
Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung

2

Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989

Andreas Brandhorst¹

Dass mehr Kooperation und Integration zwischen den Gesundheitseinrichtungen und –berufen ein Schlüssel für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung darstellt, ist seit fast drei Jahrzehnten ein Dauerthema der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. Bereits die 1988 vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ forderte in ihrem 1990 vorgelegten Endbericht ein „integriertes Verbundsystem“ (Deutscher Bundestag 1990, S. 47) in der Gesundheitsversorgung. Insbesondere eine engere Verzahnung der Krankenhausbehandlung mit anderen Leistungsbereichen würde viele Versorgungsprobleme lösen (ebenda, S. 119).

Dennoch blieb in den 1990er Jahren in der Gesundheitspolitik die Integration und Kooperation der Gesundheitsversorgung ein randständiges Thema. Ausnahmen waren die 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vorgenommene Einführung der vor- und nachstationären Behandlung sowie der ambulanten Operationen im Krankenhaus. Vor allem die Einführung des ambulanten Operierens sollte sich nach einigen gesetzlichen Nachjustierungen in weiteren Reformgesetzen als erfolgreich erweisen. Zudem wurden die 1997 mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) eingeführten Modellvorhaben (§§ 63 bis 65 SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) als rechtliche Grundlage für erste Arzt- und Praxisnetze genutzt.

Zu einem der zentralen Leitbilder der Gesundheitspolitik wurde die Integration und Kooperation in der Gesundheitsversorgung aber erst während der Amtszeiten der Bundesgesundheitsministerinnen Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) und Ulla Schmidt (SPD). Seit dem Ende der 1990er Jahre nehmen diese Begriffe in den diversen Reformgesetzen einen besonderen Raum ein. Daran nicht unbeteiligt war das zunehmende Bewusstsein über die Auswirkungen des demografischen

1 Der Autor gibt seine persönliche Auffassung wieder.

Wandels auf das Krankheitsgeschehen und damit verbunden die veränderten Anforderungen, denen sich das Gesundheitssystem gegenüber sieht.

Dabei lassen sich vier Bereiche unterscheiden, in denen der Gesetzgeber in den letzten 16 Jahren eine Vielzahl von Regelungen geschaffen und diese immer wieder nachjustiert hat:

- die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung;
- die Stärkung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung;
- die Ermöglichung und Förderung neuer Versorgungsformen und
- die Schaffung von Regelungen und Strukturen für ein Fall-, Überleitungs- und Versorgungsmanagement.

Dazu kommen verschiedene Einzelmaßnahmen, die sich keinem dieser „Reformstränge“ zuordnen lassen.

2.1 Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante ärztliche Versorgung

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante ärztliche Versorgung ist der Bereich, der schon seit Ende der 1980er Jahre auf der Agenda der Gesundheitspolitik steht und seitdem immer wieder zum Gegenstand der Gesetzgebung wird. Dabei fällt auf, dass der Gesetzgeber in der Regel zuerst die Selbstverwaltungsakteure in die Pflicht nimmt, um dann in einem folgenden Reformgesetz, weil Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausträger den jeweiligen Auftrag aufgrund ihrer spezifischen Interessen und Interessengegensätze allenfalls zögernd umsetzen, die Umsetzung mit gesetzlichen Vorgaben voranzutreiben. So geschehen bei der Einführung der vor- und nachstationären Behandlung und der Einführung des ambulanten Operierens im Krankenhaus mit dem GSG 1993, da die Selbstverwaltung den Auftrag zum Abschluss entsprechender Verträge aus dem 1989 in Kraft getretenen Gesundheits-Reformgesetz (GRG) nicht nachgekommen war. So auch bei den 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführten Verträgen über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Am Abschluss dieser Verträge zeigten die Krankenkassen wenig Interesse, da sie die Leistungen der Krankenhäuser unmittelbar, d. h. zusätzlich zu den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen und zu den regulären Krankenhaus-Budgets vergüten mussten. In der Folge wurde mit dem

