

1 Gesundheitsversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung neuer Versorgungsformen

Clarissa Kurscheid und Hans-R. Hartweg

Die derzeitige große Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem liegt in der systematischen Veränderung der Versorgungslandschaften hin zu einer effizienteren Nutzung und einer vom Sozialrecht vorgegebenen Orientierung zu mehr Wettbewerb. Damit folgt das Sozialrecht den schon gegebenen sozialstrukturellen und epidemiologischen Veränderungen innerhalb der Gesellschaft und fordert über einen Wandel der Betriebsformen hinaus eine Anpassung der Versorgungslandschaften im deutschen Gesundheitswesen. Der folgende Beitrag beleuchtet dieses Spannungsfeld und gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über das deutsche Gesundheitswesen in historischer wie zeitnaher Betrachtung. Anschließend werden die neuen Versorgungsformen am Beispiel der integrierten Versorgung näher beleuchtet und mit Blick auf Struktur und Prozess erläutert. Dabei steht aber nicht nur das im Sozialgesetzbuch definierte Konzept der Integrationsversorgung im Fokus der Untersuchung. Vielmehr richtet sich der Blick auf einen Wandel

der Versorgungslandschaften im Sinne eines Change Managements, dessen Umsetzung eine nachhaltige Systemänderung beinhaltet. Diese nachhaltige Entwicklung wird durch die Abkehr von der Kollektivvertragssystematik erreicht. Das System der kollektivvertraglichen Versorgung soll dabei sukzessive durch kooperative Strukturen ergänzt werden, die aus den neu geschaffenen, einkaufsmodellartigen Versorgungsstrukturen innerhalb des Gesundheitswesens hervorgehen.

1.1 Gesundheitsversorgung in Deutschland gestern und heute

1.1.1 Historische Betrachtung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist einerseits in hohem Maße von dem Sozialversicherungsprinzip Bismarck'scher Prägung be-

einflusst und zeichnet sich durch eine starke, barmherzig geartete Fürsorge aus. Dieser systemimmanente Leitgedanke spiegelt sich u. a. in dem im deutschen Sozialversicherungssystem tief verwurzelten Subsidiaritätsprinzip, aber auch im Solidaritätsgedanken wider. Das Subsidiaritätsprinzip und das Solidaritätsprinzip gehören zu den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Subsidiarität – der nachrangige Status der nächst größeren Institution – beinhaltet einerseits eine Schutzfunktion, indem Hilfe und Unterstützung auf jeden Fall gewährt bleiben, andererseits gilt dies allerdings immer unter der Beachtung bzw. der Pflicht des Einsatzes der persönlichen Kompetenzen. Konkret kann somit im Krankheitsfall Selbstverantwortung erwartet und zugleich institutionelle Unterstützung gewährt werden (vgl. Schulz-Nieswandt 2006). Dabei spielen auch enorme Errungenschaften herausragender Forscher (zu nennen sind Lorenz von Stein oder Robert Koch) eine große Rolle, auf die nachfolgend noch eingegangen werden soll.

Zunächst erfolgt ein kurzer Blick auf die Sozialversicherungsthematik. Ausgehend von dem Mitte des 19. Jahrhunderts bestehenden Hilfskassenwesen etabliert sich mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Bismarck 1883 die „Gesetzliche Krankenversicherung“. Mit der zunächst ausschließlichen Absicherung der Erwerbstätigen bei Krankheit wurde zu diesem Zeitpunkt das Gerüst des Gesundheitssystems gelegt, das in seinen Grundzügen bis in die Gegenwart Bestand hat (Lampert 2007; Bäcker et al. 2008). Ohne auf die Organisationsprinzipien, Leistungserbringung und Finanzströme im Detail einzugehen (vgl. dazu vertiefend Simon 2008), zeichnet sich die Krankenversicherung durch das Solidaritätsprinzip, das Bedarfsprinzip, das Sachleistungsprinzip (vgl. www.g-k-v.com/gkv/) und den Aspekt der Umverteilung (vgl. Knappe et al. 2002) aus. Ein weiteres, allerdings weniger bekanntes Merkmal ist die Genossenschaftsartigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Betrachtet wird hier die Bedarfsdeckung, die auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit oder Umverteilung erfolgt. Dies – auch Reziprozitätsprinzip genannt – wird durch die letzte Gesundheitsreform (GKV-WSG 2007) zugunsten einer verhältnismäßig undurchsichtigen Finanzierung aufgeweicht (vgl. Kurscheid u. Schulz-Nieswandt 2008).

Das Solidaritätsprinzip gewährleistet die vom gesellschaftlichen Status unabhängige Leistung im Bedarfsfall. Daraus ergibt sich das Bedarfsprinzip, d. h. diese Bedarfe werden in Form von Sachleistungen gewährleistet. Die Umverteilung erfolgt horizontal wie vertikal. Beispielhaft sei hier die beitragsfreie Familienmitversicherung sowie die Umverteilung von jung nach alt im Hinblick auf das im Alter sich entwickelnde höhere Krankheitsrisiko mit einer in der posterwerbstätigen Phase verbundenen geringeren Beitragszahlung zu nennen.

