

Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung

von Stefan Greß¹, Melanie Schnee²

ABSTRACT

Auch in den letzten vier Jahren ist der Gesetzgeber bei der Schaffung integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen nicht entscheidend vorangekommen. Die Beharrungskräfte sektorspezifisch geprägter Sichtweisen erfordern offensichtlich lang andauernde und nachhaltige organisierte Transformationsprozesse über den Zeitraum einer Legislaturperiode hinaus. Die Planungs- und Finanzierungshoheit bei der Bedarfs- und Krankenhausplanung liegt immer noch bei den traditionell zuständigen Akteuren, bei deren Entscheidungen sektorenübergreifende Erwägungen weitgehend bedeutungslos sind. Die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zur Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ist immerhin ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Ähnlich ernüchternd fällt die Bilanz von kollektiv- und selektivvertraglich orientierten Steuerungsansätzen des Gesetzgebers zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung aus. Aktuell liegen die größten Erwartungen auf den Ergebnissen der vom Innovationsfonds geförderten Projekte. Zur nachhaltigen Finanzierung von innovativen Versorgungsprojekten ist jedoch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget notwendig.

Schlüsselwörter: integrierte Versorgung, Bedarfsplanung, Steuerung von Versorgung

In the past four years legislation has not made much progress when it comes to structures of integrated and seamless care. Sector specific outlooks on problems persist and necessitate equally persistent attempts at transformation. All parties involved would be well advised to think further than just to the next elections. Planning and financing still lies in the hands of those players who have traditionally dealt with these things, and these players have few incentives to change the system towards more cooperation across sectors. At least, a committee on the Länder level has been set up. Its task is to make recommendations for more seamless care. Small as it is, this is a step in the right direction. Looking at the initiatives to promote seamless care through modifications in the system of collective and selective contracts is sobering, too. Currently, the biggest hope lies in the results of the projects funded by the so-called innovation fund. If innovative projects are to be solidly financed, insurer specific research and development budgets are necessary.

Keywords: integrated care, need related planning, care control

1 Hintergrund

Eine Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen der vergangenen Jahre zielte auf eine verbesserte Integration der Versorgung. In der Rückschau auf die Reformbemühungen kommen Brandhorst und Hildebrandt (2017, 574) jedoch zu dem Schluss: „Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Integration der Gesundheitsversorgung und die

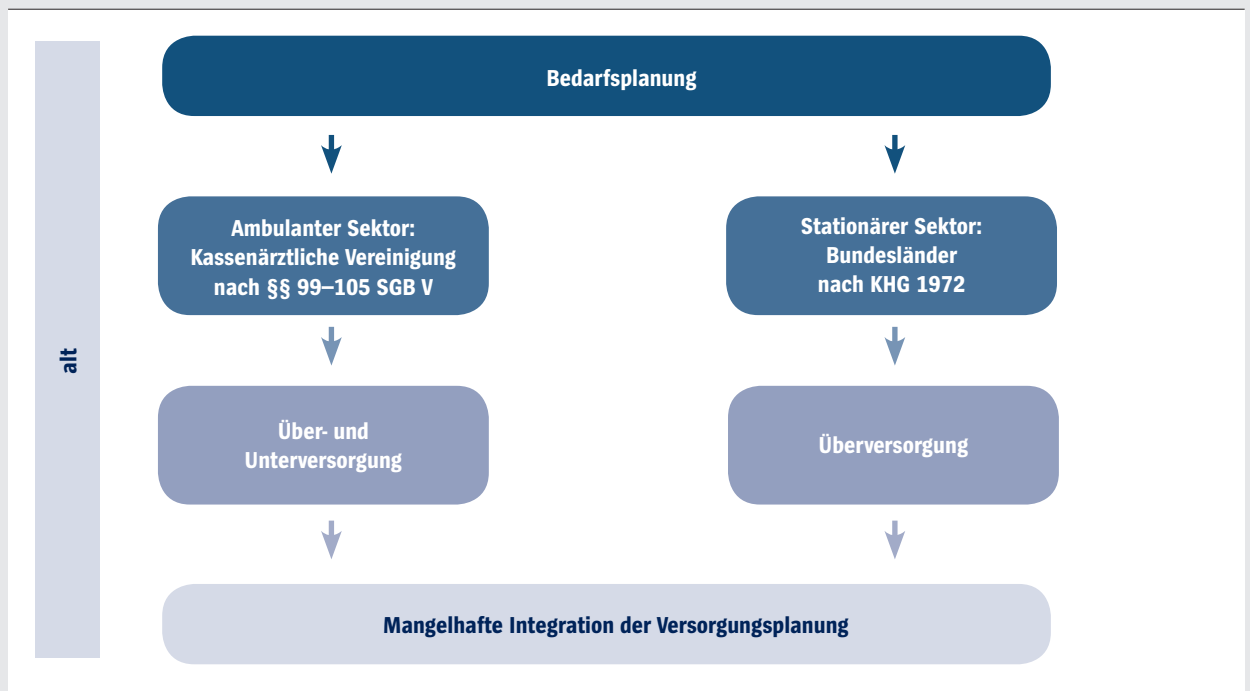
Kooperation der an ihr beteiligten Gesundheitsberufe“ ist nicht nur eine „Daueraufgabe der Gesundheitspolitik“, sondern auch ihre „Achillesferse“. Denn bei allen gesetzgeberischen Impulsen für eine stärkere Integration der Versorgungsbereiche blieben die sektoralen Planungssysteme – neben den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssystemen – weitgehend unangetastet. Dabei werden durch die mangelhafte Integration der Versorgungsbereiche Ef-

