

Rückblick und Ausblick auf Vorstandstätigkeiten

Auf der Vorstandssitzung am 16. März 2009 wurde das Positionspapier der DGIV verabschiedet.

Das Positionspapier beinhaltet die grundlegenden Aussagen der DGIV zu den verschiedensten Aspekten der integrierten Versorgung und dient als inhaltlicher Leitfaden für die Vereinsarbeit.

Die 1. Weiterbildung zum Manager für innovative Versorgungsformen im Frühjahr in Hamburg war überaus erfolgreich. Für 2010 soll die Weiterbildung in Zusammenarbeit mit einer Hochschule angeboten werden, um auf diesem Weg auch ein akademisches Zertifikat anbieten zu können.

Unser jährlicher Bundeskongress hat sich als zentrale Veranstaltung zu allen Fragen der vertragsbasierten Versorgungsmodelle etabliert. Die Teilnehmerzahlen sowie das Interesse von Sponsoren steigen stetig. Der 7. DGIV-Bundeskongress 2010 findet voraussichtlich vom 4. bis 5. November 2010 statt.

Für inhaltliche Anregungen und Kritik sind wir dankbar.

Im Jahr 2009 fanden vier Vorstandssitzungen in Hamburg und Berlin statt. Für 2010 soll dieser Turnus auf Grund der zunehmenden Aufgaben enger getaktet werden. Der Vorstand soll sich dann alle zwei Monate treffen. An dieser Stelle möchte der Vorstand mitteilen, dass Herr Dr. Dirk Janssen zum Jahresende aus dem Bundesvorstand ausscheidet. Der Vorstand dankt Herrn Dr. Janssen herzlich für seine engagierte Mitarbeit, durch die so manche Frage schneller beantwortet und so manches Problem schneller gelöst werden konnte. Herr Dr. Janssen wird sich weiterhin im Vorstand des Landesverbands Nord engagieren.

Bundesweit wurden eine Reihe von Seminaren zu Fragen der integrierten Versorgung angeboten. Teilweise fanden die Seminare in Zusammenarbeit mit dem BMVZ statt.

Auf Grund der überaus positiven Resonanz sollen in 2010 die Seminarangebote deutlich ausgeweitet werden (siehe Veranstaltungsplan).

Das erste IV-Barometer mit Fragen und Einschätzungen zur integrierten Versorgung hat erfreuliches Medienecho gefunden.

In Ergänzung und Fortführung dieser Erhebung wurde im November 2009 mit der FU Berlin eine Vereinbarung über ein Monitoring zur integrierten Versorgung geschlossen. Ziel des Monitorings soll eine wissenschaftliche Erhebung über die laufenden Versorgungsverträge sein. Die Auswertung der Erhebung soll im Jahr 2011 abgeschlossen sein.

Die Mitglieder des Vorstands, insbesondere der Vorsitzende der DGIV auf zahlreichen Veranstaltungen bundesweit. Dazu gehörten u.a. der 4. Gesundheits- und industriepolitische Kongress, der Kongress „Integrierte Versorgung - Wunsch und Wirklichkeit“ in Linz/Österreich, das IGV-Symposium der BKK Taunus, das Spreestadtforum zur Gesundheitsversorgung in Europa, die Homecare-Messe, das Greifswalder Pflegesymposium und der conhit Healthcare Kongress.

Gestalten Sie die Zukunft mit !

Ihr Mitgliedsantrag:

Ja, ich möchte Mitglied in der DGIV werden:

- () als juristische Person (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 400,- €)
- () als natürliche Person (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 180,- €)
- () als Fördermitglied (Aufnahmegebühr 100,- €, Jahresbeitrag 1.000,- €)

Firma: Branche.....

Name: Vorname

PLZ, Ort Straße

Telefon Fax

Internet E - Mail

Die Satzung der DGIV ist auf der Internetseite www.dgiv.org abrufbar. Auf der Internetseite sind auch weitere Aufnahmeanträge vorhanden. Für Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle gerne zur Verfügung.

Datum, Unterschrift, Stempel

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Kronenstraße 18
10117 Berlin

fon: 030 4472 7080
fax: 030 4472 9746
mailto: info@dgiv.org

V. i. S. d. P.: Geschäftsführer
Dipl.-Vw. Axel Steinbach
Vorsitzender des Vorstands:
Carsten Sterly

Alles Gute zum Jahreswechsel!