In der stationären Versorgung waren die fürsorgeorientierten christlichen Krankenhäuser, die zum Teil aus Armenhäusern hervorgegangen sind, weit verbreitet. Hier wurden gerade in der Struktur der Leistungserbringung früh rollenbasierte Standards, wie beispielsweise die fürsorgliche Hingabe der „Schwester“ und der schon früh auf ärztliche Technik fokussierte Mediziner, gesetzt. Ansonsten waren die Häuser stark mit dem Anstaltswesen verhaftet und es herrschte vornehmlich ein hierarchisch orientierter, paternal geprägter Umgang (vgl. Foucault 2002 und 2005, Schulz-Nieswandt 2009). Das Anstaltswesen umfasst begrifflich den Bereich einer geschlossenen Fürsorge, worunter, ausgehend vom späten Mittelalter, in erster Linie eine in caritativen Einrichtungen gelebte Art der Internierung verstanden wurde. Es kann auch mit einer Mischung aus Versorgung und Verwahrung beschrieben werden. Insgesamt bedeutete aber diese Form der Segregation in erster Linie ein Schutz der anderen (gesunden) Menschen vor den kranken.

Einen wichtigen Beitrag für die Gesundheitsfürsorge und darüber hinaus für die Ent-

wicklung der sozialen Reformen in Deutschland leistete Lorenz von Stein (1815–1890). Er entwickelt in seinen Schriften zur Gesellschaftspolitik (später nennt er sie auch Sozialpolitik) ein „ordnungspolitisches Verständnis“, das in seinen Grundzügen auch heute noch der aktuellen Sicht entspricht. So hat ein sozialer Staat nach der Auffassung von Lorenz von Stein die Pflicht, die Lebensbedingungen der Arbeiterinnen und Arbeiter zu verbessern. Zu seiner Zeit standen hier insbesondere Fragen der Hygiene und der Gesundheit des Einzelnen im Vordergrund (vgl. Kaufmann 2003). In seinen Schriften fand sich zum einen die Motivation, mögliche Klassenkämpfe zu vermeiden. Zum anderen sah er es als notwendig an, dass der nicht-herrschenden Klasse ein Minimum an sozialer Sicherheit, Gesundheitsfürsorge und Bildung zur Verfügung gestellt wurde. Auch wenn beide Aspekte gesellschaftspolitisch in einem Zusammenhang zu sehen sind, hatte er damit an der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge einen erheblichen Anteil (Grosseckler 1998).

Ein weiterer – im Hinblick auf die historische Betrachtung der Gesundheitsversorgung – wesentlich zu nennender Akteur ist Robert Koch. Mit seiner Forschung als Bakteriologe hat er in der Gesundheitsvorsorge wesentlich zur Erkennung von Ansteckung und deren Verhinderung mittels hygienischer Maßnahmen beigetragen.

Die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung vollzog sich innerhalb des historischen Kontexts auf Basis der Standessicherung, wie sie innerhalb des zeitlichen Kontextes auch gelebt wurde. Alber (1992) beschreibt die Entwicklung mit dem Bild einer „doppelten Inklusion“. Dabei wurden sowohl der Versichertenkreis wie auch der Leistungskatalog immer weiter ausgeweitet. In der Zwischenzeit ist jedoch ein Bruch zwischen der sich entwickelnden Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung festzustellen. So wurde der Leistungskatalog während der letzten Gesundheitsreformen nicht mehr ausgeweitet, sondern vielmehr differenziert. Dies führte

dazu, dass einzelne Leistungen wieder zunehmend der individuellen Gesundheitsverantwortung überlassen werden. Dabei reicht das Spektrum von der Erhebung von Zuzahlungen auf einzelne Leistungen bis hin zur vollständigen Ausgliederung von Leistungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog. Ungeachtet dieser Entwicklung ist aber weiterhin wesentliches Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung, dass über 90 Prozent der Bevölkerung einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz innehaben. Die manifestierte Sicherungsstruktur unterliegt jedoch seit einigen Jahren einem ständig fortlaufenden Wandel, sodass nun genau diese Entwicklung, wie zu Beginn angedeutet, in das Zentrum des Interesses genommen wird.

1.1.2 Heutige Entscheidungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen stellt sich in seinen Entscheidungsstrukturen auf drei Ebenen analytisch dar.

- **Die gesetzgebende, normierende Ebene ist die Makroebene, die die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung für die gesetzlich krankenversicherten Personen in der Bevölkerung vorgibt.** Dies erfolgt über die Festlegung der Finanzierungssystematik und über weit reichende Steuerungsmechanismen i. S. von Rahmenvorgaben für das Sozialrecht (Rosenbrock u. Gerlinger 2006). Inwieweit die Akteure der Makroebene aktiv auf die Geschehnisse im Gesundheitswesen Einfluss nehmen, ist insbesondere eine Frage der Sozialstaatstypologie und der damit verbundenen Ausprägung des wohlfahrtsstaatlichen Netzes (SCHMID 2002). In Deutschland erfolgt dies im Sinne einer dualen Ordnung, in der dann die Rahmenvorgaben wie oben benannt dargestellt werden.
- **Die nachfolgende staatsmittelbare Mesoebene ist die Ebene der Verbände.** Diese ist mit den gebündelten Organisationseinheiten der Krankenkassen und Leistungserbringer besetzt. Sie