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640-6380
E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

² Dr. phil. Melanie Schnee, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640-6487
E-Mail: melanie.schnee@pg.hs-fulda.de

ABBILDUNG 1

Die bisherige streng sektorale Bedarfsplanung und ihre Folgen für die Versorgung



Die Bedarfsplanung wird je nach Leistungsbereich von unterschiedlichen Akteuren betrieben und hat jeweils andere gesetzliche Grundlagen. Das führt im stationären Sektor zu Übersversorgung, im ambulanten Bereich zu Über- und Unterversorgung und erschwert eine Integration der Versorgungsplanung.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

ektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nachhaltig beeinträchtigt. In diesem Beitrag bilanzieren wir aus der ordnungspolitischen Perspektive die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Förderung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. Der Fokus liegt dabei auf der Planung von Versorgungskapazitäten und der Gestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen den beteiligten Akteuren. Abschließend diskutieren wir, welche Änderungen der Rahmenbedingungen perspektivisch notwendig sind, um das sektorale Denken und Handeln der beteiligten Akteure zu überwinden.

2 Verbesserungen durch sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Eine historisch gewachsene getrennte institutionelle Zuständigkeit für die Bedarfsplanung in den beiden Sektoren ist charakteristisch für das deutsche Gesundheitswesen. In der

ambulanten Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 1 SGB V) inne. Sie sind damit verpflichtet, in allen Bereichen des jeweiligen KV-Bezirks für ausreichende vertragsärztliche Versorgung zu sorgen. Die KVen sollen die Kapazitäten in einer den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Bedarfsplanung zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung regulieren (§§ 99–105 SGB V). Die stationäre Bedarfsplanung auf der anderen Seite obliegt seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG 1972) den Bundesländern, die unter Berücksichtigung des KHG und der jeweiligen Landeskrankenhausgesetze einen bedarfsgerechten Krankenhausplan entwickeln sollen (Abbildung 1).

Die politischen Bemühungen der vergangenen Jahre zielen darauf ab, mithilfe der Förderung der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V die Sektorengrenzen und so die für das deutsche Gesundheitswesen typischen Schnittstellenprobleme (SVR *Gesundheit* 2012) zu überwinden. Die parallelen Strukturen der Bedarfsplanung bleiben weiterhin getrennt, obwohl seit Jahren Konsens über die Notwen-

ABBILDUNG 2

Aktuelle Versuche zur Abmilderung von Negativfolgen der Bedarfsplanung



Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss stärker einbezogen und die Möglichkeit der Beteiligung von gemeinsamen Landesgremien geschaffen. Kommunen sind durch ihnen erlaubte MVZ-Gründungen potenzielle Leistungserbringer und müssten in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

digkeit der Überwindung dieser Grenze besteht (Reiners 2017, 395; SVR Gesundheit 2009; SVR Gesundheit 2012); dabei werden sie „den sich aus der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht“ (Reiners 2017, 389). Die auch in der Bedarfsplanung begründeten Allokationsprobleme nennt der Sachverständigenrat „besorgniserregend“ (SVR Gesundheit 2014, 603). Die Kapazitätenplanung im ambulanten Bereich ist durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung innerhalb von Städten, zwischen städtischen und ländlichen Regionen und zwischen hausärztlicher Grundversorgung und fachärztlicher spezialisierter Versorgung gekennzeichnet. Der stationäre Bereich weist dagegen ein Überangebot an Versorgungskapazitäten auf; daneben gibt es aber auch Krankenhäuser in strukturschwachen ländlichen Regionen, bei denen die derzeit noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten wirtschaftlich überlebensfähig gehalten werden müssen (SVR Gesundheit 2014, 422).

