet auch, dass notwendige Hilfemaßnahmen nicht mehr nachrangig durch den Sozialhilfeträger erbracht werden müssen, sondern im Rahmen einer Komplexleistung. Hierdurch kann die Spirale von Krankheit, Behinderung, Armut und Exklusion durchbrochen werden.
- ➔ Der Aufbau einer kooperativen, regional vernetzten und interkulturellen Zusammenarbeit wird möglich. Dies ist ein wichtiger Baustein bei der Gestaltung eines regional definierten Sozialraums und kann im weitesten Sinne auch dazu beitragen, den Gedanken der Inklusion zu realisieren.
- ➔ Chancen bestehen darin, dass auch gemeinnützige Leistungserbringer, die bereits in den Versorgungsregionen tätig sind, in die integrierte Versorgung einbezogen werden können – auch über die Teilnahme an Managementgesellschaften. So kann das Leistungsgeschehen in den Regionen auf operativer Ebene – unter Einbeziehung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes – kooperativ und effektiv gesteuert werden. Dies ermöglicht es, Synergieeffekte aktiv zu nutzen.
- ➔ Durch die Entwicklung von integrierten Behandlungspfaden können

- Über- und Unterversorgung vermieden werden, die durch die bisherige kostentreibende „Versäulung“ intendiert sind. So kann eine wirtschaftlich effiziente und zugleich qualitativ anspruchsvolle Hilfe erbracht werden.
- ➔ Dies gelingt jedoch nur, wenn die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen an der integrierten Versorgung teilnehmen. Nur so lässt sich der Aufbau von Doppelstrukturen vermeiden, die letztlich kostentreibend wären, ohne einen Nutzen zu erzeugen. Durch die Teilnahme von Krankenhäusern an der integrierten Versorgung können Anreize zum Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen geschaffen und zugleich Klinikbetten abgebaut werden.
- ➔ Bei umfassenden integrierten Versorgungssystemen kann die notwendige personelle Kontinuität in Behandlungspfaden sichergestellt werden.
- ➔ In den Regionen können ein umfassendes Qualitätsmanagement-System sowie ein entsprechendes Monitoring und eine integrierte Berichterstattung implementiert werden.
- ➔ Präventionsmaßnahmen sind Bestandteil der Leistung.

2.2. Mögliche Risiken

Gegenwärtig schließen unterschiedlichen Krankenversicherungen in verschiedenen Regionen unterschiedlich strukturierte Verträge ab. Einige schließen mit Managementgesellschaften ab, in denen Kapitalgeber eingebunden sind, die sachfremde wirtschaftliche Interessen verfolgen. Andere orientieren sich an traditionellen Strukturen ambulanter Behandlungen. Dritte wiederum treffen Übereinkünfte, die sich daran orientieren, die Versorgung im Bereich ganzer Bundesländer sicherzustellen. Entschieden abzulehnen sind aus Sicht des Paritätischen Vertragsabschlüsse unter Beteiligung von Pharmafirmen oder deren Tochtergesellschaften.

Darüber hinaus werden zum Teil eng indikationsbezogene Verträge abgeschlossen, die Ein- und Ausschlusskriterien formulieren. Hiermit sind diverse Risiken verbunden.

- ➔ Durch eine solche Art selektiver integrierter Versorgung droht insbesondere eine weitere Fragmentierung des Gesundheitssystems mit der Folge einer Aufweichung des Solidarprinzips und Gerechtigkeitsgebotes in der Gesundheitsversorgung. Je nachdem in welcher Versicherung ein Betroffener Mitglied ist und welche Indikationen in den jeweiligen Verträgen der Krankenkassen vorgesehen sind, werden die Leistungen unterschiedlich erbracht. Zudem wird das Prinzip der „regionalen Versorgungsverpflichtung“ ausgehebelt.
- ➔ Die integrierte Versorgung kann ferner dazu führen, dass durch unterschiedliche Vertragsgestaltung Patientengruppen von bestimmten Leistungen medizinischer Versorgung ausgeschlossen werden.
- ➔ Das Nichtveröffentlichen von Verträgen für die integrierte Versorgung widerspricht der von den Leistungsträgern immer wieder geforderten Transparenz und ist insbesondere für die Nutzer/-innen kontraproduktiv.