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 die Vertragskompetenz der Krankenkassen durch ein Antragsrecht der Krankenhäuser und ein Zulassungsverfahren über die Länder abgelöst. Ein aktuelles Beispiel für die Abfolge „erst Selbstverwaltung, dann Staat“ ist die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen. Mit dem GMG erhielten 2004 die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, entsprechende Ermächtigungen zu erteilen. Dieses Instrument haben diese nach Auffassung des Gesetzgebers zu selten genutzt. Deshalb wurde mit dem 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus der „Kann-“ eine „Muss-Vorschrift“.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
1989 Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	Zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung sollen die Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausgesellschaften Verträge zu einem besseren Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abschließen.	§ 123 SGB V
1993 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)	Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.	§ 115a SGB V
1993 GSG	Einführung des ambulanten Operierens im Krankenhaus Vereinbarung eines Katalogs ambulant möglicher Operationen (AOP-Katalog) zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhaus-Gesellschaft.	§ 115b SGB V
2000 Gesundheits-reformgesetz 2000 (GKVRefG2000)	Ermächtigung der Krankenhäuser für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen.	§ 116b SGB V
2004 GKV-Modernisie-rungsgesetz (GMG)	Krankenhäuser können in unterversorgten Gebieten zur ambulanten Behandlung zugelassen werden.	§ 116a SGB V
2004 GMG	Krankenkassen können mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen.	§ 116b SGB V

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2007 GKV- Wettbewerbs- stärkungsgesetz (GKV-VStG)	Krankenhäuser sind auf ihren Antrag zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn das Land zustimmt.	§ 116b SGB V
2007 GKV-WSG	Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung ambulante Leistungen zu erbringen.	§ 140b SGB V
2012 GKV- Versorgungs- strukturgesetz (GKV-VStG)	Einführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für die Diagnostik und Behandlung komplexer schwer therapiebarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern.	§ 116b SGB V
2015 GKV- Versorgungs- stärkungsgesetz (GKV-VStG)	Krankenhäuser sind in unterversorgten Regionen zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zugelassen.	§ 116a SGB V
2015 GKV-VStG	Für die Zulassung zu ASV wird für onkologische und rheumatologische Erkrankungen auf das Kriterium „schwere Verlaufsform“ verzichtet.	§ 116b SGB V

Die 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beschlossene Einführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) unterscheidet sich deutlich von den bis dahin vorgenommenen Gesetzgebungsmaßnahmen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung. Während bisherige Maßnahmen einseitig auf eine Ausdehnung der Krankenhäuser in den Bereich der ambulanten Versorgung abzielten, ist mit der ASV die Schaffung eines eigenständigen Versorgungsbereichs für die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sowie für hoch spezialisierte Leistungen vorgesehen. In diesem Bereich sollen Krankenhäuser und ambulanten Fachärzte erstmals in einem fairen Wettbewerb miteinander stehen, in dem einheitliche Regelungen für die Vergütungen und die Qualitätssicherung gelten. Zudem gilt die Vorgabe, dass in einigen Bereichen Kooperationsvereinbarungen zu treffen sind – z. B. für die Behandlungen von Krebskranken –, die eine Abstimmung der Versorgung zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern.

Welches Potenzial die ASV für die sektorenübergreifende Versorgung hat, lässt sich noch nicht abschließen bewerten. Bisher sind die Leistungsausgaben in diesem Bereich vergleichsweise gering. Die Ausgestaltung der ASV durch die Selbstverwaltung ist längst noch nicht abgeschlossen. Zudem hat der Gesetzgeber

den neuen Versorgungsbereich auf ein schmales Leistungsspektrum beschränkt. Dies als Reaktion auf Einwände von Bundesländern und Krankenkassen, die wegen fehlender Bedarfsplanung und dem Verzicht auf Mengenbegrenzungen eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung befürchteten (vgl. SVR 2012, Ziffer 393). Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen (ebenda, Ziffer 349) vorgeschlagen, die ASV selektivvertraglich auszugestalten. Die Krankenkassen besäßen dann die Möglichkeit, Mengenbegrenzungen oder entsprechende Vergütungsabschläge in Verträgen zu vereinbaren. Diesem Vorschlag ist der Gesetzgeber aber nicht nachgekommen.