Die GKV-Reformen der vergangenen Jahre haben versucht, mit einer Vielzahl von Maßnahmen – wie der Reform von Vergütungssystemen, der Einführung von Selektivverträgen, der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung und einem verstärkten Kassenwettbewerb – die tradierten Strukturen aufzubrechen. Insbesondere die integrierte Versorgung sollte quasi „von unten“ die beteiligten Akteure zu mehr Kooperation und Kommunikation bewegen und somit das sektorale Denken und Handeln überwinden. Auch der Innovationsfonds greift diesen Ansatz wieder auf. Reiners (2017, 388) geht jedoch davon aus, dass „die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung (...) nur mit einer Neuordnung der Verantwortung für die Planung und Sicherstellung der Versorgung überwunden werden“ kann.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG 2012) geriet die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich aufgrund der zunehmenden Diskussion um die Nachbesetzung von Praxen in strukturschwachen Gebieten in den Fokus des

Gesetzgebers. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wurden Spielräume eröffnet, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu einem Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln, das flexibler als bisher auf Versorgungsdisparitäten bei der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum reagieren kann. Der GBA sollte zudem prüfen, wie eine bessere Bedarfsplanung unter Berücksichtigung von Kriterien wie Sozial- und Morbiditätsstruktur aussehen kann. Als weitere Maßnahme wurden die bestehenden Regelungen zur Nachbesetzung von Arztstellen in überversorgten Planungsbereichen verschärft.

Daneben wurde die Möglichkeit geschaffen, ein gemeinsames Landesgremium mit Vertretern des Landes, der KV, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft sowie weiteren Beteiligten einzurichten, das „Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen“ (§ 90 a SGB V, Abs.1) abgeben kann (Abbildung 2). Diese weich formulierte Kann-Regelung ist jedoch nicht ausreichend; der SVR empfiehlt daher, diese verpflichtend im Sinne einer „Muss“-Regelung umzuformulieren (SVR *Gesundheit* 2014, 612), und fordert zudem, dass der Sicherstellungsauftrag bei drohender Unterversorgung auf dieses Gremium übergeht. Damit würden Krankenkassen und KVen unter Druck gesetzt, sich für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung in ihrer Region in stärkerem Maß als zuvor einzusetzen (Heinrich-Böll-Stiftung 2013, 40). Darüber hinaus müssten die Befugnisse und Kompetenzen sowie die finanzielle Ausstattung des Landesgremiums – sofern es nicht nur beanstanden und mitberaten können soll – ausgeweitet werden (Greß und Stegmüller 2017, 379).

Im stationären Bereich gerät die Planung von Kapazitäten durch das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG 2016) unter Druck: Der GBA wurde beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Daneben wurden die Krankenhäuser verpflichtet, die für diese Indikatoren relevanten Daten an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zu übermitteln. Diese planungsrelevanten Indikatoren sollen nach dem Willen des Bundesgesetzgebers als rechtssichere Kriterien für Entscheidungen über die Krankenhausplanung dienen. Plankrankenhäuser, die über einen längeren Zeitraum erhebliche Qualitätsmängel aufweisen, sollen aus der Krankenhausplanung ausgeschlossen werden. Die Länder können eigene Qualitätsvorgaben machen, um auf die regionalen Besonderheiten einzugehen. Sie dürfen die Vorgaben des GBA jedoch auch einschränken oder ausschließen. Mit diesem Maßnahmenbündel soll Qualität zu einem wichtigen Kriterium bei der Krankenhausplanung werden.

Für beide Versorgungsbereiche bedeutet diese stärkere Orientierung am Versorgungsgeschehen und weniger an reinen Verhältniszahlen, dass empirisch begründete Instrumente (SVR *Gesundheit* 2014, 356) mit einer Vielzahl von Variablen

entwickelt werden müssen. Diese müssen nicht nur den Versorgungsbedarf und die Angemessenheit der Versorgung bei der Kapazitätenplanung berücksichtigen (Fülop et al. 2007; Ozegowski und Sundmacher 2012), sondern möglicherweise auch die Erreichbarkeit „unter Berücksichtigung von Wegstrecken und Wartezeiten“ (Greß und Stegmüller 2017, 381). Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung wäre die Grundlage für die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Eine einheitliche Qualitätssicherung scheitert derzeit jedoch an den unterschiedlichen Kulturen der Qualitätssicherung – Fragen des Datenschutzes, der Art der Qualitätserhebung, die zusammenführenden Institutionen und auch die Bewertung von Informationen müssen geklärt werden (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017, 11).