Ausgabe 8

29. Dezember 2009

DGIV akut

Ein Jahr integrierte Versorgung ohne Anschubfinanzierung

Vor einem Jahr waren es nicht Wenige, die nach Auslaufen der Anschubfinanzierung das Ende vertragsbasierter Versorgungsmodelle vorhergesagt hatten. Sie sollten jedoch nicht Recht behalten:

Zu Beginn des Jahres 2009 stieg die Zahl der neu registrierten integrierten Versorgungsverträge erwartungsgemäß nicht in dem Umfang wie im Vorjahr. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen die neuen Vertragsinhalte zunächst an die gestiegenen rechtlichen Vorgaben anpassen mussten.

Darüber hinaus hat die Einführung des Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen ganz erhebliche Ressourcen gebunden. Viele begannen auch, sich unternehmerisch grundlegend neu zu orientieren und suchten nach Fusionspartnern. Auch diese Aktivitäten banden die gestalterische Kraft der Krankenkassen in anderen Bereichen als der integrierten Versorgung.

Darüber hinaus wurden Versorgungsverträge, die noch in 2008 unter als integrierte Versorgungsverträge abgeschlossen worden sind, nunmehr als Verträge nach § 73c SGB V konzipiert. Der Inhalt vieler integrierter Versorgungsverträge wurde also schlicht in einer andere, offenbar passendere juristische Form gegossen.

Dies vorausschauend gibt es gegenwärtig weit mehr vertragsbasierte Versorgungsmodelle als noch vor einem Jahr. Zu bedenken ist an dieser Stelle aber auch, dass die Anzahl der vertragsbasierten Versorgungsmodelle noch nichts über deren Erfolg sagt. Entscheidend ist, wie viele Patienten an diesen Modellen teilnehmen und diese als Alternative zur Regelversorgung akzeptieren. Hierzu liegen noch keine aktuellen Zahlen vor. Dennoch ist der Vorsitzende des Vorstands der DGIV, Carsten

Sterly, optimistisch. Gegenüber den Medien erklärte er: „Es gibt zahlreiche Versorgungsverträge, die den Patienten eine deutlich verbesserte Behandlungsqualität bieten, den Leistungserbringern eine zukunftsweisende Vergütung sichern und sich wirtschaftlich selbst tragen.“ Er wies darauf hin, dass niemals geplant war, die vertragsbasierten Versorgungsmodelle dauerhaft über eine - wie auch immer gestaltete - Anschubfinanzierung zu finanzieren. Die Anschubfinanzierung sollte vielmehr einen ersten Kontakt zu dieser Versorgungsform honorieren und den Leistungserbringern die damit verbundenen Möglichkeiten näher bringen.

So war auch die Hoffnung vieler Befürworter von vertragsbasierten Versorgungsmodellen auf ein massives Umlenken der Behandlungsströme weg von der Regelversorgung in die vertragsbasierte Behandlung, nicht realisierbar. „Eine solche Erwartung“, gibt Carsten Sterly zu bedenken, „war unrealistisch, denn die Öffnung der deutschen Regelversorgung auf eine vertragsbasierte Versorgung ist ein langwieriger und schwieriger Prozess, der nicht auf kurzfristige Erfolge ausgerichtet sein kann.“

Die gegenwärtige Entwicklung mit einem erneuten Ansteigen der Vertragsabschlüsse über neue vertragsbasierte Versorgungsmodelle nennt Carsten Sterly so ermutigend wie auch unbefriedigend. Den nachhaltigsten Grund für eine nicht noch umfangreichere Umsetzung von Versorgungsverträgen sieht er zum einen in der vielfachen Unkenntnis der Leistungserbringer von den gesetzlichen Möglichkeiten der Versorgungsverträge und zum anderen in der Zurückhaltung der Krankenkassen. Hier werde die DGIV in 2010 einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit setzen. „Es kann nicht angehen“, so Carsten Sterly weiter, „dass

innovative und kostengünstige Behandlungen nicht allen in Frage kommenden Patienten angeboten werden, weil insbesondere eine für den Leistungserbringer handhabbare Informationsquelle über die vorhandenen Verträge fehlt.“

Die DGIV wird sich deshalb in 2010 insbesondere dafür einsetzen, ein zentrales Vertragsregister einzurichten, in dem die interessierten Leistungserbringer und Patienten alle wesentlichen Vertragsinhalte mitgeteilt bekommen. Die unverzichtbare Transparenz geschlossener Versorgungsverträge wird zu dem vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb zwischen den Versorgungsformen führen.