Orlowski (2016) kommt angesichts der schleppenden Umsetzung der ASV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu einem skeptischen Zwischenfazit. Die ASV sei „in der derzeitigen Ausformung durch die Richtlinien des G-BA (...) der Prototyp eines Regelungsgeflechts, in dem ein untergesetzlicher Richtliniengeber aufgrund der in ihm repräsentierten gegenläufigen Interessen das Gegenteil von dem erreicht, was der Parlamentsgesetzgeber beabsichtigt“ (S. 351).

Inzwischen haben die Krankenhäuser eine Vielzahl von Möglichkeiten an der ambulanten Versorgung teilzunehmen:

- Teilstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 39 SGB V)
- Notfallambulanzen (§ 76 Abs. SGB V)
- Medizinische Versorgungszentren (MVZs) in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95 SGB V)
- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V)
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- Spezialambulanzen im Bereich der Pädiatrie (§ 120 Abs. 1a SGB V)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V)
- Im Rahmen von Verträgen zur Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V)

Zu einem wichtigen Leistungssegment für die Krankenhäuser hat sich das ambulante Operieren entwickelt. Von 2004 bis 2014 ist die Zahl ambulanter Operationen in den Krankenhäusern von rund 1,16 Mio. auf rund 1,95 Mio. gestiegen. Ein zunehmend wichtiger Zugang zur ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser sind

auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V. Von den im Jahr 2014 bundesweit zugelassenen 2.073 MVZ befanden sich 843 in Trägerschaft eines Krankenhauses.

Dass die verstärkte Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung zu einem Zugewinn an Qualität und Wirtschaftlichkeit führt, lässt sich vermuten, wenn auch empirisch schwer nachweisen. Es darf davon ausgegangen werden, dass Schnittstellenprobleme seltener und in geringerem Ausmaß auftreten als bei der strikten Aufgabentrennung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten.

Zu erheblichen Steuerungsdefiziten führt aber, dass die in den letzten Jahrzehnten geschaffenen Regelungen für die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus nicht mit denen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung abgestimmt sind. Leber und Wasem (2016) konstatieren ein „inkonsistentes Nebeneinander der Versorgungsformen“ (S. 18). Für Zulassung und Bedarfsplanung, Vergütungssysteme Innovationsregeln und Qualitätssicherung gebe es keine einheitlichen Spielregeln.

2.2 Stärkung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung

In seinem Jahresgutachten 2007 stellte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen fest, dass „in einer segmentierten Versorgungslandschaft (...) generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen notwendig (sind), die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten und Lotsenfunktion (...) übernehmen.“ (SVR 2007, Ziffer 97).

Diese Lotsenfunktion wurde mit der Gesundheitsreform 2000 dem Hausarzt zugewiesen. Die im § 73 SGB V vorgenommene Aufgabenbeschreibung macht den Hausarzt zum Koordinator der Behandlung seines Patienten.

Allerdings ist die Lotsenfunktion in Deutschland weitaus schwieriger für die Hausärzte auszufüllen, als für ihre Kolleginnen und Kollegen in verschiedenen anderen Ländern. Das hierzulande von der Fachärzteschaft entschieden verteidigte und seitens der Versicherten gewohnte Recht der freien Arztwahl führt dazu, dass eine stabile Bindung der Versicherten an „ihren“ Hausarzt keine Selbstverständlichkeit ist und sich der Versicherte vielfach direkt an den Facharzt wendet. Deshalb wurde den Krankenkassen ermöglicht, über Bonus-Regelungen finanzielle Anreize für die Versicherten für die Teilnahme an einem Hausarztmodell zu setzen. Die Versicherten, die an einem solchen Modell teilnehmen, verpflichten sich für ein Jahr nur an einem von ihnen gewählten und an dem Hausarztmodell teilnehmen-

den Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Fachärzte (mit Ausnahme von Augen- und Frauenärzten) nehmen sie nur auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch.