Für beide Versorgungsbereiche ist es ebenfalls zwingend, dass die Bundesländer ihre Letztverantwortung für die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung wahrnehmen, da das Grundgesetz ihnen die Verantwortung für die Daseinsvorsorge überträgt. Dem stehen „Tendenzen gegenüber, die Steuerungs- und Aufsichts Kompetenzen schleichend von der Landes- auf die Bundesebene zu verlagern“ (Reiners 2017, 388). Bundeseinheitliche Vorgaben zur Versorgungsqualität könnten zumindest eine Grundlage für eine regionale Versorgungsplanung liefern. Diese würden zudem länderspezifische Versorgungsplanungen nach Kassenslage verhindern.

Es ist nicht zwingend, dass die Bundesländer die sektorenübergreifende Bedarfsplanung selbst durchführen: Eine gemeinsame Verantwortung der Krankenkassen, KVen und Landesbehörden ist vorstellbar, sofern die Länder bei Nicht-Erfüllung der bundeseinheitlichen Bedarfs- und Qualitätskriterien eingreifen können. Die Kommunen sollten ebenfalls in diese Planungen einbezogen werden. Seit 2015 besteht für sie durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die gesetzliche Möglichkeit, ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen (§ 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V), um die Versorgung vor Ort zu sichern. Auch wenn noch psychologische, rechtliche und finanzielle Hürden zu überwinden sind, sehen sich die Kommunen dennoch verstärkt gefordert, die ärztliche Versorgung mit eigenen Maßnahmen zu unterstützen (Kuhn und Amelung 2015).

Die sich daraus ergebende notwendige Einbeziehung von Kommunen in die Bedarfsplanung würde letztlich bedeuten, dass stärker in kleinräumigen Dimensionen geplant und gesteuert werden muss. Dies könnte auf dem Weg von regionalen Versorgungskonferenzen organisiert werden (Greß und Stegmüller 2017). Die eher großräumige Planung der vergangenen Jahrzehnte auf der Ebene von KV-Bezirken hat nicht funktioniert und das bekannte Nebeneinander von Unter- und Überversorgung hervorgebracht. Eine regionale Betrachtung und Einbeziehung aller beteiligten Akteure unter Kennt-

nis der Gegebenheiten und Bedarfe vor Ort könnte die Sicherstellung zielgenauer verantworten. Dies würde auch die Beteiligung der Anbieter stationärer Leistungen beinhalten, sodass die tradierte Trennung von ambulanter und stationärer Bedarfsplanung überwunden wäre. Voraussetzungen wären nicht nur rechtliche Kompetenzen – insbesondere zum Abbau von Überversorgung – und finanzielle Ausstattung dieser Versorgungskonferenzen, sondern eine kontinuierliche Messung des regionalen Bedarfs und der Angemessenheit der Versorgung.

3 Steuerungsansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung

Es dürfte unstrittig sein, dass die strenge sektorale Abschottung insbesondere der ambulanten ärztlichen und der stationären Versorgung die Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nachhaltig beeinträchtigt. Die Verantwortlichkeiten schon allein für die Sicherstellung und die Finanzierung von Versorgung sind zwischen den Sektoren und auch innerhalb der Sektoren dermaßen diversifiziert, dass eine patientengerechte integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung schwer vorstellbar ist (*Friedrich-Ebert-Stiftung 2017*). Die jeweils sektorspezifisch geprägten Handlungslogiken sind zwar jeweils aus Sicht der Akteure rational und nachvollziehbar. Aus der Perspektive einer bedarfsorientierten gesundheitlichen Versorgung führen diese Handlungslogiken jedoch regelmäßig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dies hat sich seit dem wegweisenden Gutachten des Sachverständigenrats gleichen Titels nicht wesentlich geändert (*SVR Gesundheit 2002*).