Weiterhin sind die gesetzlichen Barrieren in der unverzichtbaren Zusammenarbeit zwischen medizinischen Leistungserbringern und Hilfsmittellieferanten abzubauen.

Dem gegenwärtigen Misstrauen des Gesetzgebers hinsichtlich einer missbräuchlichen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und den Hilfsmittellieferanten kann mit einem transparenten Vertragscontrolling wirksam entgegen getreten werden. Dazu müssen aber die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des §§ 73c, 128 und § 140b SGB V besser aufeinander abgestimmt werden. Hier können ohne viel gesetzgeberischen Aufwand ganz neue Möglichkeiten für eine effektive und kostengünstige Patientenversorgung geschaffen werden.

Die DGIV wird auch in 2010 allen Akteuren im Gesundheitswesen bei der Umsetzung von vertragsbasierten Versorgungsmodellen Unterstützung gewähren. Es wird sich in 2010 und den kommenden Jahren immer deutlicher zeigen, dass vertragsbasierte Versorgungsmodelle eine große Zukunft haben.

In dieser Ausgabe

- Ein Jahr integrierte Versorgung ohne Anschubfinanzierung **1**
- Veranstaltungsplan 2010 **2**
- Nachsorgebegleitung für Familien mit kranken Kindern **2**
- 6. Bundeskongress DGIV - eine Nachlese **3**
- Nicht vergessen: Umsatzsteuer in Versorgungsverträgen **3**
- Rückblick und Ausblick auf die Vorstandstätigkeit **4**

Der aktuelle Veranstaltungsplan für 2010

20.02.2010	Hannover	Praxisseminar: IV und MVZ - von der Idee zur Umsetzung (mit BMVZ e.V.)
05.03.2010	Hamburg	Einbindung von Hilfsmittellieferanten und innovativer Medizintechnik in Versorgungsmodelle
17.03.2010	Berlin	Einkaufsverträge in der Integrierten Versorgung: Rechtliche Risiken
25.03.2010	Berlin	Wie sehen Managementinstrumente zur Steuerung von Gesundheitsnetzwerken aus?
16.04.2010	Nürnberg	Mitwirkungsmöglichkeiten für Pharmaunternehmen bei neuen Versorgungsmodellen
April 2010	München	Markterfolg in der Integrierten Versorgung
05.05.2010	München	Praxisseminar: IV und MVZ - von der Idee zur Umsetzung (mit BMVZ e.V.)
29.05.2010	Hannover	Einbeziehung von ambulanten Pflegeunternehmen in integrierte Versorgungsmodelle
12.06.2010	Berlin	Gestaltungsvarianten bei Praxiskliniken (mit DPK e.V.)
18.06.2010	Köln	Einbindung von Hilfsmittellieferanten und innovativer Medizintechnik in Versorgungsmodelle
21.07.2010	Düsseldorf	Praxisseminar: IV und MVZ - von der Idee zur Umsetzung (mit BMVZ e.V.)
13.08.2010	Leipzig	Einbeziehung von ambulanten Pflegeunternehmen in integrierte Versorgungsmodelle
20.08.2010	Hamburg	Mitwirkungsmöglichkeiten für Pharmaunternehmen bei neuen Versorgungsmodellen
10.09.2010	München	Einbindung von Hilfsmittellieferanten und innovativer Medizintechnik in Versorgungsmodelle
16.09.2010	Frankfurt	Die Rolle ärztlicher Netzwerke in vertragsbasierten Versorgungsmodellen
4.-5.11.2010	7. DGIV Bundeskongress	
24.11.2010	Magdeburg	Praxisseminar: IV und MVZ - von der Idee zur Umsetzung (mit BMVZ e.V.)

