

■ Gesetzliche Bestimmungen zur Integration von Versorgungsstrukturen

Standardrenten, Rentenniveau 1991 – 2012

Jahr des Inkrafttretens	Gesetzliche Maßnahme	Rechtsgrundlage (SGB V)
1993 (GSG)	Möglichkeit vor- und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus (an maximal 3 Tagen innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Aufnahme bzw. an 7 innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Entlassung) nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt	§ 115a SGB V
1993 (GSG)	Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus ohne vorherige Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt	§ 115b SGB V
1997 (2. GKV-NOG)	Möglichkeit zur Durchführung von Modellversuchen zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung; KVen müssen einem Vertragsentwurf zustimmen, wenn mindestens 50 % der Ärzte, die die Voraussetzung zur Teilnahme erfüllen, dies wünschen	§§ 63-65 SGB V
1997 (2. GKV-NOG)	KVen und Krankenkassen können in Strukturverträgen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die einem Hausarzt oder Verbänden von Hausärzten die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen	§ 73a SGB V
2000 (GKV-GRG)	Reform der Beteiligung an Modellversuchen: Verträge sind sowohl mit den KVen als auch mit einzelnen Vertragsärzten oder mit Gruppen dieser Leistungsbringer möglich	§§ 63-65 SGB V
2000 (GKV-GRG)	Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur integrierten (sektorenübergreifenden) Versorgung unter Beteiligung Krankenkassen, Krankenhausträgern oder Gemeinschaften von Krankenhausträgern, Ärzten bzw. Arztgruppen und/oder KVen	§ 140a-h SGB V
2002 (GKV-RSA-Reform)	Einführung von Disease Management Programmen (DMPs) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen	§ 137f-g SGB V
2004 (GKV-GMG)	Neuregelung zu Verträgen über die integrierte Versorgung, u.a. durch folgende Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> - die integrierte Versorgung wird grundsätzlich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KVen organisiert - der individualvertragliche Charakter der einschlägigen Verträge wird durch den Verzicht auf eine Rahmenvereinbarung und den Ausschluss der KVen von Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung gestärkt - der Kreis der Vertragspartner der Krankenkassen wird ausgeweitet, und zwar auf einzelne Ärzte, auf Medizinische Versorgungszentren sowie auf Managementgesellschaften - die Krankenkassen erhalten das Recht, zur Förderung der integrierten Versorgung bis zu 1 % der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Vergütung für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten 	§ 140a-h SGB V
2004 (GKV-GMG)	Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte fachübergreifend tätig sind, zur vertragsärztlichen Versorgung	§ 95 SGB V

Jahr des Inkrafttretens	Gesetzliche Maßnahme	Rechtsgrundlage (SGB V)
2004 (GKV-GMG)	Einführung der hausarztzentrierten Versorgung	§ 73b SGB V
2004 (GKV-GMG)	Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sowie für hoch spezialisierte Leistungen	§ 116b SGB V
2004 (GKV-GMG)	Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung im Rahmen von Disease Management Programmen	§ 116b SGB V
2007 (GKV-WSG)	Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztverträge)	§ 73c SGB V
2007 (GKV-WSG)	Möglichkeit der Einbeziehung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in Verträge zur integrierten Versorgung	§ 140b SGB V
2011 (AMNOG)	Möglichkeit der Einbeziehung von Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern in Verträge zur integrierten Versorgung	§ 140b SGB V
2012 (GKV-VStG)	Einführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als neuem Versorgungsbereich für die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sowie für hoch spezialisierte Leistungen	§ 116b SGB V