Dieser grundsätzliche Zusammenhang lässt sich an der aktuellen Auseinandersetzung um die Notfallversorgung plastisch illustrieren. Krankenhäuser und deren Verbände argumentieren, dass der steigende Zulauf von Notfallpatienten in der stationären Versorgung auf Funktionsmängel im ärztlichen Bereitschaftsdienst zurückzuführen ist, und fordern dementsprechend zusätzliche Vergütungen aus dem Budget der KVen (*DKG 2017*). Letztere argumentieren umgekehrt, dass Krankenhäuser mit dem Vehikel der Notfallversorgung ihren Einfluss auf die ambulante ärztliche Versorgung ausbauen und zudem mit den zulaufenden Patienten ihre Kapazitäten auslasten wollten. Leidtragende dieser Entwicklung sind die Patienten. Diese sind zunehmend verunsichert, weil sie häufig keine klare Anlaufstelle in Not-situationen haben. Dies gilt sogar dann, wenn stationäre Notfallversorgung und ärztlicher Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern räumlich integriert sind.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen 20 Jahren mehrfach versucht, die Integration des bisher überwiegend sek-

toral geprägten Handelns zu fördern (Tabelle 1). Die Ansätze lassen sich grundsätzlich in kollektiv- und selektivvertragliche Ansätze unterscheiden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass diese Versuche die sektoral geprägten Handlungslogiken nur in Teilbereichen – und dann meist nur vorübergehend – außer Kraft setzen konnten.

In der kollektivvertraglich geprägten Regelversorgung lässt sich diese These an drei Beispielen illustrieren. Die strukturierten Behandlungsprogramme – die vom Gesetzgeber nicht zuletzt aufgrund des oben zitierten Gutachtens des Sachverständigenrats gefordert und gefördert wurden – sind zwar von den gesetzlichen Rahmenbedingungen her kein zwingendes kollektivvertragliches Instrument. Allerdings waren die KVen wegen ihrer großen Reichweite und der notwendig hohen Umsetzungsgeschwindigkeit der bevorzugte Vertragspartner der Krankenkassen. Eines der sechs Kriterien für die Auswahl von chronischen Erkrankungen als Gegenstand strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 f Abs. 1 SGB V ist das Vorliegen eines sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs. Die KVen hatten jedoch wenig Interesse an einer umfassenden Beteiligung von stationären Leistungsanbietern wie Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Insofern steht dem definitionsgemäß sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke nach wie vor eine weitgehend sektoral geprägte Versorgung gegenüber.

Die Etablierung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sollte dazu dienen, zumindest innerhalb des kollektiven Vertragsrechts für einen Teilbereich der Versorgung eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung zu etablieren. Die Umsetzung dieses Konstrukts – insbesondere im Hinblick auf die Vergütungsmodalitäten – lässt sich jedoch nur als „verpasste Chance“ (*Peters und Feldmann 2017, 443*) bezeichnen. Die im Versorgungsstrukturgesetz (VStG) verabschiedeten Regelungen des § 116 b SGB V setzten hohe Anforderungen an Kooperation und sektorenübergreifendes Handeln von Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern. Bei der konkreten Umsetzung zeigte sich jedoch schnell, dass die Falldefinitionen im Kollektivvertragsrecht der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie in der Vergütungslogik der Krankenhäuser nicht zur Abbildung der hochkomplexen Fälle in der ASV geeignet sind. Die resultierenden ASV-Vergütungsvereinbarungen folgen somit weiterhin der sektoralen Logik und sind nicht dazu geeignet, sektorenübergreifendes Handeln zu befördern (*Peters und Feldmann 2017*).

Letztlich ist auch die Etablierung der MVZ durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 ein Beispiel für die sporadischen und nicht systematischen Versuche des Gesetzgebers, eine sektorenübergreifende Versorgung in-

TABELLE 1

Kurbewertung der Steuerungsansätze für sektorenübergreifende Versorgung

Maßnahme	Bewertung
Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V	Trotz sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs vor allem Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Kollektivvertragliche Versorgung scheitert bisher an Inkompatibilitäten der ambulanten und stationären Vergütungssysteme
Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V	Ambulante Versorgungseinrichtung im Kollektivvertragssystem. Potenzial für sektorenübergreifende Versorgung bei Krankenhaus als Träger
Innovationsfonds nach § 92a SGB V	Kollektivvertragliches Pendant zu Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung. Nachhaltigkeit fraglich
Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	Dynamik nach Auslaufen der Anschubfinanzierung merklich geringer. Finanziell gegenläufige Interessen der potenziellen Vertragspartner