Nachsorgebegleitung für Familien mit kranken Kindern

Es gibt immer mehr Kinder mit schweren Verletzungen nach Unfällen sowie schweren und chronischen Erkrankungen, z. B. Früh- und Neugeborene, Kinder mit Krebs, Diabetes, Mukoviszidose oder Epilepsie. Nach der Rundumversorgung in der Klinik fallen die Patientenfamilien oft in ein „Versorgungsloch“, wenn sie zu Hause alles allein bewältigen müssen: Medikamentengabe, Pflege, Therapieanforderungen und vieles mehr.

Von besonderer Bedeutung ist die reibungslose Fortsetzung der Therapie, aber eine erste Hürde

ist es oftmals schon, die richtige Anlaufstelle zu finden. Schnell ergeben sich weitere Fragen: Welche Angebote und Versorgungsmöglichkeiten gibt es vor Ort, wo ist die nächste Frühförderstelle oder ein Ergotherapeut, der sich mit der Erkrankung auskennt?

Zeitlich und finanziell wird es für manche Familie eng und dann sind oft noch Geschwister da, die auch zu ihrem Recht kommen müssen. Manche Eltern quält die Sorge, ob das Kind überlebt. Andere müssen damit fertig werden, dass ihr Kind sein Leben lang behindert sein wird oder mit einer chronischen Erkrankung leben muss. In dieser Situation brauchen betroffene Familien Unterstützung, sonst ist der Therapieerfolg infolge Überforderung gefährdet.

Diese Problematik erkannten Eltern, Klinikmitarbeiter und Seelsorger in Augsburg. Sie gründeten den „Verein für Familiennachsorge - Der bunte Kreis e.V.“ und entwickelten mit Experten das „Modell Bunter Kreis“. Bis heute haben sich bundesweit über 50 Nachsorgeeinrichtungen zum Qualitätsverbund Bunter Kreis zusammengeschlossen. Neben der Kernaufgabe, für schwer und chronisch kranke Kinder und ihre

Familien die Brücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu bilden und ein flächendeckendes Angebot zu schaffen, bieten Nachsorgeeinrichtungen zusätzlich Schulungen für chronisch kranke Kinder, soziale und psychologische Beratung, Psychotherapie, Ernährungsberatung und Seelsorge an.

Ziel ist immer, dass die Familie selbstständig mit der neuen Situation zu Hause zu Recht kommt. Die Nachsorge informiert, berät, begleitet, tröstet, motiviert und – ganz wichtig: sie vernetzt. Möglichst schnell sollen Familien die Hilfen, die sie brauchen und die sie annehmen möchten, auch bekommen. Dann sind die Voraussetzungen für eine Gesundung oder bestmögliche Entwicklung des kranken Kindes am besten.

All dies geschieht immer individuell. Nur so kann es gelingen, dass Krankheit, Behinderung und Therapie in den Familienalltag, den Kindergarten oder die Schule integriert werden ohne dass sich alles nur noch um die Krankheit dreht.

Weitere Infos unter: www.bunterkreis-deutschland.de. Text (gek.) und Bild: beta Institut, Augsburg



Bundeskongress 2009 - eine Nachlese



Mit einem neuen Teilnehmerrekord fand am 22. und 23. Oktober 2009 der 6. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen statt. Aus allen Bereichen des Gesundheitswesens trafen sich Akteure in Berlin, um aktuelle Fragestellungen der integrierten und selektivvertraglichen Versorgung zu diskutieren und zukunftsweisende Lösungen anzudenken.

Besonders erfreulich war für die Veranstalter, dass auch in diesem Jahr die Teilnehmerzahl erneut gestiegen war. In Referaten im Plenum und einer Vielzahl von Workshops und Vorträgen war Gelegenheit, aktuelle Themen aus Theorie und Praxis zu erfahren und zu diskutieren. Sie zeigten zum

einen, auf welcher vielfältigen Weise sich das gesundheitspolitische Ziel Integrierte Versorgung durchsetzt und eröffnete, wo noch Potentiale bestehen. Diese zu erkennen und mit Leben zu erfüllen wird eine zentrale Herausforderung der Politik sein.