- ➔ Durch die Gestaltung von Verträgen, die für ganze Bundesländer gültig sind, wird das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung infrage gestellt, regionale Versorgungsstrukturen drohen wegzubrechen.
- ➔ Werden Krankenhäuser nicht in die Verträge für die integrierte Versorgung einbezogen, forciert das kostentreibende und ineffiziente Doppelstrukturen.
- ➔ Durch eine Verengung auf „Behandlungsleistungen“ (SGB V) ohne die Berücksichtigung von Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen (z. B. SGB II, SGB VI, SGB IX, SGB XI, SGB XII) geraten diese aus dem Blick. Wirtschaftliche Synergieeffekte werden so nicht genutzt und gewachsene notwendige Verbundstrukturen zerstört.
- ➔ Für die Leistungserbringer ist besonders darauf zu achten, dass Risiken nicht einseitig vom Kostenträger auf Leistungserbringer verlagert werden.
- ➔ Die integrierte Versorgung darf nicht von einem überwiegenden Einsparinteresse der Krankenkassen oder einem ökonomischen Interesse der beteiligten Träger bestimmt sein. Dies kann zu Qualitätsverlust in der Behandlung für die Patientinnen und Patienten und bei der fachlichen Ausgestaltung für die Träger führen.
- ➔ Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass mit Verweis auf die Leistungen der integrierten Versorgung bisherige umfassende Behandlungsmethoden für Patienten reduziert werden – zum Beispiel bei einer Verengung der integrierten Versorgung auf medikamentöse Therapie und Leistungen zur Sicherung der Compliance.
- ➔ Ferner besteht das Risiko, dass eine für die Betroffenen intransparente Kommunikation zwischen den Leistungsträgern und Anbietern über ihre Daten erfolgt.

3. Empfehlungen des Paritätischen

Für die inhaltliche Ausgestaltung beziehungsweise den Abschluss oder die Prüfung von Verträgen zur integrierten Versorgung müssen aus Sicht des Paritätischen insbesondere folgende Punkte beachtet werden:

3.1. Umfang der Hilfen

Viele Verträge der integrierten Versorgung beziehen sich auf die ambulanten Behandlungsleistungen: (fach)ärztliche Versorgung, psychiatrische Krankenpflege und gegebenenfalls soziotherapeutische Angebote. Um eine Integration von Behandlungsleistungen zu erreichen, ist es erforderlich, dass auch Leistungen der Psychotherapie, der Ergotherapie sowie Bewegungstherapie und andere Elemente der medizinischen Behandlung eingebunden werden. Integration muss den sozialpsychiatrischen Grundsatz der umfassenden Hilfen berücksichtigen.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass eine sektorenübergreifende und -überwindende Behandlung ermöglicht wird. Dies bedeutet, die integrierte Versorgung muss sowohl über ambulante wie auch über teilstationäre oder stationäre Möglichkeiten der Behandlung verfügen, um als ein „balanciertes System“ integriert wirksam zu sein. Nach Möglichkeit sind neben ambulanten Leistungserbringern auch Psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen, Krisenpensionen, Tageskliniken und Institutsambulanzen in die Verträge einzubeziehen. Dies gilt besonders vor

dem Hintergrund, Doppelstrukturen zu vermeiden.

Für effektive gemeindepsychiatrische Hilfen ist es notwendig, dass die medizinische Behandlung eng verzahnt ist mit der medizinischen Rehabilitation, möglichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Gemeinschaft sowie anderen angrenzenden Möglichkeiten der Prävention und sozialen Hilfen. Dies sollte vor allem über zwei Wege gewährleistet werden:

- ➔ Die Behandlungspfade der integrierten Versorgung müssen so gestaltet sein, dass sie bei Bedarf reibungslos übergehen können in Maßnahmen der Rehabilitation oder Teilhabe.
- ➔ Die an der integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer sollten auch an anderen Formen der Leistungserbringung (zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Eingliederungshilfe, Pflege etc.) in der Region beteiligt sein. Dies ermöglicht eine reibungslose Vernetzung und Kooperation der Anbieter und Koordination von unterschiedlichen Leistungen.

