

1 Durch Kooperation fit für die Zukunft

Ernst Bühler

1.1 Allgemeine Vorbemerkungen

Das Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich in einem tiefgreifenden Umbruch. Die ambulante sowie die stationäre Versorgung sollen grundlegend neu geordnet und die Stellung der Hausärzte gestärkt werden. Politik und gesetzliche Krankenkassen streben unter dem Diktat der leeren Kassen eine *bessere Vernetzung* der ambulanten und stationären Versorgung an. Die Ziele sind unter anderem: Doppeluntersuchungen vermeiden, regionale ärztliche Überversorgung abbauen und Kosten reduzieren. Unter dem Druck der Wirtschafts- und Finanzpolitiker nehmen Gesundheits- und Sozialpolitiker auf Partikularinteressen kaum mehr Rücksicht. Alle Parteien stehen vor demselben Problem. Das Wirtschaftswachstum in Deutschland wird in den nächsten Jahren zwischen 0 und 3 % pendeln. Die finanziellen Ressourcen reichen somit nicht aus, die jetzigen ambulanten und stationären Strukturen mit dem erforderlichen Geld auszustatten. Die bisherigen Maßnahmen in der Gesundheitspolitik, vorneweg die zunehmende Selbstbeteiligung, können das System nicht auf Dauer stabilisieren. Es ist zu befürchten, dass statt einer Trendwende eher das Gegenteil eintritt. Dass die medizinische Versorgung eher schlechter und teurer als besser und günstiger wird. Nach Kondratieff (2000) ist der Wirtschaftsmotor Nummer eins in der jetzigen Dekade die Gesundheit. Mit planwirtschaftlichen Maßnahmen wird der »startende Motor« aber nicht zum Laufen gebracht. Überbordende bürokratische Maßnahmen im Gesundheitssystem und in der Altenhilfe führen zu einem unnötigen Ressourcenverbrauch und unzufriedenen »Kunden«. Patienten werden sich bei steigender Selbstbeteiligung überlegen, ob sie den Hausarzt oder den Facharzt aufsuchen, wenn sie aus der eigenen Tasche dafür aufkommen müssen. Auch bei den Privatversicherungen wird angesichts kontinuierlich steigender Beiträge die *Tendenz zu höherer Selbstbeteiligung* steigen und damit die Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Auch von unternehmerischer Seite stehen Ärzte und hier insbesondere die Fachärzte unter zunehmendem Druck. Bei stagnierenden Erlösen nehmen die Kosten und Investitionsvolumina gravierend zu. Die Betriebskosten zehren einen großen Teil des Umsatzes auf. Nicht anders ergeht es den Kliniken. Angesichts dieser Tendenzen stellt sich die Frage,

ob durch Kooperationen Synergieeffekte erzielt und damit der wirtschaftliche Erfolg gesichert werden kann.

Kooperationsformen	<p>Welche Kooperationsformen sind möglich? Nicht-fachübergreifende Gemeinschaftspraxen werden auf Dauer voraussichtlich keinen Bestand haben: Die Kosten sinken nicht im notwendigen Umfang. Ebenso sind Praxisnetze kritisch zu betrachten. Sie drücken zwar die Ausgaben der Krankenkassen, führen aber selten zu den nötigen Kostenreduzierungen für die Praxisinhaber. Deshalb sind effizientere und finanzkräftigere Kooperations- und Gesellschaftsformen notwendig. Falls die Hausärzte in Zukunft die <i>Gatekeeper-Funktion</i> im ambulanten Sektor bekommen sollten, wird sich der <i>Trend zu Praxiskooperationen aber auch zu Kooperationen mit anderen Berufsgruppen</i> zwangsläufig verstärken. Der Hausarzt kann und muss nicht alle Aufgaben der medizinischen, pflegerischen (Behandlungspflege z. B. Verbandswechsel, Katheterwechsel etc.) und sozialen Versorgung selbst übernehmen. Er muss sich vom »Alleinunterhalter« zum »Dirigenten« weiter entwickeln. Verschiedene Kooperationsformen in Deutschland zeigen, dass Effizienz, wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit möglich sind. Polikliniken sind bereits jetzt erheblich kostengünstiger zu betreiben als Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Deshalb wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken, Kompetenz- und Facharztzentren eröffnet. Die Zusammenarbeit über die bisher getrennten ambulanten und stationären medizinischen Sektoren hinweg wird zunehmen. Dieser Trend wurde durch die Einführung der DRGs noch verstärkt. Die Frage ist, ob die Kliniken in Zukunft den niedergelassenen Ärzten als Konkurrenten gegenüberstehen werden und sich selbst stärker im ambulanten Sektor engagieren oder ob sich zwischen beiden Kooperationsformen entwickeln. Die niedergelassenen Ärzte haben prinzipiell keine schlechte Verhandlungsposition. Einerseits haben sie als Einweiser für die Kliniken eine gewisse Marktmacht, andererseits stehen die Klinikambulanzen bei Kassen- wie Privatpatienten in keinem guten Ruf. In der Regel ist es so, dass Patienten am liebsten zum Hausarzt oder gleich zu einem Facharzt gehen. Klinikambulanzen werden lediglich im Notfall aufgesucht. Die Klinikambulanzen müssen in Hinblick auf Kundenfreundlichkeit noch erheblich dazulernen. Bei Wartezeiten von teilweise mehreren Stunden (Berichte von Patienten aus dem Mittleren Neckarraum) muss sich an der Einstellung der Kliniken noch viel ändern.</p>
Partikularinteressen dominieren	<p>Auf dem Weg zu einer engeren Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren gibt es noch viele Hindernisse. Besonders gravierend ist die <i>mangelnde Bereitschaft</i> vieler Ärzte zur Teamarbeit. Wie aus einzelnen Praxisnetzen berichtet wird (Netzwerkertreffen auf der Messe Medizin 2009 in Stuttgart), steigen niedergelassene Ärzte zwar in Kooperationsformen ein, die Partikularinteressen dominieren aber weiterhin. Solange die Einzelpraxis Maßstab für die Honorare im Kassenarztsystem bleibt</p>

und die Standesvertretungen dem Qualitätswettbewerb keine höhere Priorität einräumen, bleibt die Motivation zur Kooperation größeren Maßstabs eher gering. Wichtig ist: Die aufgezeigte Entwicklung ist nicht mehr aufzuhalten. Die Kooperation in Fachärztezentren und die *Bildung interdisziplinärer Teams* ist in vollem Gang, was in den folgenden Kapiteln am Beispiel der SAPV deutlich wird. Der Prozess wird schneller ablaufen, als viele meinen. Ob die Ärzte die Entwicklung selbst mitbestimmen oder gezwungen werden, wird davon abhängen, ob sie sich informieren, positionieren – und damit auch mitbestimmen können.

1.2 Organisationsgrade im Gesundheitssystem

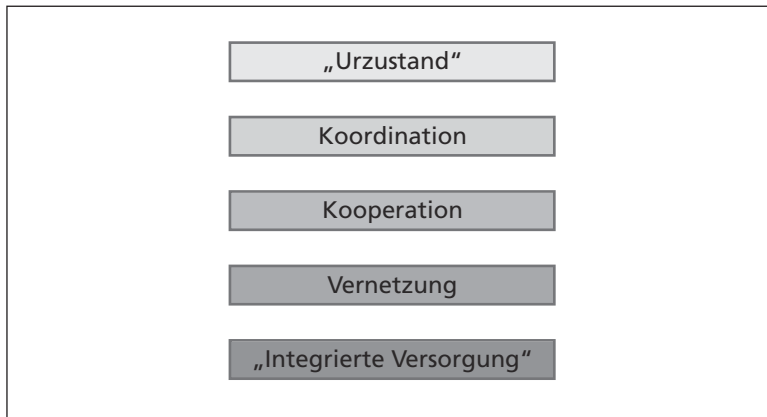


Abb. 1.1: Organisationsgrade im Gesundheitssystem

Nicht nur für Außenstehende scheint es sich beim Gesundheitssystem um ein chaotisches System zu handeln. Die einzelnen Leistungserbringer sind in ihren Entscheidungen frei und orientieren sich an privatwirtschaftlichen Kriterien. Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern, z. B. zwischen Hausarzt und Facharzt, hängen stark vom Engagement der Einzelpersonen ab. Geregelte Strukturen sind nur zum Teil ersichtlich (► **Abb. 1.2**).

Dieser »chaotische Zustand« wird für die Verschwendung von Ressourcen z. B. infolge von Doppel- und Mehrfach-Untersuchungen, unkoordinierten Medikamentenverordnungen usw. verantwortlich gemacht. Den Mangel an Koordination wollte die Politik durch *Disease-Management-Programme* beheben. Über Koordinationsmaßnahmen wurden die einzelnen Leistungserbringer gezielt in ein Versorgungskonzept eingebunden. Als Steuerungsinstrument wird das Case Management, ein »Werkzeug« aus der Sozialarbeit, verwendet. Diese Methode

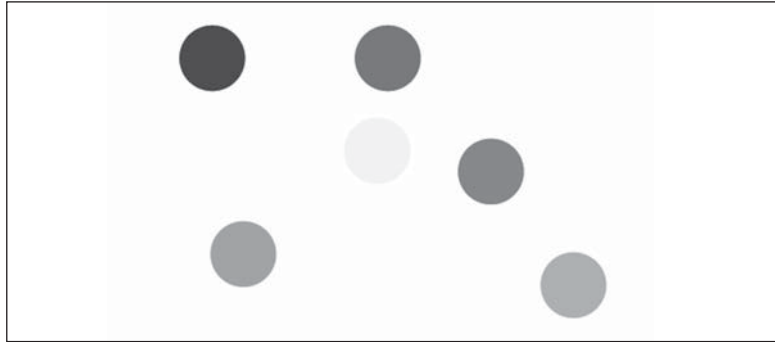


Abb. 1.2: Status quo

hat sich zwar in bestimmten Bereichen bewährt, es ist aber noch nicht erwiesen, dass sie sich für einen umfassenden, flächendeckenden Einsatz eignet. Wie sich bei den bestehenden Disease-Management-Projekten zeigt, ist der bürokratische Aufwand immens, und die Kosten stehen in keiner Relation zu den Vorteilen. Amerikanische Krankenversicherungsgesellschaften haben sich bereits wieder von den Disease-Management-Projekten verabschiedet und begrenzen deren Einsatz auf kosten-trächtige Hochrisiko-Gruppen. Dies entspricht auch der Entwicklung in Deutschland (z. B. SAPV, Wundnetzwerke, Demenznetzwerke etc.). Eine weitere Möglichkeit, die Versorgungsstrukturen zu optimieren, ist der Aufbau von Kooperationen. Die Leistungserbringer verpflichten sich, entsprechend getroffener Vereinbarungen, ihre Leistungen abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen. Hier werden keine neuen Schnittstellen durch einen Koordinator aufgebaut, sondern die Leistungserbringer regeln die Zusammenarbeit partnerschaftlich. Ein Vergleich aus dem Sport, der zugegebenermaßen sehr plakativ ist, soll die Unterschiede verdeutlichen (► Abb. 1.3). Eine Rudermannschaft wird koordiniert durch den Steuermann.

Es handelt sich beim Rudern um eine sehr gleichförmige Leistungserbringung durch die Ruderer. Eine Koordination der Leistungserbringer ist somit relativ einfach. Anders sieht es in Mannschaftssportarten wie Fußball oder Handball aus, in denen jeder Akteur seine definierte Funktion hat (► Abb. 1.4). Jeder Spieler ist während des Spiels in seinen Entscheidungen frei. Je besser die einzelnen Spieler miteinander kooperieren, umso harmonischer und Kräfte sparender verläuft das Spiel. Der Trainer ist während des Spielverlaufs am Spielfeldrand und kann das Spiel nur marginal beeinflussen. Seinen Einfluss muss er bereits in der Trainings- und Vorbereitungsphase geltend machen. Nicht zuletzt gehört zu seinen Aufgaben, den Teamgeist der Mannschaft zu fördern und sie damit zum Erfolg zu führen. Fragt sich jetzt nur, welche Funktion hat der Hausarzt? Ist er Steuermann oder Teammitglied? Wer hat dann die Funktion des Trainers, des Moderators und des Organisators? In zunehmendem Maß übernehmen in Ärztenetzen Managementgesellschaften oder Krankenkassen (DMP) diese Funktion.

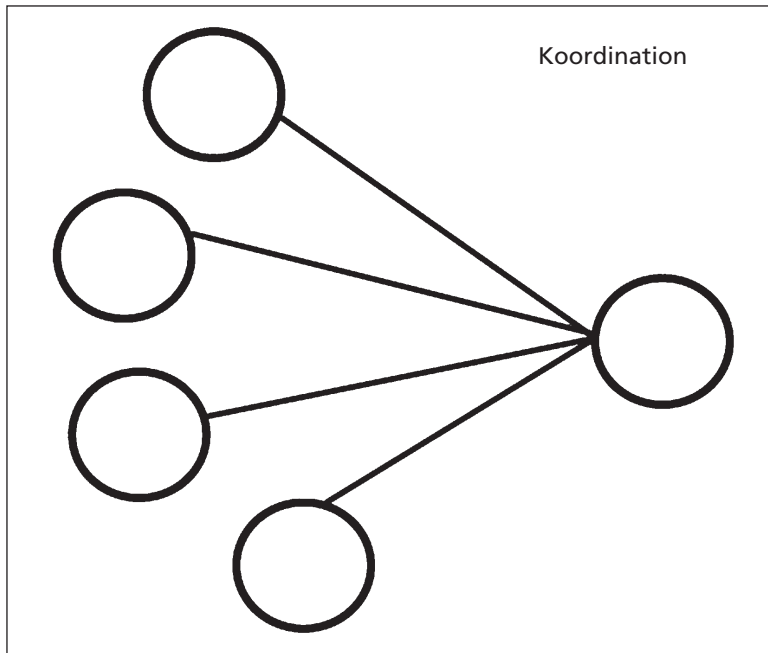


Abb. 1.3:
Koordination

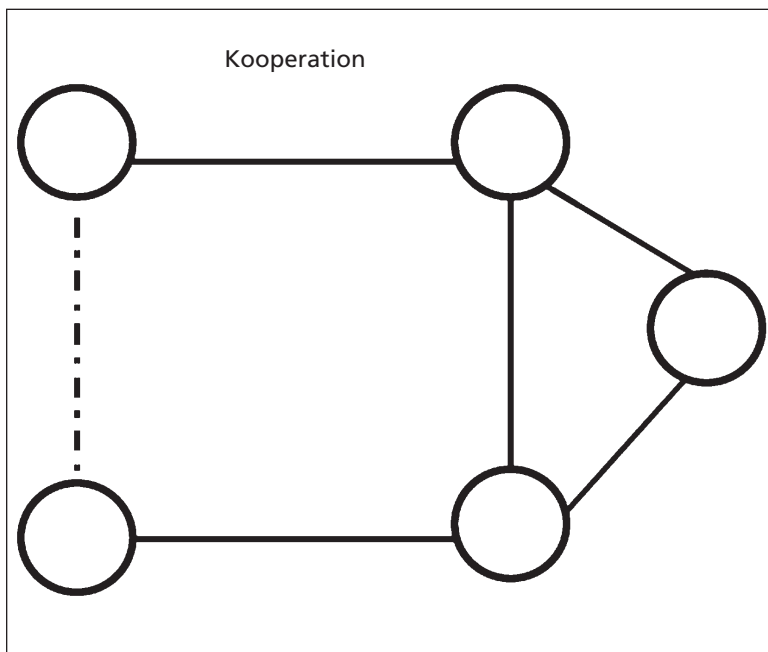


Abb. 1.4:
Kooperation

1.2.1 Vernetzung – Was ist ein Netz?

Betrachten wir zunächst ein Netz, das wir aus dem Alltag kennen. Es geht um Fäden und Knoten, die zwei- oder dreidimensional angeordnet sind (► Abb. 1.5). Es geht also um *festgefügte Verhältnisse*. Betrachten wir mit dem Internet ein komplexeres Netz, das ebenfalls aus dem Alltag stammt, so wird es schon schwieriger. Auch hier geht es um »Fäden (Verbindungen) und Knoten«, die mehrdimensional angeordnet sind, aber als *flüchtige Koalitionen* auftreten. Sprachlich ist klar: Verbindungen sind nur zum Teil Bindungen und keine Verpflichtungen. Dennoch werden mit den »Geflechten« Loyalitäten, Legitimationen, Identitäten und Verbindlichkeiten assoziiert.

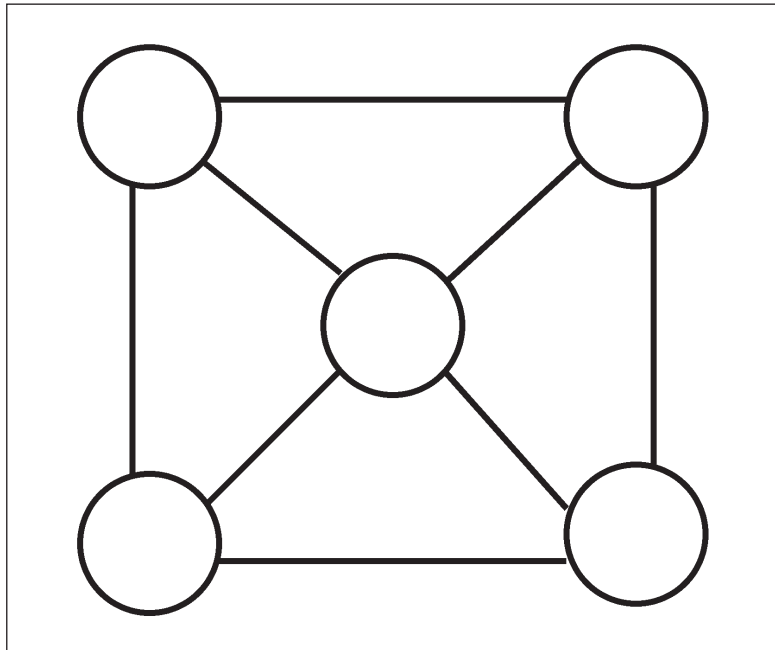


Abb. 1.5: Vernetzung

Informelle und operative Netzwerke

In vernetzten Strukturen, z. B. in Praxisnetzen, wird die Kooperation intensiviert, indem ein höheres Maß an Verbindlichkeit hergestellt wird. Es gibt informelle und operative Netzwerke. Im informellen Netzwerk werden lediglich Informationen zwischen den einzelnen Netzwerkpartnern strukturiert weitergegeben. Operative Netzwerke sind sehr komplexe, arbeitsteilige Strukturen, sie erfordern neben verbindlichen Absprachen eine definierte Versorgungsqualität der einzelnen Leistungsanbieter (z. B. muss sich ein Arzt auf die Qualität der Untersuchungsbefunde aus Röntgen, Labor, Sonografie etc. des vorbehandelnden Kollegen verlassen können) und einen Mehrwert für jeden Partner. Solche Netzwerke lassen sich nicht verordnen, sondern müssen

sich entwickeln. Es muss sich zuallererst ein gegenseitiges Vertrauen entwickeln. Bei derart komplexen gesellschaftlichen Gebilden sind die Kommunikation und das Selbstverständnis von größter Bedeutung. Dem Einzelnen stellen sich ökonomische, mediale und soziokulturelle Fragen:

- Kann ich in diesem Netz handeln?
- Wie kann ich handeln?
- Wird meine Handlungsfreiheit eingeschränkt?
- Kann ich etwas aushandeln?
- Nach welchen Regeln?
- Wer knüpft die »Knoten« im Netz?
- Wer setzt die Regeln und Standards fest?

Bisher beschrieb Vernetzung *dichte institutionelle Organisationen*. Sie konnten teilweise einen gewissen Anteil von »Nicht-Bekanntheit« aufweisen und ertragen. Vertrauen erhielten besonders die institutionalisierten Verkörperungen, die entweder durch politische Ideen (z. B. Parteien), über familiäre oder im weitesten Sinne verwandtschaftliche Beziehungen oder über strategische Allianzen (z. B. Gewerkschaften) gebildet wurden. Häufig handelte es sich um Notgemeinschaften (z. B. freiwillige Feuerwehr), die sich in der Not und bei hohem Leidensdruck gebildet haben. Warum haben wir gerade heute so große Probleme mit der Vernetzung? Aufgrund des hohen Grades an Individualisierung tendiert der Einzelne zu einem Maximum an Selbstverwirklichung und zur Durchsetzung seiner Eigeninteressen. Er kann seine Interessen häufig nicht zurückstellen (sofortige Interessensbefriedigung) oder Kompromisse schließen (ausschließliche Verfolgung eigener Ziele).

Probleme mit der Vernetzung

1.2.2 Integrierte Versorgung – Was ist Integration?

Differenzierung und Integration sind Gegensätze. Die Probleme im Gesundheitssystem und in der Altenhilfe haben ihre Ursache vor allem in der zunehmenden Differenzierung und Subspezialisierung. Eine immer weitere *Aufgliederung von Dienstleistungen* erschwert den Überblick. Man spricht heute schon von einer »Babylonisierung des Gesundheitssystems«.

Beim Turmbau zu Babel war es durch »Sprachverwirrung« zu einer Einstellung aller Aktivitäten auf der Baustelle gekommen. Einer solchen Entwicklung kann entgegengewirkt werden, indem soziale Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dienstleistern hergestellt werden.

Sprachverwirrung

Durch freiwillige oder verbindlich vorgegebene *Übertragung von Aufgaben* und Befugnissen entstehen *wechselseitige Abhängigkeiten* und wiederum ein »Ganzes«. All die Strukturen und Funktionen werden

Soziale Integration

Funktionale System-
integration

dabei durch Über- oder Unterordnung zu einer neuen Organisationsform vereinigt und gehorchen nach einiger Zeit anderen Gesetzen, d. h. sie sind in das Ganze wieder integriert. Integration in diesem Sinne ist gleichzeitig ein Rahmenbegriff, übergeordnete Zielsetzung, ständiger Prozess und Endergebnis vielfältiger Bemühungen.

Erste Schritte

Erste Schritte auf dem Weg zur Integration sind eine innerbetriebliche und eine zwischenbetriebliche *Koordination*. Darunter wird die Abstimmung zwischen Teilaufgaben verstanden, die in ihrer Zusammenführung zu einer verbesserten Gesamtleistung führt. So können im Krankenhaus durch Einführung von Patientenpfaden und Standards sowie durch Einführung eines Überleitungsmanagements diese Ziele erreicht werden. *Kooperation* geht über die *Koordination* hinaus. Auch hier gibt es zunächst selbstständige, voneinander unabhängige Dienstleistungen, welche im Rahmen einer Kooperation planmäßig und verbindlich auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Dies kann auf freiwilliger oder vertraglicher Basis erfolgen. Die Kooperation kann sich auf einzelne Aufgaben oder auf ganze Projekte erstrecken. Auch eine verbindlich vereinbarte Zusammenarbeit zwischen Vertretern verschiedener Berufe ist Kooperation, wenn sie über eine sachlich und zeitlich begrenzte Abstimmung (*Koordination*) hinausgeht. Voraussetzung für das Gelingen von Kooperationen ist die Einsicht der Beteiligten in Sinn und Notwendigkeit dieser engen Zusammenarbeit. Eine *Vernetzung* der einzelnen Leistungsanbieter im Gesundheitssystem und der Altenhilfe ist dann erreicht, wenn die Kooperation ständig funktioniert, d. h. dass sie zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist. Ein Netzwerk prägt wiederum die Einstellungen und das Verhalten der Beteiligten. Es stellt ein Ganzes dar, das mehr als die Summe seiner Teile ist. Vernetzung ist der Übergang zur vollen *Integration*, bei der sich zuvor unabhängige Dienste oder Einrichtungen letztlich zu einer neuen Organisation zusammengeschlossen haben (► Abb. 1.6).

Integrierte Versorgung stellt somit eine eigenständige Dienstleistung dar, wenn statt der bisher solitären Leistungen ein individuell zusammengestelltes Leistungspaket angeboten wird. Die Forderung nach integrierter Versorgung gibt es schon seit vielen Jahren. Das Anliegen der Integration wurde bereits 1978 unter dem Begriff »Verbundsystem« vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschland für die Altenhilfe postuliert (Blosser-Reisen 1997). Für Baden-Württemberg forderte 1997 der damalige Sozialminister Dr. Erwin Vetter während eines Workshops »Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen« die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zur integrierten Gesundheitsversorgung. In den Folgejahren hat sich wenig geändert. Im Gegenteil, Subspezialisierung und Diversifizierung haben weiter zugenommen, und es ist schwierig, sich auf dem Gesundheitsmarkt und in der Altenhilfe zurechtzufinden.

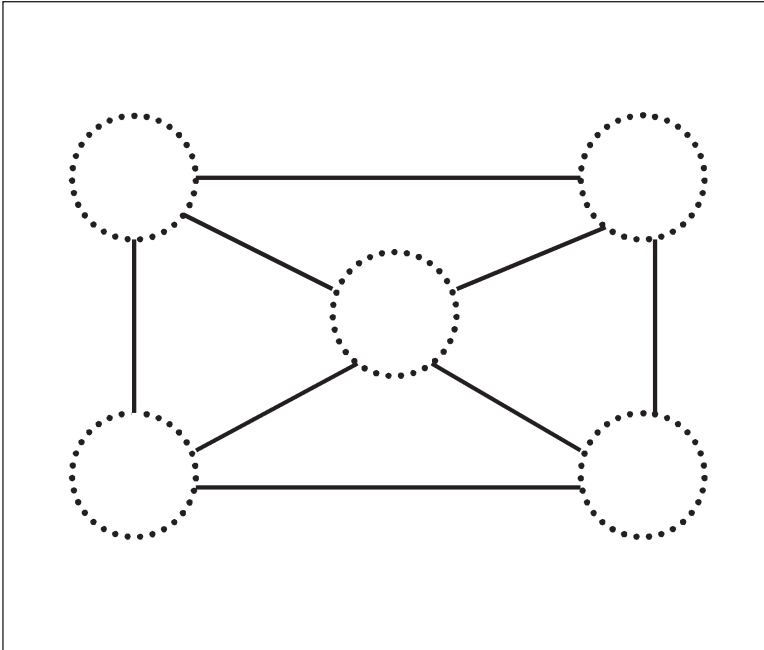


Abb. 1.6: Integrierte Versorgung

Sind *Vernetzung* und *integrierte Versorgung* das vielgepriesene Allheilmittel oder ein Irrweg? Erwartet wird, dass anschließend alle zufrieden und glücklich sind: Leistungserbringer (Haus- und Fachärzte, ambulante Dienste, Krankenhäuser, komplementäre Therapeuten), Krankenkassen und Patienten. Die Wünsche der Beteiligten sind reibungslose Zusammenarbeit, bessere und sichere Entlohnung, medizinische Freiheit, bessere Qualität der Versorgung und vor allem weniger Kosten. Warum werden diese Ziele häufig nicht erreicht? Die Realität zeigt, dass der Umsetzung einer integrierten Versorgung Folgendes entgegensteht:

Allheilmittel oder Irrweg?

- Misstrauen der einzelnen Leistungsanbieter,
- Trittbrettfahrer (die sich beteiligen, ohne sich zu engagieren),
- Neid,
- basisdemokratische Strukturen,
- Risiko-Aversion,
- Kurzsichtigkeit,
- Naivität,
- Frustration.

Diese Begriffe werden genannt, wenn über das *Scheitern eines Praxisnetzes* diskutiert wird. Wenn schon die Vernetzung einer einzelnen Berufsgruppe in einem Praxisnetz vor unlösbaren Problemen steht, wie schwierig wird es, komplexe integrierte Versorgungsformen zu etablieren! Eine Zusammenarbeit verschiedener, organisatorisch selbst-

Schwierige Zusammenarbeit

ständiger Dienste und Einrichtungen ist in der Regel auch mit der Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen verbunden. Statusdenken und ein *Denken in engen Berufsrollen*, durch das Leistungsrecht mit Vorgaben für Qualifikation für bestimmte Tätigkeiten zum Teil gefördert, erschweren die Zusammenarbeit. Nach dem Willen der Gesundheitspolitik sind integrierte Versorgungsmodelle die *Vision der Zukunft* (► Abb. 1.7). Bei der integrierten Versorgung gibt der einzelne Leistungsanbieter einen Teil seiner Autonomie auf und ordnet sich in ein neues Unternehmen ein (viele Leistungsanbieter unter einem Dach). Vor allem für niedergelassene Ärzte, die sich als »freie Unternehmer« sehen, ist dies ein Aspekt, der Unbehagen hervorruft. Nur wenn der erwartete Mehrwert die Nachteile durch den Verlust von Freiheit überwiegt, sind die Leistungserbringer, wie Ärzte, Psychotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten etc. bereit, sich im Rahmen solcher Einrichtungen zu engagieren. Integrierte Versorgungsmodelle müssen deshalb so gestaltet sein, dass sie sich rasch zu einem Erfolgsmodell entwickeln. *Grundvoraussetzungen* dafür sind: ein Leitbild, ein Kommunikationssystem, ein Beschlussystem, ein Managementsystem, ein Honorierungssystem und ein Qualitätssicherungssystem.

Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die *Grundbedingung*, dass man bei allen Mitgliedern mit einem echten und starken Bedürfnis rechnen kann, auftretende Probleme und Schwierigkeiten gemeinsam lösen zu wollen. Selbst schwierige Krisensituationen lassen sich lösen, wenn als tragende Grundmotivation der Wille vorhanden ist, Schwierigkeiten im Team zu lösen. Für die Teilnehmer am integrierten Versorgungsmodell sind diejenigen Mitglieder besonders schwierig, die entweder rigiden Normen verhaftet sind oder eine passive Bequemlichkeit in das Projekt hineinragen. Die Wahrscheinlichkeit, ernsthafte Krisen zu überstehen, ist umso größer, je gleichmäßiger alle aktiv an der *Verantwortung* für die gemeinsame Sache teilhaben. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine erfolgreiche Umsetzung möglich. Unterlassungen rächen sich über kurz oder lang, Misserfolg ist programmiert.

Grundvoraussetzungen

Gibt es eine Strategie zur Förderung von Kooperationen und integrierter Versorgung? Grundvoraussetzung für die Einführung von Kooperationen und integrierter Versorgung ist die *enge Zusammenarbeit der Leistungsanbieter* sowie der Berufsgruppen untereinander mit Betroffenen und Kostenträgern über die verschiedenen Sektoren (ambulant und stationär) hinweg, unter *Überwindung von Hierarchien* und Befindlichkeiten. Dazu sind *konsensfähige Konzepte* erforderlich. Diese müssen in Teilschritten auf lokaler Ebene unter kooperativer Planungsverantwortung Schritt für Schritt umgesetzt werden. Alle Zwangsmaßnahmen erzeugen Widerstände und blockieren die Kooperation für eine lange Zeit. Um eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu erreichen, ist auf verbindliche Absprachen zu achten. Besprechungen müssen protokolliert werden, Zuständigkeiten und Aufgaben klar definiert und die Ergebnisse überprüft werden. Motivatoren müssen regional die Koope-

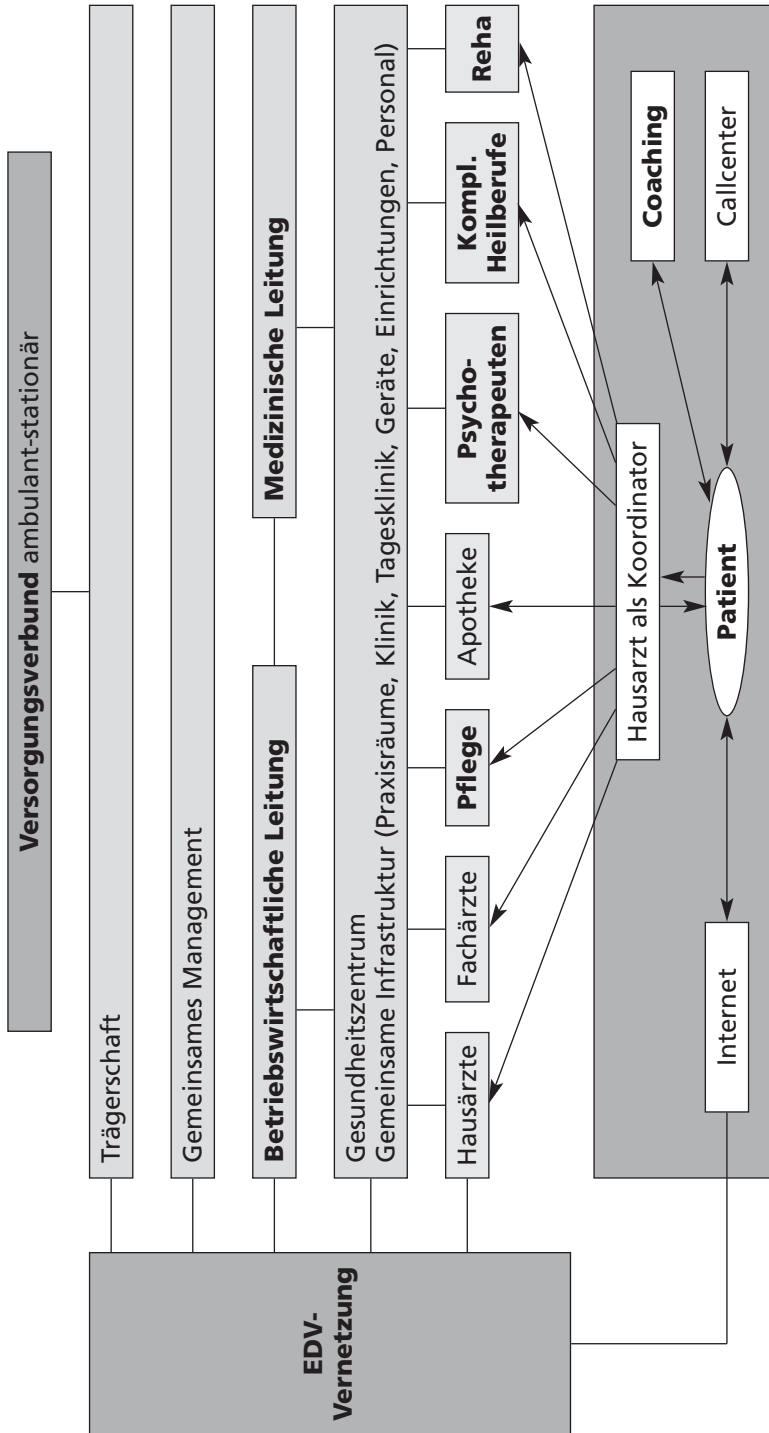


Abb. 1.7: So könnte die Grundversorgung strukturiert sein

Die Vision: Das integrierte Versorgungsmodell – viele Leistungserbringer unter einem Dach

ration und Vernetzung von Leistungsanbietern bei der Versorgung von Patienten vorantreiben. Entscheidend ist, dass die Maßnahmen freiwillig und ohne große finanzielle Zuwendungen ins Leben gerufen werden. Nur was ohne massive Subventionen lebensfähig ist, ist auf Dauer überlebensfähig. Wenn in Zukunft Maßnahmen gefördert werden, sollte die Förderung davon abhängig gemacht werden, dass Kooperationen nicht nur auf dem Papier bestehen. Dies setzt voraus, dass letztendlich auch eine interne (z. B. im Rahmen einer Selbstbewertung) und externe (z. B. Peer-Review-Verfahren) Qualitätssicherung stattfindet.

1.3 Integrierte Versorgung nach dem GMG

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) gewann die integrierte Versorgung an Aktualität. Leider verzichtet das Gesetz auf eine beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung.

§

Integrierte Versorgungsformen ermöglichen eine leistungssektorenübergreifende Versorgung der Versicherten. Gemäß § 140a SGB V können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung mit den im Gesetz genannten Vertragspartnern abschließen.

Voraussetzung ist also die sektorenübergreifende Versorgungsstruktur. Dem Gesetzgeber schwebt vor, dass primär bei existenzbedrohenden Krankheitsbildern und schweren operativen Eingriffen ein *neues Versorgungsmodell* entsteht. Aus der Sicht von Sachverständigen sind aber maximal 20 % der im niedergelassenen Bereich behandelten Patienten dieser Gruppe zuzuordnen. Es handelt sich dabei um schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs, Darmkrebs, schwere Asthmaleiden, schwere rheumatische Erkrankungen und endoprothetische Eingriffe.

Hohe Ansprüche Sich zusammenzuschließen und nur die Abläufe etwas zu verbessern, ist allerdings keine Lösung. Es geht um nachhaltige, inhaltliche und zeit-
aufwändige Optimierung.

Hohe Anforderungen Die Anforderungen der Kassen an Netze integrierter Versorgung sind hoch. Sie verlangen:

- Beschreibung des Indikationsfeldes bzw. der relevanten Patientengruppe,