Versorgungskonzepte nach ihrem Integrationsgrad						
Vielfalt der Indikationen / Umfang der Sektoren	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Sektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
+ Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende Versorgung VI

Tab. 1: Eigene Darstellung Wille in Anlehnung an Baumann, M. 2006, S. 206.

Gutachten: Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die integrierte Versorgung

Praxisnetze weiter im kollektivvertraglichen Bereich

Über mögliche „Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme in die integrierte Versorgung“ hat Prof. Dr. Eberhard Wille, der stellvertretende Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ein Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) erstellt. Sein Fazit: Es gibt durchaus Optionen, aber auch Hindernisse, die einer zielorientierten Verzahnung von DMP mit integrierten Versorgungsformen entgegenstehen; wobei - Status heute - letztere zu überwiegen scheinen.

>> Zwar zeichnet sich in der deutschen Gesundheitsversorgung nach Ausführungen Willes schon seit geraumer Zeit ein Trend zu einer zunehmenden Kooperation unter den Ärzten ab, doch während die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung und ihre besondere Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen in Politik und Wissenschaft außer Frage stünden, zeichnen laut Wille die jüngsten Entwicklungen im Bereich der besonderen Versorgungsformen und die Ergebnisse von Befragungen bei Krankenkassen und Krankenhäusern ein eher ernüchterndes Bild. So sind die Verträge zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V mit Auslaufen der Anschubfinanzierung ohne die Berücksichtigung von Betriebskrankenkassen, deren umfangreiche Fremdabschlüsse die (Vertrags-) Zahlen nach oben verzerren würden, von 2008 bis 2009 um ca. 25% zurückgegangen und stagnierten anschließend (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 438ff.) Wille: „Unter dem Blickwinkel einer sektorenübergreifenden Versorgung vermögen diesen Rückgang auch nicht die Zunahme von Verträgen und Ausgaben bei der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V oder die recht kontinuierliche Entwicklung der DMP zu kompensieren, es sei denn, diese besonderen Versorgungsformen bilden integrale Bestandteile eines umfassenderen sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes.“

Das jedoch tun sie eben zum großen Teil nicht. Den Integrationsgrad der in Deutschland verbreiteten Versorgungskonzepte lässt sich - wie Wille in einer Tabelle synoptisch aufzeigt - mit Hilfe der beiden zentralen Kriterien Umfang der Leistungssektoren und Vielfalt der einbezogenen Indikationen weitgehend idealtypisch bestimmen und klassifizieren. Dabei nimmt der Integrationsgrad des Versorgungskonzeptes mit dem Umfang der Leistungssektoren und der Vielfalt der einbezogenen Indikationen, d.h. in Tabelle 1 von links oben nach rechts unten, tendenziell zu. Den geringsten Integrationsgrad weist in diesem Schema eine sektorspezifische Versorgung auf, die sich auf eine Indikation beschränkt, was laut Wille z.B. für ein DMP gelte, das sich eben nur auf einen Leistungssektor erstrecke. Die sektorspezifische Versorgung kann auch mehrere oder alle in ihren Bereich fallenden Krankheitsbilder einschließen; so ermöglich beispielsweise der § 73c SGB V neben einzelnen Bereichen auch die Einbeziehung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung. Gleiches gelte auch für die hausarztzentrierte Versorgung oder für Versorgungskonzepte, die sich nur aus Hausärzten zusammensetzen. Die hausarztzentrierte Versorgung kann darüber hinaus auch einen integralen Bestandteil einer fach- und sektorenübergreifenden Versorgung bilden.

Die besonderen Versorgungsformen und mit ihnen die wettbewerblichen selektiven Verträge vermochten laut Wille zwar das stark verkrustete System des deutschen Gesundheitswesens etwas aufzulockern, die Aufbruchstimmung, die 1998 bei den Modellvorhaben und den Strukturverträgen sowie 2004 bei den integrierten Versorgungsformen aufkam, sei aber zwischenzeitlich verloren gegangen. Wille: „Die Krankenkassen messen derzeit dem Preiswettbewerb und mit ihm reinen Kostensenkungen eine größere Bedeutung zu als dem Versorgungs- bzw. Qualitätswettbewerb mit innovativen, wettbewerblich orientierten Konzepten.“

Angesichts der Stagnation bei der integrierten Versorgung und den wettbewerblich orientierten selektiven Verträgen taucht vielfach die Forderung nach einer erneuten finanziellen Förderung auf. Nach Auslaufen der finanziellen Anreize für die DMP und die integrierten Versorgungsformen Ende 2008 ermöglicht § 87b Abs. 2 SGB V ab Anfang 2012 für „vernetzte Praxen“ bzw. „Praxisnetze“ ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, um damit „der kooperativen Behandlung von Patienten … angemessen Rechnung zu tragen“. Obgleich diese Gesetzesinitiative zur Förderung kooperativer Behandlungen in die richtige Richtung weise, besteht für Wille zum einen Zweifel, was ihre Umsetzbarkeit betrifft, und zum anderen Bedenken, ob und inwieweit hiervon die Versorgungsnetze mit einem hohen Integrationsgrad profitieren. Zunächst erfolge die finanzielle Förderung der Praxisnetze aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, so dass sich diese für den Rest der Vertragsärzte, d.h. für die weit überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte, entsprechend reduzieren. Wille: „Es stellt insofern eine korporative Herausforderung für die KVen dar, eine qualitativ ausgewiesene Minderheit zu Lasten der Mehrheit finanziell besser zu stellen.“ Zudem bilde die Kooperation mit Leistungserbringern aus anderen Leistungsbereichen, d.h. vor allem Krankenhäusern, zwar ein Kriterium für die Auswahl der förderungswürdigen Praxisnetze, aber keine zwingende Bedingung. Es liege daher nahe - und wohl auch im Interesse der KVen -, dass die Förderung der Praxisnetze auch wettbewerblich im kollektivvertraglichen Bereich bleibt. Willes Vermutung: „Daraus folgt, dass gerade die Netze mit einer sektorübergreifenden Orientierung und/oder einem hohen Integrationsgrad nicht in den Genuss dieser Regelung kommen.“ <<