

**- Es gilt das gesprochene Wort -**

**20 Jahre Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung- Anmerkungen  
zu Historie, Gegenwart und Zukunft  
der gesundheitlichen Versorgung**

*von Ulla Schmidt, Bundesministerin a.D.*

Sehr geehrter Herr Präsident, lieber  
Eckard,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,  
liebe Pioniere und Förderer der  
integrierten Versorgung,

herzlichen Dank für die Einladung zu  
Ihrer Jubiläumsveranstaltung „20 Jahre  
DGIV“. Ich habe diese Einladung gerne  
angenommen, weil das Thema Reform  
von Versorgungsstrukturen und -  
prozessen in meiner Amtszeit als  
Bundesministerin für Gesundheit ein

Schwerpunktthema war und auch heute - 25 Jahre nach der Einfügung des berühmten § 140a ins Sozialgesetzbuch V und 20 Jahre nach Gründung einer entsprechenden Fachgesellschaft - keinesfalls das Stadium der Regelversorgung erreicht hat. Noch immer prägen die Silos von ambulant und stationär unsere Versorgungslandschaft und finden sich an vielen Stellen Brüche in den Versorgungsprozessen. Solche Brüche führen zu unnötigem Leid und zur Verschwendung von Ressourcen. Solche Brüche gefährden Qualität, Wirksamkeit und die Effizienz sowohl bei den einzelnen Patientinnen und Patienten als auch im gesamten Versorgungssystem. Internationale Vergleiche - darauf hat nicht zuletzt der Gesundheitswissenschaftler Professor Reinharde Busse von der TU Berlin immer wieder aufmerksam gemacht -

lassen Deutschland nicht gut aussehen. Eine unangenehme Wahrheit, die sich nicht durch Selbstbeweihräucherung verdrängen lässt, sondern entschiedenes Handeln erfordert.

Sie haben mich gebeten, einen kurzen Blick zurück in die jüngste Geschichte zu werfen. Das mache ich gern, denn das Thema Integrierte Versorgung war und ist ein Kernthema sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Die schon zitierte Vorschrift des § 140a ist zwar in der Amtszeit meiner Vorgängerin Andrea Fischer ins Gesetz aufgenommen worden, doch wir haben die Integrierte Versorgung erst durch die Schaffung von ökonomischen Anreizen - auf Neudeutsch Anschubfinanzierung - zum Fliegen gebracht. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 wurden für diese neue

Versorgungsform je 1 Prozent der Budgets der ambulanten ärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung abgezogen. Leider machten die Gerichte dem bisher größten Integrationsprojekt der Barmer Ersatzkasse mit Hausärzten und Apotheken mit recht fadenscheiniger Begründung den Garaus. Bis heute zeigt sich, dass die etablierten verbandlichen Akteure keinesfalls den Reformwillen des Gesetzgebers unterstützen. Das gilt exemplarisch, aber nicht ausschließlich für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die auch noch stolz darauf war, wenn sie innovative Projekte verhindern konnte. Peinlich wurde es, wenn einzelne Abgeordnete direkt aus Papieren der KBV vorlasen und Argumente gegen jegliche Veränderungen präsentierten. Nur so ist zu erklären, dass die Reservierung von Mitteln für die Integrierte Versorgung

zeitlich befristet blieb und von der schwarz-gelben Koalition trotz nachweisbarer Erfolge nach meiner Amtszeit nicht verlängert wurde.

Im gleichen Gesetzesvorhaben und in Folgegesetzen haben wir den Kreis der Teilnahmeberechtigten erweitert und sowohl die Pflege als auch die Industrie einbezogen. Außerdem wurden die Möglichkeiten der Verbände und Körperschaften begrenzt, IV-Verträge zu blockieren oder zu behindern. Nicht unerwähnt bleiben soll die Aufwertung der hausärztlichen Versorgung sowohl innerhalb der Kollektivverträge als auch über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Hausärztlichen Vertragsgemeinschaften.

Besonders kontrovers wurde über die dauerhafte Verankerung kooperativer Betriebsformen in der vertragsärztlichen Versorgung diskutiert. Erst die

Provokation, dem damaligen Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt Professor Wolfgang Böhmer ein erfülltes ärztliches Berufsleben abzusprechen, da er immer als angestellter Arzt tätig war, bewirkte den Durchbruch. Natürlich durfte die Einrichtungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, die nach der Wiedervereinigung trotz des bewundernswerten Engagements von Regine Hildebrandt ein Mauerblümchen-Dasein führten am Ende des SGB V in einer befristeten Übergangsregelung, nicht Ambulatorien und Polikliniken oder gar Gesundheitszentren heißen. So wurden aus den 311er-Einrichtungen Medizinische Versorgungszentren in ganz Deutschland. Wir haben diese MVZ bewusst als Teil der Integrierten Versorgung angelegt, denn wir haben auf einer fachübergreifenden Ausgestaltung bestanden. Das hat uns nicht davor

bewahrt, als Förderer „einer sozialistischen Staatsmedizin“ verunglimpft zu werden. Übrigens von den gleichen Institutionen, die heute vor dem Eindringen eines amerikanischen Heuschrecken-Kapitalismus warnen, denn nach der Ermöglichung fachgleicher MVZ durch die schwarz-gelbe Koalition sind weite Teile der spezialisierten fachärztlichen Versorgung - so etwa in der Labormedizin, in der Radiologie oder in der operierenden Augenheilkunde - in der Hand investorengestützter Ketten. Ich will dies nicht bewerten, aber nur feststellen, dass mir bisher keine Erkenntnisse vorliegen, die qualitative oder wirtschaftliche Abweichungen in diesen Einrichtungen belegen. Ich sehe dagegen eher eine Mischung aus rückwärtsgewandter Ideologie und Konkurrenzschutz am Werk.

Davon ist auch die aktuelle Debatte um die IV nicht frei. Heute macht der mehrfach reformierte §140a nahezu alles möglich, wozu sich Vertragspartner in besonderen Versorgungsformen bereitfinden. Doch Sie alle wissen, dass viele politisch gewünschten Veränderungen nicht schon dann kommen, wenn der Gesetzgeber sie möglich macht. Selbst wenn aus dem „können“ ein „sollen“ oder gar „müssen“ wird, tut sich wenig bis nichts. denn noch immer halten einige der Akteure im Gesundheitswesen Gesetze für „unverbindliche Empfehlungen der Ministerin“. Ich will aber auch nicht verhehlen, dass einige administrative Regelungen, wie insbesondere die Budgetbereinigung gegenüber dem Kollektivvertrag, noch immer nicht praktikabel gelöst worden sind. Wo bleibt eigentlich hier die Kreativität der deutschen Gesundheitsökonomie, die



doch sonst so schnell mit Kritik an der Gesundheitspolitik bei der Hand ist? Schließlich darf man aktuell nicht verkennen, dass die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung - gelinde gesagt - prekär ist. Ich will mich hier nicht zur mehrmaligen Abschmelzung der Vermögensreserven vieler Krankenkassen äußern. Ich habe immer gesagt: Krankenkassen sind keine Sparkassen. Aber ohne finanzielle Polster gibt es keine Investments in neue Versorgungsformen. Selbst wenn diese längerfristig einen Effizienzgewinn versprechen (das versprechen übrigens alle), muss zuerst in neue Strukturen und Prozesse investiert werden.

Gestatten Sie mir zum Schluss der kleinen Reise durch die jüngste Vergangenheit einen Blick in die Zukunft der IV. Ich bin zutiefst überzeugt, dass die flächendeckende Durchsetzung der

Integrierten Versorgung als „Regelversorgung“ nur erreicht werden kann, wenn wir die betriebswirtschaftliche Binnenlogik der Silo-Versorgung durchbrechen. Konkret heißt das für mich: Wir brauchen bei den wichtigsten Steuerungsinstrumenten Kapazitätsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ein möglichst einheitliches System über die Sektorengrenzen hinweg. Dieses System darf weniger daran ausgerichtet sein, dass die Versorgung im Bett, nahe an einem Bett oder ohne Bett organisiert ist, sondern muss sich auf eine einheitliche Bedarfsplanung, eine vergleichbare Honorierung ärztlicher Leistungen und gemeinsame Qualitätsstandards stützen. Zudem muss das neue System attraktiver sein für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten als der Verbleib im alten System. Schließlich

muss die Integrierte Versorgung der Zukunft die gleichberechtigte Mitwirkung aller Gesundheitsberufe umfassen. Die ärztliche Profession muss vom Thron des Arztvorbehalts absteigen und sich für eine Substitution von bestimmten Leistungen durch (akademisch ausgebildete) Pflegekräfte und Therapeuten öffnen.

Im Zentrum der IV stehen Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Das wichtigste Instrument zur Neuorientierung der Gesundheitsversorgung ist die digitale Transformation bei Versicherung und Versorgung. Digitale Zugangs- und Patientensteuerung sind geeignet, den Herausforderungen, wie etwa der soziale und demographische Wandel, der Fachkräftemangel oder die Ambulantisierung und Personalisierung

der Medizin, zu begegnen. Ohne hier in die Details zu gehen, die Digitalisierung und der medizinisch-technische Fortschritt machen Humanität und Empathie im Handel aller Akteure nicht weniger wichtig. Nur mit einer klaren Patientenzentrierung wird das Vertrauen der Menschen in die Medizin gewahrt bleiben. Integrierte Versorgung bietet hierfür die besten Chancen - nutzen Sie sie!