

Klaus Karsten M.A. (www.healthtax.de)
Rechtsanwalt & Fachanwalt für Steuerrecht
Mitglied im Vorstand der DGIV e.V.

Studium der Rechtswissenschaften, Politik und Wirtschaftswissenschaften in Trier und London. Seit 1992 selbständiger Rechtsanwalt. Schwerpunkt in der steuerlichen und vertragsrechtlichen Beratung von Unternehmen und Organisationen aus dem Gesundheitswesen. Kanzleiniederlassungen in Schwerin und Berlin. Lehrbeauftragter an der Hochschule Wismar.

Abstract

Der Gesetzgeber bemüht sich über mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen die latent wachsenden Kosten einzudämmen oder zumindest eine Qualitätssteigerung der Patientenbehandlung zu erreichen. Ein Mittel zur Einführung wettbewerblicher Gedanken ist die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff SGB V.

Die integrierte Versorgung soll die Koordination insbesondere zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern verbessern. Die bisherigen Schnittstellenprobleme zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern stehen im Fokus des gesetzgeberischen Bemühens um eine effektivere abgestimmte Patientenbehandlung. Selbstverständlich können auch andere an der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten beteiligten Leistungserbringer sich an solchen Modellen beteiligen, z.B. ambulante Pflegeunternehmen, Sanitätshäuser und Apotheken.

In der ursprünglichen Konzeption der integrierten Versorgung ging es um eine Überwindung der Schnittstellenproblematik. Leistungserbringer aus den unterschiedlichsten Bereichen sollten abgestimmte Behandlungsprogramme für Patienten entwickeln. So soll die integrierte Versorgung insbesondere die Behandlung komplexere Krankheitsbilder auf vertraglicher Grundlage ermöglichen.

Seltene Erkrankungen können häufig weder in den Behandlungsmethoden noch in der Vergütung ausreichend in der Regelversorgung abgebildet werden. Die Behandlung solcher Krankheiten bedarf regelmäßig eines besonderen medizinischen know-hows, das nur in bestimmten Kliniken zur Verfügung steht und dazu ergänzend einer ambulanten ärztlichen Nachsorge und Begleitung vor Ort. Zugleich werden spezielle Hilfsmittel, Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel erforderlich sein. Die zumeist chronischen Erscheinungsformen seltener Krankheiten führen zu psychischen und finanziellen Belastungen beim Patienten und seiner Familie, die ebenfalls im Rahmen einer Behandlung durch die Regelversorgung unbeachtet bleiben. Letztlich können im Rahmen der Behandlung nur solche Maßnahmen durchgeführt werden, die die Zulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss haben.

Modelle der integrierten Versorgung können die Grundlage für eine vernetzte Behandlung aller beteiligten Leistungserbringer sein. In diesen Modellen können nicht nur die ärztlichen Behandlungen abgebildet werden, sondern das ganze, sich über mehrere Jahre hinweg zeigende Krankheitsgeschehen. Teilnehmen können sowohl die ärztlichen Spezialisten, wie auch öffentliche und Krankenhausapotheken, Physiotherapeuten, Kinder- und Hausärzte vor Ort. Sogar die Fahrten zu Behandlungen an entfernteren Orten können über diese Versorgungsmodelle abgebildet werden. Der wohl wichtigste Punkt ist aber, dass in diese Versorgungsmodelle auch Behandlungen einbezogen werden können, die noch keine Zulassung vom Gemeinsamen Bundesausschuss haben. Hier bieten sich Möglichkeiten innovative Behandlungsformen zu erproben und umzusetzen. Um die Krankenkassen für den Abschluss derartiger Vertragsmodelle zu gewinnen ist unverzichtbar, dass diese Verträge zugleich auch betriebswirtschaftlich attraktiv sind. Die Krankenkassen wollen Geld sparen oder zumindest eine durch die mit der Behandlung verbundene langfristig planbare finanzielle Belastung bekommen.

Nach alledem dürften Modelle der integrierten Versorgung Patienten mit seltenen Krankheiten neue Möglichkeiten einer umfassenden und innovativen Behandlung ermöglichen.