Um die Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu beschleunigen, wurden die Kassen mit dem GMG 2004 verpflichtet, ihren Versicherten Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) anzubieten. Da die Krankenkassen aber nur wenige dieser Verträge abschlossen, wurde die Verpflichtung mit dem GKV-WSG 2007 dahingehend verschärft, dass die Krankenkassen solche Verträge flächendeckend zu vereinbaren haben. Gleichzeitig wurde die HZV aus dem kollektivvertraglichen Rahmen heraus gelöst. Die Krankenkassen schließen direkt mit Gemeinschaften von Hausärzten ab und übernehmen den Sicherstellungsauftrag bezogen auf die Versicherten, die an der HZV teilnehmen. Zur Vermeidung von Doppelzahlungen bereinigt die Krankenkasse die an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung um den Betrag, der vormals für die jetzt im Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten war. Kassenärztliche Vereinigungen können sich nur dann an einem Vertrag beteiligen wenn ein regionaler Hausärzteverband sie ermächtigt. Darüber hinaus wurde versucht, die Hausarztversorgung qualitativ weiterzuentwickeln, indem gesetzliche Mindestanforderungen an die Verträge formuliert wurden. So müssen sich die teilnehmenden Hausärzte u. a. an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie beteiligen und an Fortbildungsprogrammen teilnehmen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprogramme konzentrieren. Seit dem GKV-VSG 2015 können auch solche Leistungen in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbart werden, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen. Hierzu gehören beispielsweise innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2000 GKVRefG2000	Dem Hausarzt wird eine Lotsenfunktion zugewiesen. Die Kassen können einen Bonus für Versicherte vorstehen, die sich im Rahmen von Hausarztmodellen verpflichten, fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines Hausarztes in Anspruch zu nehmen.	§ 65a SGB V
2004 GMG	Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV).	§ 73b SGB V
2007 GKV-WSG	Verpflichtung der Krankenkassen zum flächendeckenden Angebot der HZV.	§ 73b SGB V

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2009 GKV- Organisations- Weiterentwick- lungsgesetz (GKV-OrgWG)	HZV-Verträge müssen mit Gemeinschaften geschlossen werden, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.	§ 73b SGB V
2014 14. SGB V- Änderungs- gesetz (14. SGB V-ÄndG)	Streichung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für HZV-Verträge.	§ 73b SGB V
2015 GKV-VSG	In den HZV-Verträgen können auch Leistungen vereinbart werden, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen.	§ 73b SGB V

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bezweifelt in seinem Sondergutachten 2012, dass die hausarztzentrierte Versorgung zu Verbesserungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit führt. Daneben äußert er massive ordnungspolitische Bedenken. Die bisher vorliegenden Evaluationen würden keinen Anlass bieten, diese Versorgungsform den Krankenkassen zwingend vorzuschreiben. „Sofern die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander diese Versorgungsform als vorteilhaft betrachten, werden sie diese aus eigenem Interesse anbieten.“ (SVR 2012, Ziffer 388)

2.3 Ermöglichung und Förderung integrierter Versorgungsformen

2.3.1 Strukturverträge/Modellvorhaben/Praxisnetze

Ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ging der Gesetzgeber dazu über, neue Versorgungsformen zu ermöglichen und zu fördern, die auf eine stärkere Integration der Versorgungsabläufe abzielten. Der erste Schritt in diese Richtung war die 1997 mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vorgenommene Ermöglichung von Strukturverträgen und Modellvorhaben. Deren Einführung löste Ende der 1990er Jahre eine erste Welle von Gründungen von Arzt- und Praxisnetzen aus. Genutzt

wurde dabei zumeist das Instrument des Strukturvertrags, da die Modellvorhaben auf acht Jahre begrenzt sind, evaluiert werden müssen und eine aufwändige Satzungsänderung bei den Krankenkassen voraussetzen. Allerdings ebnete die Gründungswelle aufgrund unzureichender gesetzlicher Rahmenbedingungen und wegen Planungsfehlern (vgl. SVR 2003, Ziffer 690ff.) schnell wieder ab. Eine zweite Welle wurde im Jahr 2004 durch die Einführung der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsformen ausgelöst. In den letzten Jahren stagniert die Zahl von Neugründungen. Die Agentur deutscher Ärztenetze schätzt ihre Zahl auf etwa 400 mit rund 30.000 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten. Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 eingeführte Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, Praxisnetze aus den Mitteln der Gesamtvergütung zu fördern, wurde 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in eine Muss-Regelung überführt. Zudem wurde mit demselben Gesetz ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen. In den Jahren 2016 bis 2019 werden dafür jährlich 300 Millionen Euro hälftig von den Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Davon sollen jährlich 225 Mio. Euro für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte sowie 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. Zur Durchführung der Förderung wurde beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Innovationsausschuss eingerichtet, der die Förderschwerpunkte festlegt und über die Vergabe der Fördermittel entscheidet.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
1997 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG)	Ermöglichung von Strukturverträgen, in denen die Verbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren können, einem Hausarzt oder Verbänden von Hausärzten die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen.	§ 73a SGB V
1997 2. GKV-NOG	Ermöglichung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die vertragliche Ausgestaltung erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen eine Rahmenvereinbarung. Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten.	§§ 63-65 SGB V