3.2. Qualität der Hilfen

Grundlegendes Qualitätsmerkmal einer integrierten Versorgung muss sein, dass sie sich an den individuellen Bedürfnissen und Behandlungsbedarfen des Individuums ausrichtet. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten und Patientinnen darf nicht eingeschränkt werden.

Die Behandlungsplanung mit der Patientin/dem Patienten erfolgt unter Einbeziehung aller beteiligten Leistungserbringer sowie bei Bedarf der Angehörigen des Patienten/der Patientin (Dialog).

Der Kooperation aller Beteiligten im Planungs- und Behandlungsprozess ist im Rahmen der integrierten Versorgung ein besonderes Augenmerk zu widmen. Dies gilt insbesondere für die Steuerung von Hilfesystemen, die Gestaltung von Hilfebereichen und die personenzentrierte therapeutische Begleitung und Koordination eines individuellen Behandlungsprozesses des Patienten/der Patientin. Bei der Implementation der Steuerung ist ein Schwerpunkt auf die Evaluation zu setzen. Ferner ist zu beachten, dass hierfür besondere Ressourcen erforderlich sind.

Ein Qualitätsmanagement-System muss neben der Strukturqualität (Umfang der Leistungen) auch in der Prozessqualität insbesondere zwei Aspekte im Blick haben: die Anschlussfähigkeit unterschiedlicher Leistungsbereiche und Leistungserbringer sowie die Kooperation der Beteiligten. Auch die Ergebnisqualität darf sich nicht nur auf „Outputvariablen“ beziehen, sondern muss sich auf die subjektiv erlebbaren sowie nachweisbaren Wirkungen und den gesellschaftlichen Nutzen beziehen. Aus diesem Grund sind nicht nur die Leistungsträger und Leistungserbringer, sondern auch die Nutzer und Nutzerinnen sowie unabhängige wissenschaftliche Institute an der Erarbeitung von Leitlinien/Standards und deren Evaluation zu beteiligen.

3.3. Qualität der Verträge

Die möglichen Verträge zur integrierten Versorgung müssen sich zuerst an sozial- beziehungsweise gemeindepsychiatrischen Grundsätzen messen lassen. Dies bedeutet:

- ➔ Die Verträge mit den Leistungserbringern müssen sich an dem Prinzip der „Regionalen Versorgungsverpflichtung“ orientieren. Sie klammern deshalb keine (psychiatrische) Indikationsgruppe aus. Darüber hinaus sollten sie nicht ausschließlich landesweite Geltungsbereiche haben, sondern sich an den „Grenzen“ gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme beziehungsweise Versorgungsregionen von Krankenhäusern/ Abteilungen orientieren, die durchaus über die Grenzen von Bundesländern hinausreichen können. Darüber hinaus sollten die Verträge nicht (nur) mit einzelnen Kassen geschlossen werden, sondern sich immer auf eine (perspektivische) Vielfalt von Kassen beziehen.
- ➔ Die Verträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern beziehungsweise ihren Managementgesellschaften sind transparent und sollten mit geeigneten Leistungserbringern geschlossen werden, die vornehmlich in den betreffenden Regionen psychiatrisch aktiv sind. Hierbei ist zu gewährleisten, dass regionale Leistungserbringer im Sinne einer kooperativen und multidisziplinären Vielfalt einen Zugang erhalten.
- ➔ Um neben einer regionalen Perspektive auch eine flächendeckende Umsetzung von Verträgen für die integrierte Versorgung zu ermöglichen, sollten die Leistungsträger beziehungsweise deren Verbände mit den Verbänden der Leistungserbringer Rahmenverträge schließen.

