

# Wie geht es weiter mit der Integrierten Versorgung?

Zahlreiche Initiativen des Gesetzgebers haben in den vergangenen 25 Jahren nur bedingt die gewünschten Wirkungen entfaltet.

von Horst Schumacher

Der Begriff ist positiv besetzt. Es vergeht kaum eine politische Debatte über Strukturprobleme der Gesundheitsversorgung, in der nicht eine Integrierte Versorgung als mögliche Lösung angeführt wird. Mehr Durchlässigkeit an den Grenzen der getrennten Versorgungssektoren, so häufig der Tenor, führt zu mehr Effizienz und damit zu einer besseren Patientenversorgung.

Doch was konkret hat die Integrierte Versorgung bisher gebracht, und was genau verbirgt sich hinter dem Begriff? Der Gesetzgeber hat in den vergangenen 25 Jahren ganz unterschiedliche Ansätze in dieser Richtung gemacht. Darüber berichtete Rechtsanwältin Susanne Renzewitz, in Berlin Leiterin des Referats Krankenhauspolitik des Marburger Bundes (MB), kürzlich in Köln vor der Hauptversammlung des MB-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz.

Zu unterscheiden sind nach ihren Worten die Integrierte Versorgung im engeren Sinne (*Integrierte Versorgungsverträge nach*

*den Paragraphen 140 a-d SGB V*) und im weiteren Sinne der Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen den Versorgungsbereichen.

Im Jahr 1988 gab es nur wenige Ausnahmen von der Regel, dass Leistungen sektorenbezogen erbracht werden – etwa das (kooperative) Belegarztsystem und die Ermächtigungen, so Renzewitz. Seither habe es zahlreiche gesundheitspolitische Reformansätze gegeben, zum Beispiel die Einführung von Modellvorhaben mit dem *Gesundheits-Reformgesetz (GRG)* von 1988 oder die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen und die vor- und nachstationäre Behandlung mit dem *Gesundheits-Strukturgesetz (GSG)* 1992.

## Regelungen mit Schwächen

Eine „kleine Revolution“ war nach den Worten von Renzewitz das *GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000*, das die Rechtsgrundlage für integrierte Versorgungsverträge schuf. Ihrer Beurteilung nach ist aber der „große Schwachpunkt“ dieser Regelung: „Die Mittel für neue Versorgungsformen müssen aus den bestehenden Budgets abgegriffen werden.“

Dies habe ebenso wie die freiwillige Teilnahme der Versicherten dazu geführt, dass der Effekt nicht durchschlagend war. Wenig Dynamik hat auch die mit dem

*GKV-Modernisierungsgesetz 2003 (GMG)* möglich gewordene ambulante Behandlung im Krankenhaus bei bestimmte Erkrankungen und für hochspezialisierte Leistungen nach § 116 b SGB V entfaltet.

Ob die Reform dieses Paragraphen mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach dem *GKV-Versorgungsstrukturgesetz* des Jahres 2011 mehr bringt, wird abzuwarten bleiben. Jedenfalls ist hier weder Bedarfsplanung noch Mengenbegrenzung vorgesehen. Renzewitz: „Ich bin gespannt, wie es in der neuen Legislaturperiode weitergeht.“

## Hochwertige Strukturen der Weiterbildung

Die Integrierte Versorgung kann ein wichtiges Element nicht nur in der zukünftigen Versorgung, sondern auch in der ärztlichen Weiterbildung darstellen, wie Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, in Köln erläuterte. Er unterstrich, dass die Integrierten Versorgungsverträge bisher kein Erfolgsmodell sind: Die Transparenz sei gering, die Zahl der Verträge niedrig. Windhorst: „Die Integrierte Versorgung als vertragliches Konstrukt ist tot.“

Andererseits sei die Kooperation zwischen Klinik und Praxis in der Patientenversorgung „gelebte Realität“. Nachhaltige Veränderungen werden sich nach Windhorsts Überzeugung daraus ergeben, dass immer mehr Therapien, die früher nur im Krankenhaus möglich waren, heute auch ambulant durchgeführt werden können. Die Konsequenz: „Die Sektorengrenzen werden durchlässiger. Krankenhäuser erbringen vermehrt ambulante Leistungen. Vertragsärzte arbeiten vermehrt an Krankenhäusern.“

Logische Folge sei eine „Ambulantisierung der Weiterbildung“. Zum Beispiel in der Augenheilkunde finde bereits der größte Teil der Weiterbildung ambulant oder in Belegpraxen statt. Solche Entwicklungen erfordern laut Windhorst eine Weiterbildungsordnung, die sich flexibler als bisher der Versorgungslandschaft anpasst – etwa durch Verbundweiterbildung, eine modulare Struktur und die Ausrichtung auf Kompetenzen. Anzustreben sind nach Überzeugung des Kammerpräsidenten qualitativ hochwertige Weiterbildungsstrukturen in Klinik und Praxis: „Planbar, durchlässig und mit tariflicher Absicherung im ambulanten Bereich.“

## Rudolf Henke übergibt Staffelstab an Gisbert Knichwitz



Neuer Landesverbandsvorsitzender des Marburger Bundes:  
**Professor Dr. Gisbert Knichwitz**  
Foto: privat

Professor Dr. Gisbert Knichwitz ist der neue 1. Vorsitzende des mitgliederstärksten Landesverbandes des Marburger Bundes. Die Landeshauptversammlung Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz wählte den 52-jährigen Anästhesisten, der im Kölner Dreifaltigkeits-Krankenhaus als Leitender Arzt tätig ist,

einstimmig in dieses Amt. Der rheinische Kammerpräsident Rudolf Henke, der den Landesverband 22 Jahre lang geführt hatte, kandidierte nicht erneut. Den langjährigen 2. Vorsitzenden, Professor Dr. Ingo Flenker (Dortmund), wählten die Delegierten einstimmig wieder. Die neun Beisitzer im Landesvorstand sind die fünf Nordrheiner Michael Krakau (Köln), Dr. Anja Mitrenga-Theusinger (Leverkusen), Dr. Friedhelm Hülskamp (Essen), PD Dr. Hansjörg Heep (Essen) und Ingo Heinze (Bonn) sowie aus Westfalen-Lippe Dr. Bärbel Wiedermann (Dortmund), Dr. Hans Ulrich Schröder (Gütersloh), Dr. Hans-Albert Gehle (Gelsenkirchen-Buer) und aus Rheinland-Pfalz Dr. Claus Beermann (Ludwigshafen).

uma