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2000 GKV- RefG2000	Ermöglichung von Verträgen zu Modellvorhaben auch mit einzelnen Vertragsärzten oder mit Gruppen von Vertragsärzten.	§§ 63-65 SGB V
2012 GKV-VStG	Kassenärztliche Vereinigungen können Praxisnetze durch Honorarzuschläge oder durch ein eigenes Honorarvolumen fördern, soweit dies zu einer Verbesserung der Versorgung führt und die Netze von der KV anerkannt werden.	§ 87b SGB V
2015 GKV-VSG	Kassenärztliche Vereinigungen müssen Praxisnetze durch gesonderte Vergütungsregeln fördern.	§ 87 SGB V
2015 GKV-VSG	Einführung eines Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsformen, zur Weiterentwicklung der Versorgung und Versorgungsforschung.	§ 92a und § 92b SGB V

2.3.2 Integrierte Versorgung

Die mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht eingeführte Integrierte Versorgung war der bis dahin ambitionierteste Schritt, um den für das deutsche Gesundheitssystem typischen Koordinations- und Kooperationsdefiziten entgegen zu wirken. Vom Gesetzgeber beabsichtigt war die Schaffung einer alternativen Form der Regelversorgung, die die althergebrachten Verhältnisse nach und nach überformen sollte.

Da der Impuls des Gesetzgebers in den ersten Jahren kaum Wirkung zeigte, wurden ab der Gesundheitsreform 2004 die Regelungstiefe und Regelungsdichte der Integrierten Versorgung erheblich reduziert. Vor allem wurde der neue Versorgungsform vollständig aus dem Kollektivvertragssystem und insbesondere aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen heraus gelöst. Auf diese Weise sollten Blockaden für Vertragsabschlüsse gelöst werden. Darüber hinaus wurde mit der Einführung der zuerst bis 2006 befristeten, später mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz bis 2008 verlängerten Anschubfinanzierung die Voraussetzungen geschaffen, um die mit dem Aufbau von Versorgungsnetzen verbundenen Anfangsinvestitionen finanzieren zu können. In weiteren Gesetzgebungsschritten wurde der Kreis der möglichen Vertragspartner über den Kreis der Leistungserbringer im GKV-System hinaus erweitert.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2000 GKVRefG2000	Ermöglichung von Verträgen zur integrierten sektorenübergreifenden Versorgung unter Beteiligung von Krankenkassen oder Verbänden von Krankenkassen, Krankenhausträgern oder Gemeinschaften von Krankenhausträgern, Ärzten bzw. Arztgruppen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Verträge bedürfen der Zustimmung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung.	§ 140a-h SGB V
2004 GMG	Weiterentwicklung und Klarstellung der Regelungen zur integrierten Versorgung: • die integrierte Versorgung wird grundsätzlich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KVen organisiert • die Versorgung wird auf individualvertraglicher Grundlage, außerhalb des Kollektivvertragssystems durchgeführt • die Verpflichtung zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KBV über die integrierte Versorgung entfällt • Dritte können den Verträgen nur mit Zustimmung aller Vertragspartner beitreten • Kassenärztliche Vereinigungen werden von Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung ausgeschlossen • der Kreis der Vertragspartner der Krankenkassen wird ausgeweitet auf einzelne Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und Managementgesellschaften • Einführung einer Anschubfinanzierung; Krankenkassen erhalten das Recht, zur Förderung der integrierten Versorgung bis zu 1 Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Vergütung für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten.	§ 140a-h SGB V
2007 GKV-WSG	Mittel aus der Anschubfinanzierung erhalten nur solche Verträge zur Integrierten Versorgung, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung zum Gegenstand haben.	§ 140a SGB V