Der Blick auf die fünf wichtigsten Steuerungsansätze zeigt, dass sie die sektorenübergreifende Versorgung nur bedingt haben befördern können. Teilweise finden die Maßnahmen doch nur in einem Sektor statt, oder sie sind möglicherweise nicht nachhaltig oder scheitern an unterschiedlichen Interessen.

nerhalb des kollektiven Vertragsrechts zu etablieren. MVZ sind zwar originär Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung und unterliegen damit auch den gleichen Zulassungsmodalitäten wie andere vertragsärztliche Organisationsformen. Allerdings hat der Gesetzgeber schon bei Einführung der MVZ Krankenhäusern die Gründung von medizinischen Versorgungszentren ermöglicht (Reiners 2013). Diese Möglichkeit wurde von der organisierten Vertragsärzteschaft massiv kritisiert, weil sie eine Ausdehnung stationärer Leistungserbringer in die ambulante ärztliche Versorgung mit entsprechenden Einkommensverlusten für die Vertragsärzteschaft befürchtete. Nichtsdestoweniger hatten Ende des Jahres 2015 immerhin 910 medizinische Versorgungszentren ein Krankenhaus als Träger. Dies entspricht 40 Prozent aller zugelassenen MVZ (KBV 2016). Das Potenzial für eine „echte Integrationsversorgung aus einer Hand“ (Amelung und Wolf 2013, e2) in MVZ mit einem Krankenhaus als Träger ist hoch. Allerdings ist wenig darüber bekannt, ob dieses Potenzial realisiert werden kann. In der Praxis sind bislang jedoch auf der anderen Seite auch die Befürchtungen der organisierten Vertrags-

ärzteschaft nicht eingetreten, dass Krankenhäuser von Investitionen in MVZ eher eine gezielte Patientensteuerung und letztlich eine Mengenausweitung erwarten (Amelung und Wolf 2013).

Neben den oben diskutierten Ansätzen zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der kollektiven Vertragssystematik hat der Gesetzgeber auch immer wieder versucht, die integrierte Versorgung im Sinne einer stärker selektivvertraglichen Steuerung zu fördern. Diese „Dauerbaustelle der GKV-Reformen“ (Reiners 2013, 15) seit dem Jahr 2000 hat jedoch auch im Jahr 2017 noch nicht dazu geführt, dass die integrierte Versorgung flächendeckend von den Selektivvertragspartnern umgesetzt wurde. Im jüngst veröffentlichten Gutachten der Monopolkommission bezeichneten die Autoren die Umsetzung gerade der integrierten Versorgungsverträge als enttäuschend (Monopolkommission 2017). Auch der Sachverständigenrat Gesundheit monierte in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012, dass Versicherte die Verträge zur integrierten Versorgung wenig nutzen (SVR Gesund-

heit 2012). Zudem ist die Reichweite der meisten Verträge zur integrierten Versorgung weit hinter den Ansprüchen des Gesetzgebers zurückgeblieben. Mit Ausnahme weniger Leuchtturmprojekte ist es nicht gelungen, populationsbezogene Versorgungsansätze dauerhaft zu implementieren. Zudem ist es nicht gelungen, nicht ärztliche Leistungsanbieter und die Pflegeversicherung in die Verträge einzubinden (Brandhorst und Hildebrandt 2017).

Die Gründe für diese wenig dynamische Entwicklung liegen vor allem in der widersprüchlichen Parallelität von Kollektiv- und Selektivvertragssystem. Der Erfolg von Selektivverträgen beruht darauf, dass die Vertragspartner entsprechende Verträge freiwillig abschließen und die Versicherten sich ebenfalls freiwillig in die resultierenden integrierten Versorgungsmodelle einschreiben. Es ist der Monopolkommission voll zuzustimmen, wenn sie hier hohe Hürden identifiziert. Leistungserbringer werden in der Regel an Selektivverträgen nur dann teilnehmen, wenn sie durch den Abschluss freie Kapazitäten auslasten beziehungsweise eine verbesserte Vergütung erzielen können. Die Anreize für die Krankenkassen gehen jedoch in genau die entgegengesetzte Richtung. Selektivverträge sind für die Krankenkassen immer dann attraktiv, wenn sie als Konsequenz niedrigere Kosten als im Kollektivvertragssystem realisieren können (Monopolkommission 2017). Ein weiteres Hindernis für die Umsetzung von Selektivverträgen besteht darin, dass sich die Versicherten nur ungern auf einen eingeschränkten Kreis von Leistungsanbietern beschränken.

