



Bericht

der Landesregierung

Zukunft der integrierten Versorgung in Schleswig-Holstein

Antrag der Fraktion der FDP

Drucksache 16/516 (neu)

**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend
und Senioren**

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf den Antrag der FDP zur Zukunft und Umsetzung der integrierten Versorgung in Schleswig-Holstein und folgt im Wesentlichen dem dort aufgestellten Fragenkatalog. Es wird jedoch zuerst eine grundsätzliche Erläuterung als Vorbemerkung und Einführung in die Thematik gegeben.

Vorbemerkung:

Schon mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1996) wurden erstmals Möglichkeiten für vernetzte Versorgungsstrukturen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem geschaffen. Die Selbstverwaltung hatte durch das 2. GKV-NOG die Möglichkeit erhalten, sowohl Strukturverträge nach § 73a SGB V abzuschließen als auch Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vereinbaren.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) sollten die bereits auf den Weg gebrachten Strukturveränderungen durch die Fortentwicklung von Verträgen zur integrierten Versorgung verstärkt werden. Die Ergebnisse blieben jedoch hinter den Erwartungen zurück.

Daher wurden mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zusätzliche Anreize für die integrierte Versorgung gesetzt. Seit dem 1. Januar 2004 können Krankenkassen und Leistungserbringer ohne Zustimmung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V abschließen. Zur Finanzierung können die Krankenkassen von ihren Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und an die Leistungserbringer der stationären Versorgung bis einschließlich 2006 jährlich bis zu einem Prozent abziehen (§ 140d SGB V) und diese Finanzmittel zur Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nutzen. Hierdurch stehen für die integrierte Versorgung jährlich bis zu 680 Mio. € bundesweit und für Schleswig-Holstein ca. 22,5 Mio. € zur Verfügung.

1. Stand der derzeitigen Umsetzung sowie eine Auflistung der verschiedenen Versorgungsverträge und deren Leistungserbringer in Schleswig-Holstein?

Für Schleswig-Holstein wurden mit Stand 31.03.2006 von der Bundesgeschäftsstelle QualitätsSicherung gGmbH (BQS) insgesamt 71 Meldungen über Verträge zur integrierten Versorgung für rund 12500 Versicherte mit einem Finanzvolumen von über 19 Mio. Euro ausgewiesen.

Das System der Erfassung durch die BQS bedingt es, dass ein von mehreren Krankenkassen gemeinsam geschlossener Vertrag jeweils auf der Basis der Anzahl der Meldungen durch die Vertragskassen registriert wird. Im Ergebnis wird ein von 3 Krankenkassen unterschriebener Vertrag zur integrierten Versorgung als drei Verträge gezählt.

Für die Verträge zur integrierten Versorgung gibt es keine Meldepflicht; die Vertragspartner handeln autonom. Demzufolge gibt es auch keine Meldepflicht gegenüber dem Land. Die gemeinsame Registrierstelle bei der BQS ist zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (Anschubfinanzierung, Bereinigung) eingerichtet worden (www.bqs-register140d.de/dokumente/20051231.pdf).

Weitere Datenbanken zur integrierten Versorgung stehen zur Verfügung, sind jedoch nicht zwangsläufig im Update:

www.gesundheitsconsult.de/db/abschlaglaender.htm#schles sowie

www.krankenkassenratgeber.de/iv.php

Zusatzfrage: Hierbei soll auch berichtet werden, wie und in welchem Umfang die im September 2004 durch die Landesregierung angekündigte Etablierung eines dreistufigen geriatrischen Versorgungskonzeptes im Rahmen der integrierten Versorgung umgesetzt worden ist und welche Versorgungsverträge in den Bereichen Brustkrebs, ambulantes Operieren, Hüft- und Kniegelenksoperationen, Leistenbrüche, hand- und fußchirurgische Eingriffe sowie gefäßchirurgische Eingriffe in Schleswig-Holstein bereits bestehen bzw. abgeschlossen werden sollen.

Die Beantwortung der Frage bezieht sich vorrangig auf Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V, für die eine Anschubfinanzierung greift.

Die tabellarische **Anlage** listet die dem MSGF zur Verfügung stehenden Verträge nach § 140a ff. SGB V nach Inhalten, Vertragspartnern und Typisierung auf. Diese Übersicht verdeutlicht die tatsächlich existierenden Verträge zu einem Inhalt, abgeschlossen zwischen mehreren Vertragspartnern (s. hierzu oben auch die Zählweise der Bundesgeschäftsstelle **QualitätsSicherung**).

Nicht unter diese Auflistung zu subsumieren sind der laufende Vertrag zum DMP Brustkrebs, der als Vereinbarung nach § 137 g SGB V (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme) i.V. mit § 140 b SGB V und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein nach § 83 SGB V gestaltet ist sowie das dreistufige geriatrische

sche Versorgungskonzept, das in der jetzigen Struktur nach § 24 BPfIVO (Bundespflegergesetzverordnung - Modellvorhaben) vereinbart werden soll.

Eine Einigung für das dreistufige geriatrische Versorgungskonzept (vollstationär, teilstationär, dritte neue Stufe: ambulant) auf der Basis eines **flächendeckenden**, kassenartenübergreifenden Vertrages gem. § 140a SGB V konnte trotz intensiver Verhandlungen noch nicht erzielt werden.

Deshalb wird zurzeit über die Implementierung eines Modellvorhabens in drei Kreisen mit je 200 bis 350 ambulanten geriatrischen Versorgungsfällen/ Jahr – in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl im Einzugsgebiet – für eine Modelllaufzeit von 24 Monaten nach § 24 BPfIVO verhandelt. Die Art und Dimension der Finanzierung dieses Modells müssen noch festgelegt werden. Die Basis des medizinisch-konzeptionellen Ansatzes ist bereits abgestimmt. Eine neue Verhandlungsrunde findet Mitte Juli statt.

2. Wie viele der bisher abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine fachübergreifende Vernetzung, so dass Versorgungsketten zwischen

- a. Hausarzt und Facharzt,
 - b. Hausarzt, Facharzt und Facharzt sowie
 - c. Krankenhaus und Krankenhaus
- aufgebaut werden konnten.

3. Wie viele der bisher abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung ermöglichen eine sektorenübergreifende Vernetzung, so dass Versorgungsketten zwischen

- a. Hausarzt und Krankenhaus,
 - b. Facharzt und Krankenhaus
 - c. Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus,
 - d. Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung, sowie
 - e. Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung
- aufgebaut werden konnten.

Die abgeschlossenen und dem MSGF vorliegenden Verträge ermöglichen sowohl fachübergreifende als auch sektorenübergreifende Versorgung. Die Inhalte umfassen u.a. Verträge zu Fachgebieten (Kinderchirurgie, Augenheilkunde), Versorgungsarten (ambulant, kurzstationär, rehabilitativ), Organbezug (koronare Herzkrankheit, Prosta-

ta-Karzinom), sektoralem Bezug (hausärztliche o. belegärztliche Versorgung) oder therapeutischem Assessment (Schmerztherapie). Für weitere Details s. Anlage.

4. Welche Sachverhalte waren dafür ausschlaggebend, dass Anträge von Leistungserbringern auf Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung durch die Krankenkassen abgelehnt wurden und deren Ablehnungsgründe?

Die Nachfrage bei den Kostenträgern ergab, dass u.a. Anträge abgelehnt wurden, wenn beispielsweise

- aufgrund der kasseneigenen Versichertenklientel der Vertragsinhalt nicht von Interesse oder kein sektorenübergreifender Ansatz erkennbar war,
- es sich um keine wirklich neue Versorgungsform handelte oder
- der Behandlungspfad nicht klar definiert war.

Nach Ende der gesetzlichen Anschubfinanzierung bis 2006 muss ein Vertrag sich selbst finanzieren können; einzelne Kassen haben hierzu interne Kriterienkataloge entwickelt.

5. Welche Vertragslösung hat sich als die günstigste herausgestellt?

Eine belastbare, umfassende Bewertung durch eine wissenschaftliche Stelle liegt noch nicht vor. Auch vonseiten der Krankenkassen ist dies noch nicht abschließend bewertet worden. Integrierte Versorgung ist ein Entwicklungsfeld mit vielen sehr unterschiedlichen Ansätzen und Konzepten, bei denen sich alle Partner in einem dynamischen Lernprozess befinden. Deshalb werden neue Versorgungsformen regional erprobt, wenn möglich optimiert und dann ausgebaut, d.h. einer größeren Gruppe von Vertragspartnern und flächendeckend, landes- oder bundesweit angeboten. Das regionale Versorgungsbudget als eine umfassende medizinische Versorgung der Menschen einer Region, z. B. Flensburg, fördert die unmittelbare Zusammenarbeit in Netzwerken und Verbundstrukturen, ist aber bei getrennten Entgeltsystemen und der Kassenvielfalt schwierig umzusetzen.

6. Wie kann der Gefahr einer Risikoselektion begegnet werden?

Unter Risikoselektion wird die Auswahl unproblematischer Standardfälle ohne medizinisches und ökonomisches Risiko verstanden, z.B. für bessere Studienergebnisse. Aktuell ist diese Thematik im Zusammenhang mit Qualitätssicherung auf dem 5. deutschen Kongress zur Versorgungsforschung in Ludwigshafen diskutiert worden. Nach der Zählung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung s.o. existieren in Schleswig-Holstein Verträge zur integrierten Versorgung für rund 12.500 Versicherte.

In Schleswig-Holstein wurden allein in den Krankenhäusern, die in einem großen Anteil der vorliegenden Versorgungsverträge Vertragspartner sind, rund 570.000 Menschen/ Jahr behandelt. Die Gefahr der Risikoselektion bei Verträgen zur integrierten Versorgung ist damit derzeit sowohl medizinisch als auch mengenmäßig noch als gering einzuschätzen. Berichte über integrierte Versorgung chronisch herzkranker oder depressiver Patienten/Innen und die Durchführung von interdisziplinären Schmerzkonferenzen für Schmerzpatienten/Innen mit komplizierten Krankheitsbildern sprechen eher gegen eine Praxis der Risikoselektion. Eine Bewertung ist zum jetzigen Zeitpunkt zu früh, eine sorgfältige Prüfung muss diesbezüglich bei Nutzung der Anschubfinanzierung erfolgen. Die Landesregierung wird die Thematik aber weiter verfolgen.

7. Welche Anbieter konnten in Schleswig-Holstein bisher von der integrierten Versorgung profitieren?

Krankenhäuser unter privater, öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft, Rehabilitationseinrichtungen, ambulant operierende Ärzte/Innen, niedergelassene Ärzte/Innen, Hausärzte/Innen, Ärztenetze, Apotheken, Physiotherapeuten/Innen.

8. Inwieweit konnte die Behandlung von bestimmten Erkrankungen im Rahmen der integrierten Versorgung verbessert werden?

Verträge zur integrierten Versorgung unterliegen keiner umfassenden wissenschaftlichen Begleitung oder Evaluation. Demzufolge liegen bisher noch keine gesicherten Erkenntnisse vor, ob die Behandlung von bestimmten Erkrankungen im Rahmen der integrierten Versorgung verbessert werden konnte. Andererseits bieten integrierte Versorgungsverträge durch höhere Fallzahlen und Gewährleistungszusagen höhere Qualitätsstandards. Der Erfolg der integrierten Versorgung liegt in der Idee eines individuellen ganzheitsmedizinischen Behandlungsplanes ohne Schnittstellen. Die Verantwortung der gesamten Patientenkarriere, z. T. mit Gewährleistungsregelung liegt in einer Hand. Die Landesregierung erwartet daher eine Qualitätssteigerung durch integrierte Versorgung.

9. Wie können unter der Berücksichtigung regionaler Strukturen welche Angebote im Rahmen einer integrierten Versorgung landesweit berücksichtigt werden?

Gegenwärtig werden seitens der Kostenträger und Leistungserbringer regionale Ansätze in den Verträgen zur integrierten Versorgung favorisiert. Grundsätzlich sind die inhaltlichen Ansätze der Verträge auf landesweite Strukturen zu übertragen. Da die Verträge zur integrierten Versorgung im Rahmen des Wettbewerbes als kasseninternes Wettbewerbsinstrument genutzt werden, steht dies einer landesweiten und kassenartenübergreifenden Ausdehnung eher entgegen.

10. Auflistung des derzeitigen Vertragsvolumens sowie eine Analyse, ob die Höhe der Anschubfinanzierung von rund 22,5 Mio. Euro für Schleswig-Holstein ausgeschöpft werden konnte.

Zum Stichtag 31.03.2006 betrug das Vergütungsvolumen der Anschubfinanzierung für IV-Verträge in Schleswig-Holstein **19.045.021 €** (Quelle: BQS); der finanzielle Schwerpunkt der Verträge liegt bei Krankenhausleistungen. Rechnerisch hätten - bei einem Gesamtbudget in Schleswig-Holstein für ambulante/stationäre Leistungen in 2005 von rund 2,25 Milliarden € - ca. 22,5 Mio. Euro als mögliche Anschubfinanzierung zur Verfügung gestanden (= 1% Abzug vom Gesamtbudget SH).

Ein detaillierter Nachweis der Mittelverwendung muss nach Mitteilung der kassenärztlichen Vereinigung (KV) erst ab dem 01.01.2007 und erst bei Überschreitung des 1% Abzuges erfolgen. Nach hiesiger Kenntnis ist die Techniker Krankenkasse bisher die einzige Krankenkasse, die die Anschubfinanzierung voll ausgeschöpft hat. Die Ausschöpfung ist abhängig von den Mitgliederzahlen und den Vertragsaktivitäten jeder einzelnen Krankenkasse.

11. In welcher Höhe haben die Krankenkassen die Kürzungsmöglichkeiten der Gesamtvergütungen in Schleswig-Holstein für die Jahre 2004 und 2005 zur Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V wahrgenommen und welche Auswirkungen hatte dies auf die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser?

Die Abzugshöhe betrug für die AOK Schleswig-Holstein 3,8 Mio. € des anteiligen Budgets der AOK an der Gesamtvergütung ambulant/stationär. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein u. Hamburg hat beispielsweise bei der relativ geringen Mitgliederzahl auf die Kürzungsmöglichkeiten der Vergütung für die Jahre 2004 und 2005 verzichtet und aus dem gleichen Grund hat der IKK Landesverband Nord 2004 keine Kürzungen vorgenommen. Für 2005 beträgt der bei der Bundesgeschäftsstelle **Qualitätssicherung** angezeigte Prozentsatz für die IKK 0,47%. Die Verträge haben bei der Techniker Krankenkasse ein Finanzvolumen von ca. 5,5

Mio. € bei 1.600 teilnehmende Patienten/innen, entsprechend einer Anschubfinanzierung von 1,3% des TK-Budgets.

12. Wie soll der Aufbau einer integrierten Versorgung mit Ablauf der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V finanziert werden und welche Mittel stehen dann in Schleswig-Holstein zur Verfügung?

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene ist festgelegt, dass die Anschubfinanzierung über das Jahr 2006 hinaus bis zum 1. Januar 2008 verlängert werden soll. Weiter heißt es: "Ziel der integrierten Versorgung muss es sein, Fach- oder Sektorengrenzen zu überwinden, Versorgungsqualität zu erhöhen, Transparenz bei Angebot und Wirkung herzustellen sowie bevölkerungsbezogene Flächendeckung zu erreichen."

Schleswig-Holstein unterstützt diese Zielsetzung. Gerade für die besonderen regionalen Strukturen des Landes ist eine stärkere Integration von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und rehabilitativer Medizin durch innovative Versorgungskonzepte notwendig. Das Land setzt sich deshalb im Rahmen der Diskussion zur Gesundheitsreform für die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote und die Entwicklung von Behandlungsketten in Form integrierter Versorgung ein. Erleichtert werden muss auch die Gründung von medizinischen Versorgungszentren, an denen auch Krankenhausärzte tätig werden dürfen. Die Idee der integrierten Versorgung heißt: Versorgung aus einer Hand.

Bisher gibt es keine gesetzliche Regelung zur Finanzierung der integrierten Versorgung nach Ablauf der gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen. Die Landesregierung setzt sich für eine Ausweitung der integrierten Versorgung und für eine Verlängerung der Regelung zur Anschubfinanzierung ein. Die Anregung, für integrierte Versorgungsformen eigene Budgets und einen individuellen Zeitrahmen vorzusehen, könnte das Problem der Budgetbereinigung lösen. Zusätzlich sollten jedoch Regelungen geschaffen werden, die einem Missbrauch entgegenwirken (Pseudo-IV-Verträge, um Mittel abzuschöpfen); zu prüfen ist auch, ob das IV-Budget aus Ersparnissen bereits erfolgreicher IV-Versorgungen refinanziert werden kann.

lfd. Nr.	Vertragsdatum	Partner	Partner	Titel	Typ	Inhalte	gekündigt zum	Besonderheiten
1.	01.07. 2003 (Laufzeit 5 Jahre)	KV/TK	Amb Operationszentrum Praxisklinik Kronshagen	ohne	I Umgewandelte Strukturverträge	Chirurgische Eingriffe u.a. Kinderchirurgie sowie Gefäß- und orthopädische Eingriffe ambulant und kurzstationär. Die Vergütung erfolgt als Komplexpauschale		
2.	01.10.2002	KV/BKK Dräger-Hanse	Marienkrankenhaus Lübeck	ohne	I Umgewandelte Strukturverträge	Ambulante und belegstationäre Operationen		
3.	08.10.2003	alle Krankenkassen in S-H	KV, KGSH	DMP Brustkrebs	III Case Management	DMP Brustkrebs, die Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfolgt in 8 Brustkrebszentren in S-H.	31.01.2005	
4.	01.03.2004	AOK Schleswig-Holstein	Praxisnetz FL, Diakonissenanstalt Flensburg, Malteser KH FL	Rahmenvertrag	IV Budgetverantwortung	regionales Gesamtbudget mit umfassender Wirkung u. Verantwortung		
5.	01.06.2004	Ersatzkassen Schleswig-Holstein	Parkklinik Manhagen	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Über das gesamte Leistungsspektrum Hüft- und Kniegelenkersatz, Katarakt-ops, Fallzahlsteigerung bis 01/2005 um 10%		
6.	01.09.2004	Barmer Nord	Lubinus Clinicum	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Hüft- und Kniegelenkersatz		
7.	01.09.2004	30 BKKs, nicht Citti BKK	Damp Holding Akut / Reha u. 50 niederg. Ärzte	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Hüft- und Kniegelenkersatz / Endoprothetik		01.02.05 bisher ein Patient
8.	01.10.2004	einzelne Ersatzkassen SH	Lubinus Klinikum	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Endoprothetik, verschiedene chirurgisch operative Eingriffe, Arthroskopien, Metallentfernungen, Hernien		
9.	01.10.2004	Ersatzkassen Schleswig-Holstein	ambulante OstseePraxisKlinik Bad Schwartau	amb. durchführbare u. stationsersetzende Operationen u. deren QS	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	ambulantes Operationsspektrum der OstseePraxisKlinik	31.12.2006 frühestens kündbar	

lfd. Nr.	Vertragsdatum	Partner	Partner	Titel	Typ	Inhalte	gekündigt zum	Besonderheiten
10.	01.10.2004	einzelne Ersatzkassen SH	Interessengemeinschaft ambulant operierender Augenärzte SH GbR	ohne	III Case Management	gesamtes OP-Spektrum aller Augenärzte landesweit		
11.	01.11.2004	BKK Hanse & Dräger	Kompetenznetz Schmerztherapie GbR, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V., Ratzeburg	ohne	III Case Management	integrierte schmerztherapeutische Versorgung		
12.	01.11.2004 01.04.2005	Barmer Nord, andere Ersatzkassen Schleswig-Holstein	Hamburger Gesundheitszentrum (Ärztenez Hamburg Ost), Gesundheitsnetz der Region Wedel, Albertinen-Diakoniewerk, Marienkrankenhaus Hamburg, Ostsee Klinik Schönberg-Holm, UKSH, Kompass-Klinik Kiel	Norddeutsches Herz-Netz	III Case Management	koronare Herzkrankheit		
13.	01.12.2004, 01.11.2005	DAK, AOK	3 K-Verbund kommunaler Krankenhäuser: Heide-Brunsbüttel, Itzehoe, Neumünster, 4K-Verbund und Rheumaklinik Bad Bramstedt	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Hüft- und Kniegelenkersatz	31.12.2005 frühestens kündbar	
14.	01.01.2005	TK	UKSH Campus Kiel, urol. Gpraxis Dr. H. Bertermann et al Kiel	Seed-Brachytherapie beim Prostata-CA	III Case Management	Seed Brachytherapie beim Prostata-CA		bundesweites Netzwerk Centers of Excellence

lfd. Nr.	Vertragsdatum	Partner	Partner	Titel	Typ	Inhalte	gekündigt zum	Besonderheiten
15.	01.12.2004, 01.01.2005	TK, AOK, IKK MV, IKK SH, IKK Direkt, Landwirt.KK SHuHH	Parkklinik Manhagen	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Endoprothetik, verschiedene chirurgisch operative Eingriffe an den Gelenken, Katarakte		gesch. Vergütungsvolumen 28.200 €, 12Patienten (IKK)
16.	01.03.2005	DAK	Diakonissenanstalt - Flensburg/ niedergel. Flensburger Kardiologen	ohne	III Case Management	koronare Herzkrankheit		Bonusregelung bis 140 €
17.	01.03.2005	AOK Schleswig-Holstein	Telemed. Service und Gesundheitszentrum der Segeberger Kliniken (TSGZ)	ohne	III Case Management	Versorgung für Patienten mit chronischer Linksherzinsuffizienz		
18.	01.03.2005	Barmer	Deutscher Hausärzteverb.e.V./ Deuts. Apothekenverband e.V.	Hausarzt-/ Hausapothekenversorgung	§ 73 hausarztzentrierte Versorgung	hausärztliche Versorgung und Arzneimittelversorgung		Bonusregelung bis 30 €
19.	01.04.2005, 01.01. 2006	IKK LV Nord, Landwirt.KK SHuHH, TK, AOK	Lubinus Klinikum Kiel	ohne	II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Endoprothetik, verschiedene chirurgisch operative Eingriffe, Arthroskopien, Metallentfernungen, Hernien		Vergütungsvolumen 276.955€, 78 Patienten
20.	01.04.2005, 01.05.2005	IKK LV Nord, Landwirtsch. KK SHuHH, TK, AOK	Ostseeklinik Damp, Endoklinik HH, Rehaklinik Damp, Rehaklinik Schönhagen		II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Endoprothetik	31.12.2005	Vergütungsvolumen 23.059 €, 3 Patienten

Erläuterungen

I Umgewandelte Strukturverträge	Prototyp hierfür ist ein Vertrag mit einer Praxis- oder Tagesklinik und einer Gruppe von Belegärzten oder niedergelassenen Chirurgen zum ambulanten Operieren bzw. der Kurzzeitchirurgie. Großenteils handelt es sich um umgewandelte Strukturverträge alten Typs.
II Komplexpauschale mit Gewährleistung	Dabei handelt es sich um indikationsbezogene IV-Verträge, die – zumeist mit Gewährleistungen – die gesamte Behandlung von dem unmittelbaren Eingriff bis hin zur Rehabilitation umfassen.
III Case Management	Dabei handelt es sich um Verträge, die von den Krankenkassen zumeist mit Gruppen von Vertragsärzten geschlossen werden, z. B. Hausärzten. Die Krankenkassen versprechen sich davon mittel- bis langfristige Einsparungen.
IV Budgetverantwortung	Dieser Vertragstypus schwebte wohl den GMG-Entwicklern bei integrierter Versorgung eigentlich vor. Gemeint sind damit populationsbezogene Verträge für eine umfassende medizinische Versorgung. Grundgedanke ist die Vereinbarung einer Budgetgarantie. In der Regel garantiert die Kasse die gleiche Budgetsumme wie zuvor, ist aber ggf. bereit, für bestimmte Koordinations- und Steuerungsleistungen zusätzliche Vergütungen zu zahlen.