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2007 GKV-WSG	Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung mit den Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen abzuschließen.	§ 140b SGB V i.V.m. § 92 SGB XI
2007 Vertragsarzt- rechts-Ände- rungsgesetz (VÄG)	Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung bis 2008.	§ 140d SGB V
2011 Arzneimittel- marktneuord- nungsgesetz (AMNOG)	Möglichkeit der Einbeziehung von Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern in Verträge zur integrierten Versorgung.	§ 140b SGB V
2015 GKV-VSG	Die bisher an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen (Strukturverträge, Verträge über eine Integrierte Versorgung und Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung), werden neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ zusammengefasst. Darüber hinaus werden u. a. folgende Klarstellungen und Neuregelungen vorgenommen: • die Wirtschaftlichkeit von Verträgen zur besonderen Versorgung ist der Aufsichtsbehörde erst 4 Jahre nach Vertragsschluss nachzuweisen; • Verträge über innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben und vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausdrücklich von der Versorgung ausgeschlossen wurden, sind möglich; • Managementverträge, die reine Organisationsleistungen umfassen, sind zulässig; • Kassenärztliche Vereinigungen gehören auch bei integrierten Versorgungsformen zum Kreis der möglichen Vertragspartner.	§ 140a SGB V

Dem in der Anfangszeit hohen Anspruch ist die Integrierte Versorgung bisher nicht gerecht geworden. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahr 2008 brach die bis dahin recht dynamische Entwicklung der Vertragsabschlüsse ab. Danach stagnierte ihre Zahl. Die letzten Daten hat auf Grundlage einer von ihm selbst durchgeführten Befragung der Sachverständigenrat für das Gesund-

heitswesen in seinem Jahresgutachten 2012 vorgelegt. Demnach gab es im Jahr 2010 rund 6.700 Verträge. Aktuellere Angaben zur Zahl der Verträge liegen nicht vor. Der Ausgabenstatistik der GKV zufolge sind die Ausgaben der Krankenkassen für diese Verträge von 2010 bis 2015 von 1,33 Milliarden Euro auf 1,69 Milliarden Euro gestiegen. Gemessen an den Dimensionen der GKV ist dies aber ein sehr überschaubarer Betrag. Der hohe Anspruch, mit der Integrierten Versorgung nach und nach die bisherige Regelversorgung zu ersetzen, findet sich in der derzeitigen gesundheitspolitischen Diskussion kaum noch.

2.3.3 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Ziel der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 vorgenommene Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung war den Versicherten eine „Versorgung aus einer Hand“ zu bieten. Durch die neue Versorgungsform sollte, wie es in der Begründung des Gesetzesentwurfes hieß, eine „enge Kooperation der unterschiedlichen ärztlichen Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ ermöglicht werden (s. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1525 vom 8.9.2003, S. 108).

Ausdruck des Kooperationsgedankens war auch, dass MVZ nicht nur von Ärzten, sondern von allen zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern, also auch von Krankenhäusern, Apothekern, Heilmittelerbringern und anderen Gesundheitsberufen gegründet werden konnten. Managementgesellschaften oder private Investoren waren nicht gründungsberechtigt, konnten sich aber wirtschaftlich an MVZ beteiligen. Die MVZ konnten sich aller zulässigen Rechtsformen bedienen.

2012 wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Kreis der möglichen Gründer und der möglichen Rechtsformen von MVZ stark eingeschränkt. MVZ durften nur noch von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie gemeinnützigen Trägerorganisationen gegründet werden. Kapitalgesellschaften wurden als zulässige Rechtsform für MVZ ausgeschlossen.