4. Vorteile für die Beteiligten

Stimmen der Nutzer/-innen³

„Ein Projekt mit home treatment und Krisenpension hätte meine Klinikaufenthalte wahrscheinlich überflüssig gemacht“, ist sich Beate Hoffmann sicher. „In jedem Fall wäre es wesentlich leichter geworden, einen Umgang mit meiner Erkrankung zu finden. In der Klinik war ich in der totalen Überversorgung, die mich zusätzlich geschwächt und unselbstständig gemacht hat. Die ambulante Versorgung erlebte ich im Gegensatz dazu als unzureichend und überfordernd. Beides ging so an meinem Bedarf vorbei. Ein Projekt wie dieses Netzwerk, das sich am Bedarf orientiert, hätte ich mir gewünscht.“

Neben den Krisenpensionen können die Patienten sozialpsychiatrische Hilfe, so genanntes „home treatment“, in Anspruch nehmen. Die Angehörigen bewerten das neue Versorgungsangebot, das auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien ausgerichtet ist, als einen großen Fortschritt: „Das ist ein echter Paradigmenwechsel. Besonders die aufsuchenden Hilfen können Patienten und Familien entlasten und kritische Situationen innerhalb der Familien vermeiden. Eine ambulante Begleitung, die die Selbstverantwortung der Patienten stärkt, ist für alle Beteiligten von großem Nutzen“, erklärte Marianne Schumacher vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker (APK) in Berlin.

³ TK Gesundheitsreport: Die Zitate stammen von einer Berliner Betroffenen und einer Berliner Angehörigen die Kontakte zum Netzwerk Seelische Gesundheit, Pinel, haben.

4.1. Verbesserungen für die Nutzerinnen und Nutzer

Für die Nutzerinnen und Nutzer dieses verbindlichen Hilfenetzes der integrierten Versorgung, für Ersterkrankte, Psychiatrie-Erfahrene sowie ihre Angehörigen und Kinder böte dieses Konzept künftig viele Vorteile. Es gewährleistet unter anderem:

- ➔ koordinierte und schnelle Behandlungsverläufe
- ➔ Einbindung von psychotherapeutischer Behandlung und Kompetenz
- ➔ Transparenz der Hilfen
- ➔ weniger beziehungsweise kürzere stationäre Aufenthalte
- ➔ Verbindlichkeit der Hilfen durch vertragliche Absicherung
- ➔ verlässliche Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten/-angebote und Begleitung nach der Entlassung aus stationärer Behandlung
- ➔ 24-stündige Erreichbarkeit – 365 Tage im Jahr
- ➔ zeitnahes und abgestimmtes Krisenmanagement mit Ausrichtung am Dialog
- ➔ niedrige Dosierung neuroleptischer Medikamente als Ziel, fachliche Begleitung beim Wunsch, die Medikamentendosis zu reduzieren, beziehungsweise die Medikamente ganz abzusetzen und strukturierte Zusammenarbeit aller Akteure
- ➔ lebensweltlicher Bezug mit Beteiligung der Familie und des sozialen Umfeldes – auch in Krisen
- ➔ bei einer Einbindung der Krankenhäuser können sich Aufenthaltszeiten im Sinne der Patienten verkürzen
- ➔ Förderung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit
- ➔ Möglichkeit zur Nutzung präventiver Angebote
- ➔ Existenz eines Rückzugsraumes für Krisen außerhalb einer psychiatrischen Klinik
- ➔ Beziehungs- und Behandlungskontinuität

4.2. Chancen für die Anbieter

Sichergestellt wird dieses umfangreiche Angebot durch multiprofessionelle, therapeutisch ausgerichtete Teams, die regional agieren und rund um die Uhr erreichbar sind. Der offene Dialog aller Beteiligten, Respekt und größtmögliche Gleichwertigkeit bestimmt die Grundhaltung der im Netzwerk agierenden Behandler und Behandlerinnen.

Darüber hinaus bieten Krankenkassen ihren Versicherten für die Teilnahme an der integrierten Versorgung spezielle Boni (zum Beispiel Wegfall der Krankenhaus-zahlung und der Praxisgebühr).