Diese Hürden konnten nur während der Laufzeit der Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2008 überwunden werden. Diese finanziellen Mittel zulasten der Budgets von Vertragsärzten und Krankenhäusern führten zu einem sprunghaften Anstieg der Integrationsverträge. Es zeigte sich allerdings nach Auslaufen der Anschubfinanzierung, dass ein Großteil der entsprechenden Verträge nicht nachhaltig konzipiert und finanziert war. Lungen kommt daher zu dem ernüchternden 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 (Lungen 2014, 54)“. Das kollektivvertragliche Pendant zur selektivvertraglichen Anschubfinanzierung ist im Innovationsfonds zu sehen. Der Innovationsfonds ist insofern positiv zu bewerten, als dass erstens die Investitionskosten für innovative Versorgungsmodelle übernommen werden und zweitens die Evaluationsergebnisse zwingend zu veröffentlichen sind. Problematisch ist der Innovationsfonds wegen seiner zeitlichen Befristung auf den Zeitraum 2016 bis 2019. Zudem ist fraglich, ob die Allokation der Mittel über die gemeinsame Selbstverwaltung zielführend ist (Brandhorst und Hildebrandt 2017).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen stellt sich natürlich abschließend die Frage, welche Perspektiven sich für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit dem Ziele einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung abzeichnen. Für wenig erfolgversprechend – insbesondere wegen der Pfadabhängigkeit von Weiterentwicklungen im deutschen Gesundheitssystem – halten wir Ansätze, die mithilfe umfassender Reformen den Status quo grundsätzlich in Frage stellen und reformieren wollen. Dies würde etwa voraussetzen, dass die Vergütungssystematiken in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung weitgehend angeglichen werden (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

Nichtsdestoweniger könnte der zeitlich befristete Innovationsfonds durch dauerhaft aus den Mitteln des Gesundheitsfonds zu finanzierende kassenindividuelle Forschungs- und Entwicklungsbudgets ergänzt werden (Albrecht et al. 2015). Damit erhielten die einzelnen Krankenkassen finanzielle Spielräume zur dauerhaften Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen, über deren Erfolgsfaktoren mittlerweile deutlich mehr Erkenntnisse vorliegen als im Zeitraum von 2004 bis 2008. Ein Zielkonflikt zwischen effizienter Mittelverwendung und entstehenden Mitnahmeeffekten ist jedoch auch im Jahr 2017 nicht auszuschließen. Zudem ist – auch das ist eine Schlussfolgerung aus den Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung – eine Evaluations- und Publikationspflicht der aus diesem Budget finanzierten Maßnahmen sicherzustellen.

Zudem besteht nicht nur im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung eine Notwendigkeit zu einer stärker regionalen Ausrichtung bis hin zu kommunalen Versorgungskonferenzen. Die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen hat einen starken regionalen Bezug. Zumindest in Flächenländern sind schon die Akteure auf Landesebene zu weit von den regionalen Gegebenheiten entfernt. Zudem sind selektivvertragliche Steuerungsansätze – selbst wenn die oben beschriebenen Hürden überwunden werden sollten – nicht flächendeckend anwendbar. Für eine stärkere regionale Orientierung ist jedoch ein systematischer Einbezug der kommunalen Akteure in der Versorgungsplanung ebenso notwendig wie eine Ausstattung der regionalen Steuerungsgremien mit Kompetenzen und eigenen finanziellen Ressourcen (Grefß und Stegmüller 2017).

4 Fazit

Auch in den vergangenen vier Jahren ist der Gesetzgeber bei der Schaffung integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen nicht entscheidend vorangekommen. Die Beharrungskräfte sektorspezifisch geprägter Sichtweisen

erfordern offensichtlich lang andauernde und nachhaltig organisierte Transformationsprozesse über den Zeitraum einer Legislaturperiode hinaus. Insofern zeigt unsere Analyse, dass der Gesetzgeber lediglich einige „Reformviren“ implantieren konnte (Reiners 2009). Diese Maßnahmen werden auch in der kommenden Legislaturperiode Wirkung zeigen, allerdings wird das Ausmaß der Veränderungen ohne weitere flankierende Maßnahmen nur sehr begrenzt sein.