Mit dem 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gründerkreis wieder erweitert. Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in der Region können künftig auch Kommunen MVZ gründen. Außerdem wurde die Vorgabe gestrichen, dass MVZ „fachübergreifend“ sein müssen. Künftig sind auch reine Hausarzt-MVZ, Zahnärzte-MVZ oder facharztgruppengleiche MVZ möglich. Dies soll der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen dienen und dem zunehmenden Wunsch vieler jüngerer Ärzte entgegen kommen, die als Angestellte oder ggf. auch in Teilzeit arbeiten wollen.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2004 GMG	Medizinische Versorgungszentren (MVZ), in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte fachübergreifend tätig sind, können gleichberechtigt mit der Vertragsärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie dürfen nur von Leistungserbringern, die an der medizinischen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Die ärztliche Leitung muss durch einen selbst im MVZ tätigen Arzt erfolgen.	§ 95 SGB V
2012 GKV-VStG	MVZ dürfen nur noch von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie gemeinnützigen Trägerorganisationen gegründet werden. Andere Leistungserbringer, wie Apotheker, Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen sowie alle sonstigen Heil- und Hilfsmittelanbieter sind nicht mehr gründungsberechtigt. Kapitalgesellschaften werden als zulässige Rechtsform für MVZ ausgeschlossen.	§ 95 SGB V
2015 GKV-VSG	Zulassung arztgruppengleicher MVZ.	§ 95 SGB V
2015 GKV-VSG	Auch Kommunen können MVZ gründen.	§ 95 SGB V

Insgesamt ist seit 2004 eine erhebliche Zahl von MVZ entstanden. Zum Jahresende 2014 waren 2.073 MVZ zugelassen, in denen rund 13.500 Ärzte tätig waren. Im Durchschnitt sind 6,5 Ärzte in einem MVZ tätig. Von den genannten MVZ befinden sich 843 in Trägerschaft eines Krankenhauses.

2.4 Regelungen für ein Fall-, Überleitungs- und Versorgungsmanagement

Vor allem in den letzten Jahren vorgenommene Gesetzgebungsmaßnahmen zielen auf die bessere Steuerung, Betreuung und Beratung von Patienten über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg ab.

Sie haben eine unterschiedliche Reichweite. Während die bereits seit 2002 bestehenden Disease-Management-Programme (DMP) die Begleitung chronisch kranker Patienten über den gesamten Verlauf der Erkrankung hinweg beinhalten, zielt die Verpflichtung der Krankenkassen zum Entlassmanagement lediglich auf

eine zeitlich eng begrenzte Überleitungshilfe in die eigene Häuslichkeit oder einen anderen Versorgungsbereich. Gemeinsam ist diesen Ansätzen aber, dass sie stark auf den einzelnen Patienten oder – wie beim Disease Management – eine bestimmte Patientengruppe ausgerichtet sind.

Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch die in den letzten Jahren im Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) geschaffenen Regelungen, die ebenfalls auf eine verbesserte Versorgungskontinuität für die Versicherten und eine Stärkung ihrer Selbsthilfefähigkeiten abzielen.

Inkrafttreten	Gesetzesmaßnahme	Rechtsgrundlage
2002 Reform des Risikostruktur- ausgleichs (GKV-RSA- Reform)	Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme – DMPs) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen.	§ 137fg SGB V
2007 GKV-WSG	Einführung eines Anspruchs auf Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche	§ 11 SGB V
2009 Pflege-Weiter- entwicklungsgesetz	Verpflichtung der Pflegekassen für pflegebedürftige Versicherte Pflegeberater vorzuhalten. Die Regelung zielt auf eine Unterstützung des Einzelnen im Sinne des Fallmanagements. Dazu gehört auch die Zusammenstellung von individuellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Versorgungsplan).	§ 7a SGB XI
2009 Pflege-Weiter- entwicklungsgesetz	Verpflichtung der Pflege- und Krankenkassen ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten zu gewährleisten. Die Pflegestützpunkte sollen Auskunft und Beratung zu Sozialleistungsansprüchen geben, für die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote sorgen und die Bereitstellung und Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote gewährleisten.	§ 92c SGB XI