haben in ihrer Funktion als Körperschaften öffentlichen Rechts in erster Linie die Aufgabe, Vorgaben von der Makroebene handlungsorientiert umzusetzen (Rosenbrock u. Gerlinger 2006). Historisch schlossen sich die Krankenkassen zu Verbänden zusammen und füllten lobbyartig den von der Makroebene vorgegebenen Rahmen aus bzw. leisteten fachliche Unterstützung in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren (Simon 2008). Der Status dieser Körperschaften öffentlichen Rechts wurde allerdings durch die Regelungen des GKV-WSG 2007 revidiert. Mittlerweile laufen viele der einst den Krankenkassenverbänden zugewiesenen, öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf die Nachfolgeorganisation, den sogenannten GKV-Spitzenverband, zu (vgl. dazu vertiefend www.gkv-spitzenverband.de/Home.gkvnet [abgerufen am 13.01.2009]). Örtlich betrachtet, orientiert sich die Ebene auch an regionalen Strukturen. Eine solche Struktur ist insbesondere in der stationären Versorgung anzutreffen. In diesem Sektor ist die Beteiligung der Bundesländer im Rahmen der so genannten, dualen Finanzierung vorgeschrieben. Danach werden die Investitionskosten durch das Land und die laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen getragen.

- **Die dritte Ebene – Mikroebene – betrifft einerseits die Arzt-Patienten- und andererseits die Arzt-Krankenkassen-Beziehungen.** Hier findet die eigentliche Leistungserbringung am und mit dem Patienten bzw. die Abwicklung der Versicherungsleistungen und -gegenleistungen statt. Die ins Detail erarbeiteten Handlungsvorgaben werden hier angewendet. Das Handeln der Akteure wird dabei sektorenübergreifend als ein gesamtes Gefüge gesehen. Dabei ist der Patient von einem im hohen Maße kooperativen Handeln von den verschiedenen Leistungserbringern abhängig. Findet kein oder nur teilweise kooperatives Handeln statt, kommt es zu Ineffizienzen und Redundanzen in Diagnostik und Therapie.

Über die kollektivvertragliche Steuerung war das Gesundheitssystem bis 2004 ausschließlich top-down-orientiert, und es gab verhältnismäßig wenig Spielräume für wettbewerbliche Entwicklungen sowie für einen patientenorientierten Einsatz. Dies wurde auch mehrfach durch den Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2001) bemängelt und mit Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Erst mit der Einführung neuer Versorgungsstrukturen, insbesondere der integrierten Versorgung, erhielten die Akteure weitergehende Handlungsspielräume. Die Makroebene setzt dabei auf einen wettbewerbsorientierten Handlungsrahmen, in dem die Differenzierungsbemühungen der Einzelnen belohnt werden sollen. Dementsprechend können Ärzte zusätzliche Erlöse erzielen und Krankenkassen mit neuen Angeboten für ihre Versicherten attraktiver werden (vgl. Hartweg 2007).

Demgegenüber hat sich die Bevölkerung in ihrem Krankheitspanorama und in ihrer gesellschaftlichen Struktur in den letzten 20 bis 30 Jahren stark gewandelt. Während Unfälle und akut erscheinende Krankheitsbilder zurückgegangen sind (was mit Sicherheit eine Leistung des medizinisch-technischen Fortschritts ist), nehmen chronische Krankheitsbilder quantitativ immer mehr Raum ein. Die Sozialstruktur hat insbesondere im Hinblick auf Migration, Schichten- und Genderspekte einen enormen Wandel vollzogen und die demografische Situation einer doppelten Alterung (in dem Sinne, dass es immer mehr alte Menschen gibt, die zudem immer älter werden) fordert eine andere Gesundheitsversorgung ein.

1.1.3 Umgang mit Über-, Unter- und Fehlversorgung

Die seit 2001 vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen gutachterlich festgestellte Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung ist

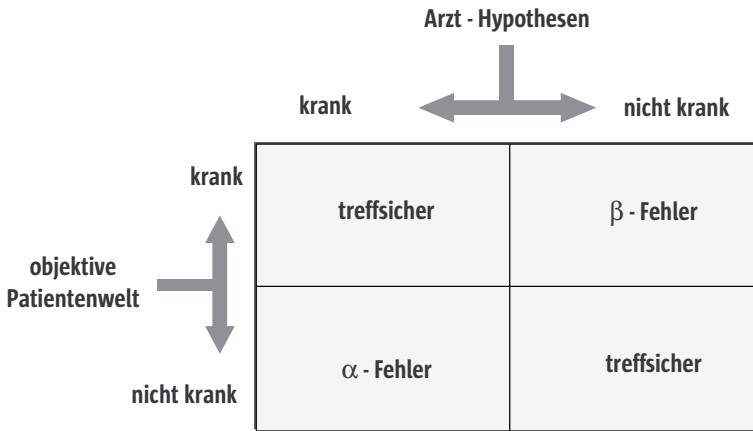


Abb. 1 Entscheidungsmatrix zur ärztlichen Diagnostik (in Anlehnung an Schulz-Nieswandt 2004)

ein bereits lange vorherrschendes Phänomen, das insbesondere von Gesundheitsökonomen und Medizinern oft postuliert wurde (vgl. Cas- sel et al. 2006, Braun et al. 2007, Schulz-Nies- wandt u. Kurscheid 2004).