Während des Kongresses fanden die Koalitionsverhandlungen der Regierungsparteien statt, bei denen die Gesundheitspolitik eine zentrale Stellung einnahm. In seinem Schlusswort betonte Carsten Sterly, Vorsitzender des Vorstands der DGIV: „Die DGIV bietet der Politik an, die über Jahre erlangten Erfahrungen und Kompetenzen in künftige Verhandlungen zu einer Gesundheitsreform mit einzubringen. Es liegt jetzt an der Politik, sich dieses Know-how zunutze zu machen und ein tragfähiges Zukunftskonzept für das Gesundheitswesen zu entwickeln. Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit.“ Für 2010 steht der Termin dieser mittlerweile zentralen Veranstaltung für alle an innovativen Versorgungsformen Interessierte bereits fest:



Bitte merken Sie sich den **4. und 5. November 2010** vor.

DGIV-Bundeskongress - die jährliche Plattform für innovative Akteure Erfahrungen austauschen und Zukunftsperspektiven entwickeln

Nicht vergessen: Umsatzsteuer in Versorgungsverträgen

Die Umsatzsteuer ist im medizinischen Leistungsspektrum eine grundsätzlich unerheblich Größe und wird deshalb bei der Vergütungsvereinbarung in Versorgungsverträgen häufig vergessen. Das kann unangenehme finanzielle Folgen haben.

Nach § 4 Nr.14a UStG sind Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin umsatzsteuerfrei. Heilbehandlung ist dabei eine auf Diagnose und Behandlung von Krankheiten gerichtete Tätigkeit.

§ 4 Nr.14b UStG stellt ärztliche Heilbehandlungen und damit eng verbundene Tätigkeiten in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen wie z. B. in einer Praxisklinik von der USt frei.

Ebenfalls umsatzsteuerfrei sind Leistungen zur Rehabilitation und von ambulanten Pflegediensten. Letztlich werden ausdrücklich Heilbehandlungen im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen umsatzsteuerfrei gestellt.

Es ist jedoch das Wesen vieler Versorgungsverträge ein Paket

von medizinischen und nicht medizinischen Leistungen zu vereinbaren. So kann z. B. die Versorgung mit Medikamenten oder anderen Hilfsmitteln vereinbart werden. Aber auch das Fahrtkostenmanagement ist ein häufiger Leistungsbestandteil der Versorgungsverträge. Letztlich fehlt in keinem Vertrag die Vereinbarung über die Erbringung von gesonderten Dokumentationsleistungen oder anderer administrativer Aufgaben.

Bei diesen Aufgaben verlassen die Leistungserbringer den Bereich der umsatzsteuerfreien Leistungen. In der Regel sind diese Leistungen mit 19% USt belastet. Die in der Vergütung enthaltene Umsatzsteuer ist an das Finanzamt abzuführen. Soweit die Umsatzsteuer nicht auf die vereinbarte Vergütung aufgeschlagen wird, ist sie aus der erhaltenen Vergütung herauszurechnen. Vereinfacht gesagt, fehlen den Leistungserbringern dann 19% der erhaltenen Vergütung. Dadurch wird die Leistungserbringung regelmäßig finanziell nicht mehr attraktiv.

Um diese unangenehme Folge zu vermeiden, sollte die Vergütung in einen umsatzsteuerfreien und einen umsatzsteuerpflichtigen Teil aufgeteilt werden. Bei letzterem wird die Umsatzsteuer gesondert auf die Vergütung aufgeschlagen und in den Rechnungen an die Krankenkassen auch ausgewiesen.

Wie hoch die jeweils zu berechnende und abzuführende Umsatzsteuer ist, hängt vom Einzelfall ab. So ist z. B. eine Taxifahrt innerhalb der Gemeinde mit 7% USt belastet, außerhalb der Gemeinde mit 19%. Werden administrative Leistungen, die grundsätzlich mit 19% versteuert werden, von einer gemeinnützigen Organisation erbracht, so reduziert sich der USt-Satz u.U. auf 7%.

Da sich umsatzsteuerliche Fehler häufig erst nach Jahren im Rahmen einer Betriebsprüfung herausstellen, kommen dann schnell beträchtliche nachzahlende Summen zusammen.