2012 GKV-VStG	Da der mit dem GKV-WSG eingeführte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V nicht im gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt wurde, wird der Anspruch auf das Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt konzentriert. Ziel des Entlassmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten und stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer Vermeidung des „Drehtüreffekts“ beizutragen. Das Entlassmanagement ist unmittelbarer Bestandteil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.	§ 39 SGB V
2015 GKV-VSG	Einbeziehung der Krankenkassen in den Prozess des Entlassmanagements und Erweiterung des Verordnungsrechts für Krankenhäuser beim Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung auf Arzneimittel in kleinster Packungsgröße und häusliche Krankenpflege sowie Heilmittel für 7 Tage. Des Weiteren dürfen die Krankenhäuser die Arbeitsunfähigkeit nach Entlassung bescheinigen.	§ 39 SGB V
2015 GKV-VSG	Einführung eines Rechtsanspruchs auf umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung bezogen auf Leistungen und unterstützende Angebots zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für Bezieher von Krankengeld.	§ 44 SGB V

2.5 Fazit

In den letzten Jahrzehnten wurde in Deutschland eine kaum überschaubare Zahl von Gesetzgebungsmaßnahmen ergriffen, die zu mehr Kooperation, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung führen sollen. Trotz dieser Fülle lassen sich einige „blinde Flecken“ identifizieren:

Die vom Sachverständigenrat 2007 gestellte Diagnose, dass „die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bei der Umsetzung der neuen Versorgungsformen unterrepräsentiert sind“ (Ziffer 198), trifft nach wie vor zu. Die seit 2009 existierende Modellklausel im § 63 SGB V, die die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um heilkundliche Tätigkeiten handelt, auf Pflegende ermöglicht, blieb bisher ungenutzt.

Die Arztzentriertheit der bisherigen Versuche spiegelt sich auch darin, dass die diversen Vorhaben vorrangig auf medizinische Sachverhalte abheben. Zwar können die Krankenkassen seit 2007 Verträge zur Integrierten Versorgung auch mit Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen abschließen. Diese haben praktisch aber keine Bedeutung.

Bei allen Aktivitäten unangetastet geblieben sind die sektoralen Planungssysteme. Zwar können die Länder seit 2012 ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen bilden, in dem neben dem Land, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen auch die Vereinigungen der Krankenhäuser sowie weitere Beteiligte vertreten sein können (90a SGB V). Allerdings handelt es sich hier nur um eine „Kann-Vorschrift“. Zudem sind diese Gremien bloßes Beratungsrunden ohne tatsächliche Durchgriffskompetenzen.

Und weitgehend unverändert geblieben sind auch die sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssysteme. In der Folge gibt es innerhalb der Regelversorgung wenig Anreize für mehr Kooperation und Integration. Dauerhafte Strukturen können so nicht entstehen. Längen (2014, S. 54) kommt denn auch zu dem Fazit, dass „die wichtigsten Reformimpulse zur Überwindung sektoraler Trennung vom Gesetzgeber ausgingen und nicht von Ärzten, Krankenhäusern oder Krankenkassen. Offenbar können diese Institutionen recht gut mit der sektoralen Trennung leben.“

Literatur

- Deutscher Bundestag. Drucksache 11/6380 (12.02.1990). Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“.
- Deutscher Bundestag. Drucksache 18/8847 (21.06.2016). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/8671 – Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung.
- Halbe, B. et al. (2015). *Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Was ändert sich für Ärzte, Krankenhäuser und Patienten?* Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Knieps, F., & Amelung, V. (2010). Medizinische Versorgungszentren. Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung. In *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 5.
- Knieps, F., & Reiners, H. (2015). *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen*. Verlag Hans Huber, Bern.

- Leber, W.-D., & Wasem, J. (2016). Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem. *Krankenhaus-Report 2016*. S. 3–28. Stuttgart: Schattauer.
- Lüngen, M. (2014). Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. In *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 4 – 5.
- Orlowski, U. (2016). Grenzen von gestern. Potenzial der Kliniken. In *f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus*, Heft 4.
- SVRKAG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Sondergutachten. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Bonn.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn.

Kontakt

Andreas Brandhorst, Bundesministerium für Gesundheit,
Friedrichstraße 108, 11055 Berlin.
Email: Andreas.Brandhorst@bmg.bund.de

Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt
des Gesundheitssystems

Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.-W. (Hrsg.)

2017, XV, 624 S. 32 Abb., 13 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-13782-3