Aus medizinischer Betrachtung ergeben sich bei der Behandlung des Patienten nachfol- gend aufgeführte Szenarien, aus denen das Phänomen der Fehlversorgung erklärt werden kann. In der Vierfeldertafel der Abbildung 1 sind zunächst mögliche Ergebnisse beim Auf- einandertreffen von Arzt und Patient zu sehen. Außer der Möglichkeit, dass der Arzt auf Basis der vom Patienten geäußerten Informationen eine treffsichere Hypothese aufstellt und da- nach die entsprechende Behandlung ausrich- tet, hat er zudem das Risiko der Fehl- oder Falsch-Hypothese. Dabei ist das Worst-Case- Szenario, dass ein Arzt den Patienten als nicht krank diagnostiziert, obwohl der Patient an einer Krankheit leidet. Dieser Fall wird in der Abbildung 1 als β -Fehler bezeichnet und würde der Nomenklatur entsprechend eine Unterver- sorgung bedeuten. Zu erwähnen ist zudem das Phänomen der Fehlversorgung. In diesem Sze- nario wird eine Krankheit diagnostiziert, die nicht der Krankheit des Patienten entspricht. Ein weiterer unerwünschter Fall wäre der der

Überversorgung (hier als α -Fehler bezeichnet). Dieses Szenario tritt auf, wenn der Patient nicht krank ist, aber vom Arzt als krank be- zeichnet wird.

Den hier aufgezeigten Szenarien der Unter- oder Fehlversorgung wird der Mediziner in aller Regel mit einem „Zuviel“ an Medizin entgeg- en. Dies erfolgt häufig über Mehrfachunter- suchungen oder -diagnostiken o. ä., die mit einer Überversorgung einhergehen. Gesund- heitsökonomen diskutieren dabei nicht nur bei der Diagnostik in zunehmendem Maße Gefah- ren oder mögliche Schäden, sondern bedenken auch die häufig auftretenden Schnittstellen- probleme, die auf mangelnden Absprachen im Gesundheitswesen beruhen und entsprechende Fehlversorgungsphänomene zur Folge haben. Dabei ist der Patiententransfer zwischen statio- närem und ambulantem Sektor hervorzuhe- ben. Aufgrund mangelnder Übergaben, subop- timaler Dokumentationen oder sektorenspe- zifischer Restriktionen können die zuvor be- schriebenen Phänomene zu Trage treten (vgl. hierzu vertiefend Schulz-Nieswandt 2003).

Nun stellt sich unter dem gesundheitspoli- tisch determinierten Primat der Beitragssatz- stabilität und der damit einhergehenden Ver- knappung der zur Verfügung stehenden Res-

sources die Frage, wie Neuerungen im System zu etablieren sind. Die Antwort auf diese Frage wird in erster Linie mit einer Veränderung der Angebotsstruktur und der Implementierung von Wettbewerbselementen gegeben. Folglich findet ein gesundheitspolitisch gewollter Wandel der Versorgungslandschaften statt, der mit integrativen Versorgungsansätzen einhergeht und darüber hinaus auch die veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten berücksichtigt.

1.2 Neue Versorgungsformen und deren Implikationen auf Strukturen und Prozesse

In der nachfolgenden Betrachtung der neuen Versorgungsformen bedarf es einer Einschränkung in der Begrifflichkeit. Im europäischen und außereuropäischen Ausland werden Versorgungsansätze, die dem Managed Care-Ansatz folgen, „neue Versorgungsformen“ genannt (vgl. Seitz et al. 1997). Solche Versorgungsansätze werden schon seit Jahren erfolgreich genutzt und sind daher nicht neu. Beispielsweise sei hierfür die Schweiz zu nennen (Lehmann 2003). Folglich handelt es sich nur in Deutschland um *neue* – oder besser gesagt bis dato noch nicht angewandte – Formen der Versorgung.

1.2.1 Relevante Strukturen und Umsetzungsformen

Die integrierte Versorgung lässt sich als ein multidisziplinäres, sektorenübergreifendes Versorgungskonzept definieren. § 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V spricht von einer die Leistungssektoren übergreifenden oder aber einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung. Über eine stärkere Zusammenarbeit und die Herausbildung von möglichst schnittstellenarmen Prozessen wird versucht, die Behandlungen in dem stark fragmentierten Gesundheitssystem

effizienter zu gestalten. Ähnlich wie beim Managed Care dient die integrierte Versorgung dabei jedoch keinem Selbstzweck, sondern zielt durch den hohen Integrations- und Vernetzungsgrad auf Wirtschaftlichkeitsreserven, die innerhalb des Gesundheitssystems „gehoben“ werden sollen (Strang u. Schulze 2004).

Mit den Integrationsversorgungen sollen gezielt Verbindungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor geschaffen sowie haus- und fachärztliche Versorgung optimaler ausgestaltet werden. Nach 2004 gelangen zunächst nur wenig aufwendige Integrationsvertragsgestaltungen. Die Möglichkeit, eine integrierte Versorgung umzusetzen, bestand schon seit 2000, spielte aber in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle. Grund dafür waren verbandspolitische Blockaden rund um die Finanzierung und Teilhabe an den selektivvertraglichen Leistungen (Schulz-Nieswandt 2002, Drumm u. Achenbach 2005). In erster Linie handelte es sich dabei um Verträge über kurzstationäre, elektive Operationen (bspw. Knie- und Hüftprothetik) und kardiologische Maßnahmen. In der Entwicklung wurden anschließend erste Fach- und Hausarztverträge vereinbart. Nicht wenige Krankenkassen verknüpften in dieser Zeit Integrations- und Hausarztverträge (Hausarztmodelle wurden nach dem GMC 2004 für die Krankenkassen eine verpflichtend einzurichtende Maßnahme [§ 73b Abs. 1 SGB V]). Diese Verknüpfung scheint opportun, da sich Schnittstellenprobleme häufig proportional zu steigender Integration entwickeln. Als Ursache sind in den meisten Fällen Kommunikationsprobleme zu nennen. Laut Gesetzestext sind heutzutage explizit Integrationsversorgungen mit einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung sowie abgestimmte Behandlungsregime mit einer gezielten Arzneimittelversorgung (§ 130a Abs. 8 SGB V) gewünscht. Die bevölkerungsbezogene Flächendeckung wurde mit dem GKV-WSG ins Gesetz eingefügt. Dies war eine Folge von sich entwickelnder Kritik über die Art der Integrationsversorgungspro-

jekte. Nachfolgend werden typische Integrationen bzw. Kooperationen kurz erläutert.

Partielle Versorgungsverträge

Diese Verträge sind der Intention des Gesetzgebers folgend nicht den §§ 140a–d SGB V zuzuordnen, da sie häufig lediglich zusätzliche Vergütungen für die Leistungserbringer beinhalten. Sie folgen dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“. Teilnehmende Leistungserbringer sind Beleg- und Facharztgruppen, Praxis- und Tageskliniken sowie ambulant operierende Fachärzte.

Indikationsbezogene Versorgungsverträge

Hierbei handelt es sich um Kooperationen über die einzelnen Sektoren hinweg. Die Vergütung erfolgt in der Regel über so genannte Komplexpauschalen, die direkt mit den Kooperationspartnern (bspw. Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser oder Krankenhäuser und Fachärzte) vereinbart werden. Häufig orientieren sich diese Komplexpauschalen an den Vergütungsformen, die entsprechend der kollektivvertraglichen Regelungen (bspw. im akutsituationären Sektor: Vergütung gemäß der DRGs) vereinbart wurden und von den Krankenkassen direkt an die Partner ausgezahlt werden. Diese Versorgungsverträge zielen auf elektive Eingriffe wie zum Beispiel endoprothetische Operationen oder planbare, kardiologische Maßnahmen. Organisatorisch handelt es sich deswegen um gut eingespielte Behandlungspfade, denen planbare Versorgungsprozesse vom präoperativen Stadium bis hin zur Nachsorge zugrunde liegen und damit den gesamten Behandlungsfall abdecken. Nach Mühlbacher (2007) sind selbst unter Berücksichtigung des hohen Entwicklungs- und Controllingaufwandes für diese indikationsbezogenen Projekte Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von bis zu 15 Prozent anzunehmen.

Populationsbezogene Vollversorgungsprojekte

Die Variante mit dem höchsten Integrations- und dem komplexesten Organisationsgrad stellt eine flächenbezogene Vollversorgung für eine Region dar. Entsprechend gering ist bislang der Umsetzungsstand solcher Versorgungspiloten. Diese Projekte gehen mit einer hohen Budgetverantwortung einher und sind nur über ein eigenes Management steuerbar. Die Umsetzung setzt die sektorenübergreifende (am besten regional organisierte) Kooperation zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern voraus. Hier liegen große Hürden, da die planerischen, aber auch operativen Regelungen in den einzelnen Sektoren zum Teil gegenteilige Anreize setzen (Mühlbacher 2002).

Von Beispielen einer erfolgreichen Umsetzung kann bislang kaum berichtet werden. Seit 2006 existiert das IV-Vollversorgungsprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Hier haben niedergelassene Haus- und Fachärzte eine IV-Betreiber-gesellschaft gegründet und mit der AOK Baden-Württemberg eine Vereinbarung getroffen, um ca. 30.000 Versicherte in der ländlichen Region besser zu versorgen (Seiler 2007). Darüber hinaus kann aber auch die Übernahme der Versorgungsverantwortung in einem städtischen Gebiet erfolgen. Diesem Grundgedanken folgte der Ersatzkassenverband mit seinen Bemühungen der Zentralisierung der Leistungserbringung am Standort Kassel (Hartweg 2008). Auch wenn dieser Versorgungsansatz auf Basis des § 73c SGB V vereinbart wurde, sind Merkmale von integrativen Versorgungsstrukturen zu erkennen.

Die in Deutschland eingetretene Entwicklung der integrierten Versorgung vollzog sich in den zuvor dargestellten Stufen. Nach einer eher schleppend verlaufenen Anfangsphase in den Jahren 2000–2003, beflügelten erst die geänderten Rahmenbedingungen ab 2004 die wettbewerblichen Bemühungen der Vertragspartner. Zum 30.06.2008 war ein Zwischenstand von über 5.500 Verträgen mit fast vier

Mio. teilnehmenden Versicherten erreicht. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind gemäß der Statistiken der Gemeinsamen Registrierungsstelle heute zu etwa gleichen Teilen an integrierten Versorgungsprojekten beteiligt (vgl. Kalkulationszahlen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GMBH, Stand 15.07.2008). Wurden die Versorgungsverträge in der ersten Phase noch für Akutbehandlungen vereinbart, so kamen mit dem Einbezug der niedergelassenen Ärzte auch Integrationsprojekte zur dauerhaften Patientenversorgung zum Zuge (Hartweg 2007).

1.2.2 Wandel der Versorgungslandschaften

Die Makroebene hat insbesondere in den beiden letzten Reformwerken (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – GMG 2004, und Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – WSG 2007) den Weg zur Implementierung von integrativen Versorgungsstrukturen geebnet (Hartweg u. Kurscheid 2007), indem sie vereinfachte Vertragsmöglichkeiten schuf. Fortan konnten die Akteure wesentlich leichter Verträge über Integrationsangebote vereinbaren. Für diese Leistungsstrukturen entzieht die Makroebene damit der Mesoebene die Vertragshoheit. Seit dem Inkrafttreten des GMG entstand damit neben der kollektivvertraglichen auch eine Welt der Selektivverträge, beide Systeme existieren nebeneinander. Diese Veränderungen im Kontraktmanagement waren Grund für die Entwicklung einer parallel laufenden bottom-up-Steuerung im Gesundheitswesen. Nicht mehr ausschließlich die bzw. der auf der Mesoebene agierenden Verbände bzw. der (neue) GKV-Spitzenverband schließen (Gesamt-)Verträge, denen sich alle Akteure unterordnen müssen, sondern Ärzte und Arztgruppen bis hin zu Managementgesellschaften können direkt mit einzelnen Krankenkassen Verträge zur Leistungserbringung im Gesundheitswesen vereinbaren.

Ohne im Detail auf die einzelnen Betriebsformen innerhalb einer integrierten Versorgungssystematik (Braun u. Schulz-Nieswandt 2006, Kurscheid u. Hartweg 2008) oder auf die damit einhergehenden Transaktionskosten (Hartweg 2007) einzugehen, basiert das System auf einer Grundstruktur, von der die drei oben genannten Grundmodelle ableitbar sind.

Vor der Umsetzung von integrierten Versorgungskonzepten sind die Verhandlungen zwischen Träger (Krankenkasse) und Anbieter bzw. Anbietergemeinschaft entscheidend. Deren Beziehung wird in ein vertragliches Korsett gebracht, das den Rahmen für die dann entstehende, oftmals komplexe Organisationsform bietet. Die Anbietergemeinschaft bietet der Krankenkasse möglichst in Partnerschaft mit der Pflegekasse (vgl. § 92 SGB XI) ein Produkt an. Dieses wiederum wird den Versicherten der Krankenkasse als Dienstleistung (ggf. in Verbindung mit Anreizen wie bspw. einen Bonus) unterbreitet. Die Anbietergemeinschaft wiederum verpflichtet sich auf die angebotenen Leistungspakete, die sie dann in Eigenleistung oder zusammen bei anderen Leistungserbringern (make or buy-Entscheidung) erbringt.

Nachfolgende Abbildung 2 zeichnet die Grundstruktur einer integrierten Vollversorgung auf.

Dieser Grundgedanke ist nicht neu. Dennoch haben sich in Deutschland die meisten Anbieter (aber auch Krankenkassen) aufgrund des hohen Organisationsaufwands und der Anforderung an Kooperation, Kommunikation und Koordination bislang mit einer Umsetzung zurückgehalten. Für die Ausprägung einer solchen integrierten Vollversorgung bieten sich eigentlich nur drei Grundmodelle an:

- Das erste Modell wäre ein integriertes Versorgungszentrum mit eingegliedertem Ärztenetz. Im Zentrum könnten fachärztlich spezialisierte Leistungen erbracht werden (vgl. Klaubert et al. 2006). Dieses Grundmodell könnte ein mit einem Gatekeeper agierendes Arztnetz sein, das die Versorgung der Bevöl-