Viele Träger im Paritätischen haben jahrelange Erfahrungen im außerklinischen Bereich und könnten diese bei den Behandlungsleistungen einbringen. Die Kooperation mit weiteren Berufsgruppen kann intensiviert und somit ein interdisziplinäres Arbeiten im Verbund ermöglicht werden - von der Behandlung über die Betreuung bis hin zur Prävention. Dies ist, wie bereits ausgeführt, eine alte Forderung der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Träger.

Weiterhin können sich für die Anbieter von Leistungen der integrierten Versorgung neue Tätigkeits- und Geschäftsfelder insbesondere im Bereich der Leistungen des

SGB V und somit neue Finanzierungsmöglichkeiten ergeben. Die Träger sozialpsychiatrischer Leistungen könnten unabhängig, aber auch in Kombination oder neben den Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII), der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und III) und der Pflegeversicherung (SGB XI) weitere Leistungen erbringen und somit das Angebotsspektrum erweitern und die Versorgung von Patienten verbessern.



Praxisbeispiel:

Nachmittags meldet sich Eva A. beim Krisendienst. Sie schildert ihre akuten Ängste, ist schlaflos und spürt, dass sich ihr Zustand verschlechtert. Sie fürchtet sich vor der kommenden Nacht. Im Telefonat entscheidet sich Eva M. für das angebotene Krisengespräch bei sich zu Hause. Der besuchenden Mitarbeiterin gelingt es, auch Eva A.s Mann in das Gespräch einzubeziehen: Es klärt sich, dass er nicht helfen kann, da er Nachtschicht hat. Er fühlt sich überfordert und fürchtet, seine Frau müsse wieder in die Klinik. Nachdem alle Beteiligten gehört sind, entscheidet Eva A., die kommende Nacht im Rückzugshaus zu verbringen. Hinzugezogen wird ein Facharzt, der eine Bedarfsmedikation gibt. Dies und die Betreuung im Rückzugshaus geben Eva A. ausreichend Sicherheit, sie schläft für ein paar Stunden. Auf ihren Wunsch werden am Tag darauf, gemeinsam mit ihrem Mann, die nächsten Schritte und weiterführenden ambulanten Hilfen besprochen. Sie verabreden: ärztliche Begleitung, Psychotherapie, Sport, Selbsthilfe-Gruppe, Paar-Beratung und eine gemeinsame Bewertung der Maßnahmen nach vier Monaten.

4.3. Vorteile für die Krankenkassen

Die Modalitäten der integrierten Versorgung stärken die Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber Leistungserbringern. Während bei allgemeinen medizinischen Leistungen unter anderem die Kassenärztliche Vereinigung oder andere Zusammenschlüsse von Organisationen als Verhandlungspartner den Krankenkassen gegenüberstehen, können die Kassen bei der integrierten Versorgung direkt Einfluss auf die Leistungsanbieter und die Gestaltung von Einzelverträgen nehmen. Für die Krankenkassen ergeben sich neue Möglichkeiten der Steuerung. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Anbieter und die Qualität sowie den Umfang der Leistungen als auch die Gestaltung der Vergütungen. Die Einflussnahme und Steuerungsfunktion der Krankenkassen bezogen auf die Patienten wird jedoch an Dritte, sogenannte Managementgesellschaften, abgeben.

5. Forderungen

Der Paritätische und seine Mitgliedsorganisationen fordern für die Umsetzung der integrierten Versorgung:

- 1.** Die integrierte Versorgung muss eine Behandlungsform für alle psychisch erkrankten Menschen in einer Region sein und im Sozialraum und der Lebenswelt der Menschen angesiedelt werden. Aus diesem Grund ist die integrierte Versorgung bürgerorientiert, regional und nicht auf bestimmte Zielgruppen oder Indikationen beschränkt. Die Vertragspartner und insbesondere die Anbieter haben deshalb einen regionalen Bezug vertraglich sicherzustellen.
- 2.** Gerade als eine ambulante Leistung muss die integrierte Versorgung eine umfassende Behandlung gewährleisten können. Integriert werden müssen deshalb mindestens die bisherigen ambulanten Leistungen zur Behandlung, wie zum Beispiel ärztliche Leistungen, ambulante psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie und – vor allem – psychotherapeutische Leistungen. Die starre Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen ist zu überwinden.
- 3.** Eine integrierte Versorgung sollte – bedarfsorientiert – die „Regelversorgung der Zukunft“ sein. Dies bedeutet: Krankenkassen, die bisher keine Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen haben, müssen dazu verpflichtet werden, die Leistungen für ihre Patienten und Patientinnen zu übernehmen, die in einem vorhandenen regionalen Leistungsangebot der integrierten Versorgung erbracht werden. Patienten/Patientinnen dürfen nicht aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit von Leistungen der integrierten Versorgung ausgeschlossen werden.
- 4.** Das Wunsch- und Wahlrecht der Patient/-innen hinsichtlich der Leistungserbringer und der Behandlungsmethoden jederzeit zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für die pharmakologische Behandlung.
- 5.** Darüber hinaus ist die Therapiefreiheit der Anbieter insbesondere hinsichtlich sozialpsychiatrischer Behandlungsmethoden in der integrierten Versorgung und des Wettbewerbsgedankens sicherzustellen.

6. Aufgrund der regionalen Orientierung muss die integrierte Versorgung anschlussfähig sein an entwickelte Hilfestrukturen in den Regionen beziehungsweise an regionale Verbundsysteme. Deshalb muss die Möglichkeit bestehen, alle diejenigen regionalen Leistungsanbieter in die integrierte Versorgung einzubeziehen, die dieses wollen und fachlich geeignet sind. Es darf nicht dazu kommen, dass insbesondere kleine psychosoziale Trägervereinigungen ausgeschlossen werden.

7. Ohne eine verbindliche Netzwerkarbeit auch über die Behandlungsleistungen des SGB V hinaus ist auch eine integrierte Versorgung nicht vollständig. Eine fachliche Netzwerkarbeit ist verbindlich zwischen allen beteiligten Leistungsanbietern in einer Region zu regeln, zum Beispiel für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft.

8. Integrierte Versorgung ist eine Leistung, die durch unterschiedliche Professionen im Team erbracht wird. Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team ist als ein notwendiger Qualitätsstandard vertraglich abzusichern. Dazu gehört auch, dass Psychotherapeuten und -therapeutinnen in die Behandlung einbezogen werden können.

9. Für die Patient/-innen ist im Verlauf der integrierten Versorgung eine leistungsübergreifende Steuerung durch Rehabilitationsträger und -anbieter zu sichern sowie eine „therapeutische Bezugsperson“ zu benennen. In regelmäßigen Abständen sollte zudem unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigenselbsthilfe eine Evaluation erfolgen.

10. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind insbesondere bezogen auf Patientendaten zwingend einzuhalten.

11. Die integrierte Versorgung kann ein gravierender Schritt, insbesondere zu einer Verbesserung der ambulanten Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sein. Dies aber nur dann, wenn die fachlich-qualitativen Möglichkeiten weder kurz- noch langfristigen ökonomischen Interessen geopfert werden. Eine unabhängige Evaluation ist gemeinschaftlich von den Krankenkassen im Rahmen einer Poolfinanzierung sicherzustellen. Dies gilt sowohl für den möglichen Leistungsumfang, die Dauer der Leistungserbringung und – vor allem – die fachlichen Aspekte.

Deshalb gilt:

- Das Interesse an Leistungsqualität orientiert an den aktuellen S3-Leitlinien / NICE-Guidelines hat vorrangig vor dem ökonomischen Interesse zu stehen. Qualitätsverluste aufgrund ökonomischer Interessen sind nicht hinnehmbar.
- Die personenzentrierte Behandlung und Begleitung darf nicht dem Ziel der Gewinnmaximierung unterworfen werden.

12. Um diese Prinzipien zu sichern und bundesweit vergleichbare Standards zu etablieren, sind neben den bereits geschlossenen Verträgen Rahmenvereinbarungen auf der Bundesebene zwischen den beteiligten Organisationen (Leistungserbringer) zu schließen, in denen unter anderem Mindestaussagen zum Umfang und zur Qualität sowie zur Vergütung getroffen werden.

13. Wir fordern, dass Vertragsabschlüsse verbindlich an die Krankenkassen gemeldet werden und Informationen – wie etwa zu Diagnosegruppen – über an der Versorgung beteiligte Institutionen und deren Aktionsradius (vergleichbar mit den Pflichten von Pflegeeinrichtungen) enthalten. Diese In-

formationen sollten öffentlich und insbesondere für Patienten leicht zugänglich sein. Dazu gehört auch, dass Zahlen zu tatsächlich versorgten Menschen in der integrierten Versorgung erhoben werden und eine bundesweite Berichterstattung etabliert wird.

14. Wir fordern die Krankenkassen auf, keine Verträge mit Pharmaunternehmen oder anderen primär wirtschaftlich orientierten Unternehmen abzuschließen sowie mit den Trägern der Sozialpsychiatrie in Verhandlungen zu treten.

15. Wir fordern die Bundesregierung und den Bundestag auf, die Regelung in Bezug auf die pharmazeutischen Unternehmen als Vertragspartner der integrierten Versorgung zurückzunehmen und den Paragraphen 140 SGB V entsprechend neu zu fassen.

Links

- ➔ Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
www.psychiatrie.de/dachverband/
- ➔ Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e. V.
Zeltingerstr. 9
50969 Köln
www.psychiatrie.de/dgsp/
- ➔ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde
(DGPPN)
Reinhardtstraße 14
D-10117 Berlin
www.dgppn.de/
- ➔ DGPPN – S3-Leitlinien
[www.dgppn.de/publikationen/
leitlinien/leitlinien1.html](http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien1.html)
- ➔ NICE-Guidelines
www.nice.org.uk

Auszug Sozialgesetzbuch V § 140 a – d

§ 140 a Integrierte Versorgung

- (1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.

§ 140 b SGB V Verträge zu integrierten Versorgungsformen

- (1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140 a Abs. 1 nur mit
 1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,

2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140 a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92 b des Elften Buches,
6. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften,
7. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1,
8. pharmazeutischen Unternehmern,
9. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte abschließen. Für pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten nach den Nummern 8 und 9 gilt § 95 Absatz 1 Satz 6 zweiter Teilsatz nicht.

(2) *weggefallen*

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr da-

für übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen werden, nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Die Krankenhäuser sind unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116 b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt.

(5) Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

§ 140 c Vergütung

- (1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- (2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

§ 140 d Anschubfinanzierung, Bereinigung

- (1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Satz 2 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Satz 1 gilt nicht für die ver-

tragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140 c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser, soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen.

- (2) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140 a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140 a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140 a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.
- (3) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

- (4) Mit der nach § 140 c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2008 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.
- (5) Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
Oranienburger Str. 13-14
D-10178 Berlin
Telefon +49 (0) 30 - 24636-0
Telefax +49 (0) 30 - 24636-110
E-Mail: info@paritaet.org
Internet: www.paritaet.org

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß Presserecht: Dr. Ulrich Schneider

Redaktion:

Christel Achberger, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Wolfgang Faulbaum-Decke, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Birgit Görres, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Christian Reumschüssel-Wienert, Der Paritätische Berlin
Joseph Schädle, Der Paritätische Gesamtverband
Friedrich Walburg, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Claudia Zinke, Der Paritätische Gesamtverband

Redaktionelle Überarbeitung:

Ulrike Bauer

Redaktioneller Kontakt:

Telefon +49 (0) 30 - 24636-319 (Claudia Zinke)
Telefax +49 (0) 30 - 24636-110
E-Mail: behindertenhilfe@paritaet.org

Gestaltung:

Christine Maier, Paritätischer Gesamtverband

Bilder:

alle Fotolia.com: © Sychugina_Elena (Titel), by-studio (S. 1), pix4U (S. 13)

1. Auflage, Oktober 2011