

# Vorwort

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich mitten im Umbruch. Noch nie gab es so viele strukturelle Veränderungen wie in der letzten Zeit. Es entsteht jetzt eine völlig neue Versorgungslandschaft. Dabei haben die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre gezielt auf eine Veränderung der Angebotsstrukturen in der ärztlichen Versorgung hingearbeitet. Die kollektivvertragliche Regelversorgung bekommt zunehmend Konkurrenz durch Einzel- und Gruppenverträge. Einzelpraxen werden zum Auslaufmodell. Es entstehen neue Netzwerke, die den Menschen eine reibungslose und ineinandergreifende Versorgung mit hoher Versorgungssicherheit bieten. Als Beispiel dafür dient die Palliativversorgung in Deutschland. Mit Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde ein gesetzlicher Rahmen zur Umsetzung einer integrierten Versorgung für eine eng umschriebene Patientengruppe geschaffen und mit finanziellen Ressourcen ausgestattet. In solchen Netzwerken liegt die Zukunft der medizinischen Versorgung.

In einer Gesellschaft des längeren Lebens, in der chronische Krankheiten und Multimorbidität zunehmen, werden Zusammenarbeit und Koordination der Leistungen immer wichtiger. Man hätte erwartet, dass sich Modellprojekte zur integrierten Versorgung zuerst in der Geriatrie oder aus der Geriatrie her entwickeln würden. Dem war aber nicht so. Cicely Saunders, die Begründerin der Palliativbewegung in England, hat die Gründe klar erkannt. »Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorpatienten gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen« (Steuer 2008, S. 9). Eine umfassende, flächendeckende Verbesserung der Versorgung alter Menschen muss an der Komplexität der Aufgabe und den Eigeninteressen der Akteure zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheitern.

Wir haben deshalb in der neuen Auflage den Modellcharakter der SAPV aufgegriffen. Es gilt nun, die Ansätze der neuen Versorgungsmodelle, die überall in Deutschland entsprechend der lokalen Unterschiede etwas anders ausgestaltet sind, weiter zu entwickeln. Um Schnittstellen in der Versorgung zu überwinden, brauchen wir eine verstärkte Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur integrierten Versorgung der großen Volkskrankheiten und von multimorbiden Patienten. Wie Studien (Barnett 2012) zeigen, nimmt die Multimorbidität nicht nur im Alter zu,

sondern auch in jüngeren Jahren. Betrachtet man die Absolutzahlen, dann gibt es mehr multimorbide Menschen unter als über 65 Jahren. Indikationsbezogene Verträge müssen deshalb breiter angelegt sein. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren weitere Bewegung in die Versorgungsstrukturen kommen wird.

## Literatur

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. In: *The Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- Steuer, J. (Hrsg.) (2008). *Palliative Care in Pflegeheimen: Wissen und Handeln für Altenpflegekräfte*. Hannover: Schlütersche.