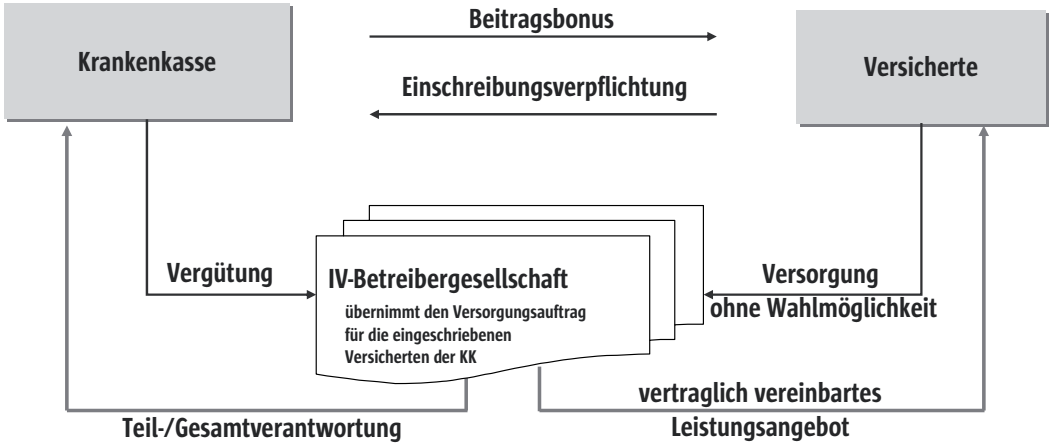


Abb. 2 Grundstruktur der Integrierten Versorgung

kerung flächendeckend sicherstellt. Kombinationen mit para-medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern sind möglich.

- Das zweite mögliche Modell wäre ein satellitenartiges, dezentrales Ärztenetz. Dabei wäre eine kleinräumige Zusammenarbeit mit einer überregionalen Gesamtstruktur denkbar.
- Das dritte Modell bestünde in einem ambulanten Zentrum. Solche Zentren decken innerhalb des Hauses das gesamte Leistungsspektrum ab und bieten strukturierte Behandlungsprogramme über den gesamten Versorgungsprozess hinweg ab.

Die gesetzlichen Regelungen bieten nicht nur die Möglichkeit, gezielt Verträge abzuschließen und eine interprofessionelle Verzahnung zu gewährleisten, sondern ermöglichen einen spezifischeren Umgang mit dem aktuellen gesellschaftlich vorherrschenden Krankheitsgeschehen. Die Bevölkerung ist in erster Linie mit chronisch degredienten Volkskrankheiten konfrontiert, allen voran Diabetes Mellitus bzw. die koronare Herzkrankheit. Die Behandlung solcher Krankheiten erfordert nicht nur innovative Ansätze, sondern in erster Linie auch schnittstellenübergreifende Behandlungskon-

zepte, damit eine Verbesserung bei der Patientenbehandlung im Vergleich zum Status quo erreicht wird. Die neu zu schaffenden Versorgungsprozesse sollen das Krankheitsgeschehen besser abbilden und stellen sich stärker auf die Behandlungen in der Ablauforganisation ein. Die Versorgungsprozesse werden optimiert, sie sind nicht mehr ausschließlich sektoral und budgetorientiert gesteuert, sondern orientieren sich am Patienten. Dies sind mit Blick auf die Versorgungsqualität wünschenswerte Effekte. Allein bei Diabetes Mellitus besteht ein Krankheitsaufkommen von sieben bis acht Prozent in der Erwachsenenbevölkerung, was Diabetes in seinem durchschnittlichen Kostenaufkommen – reflektierend auf die restlichen Ausgaben innerhalb der gesetzlich Krankenversicherung – zu einer der teuersten Krankheiten in Deutschland macht (Pfaff et al. 2003).

Der monetär bewertete Nutzen eines patientenorientierten und passungsfähigen Behandlungskonzepts ist den Krankenkassen bislang nur vage bekannt. Die Quantifizierung ist kaum möglich, da es gilt, zu viele Variablen gleichzeitig zu evaluieren. Mit der Einführung eines selektivvertraglichen Vertragsmanagements wird es voraussichtlich möglich, Pauschalen mit den Anbietern zu veranschlagen, die die therapeu-

tische Komplexität des Krankheitsbildes berücksichtigen und zudem Verwaltungskosten reduzieren. Über die Vergütung gemäß der DRGs im akutstationären Sektor hinaus soll dabei auch die Vergütungsreform im ambulanten Sektor in Form der Regelleistungsvolumina helfen. Folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen, die im Zusammenhang mit den *neuen* Versorgungsformen zu diskutieren sind. Hier handelt es sich um eine Auswahl der identifizierten Paragrafen.

1.3 Zukunft und Gefahren der neuen Versorgungsformen

Die Möglichkeiten, Konzepte zur Integrationsversorgung zu etablieren, werden seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2004 intensiver denn je genutzt. Diese Entwicklung geht unstrittig auf die geänderten Rahmenbedingungen (insbesondere die aus vorgenannter Reform hervorgegangenen erleichterten Finanzierungsbedingungen) zurück. Den Erleichterungen stehen aber noch immer Hemmnisse ent-

Tab. 1 Auswahl der gesetzlichen Grundlagen zu den neuen Versorgungsformen

Paragraf	Titel der gesetzlichen Regelung	Erläuterung
§ 11 Abs. 4 SGB V	Leistungsarten	Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbeiriche (Schnittstellen/Anschlussversorgung)
§ 53 SGB V	Wahltarife	Anreize über Bonussysteme (kombiniert mit Versorgungsverträgen)
§ 73 a SGB V	Strukturverträge	Möglichkeiten zur Verzahnung ambulanter Versorgungsstrukturen (vernetzte Praxen)
§ 73 b SGB V	Hausarztzentrierte Versorgung	Pflicht zur Etablierung hausärztlicher Versorgungsangebote (Primärarztssystem)
§ 73 c SGB V	besondere ambulante ärztliche Versorgung	Option zur Etablierung besonderer fachärztlicher Versorgungsformen
§ 95 Abs. 1 SGB V	Medizinische Versorgungszentren als fachübergreifende Einrichtungen	Bündelung neuer Behandlungsangebote der niedergelassenen Versorgung
§§ 115, 115 a, 115 b und 116 b SGB V	Förderung des Belegarztwesens/Kooperation in Vor- und Nachsorge/Ambulantes Operieren/ Ambulante Behandlung im Krankenhaus	definierte Schnittstellen zur akutstationären Versorgung
§ 129 Abs. 5 b SGB V	Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung	mögliche Einbindung der Apotheken in (selektiv-)vertragliche Versorgungsformen
§ 137 f. SGB V	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	Disease Management Programme (DMP)
§ 140 a ff. SGB V	Integrierte Versorgung	Krankenkassen können fachübergreifende oder sektorenübergreifende Versorgungsformen mit zugelassenen Leistungserbringern vereinbaren
§ 92 b SGB XI (i. V. m. § 140 b SGB V)	Integrierte Versorgung	Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und anderen Vertragspartnern Integrationsverträge vereinbaren

gegen, die teilweise auf Institutionen (z. B. die weiterhin dominierenden Regelungen der sektoral organisierten Versorgung, insbesondere Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung), teilweise aber auch auf andere konkurrierende Institutionen (wie bspw. das Wettbewerbsrecht) zurückzuführen sind. Den wettbewerblichen Anstrengungen der (potenziellen) Vertragspartner stehen bei der Entwicklung der neuen Versorgungsformen fördernde, aber auch hemmende Institutionen gegenüber. Die Akteure müssen sich in gleicher Weise mit den administrativen Kosten auseinandersetzen, die durch ihre Bemühungen entstehen. Genauso wie die Veränderungen der Institutionen sind dabei auch die Veränderungen der Kostenstrukturen zu beachten (vgl. Hartweg 2007).

Resümierend werden die Anbieter von integrativen Leistungen, aber auch die Krankenkassen gleichermaßen in die Pflicht genommen, Versorgungsangebote so attraktiv zu gestalten, dass diese den Mehrleistungspräferenzen der (potenziellen) Patienten entsprechen (vgl. Hartweg 2008).

Ob sich die neuen Versorgungsformen allerdings unter den Änderungen der Finanzierung der Krankenkassen (Stichwort: Gesundheitsfonds) auch weiterhin durchsetzen werden, ist eine Frage, die erst in der Zukunft beantwortet werden kann. Seit 1.1.2009 fließt anstelle der bislang kassenindividuell unterschiedlichen Beitragssätze eine einheitliche Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) an die Krankenkassen. Diese Regelung birgt aus Sicht einer auf Wettbewerb ausgerichteten Versorgung erhebliche Gefahren. Krankenkassen könnten zukünftig ihr einzelvertragliches Engagement zurückfahren, wenn sie fürchten müssen, mit ihren Bemühungen die Versicherungsgemeinschaft – im Vergleich zu den Mitbewerbern – stärker zu belasten und damit Wettbewerbsnachteile zu erleiden.

Literaturverzeichnis

- Alber J (1992) Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Campus Frankfurt am Main
- Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly JN, Läger R (2006) Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Bäcker G, Naegele G, Bispinck R, Hofemann K, Neubauer J (2008). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 4. Aufl., Band 2. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden
- Braun B, Kühn H, Rosenbrock R (2007) Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP). Sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. (Zwischenbericht) http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-642-4-2.pdf [Abgerufen am 13.01.2009]
- Braun GE, Schulz-Nieswandt F (2006) Die Liberalisierung im Gesundheitswesen. In: Braun GE, Schulz-Nieswandt F (Hrsg.) Liberalisierung im Gesundheitswesen. Nomos Baden-Baden, 9–17
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008) Internetseiten der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V, Statistik der gemeldeten Verträge. www.bqg-register140d.de [Abgerufen am 13.01.2009]
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Waser J (2006) Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristige umsetzbare Reformschritte. www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf [Abgerufen am 19.1.2009]
- Drumm S, Achenbach A (2005) Integrierte Versorgung mit Klinischen Pfaden erfolgreich gestalten. Ecomed Landsberg
- Foucault M (2002) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Frankfurt am Main
- Foucault M (2005) Wahnsinn und Gesellschaft. 16. Aufl., Suhrkamp Frankfurt am Main
- Grossekettler H (1998) Lorenz von Stein (1815–1890) Überblick über Leben und Werk. Beitrag Nr. 258. Münster
- Hartweg HR (2007) Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland. LIT Münster
- Hartweg HR, Kurscheid C (2007) Die Neuregelungen zur integrierten Versorgung im GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG). In: Hellmann W (Hrsg.) Handbuch Integrierte Versorgung. Ecomed Landsberg
- Hartweg HR (2008) GesundheitsPartnerschaft Nordhessen – Eine Alternative der Ersatzkassen zur vertragsärztlichen Versorgung. In: Die Ersatzkasse 2, 64–66
- Kaufmann FX (2003) Sozialpolitisches Denken. Suhrkamp Frankfurt
- Knappe E et al. (2003) Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: