

PRESSEMITTEILUNG

Pressesprecher

Dirk Hundertmark

Landeshaus, 24105 Kiel

Telefon 0431-988-1440

Telefax 0431-988-1444

E-mail: info@cdu.ltsh.de

Internet: <http://www.cdu.ltsh.de>

Es gilt das gesprochene Wort

Gesundheitspolitik

Ursula Sassen zu TOP 31:

Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung sind noch längst nicht ausgeschöpft

Zur Zukunft der integrierten Versorgung hat die Landesregierung einen umfassenden, verständlichen Bericht vorgelegt, der ahnen lässt, wo die Stärken und Schwächen der integrierten Versorgung liegen.

Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen gibt Leistungserbringern die Möglichkeit der Kooperation. Auf der Grundlage des § 140 a SGB V können Krankenkassen mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) seit dem 1.1.2004 Verträge über verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 genannten Vertragspartner abschließen.

Integrierte Versorgung ist kein Selbstzweck, sondern die Konsequenz aus ökonomischen Zwängen und Mängeln der Versorgungsstruktur.

Ziel integrierter Versorgung sind transparente Behandlungsketten und die medizinische Versorgung „aus einer Hand“.

Auch vor dem 01.01.2004 konnten bereits Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen werden, wie seinerzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem OP-Zentrum Kronshagen und dem Marienkrankenhaus Lübeck geschehen. Doch erst mit der Anschubfinanzierung kam Bewegung in die Szene.

Bundesweit stehen jährlich bis zu 680 Mio. Euro und für Schleswig-Holstein 22,5 Mio. Euro zur Verfügung.

Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung sind noch längst nicht voll ausgeschöpft. Dennoch lässt sich nicht jede Erkrankung erfolgreich in integrierte Versorgungsverträge einbinden. Leider konnte ein dreistufiges geriatrisches Versorgungskonzept auf der Basis eines flächendeckenden, kassenübergreifenden Versorgungsvertrages bisher nicht umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang begrüße ich, dass laut Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform der Anspruch auf

ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt wird. Insgesamt wird der integrierten Versorgung mehr Spielraum gegeben.

Integrierte Versorgung wird von Kritikern häufig als „Rosinenpickerei“ angesehen, da man befürchtet, dass sich integrierte Verträge vornehmlich auf bestimmte „lukrative“ Behandlungsfelder konzentriert.

Zweifellos sind derzeit Endoprotetik-Verträge mit Krankenhäusern am erfolgreichsten.

Wenn von Risikoselektion gesprochen wird, geht es um die Selektion innerhalb eines Indikations- oder Krankheitsbereichs. Bei integrierter Versorgung im Bereich des chronischen Schmerzes können die weniger aufwändigen Schmerzpatienten einbezogen, während die aufwändigen Patienten im „normalen“ System behandelt werden.

Diese Risikodurchmischung findet z. B. bei Verträgen mit der Techniker Krankenkasse bereits statt, schwere Fälle werden besser vergütet.

Wie geht es weiter nach 2006?

Eine Verlängerung der Anschubfinanzierung für ein Jahr wurde bereits signalisiert.

Auch wenn die Anschubfinanzierung mit einer Erhöhung auf 1,5 oder 2 % weiterlaufen würde, muss sich integrierte Versorgung in absehbarer Zeit selbst tragen. Erfolgreiche Versorgungsstrukturen können in die Regelversorgung übergehen.

Bei der integrierten Versorgung stellt sich mir die Frage, ob freie Arzt- oder Krankenhauswahl im Hinblick auf Versorgungsverträge überhaupt noch möglich sind. Zweifellos findet eine gewisse Lenkung statt. Da jedoch Krankenkassen mit unterschiedlichen Vertragspartnern Vereinbarungen treffen, besteht in der Regel für die Patienten die Wahl zwischen mehreren medizinischen Einrichtungen.

Wettbewerb braucht Trägervielfalt und keine Monopolisten, damit weder Preis noch Qualität diktiert werden!

Für integrierte Verträge gibt es keine Meldepflicht. Die Partner handeln autonom. Das klingt gut, zumal die Bürokratieflut gerade im medizinischen Bereich enorm groß ist und für die Leistungserbringer eine hohe Belastung darstellt. Dennoch brauchen wir ein Dokumentationsergebnis, um Bilanz zu ziehen und Transparenz, Leistung und Qualität nachweisen zu können. Diese Aufgabe könnte von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) übernommen werden.

Da laut Koalitionsvertrag ein Anspruch auf wohnortnahe medizinische Versorgung besteht, möchte ich zum heutigen Thema kritisch anmerken, dass bei der integrierten Versorgung die ländliche Region zu kurz kommt. Kleine Krankenhäuser haben keine Chance! Sowohl bei der integrierten Versorgung als auch bei den Qualitätsmerkmalen hat die Mengenkomponekte Übergewicht.

Trotz des zunehmend ökonomischen Drucks muss das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen – auch bei integrierter Versorgung!