Die Beharrungskräfte einer sektorspezifisch geprägten Versorgung werden bei der Planung ambulanter und stationärer Kapazitäten besonders deutlich. Die Planungs- und Finanzierungshoheit liegt immer noch bei den traditionell zuständigen Akteuren, deren Entscheidungen in der Vergangenheit weder in der ambulanten ärztlichen noch in der stationären Versorgung zu einer bedarfsgerechten Versorgung geführt haben. Sektorenübergreifende Erwägungen spielen in den Planungsprozessen ohnehin nur eine untergeordnete Rolle. Die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zur Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ist immerhin ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Ebenso ist es richtig, den GBA mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beauftragen, die das Potenzial haben, die bisherige Art der Krankenhausplanung zu verändern, und eine Grundlage für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement und damit eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bilden könnten. Die Wirkung dieser Schritte wird jedoch begrenzt bleiben, solange die letztverantwortlichen Akteure nicht an diese Empfehlungen gebunden und die Kommunen stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden sind.

Die Beharrungskräfte sektoral geprägter Sichtweisen zeigen sich auch bei den sowohl kollektiv- als auch selektivvertraglich orientierten Steuerungsansätzen des Gesetzgebers zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Immerhin haben sich von Krankenhäusern getragene medizinische Versorgungszentren behauptet und besitzen ein hohes Potenzial für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung. Die strukturierten Behandlungsprogramme repräsentieren dagegen trotz sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs vor allem einen ambulanten Versorgungsansatz. Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung scheitert bisher vor allem an Inkompatibilitäten in den Vergütungssystemen. Die Umsetzungsperspektiven der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sind vor allem wegen der divergierenden finanziellen Interessen der potenziellen Vertragspartner begrenzt. Aktuell liegen daher die größten Erwartungen auf den Ergebnissen der von dem Innovationsfonds geförderten Projekte. Deren finanzielle Förderung ist jedoch zeitlich begrenzt. Zur nachhaltigen Finanzierung von innovativen Versorgungsprojekten ist daher aus unserer Sicht ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget notwendig. Damit könnten auch dezentrale Such- und Entdeckungsprozesse bei der Entwicklung von Versorgungsinnovationen wieder einen höheren Stellenwert gewinnen.

Literatur

- Albrecht M, Neumann K, Nolting HD (2015):** IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rebscher H (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Heidelberg: medhochzwei verlag, 14–54
- Amelung VE, Wolf S (2013):** Medizinische Versorgungszentren – eine Idee setzt sich durch. Public Health Forum, Band 21, Heft 1, 21.e1–21.e3
- Brandhorst A, Hildebrandt H (2017):** Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens: Wie kommen wir weiter? In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 573–612
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017):** Notfallversorgung bedarf eines funktionierenden Patientensteuerungssystems. Pressemitteilung vom 9. Mai 2017; www.dkg.de/dkg.php/cat/38/aid/24171
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2017):** Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO-Diskurs 3/2017. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung
- Fülöp G, Kopetsch T, Schöpe P (2007):** Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 61, Heft 9–10, 57–63
- Greß S, Stegmüller K (2017):** Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 375–85
- Heinrich-Böll-Stiftung (2013):** „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Wirtschaft und Soziales, Band 11. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016):** Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015; www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
- Kuhn B, Amelung VE (2015):** Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 69, Heft 6, 16–24
- Lüngen M (2014):** Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 68, Heft 4–5, 51–56
- Monopolkommission (2017):** Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75 vom 7. März 2017; www.monopolkommission.de → Gutachten → Sondergutachten
- Ozegowski S, Sundmacher L (2012):** Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswesen, Jg. 74, Heft 10, 618–626

Peters C, Feldmann S (2017): Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizung von Integration und Kooperation. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 433–448

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Reiners H (2013): Integrierte Versorgungsstrukturen. Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 1, Heft 3, 15–21

Reiners H (2017): Integrierte Versorgungsstrukturen: Aufgaben der Länder. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 387–402

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2002): Bedarfsgerechtigkeit

und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012. Berlin: Deutscher Bundestag

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Drucksache 18/1940 vom 26. Juni 2014. Berlin: Deutscher Bundestag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 20. Juni 2017)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2016 außerdem Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungswirtschaft, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik.



Dr. phil. Melanie Schnee,

Jahrgang 1972, Studium der Sozialwissenschaften an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Mitarbeit beim DFG-Projekt „Arztberuf und ärztliche Praxis im sozialen Wandel“ an der Universität zu Köln, Promotion 2002, 2001 bis 2011 Projektmanagerin bei der Bertelsmann Stiftung, danach Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Goethe-Universität Frankfurt, Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigschafen und der Katholischen Hochschule Mainz. Seit 2017 tätig als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Fulda im Studiengang Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik.