

# **Diffusionswiderstände Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel der Vernetzten Versorgung**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) der  
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie der  
Technischen Universität Dortmund

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 1. Gutachter:  | Prof. Dr. Gerhard Naegele |
| 2. Gutachter:  | Prof. Dr. Jürgen Howaldt  |
| Vorgelegt von: | Kai T. Uerner             |
| Vorgelegt am:  | 15.12.2016                |

## Vorwort<sup>1</sup>

Die vorliegende Arbeit wurde im Dezember 2016 von der Fakultät für Erziehungswissenschaft und Soziologie an der Technischen Universität Dortmund als Dissertation angenommen. Mein Interesse an strukturellen Ausgestaltungsformen und organisationstheoretischen Prozessen im deutschen Gesundheitswesen resultiert bereits seit meiner Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten (2004–2007) bei der AOK Westfalen-Lippe (heute AOK NordWest).

Von der Neugierde nach einem tiefen Verständnis der Thematik getrieben, beschäftigte ich mich bereits in meiner Bachelor- und Masterarbeit mit dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Durch gesundheitspolitische und gesellschaftliche Veränderungen motiviert sowie von meiner wissenschaftlichen Tätigkeit an der Sozialforschungsstelle (sfs) – ZWE der TU Dortmund – beeinflusst, reifte die konkrete Fragestellung heran: Welche Strukturen, gesetzlichen Widerstände, Denkansätze oder Rahmenbedingungen hemmen bzw. hindern die einzelnen Akteure der medizinischen und pflegerischen Versorgung daran kooperativ und solidarisch zum Wohle der Gesunderhaltung der Patientinnen und Patienten zu agieren? Im Anschluss sollte ein Handlungskonzept aufgezeigt werden, um die Diffusion sektorenübergreifender Versorgungsnetzwerke, insbesondere in ländlichen Gebieten, zu ermöglichen. Selbstverständlich kann eine solch komplexe Fragestellung sicherlich nicht allein durch eine einzelne wissenschaftliche Ausarbeitung abschließend geklärt werden. Ich hoffe jedoch einen weiteren Baustein für die Transformation des deutschen Gesundheitswesens sowie neue Denkansätze für kooperative Versorgungsformen geben zu können. Die vergangenen Jahre waren stets geprägt von der Herausforderung meine beruflichen sowie privaten Verpflichtungen erfüllen zu können und Muße sowie Zeit für dieses langfristige Projekt in Einklang zu bringen. Hierbei muss ich mich bei zahlreichen Menschen bedanken.

Zuallererst bin ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Gerhard Naegele sehr dankbar, dass er mich stets gefördert, zu keinem Zeitpunkt den Glauben an mich verloren und mir die Chance zur Promotion ermöglicht hat. Herrn Prof. Dr. Jürgen Howaldt gilt mein Dank für die Übernahme des Zweitgutachtens. In der Themenfindungsphase möchte ich mich des Weiteren besonders herzlich bei Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger für ihre Zeit und die angeregten Diskussionen sowie den fachlichen Austausch bedanken. Trotz Phasen erhöhter Arbeitsbelastung ist es mir zu keinem Zeitpunkt vorgekommen, dass ich diese Ausarbeitung nicht zu Ende bringen könnte. Hierfür möchte ich mich bei vielen Kolleginnen und Kollegen, insbesondere bei Dr. Vera Gerling, für

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Vereinfachung wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.

anregende und konstruktive Gespräche, die mich immer wieder davor bewahrt haben den ‚Faden zu verlieren‘, bedanken. All jenen sei an dieser Stelle mein tiefster Dank ausgesprochen, die in den unterschiedlichsten Phasen der Ausarbeitung mit ihrem jeweiligen Fachwissen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Besonders hervorheben möchte ich meine zahlreichen Interviewpartner/-innen, hier insbesondere Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Prof. Dr. Martin Gersch und Prof. Dr. Wolfgang Greiner sowie Helmut Hildebrandt. Ohne diese Expertinnen und Experten wäre dieses wissenschaftliche Vorhaben nicht möglich gewesen.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen beiden Eltern sowie meinem Großvater Josef, die mich seit meinen Kindertagen gefördert, mir eine ausgezeichnete Bildung ermöglicht, alle Freiheiten dieser Erde gewährt und stets unterstützend an meiner Seite gestanden haben. Zuletzt noch ein Dankeschön an meine restliche Familie sowie all meine Freunde, die mich in den Jahren mit ihren Fragen, Meinungen und Anregungen unterstützt und mich bis zur Fertigstellung ‚getragen‘ haben. Hier möchte ich insbesondere Patricia Szymanski, Jan Stromberg und Matthias Göller sowie Steffi Seefeld für unzählige Gespräche, Aufmunterungen, den unerschütterlichen Glauben an mich sowie für die Beherbergung während meiner Interviews meinen Dank aussprechen. Diese Arbeit beinhaltet auch ein Stück von Euch!

Kai T. Uerner

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vorwort</b> .....                                     | <b>1</b>  |
| <b>Inhaltsverzeichnis</b> .....                          | <b>3</b>  |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....                       | <b>7</b>  |
| <b>Abbildungsverzeichnis</b> .....                       | <b>11</b> |
| <b>1. Einleitung</b> .....                               | <b>12</b> |
| <b>2. Das deutsche Gesundheitswesen</b> .....            | <b>16</b> |
| 2.1. Aufbau und Geschichte .....                         | 16        |
| 2.2. Akteurslandschaft.....                              | 22        |
| 2.3. Gesundheitswirtschaft.....                          | 25        |
| <b>3. Der demografische Wandel in Deutschland</b> .....  | <b>29</b> |
| 3.1. Demografische Trends .....                          | 29        |
| 3.1.1. Alterung .....                                    | 29        |
| 3.1.2. Schrumpfung.....                                  | 33        |
| 3.1.3. Ethnisch-Kulturelle Differenzierung .....         | 35        |
| 3.2. Auswirkungen für das Gesundheitssystem .....        | 36        |
| 3.3. Auswirkungen auf ländliche Gebiete .....            | 46        |
| <b>4. Neue Institutionentheorie</b> .....                | <b>50</b> |
| 4.1. Transaktionskostentheorie im Gesundheitswesen ..... | 51        |
| 4.2. Prinzipal-Agent-Theorie .....                       | 53        |
| 4.2.1. Adverse Selektion .....                           | 54        |
| 4.2.2. Moral Hazard .....                                | 55        |
| 4.2.3. Hold-up .....                                     | 56        |
| <b>5. Managed Care</b> .....                             | <b>58</b> |
| 5.1. Geschichte und Herkunft .....                       | 58        |
| 5.2. Ausgestaltungsformen.....                           | 60        |
| 5.2.1. Disease Management .....                          | 61        |
| 5.2.2. Case Management.....                              | 62        |
| 5.2.3. Gatekeeping .....                                 | 62        |
| 5.2.4. Entlass-Management.....                           | 63        |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 5.2.5.    | Integrierte Behandlungspfade .....                       | 64         |
| 5.2.6.    | Selektives Kontrahieren .....                            | 65         |
| 5.2.7.    | Finanzierungsmodelle .....                               | 66         |
| 5.2.8.    | Anreizsysteme .....                                      | 66         |
| 5.3.      | Organisationsformen .....                                | 67         |
| 5.3.1.    | Health Maintenance Organization .....                    | 68         |
| 5.3.2.    | Networks .....   | 68         |
| 5.3.3.    | Accountable Care Organization .....                      | 70         |
| <b>6.</b> | <b>Neue Versorgungsformen .....</b>                      | <b>72</b>  |
| 6.1.      | Besondere Versorgungsformen .....                        | 72         |
| 6.1.1.    | Modellvorhaben .....                                     | 72         |
| 6.1.2.    | Strukturverträge .....                                   | 73         |
| 6.1.3.    | Hausarztzentrierte Versorgung .....                      | 73         |
| 6.1.4.    | Besondere ambulante ärztliche Versorgung .....           | 74         |
| 6.1.5.    | Disease Management Programme .....                       | 74         |
| 6.1.6.    | Integrierte Versorgung .....                             | 75         |
| 6.1.7.    | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....          | 81         |
| 6.2.      | Zentrale-Orte-Konzept .....                              | 82         |
| 6.2.1.    | Eigeneinrichtungen .....                                 | 83         |
| 6.2.2.    | Medizinische Versorgungszentren .....                    | 83         |
| 6.3.      | Mobile Lösungen .....                                    | 88         |
| 6.3.1.    | Mobile medizinische Versorgungseinheiten .....           | 88         |
| 6.3.2.    | Delegationskonzepte .....                                | 89         |
| <b>7.</b> | <b>Soziale Innovationen in Deutschland .....</b>         | <b>92</b>  |
| 7.1.      | Innovationen .....                                       | 92         |
| 7.2.      | Soziale Innovationen .....                               | 94         |
| 7.3.      | Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen ..... | 98         |
| <b>8.</b> | <b>Diffusion von Innovationen .....</b>                  | <b>102</b> |
| 8.1.      | Diffusionstheorie .....                                  | 102        |
| 8.2.      | Der ‚Innovations-Entscheidungs-Prozess‘ .....            | 103        |
| 8.3.      | Persuasion .....   | 104        |
| <b>9.</b> | <b>Zwischenbilanz .....</b>                              | <b>108</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>10. Methodisches Vorgehen .....</b>  | <b>110</b> |
| 10.1. Experteninterviews .....  | 111        |
| 10.2. Fallstudien .....   | 116        |
| 10.3. Aufbereitung und Auswertung .....                                       | 117        |
| <b>11. Auswertung der Untersuchungsergebnisse .....</b>                       | <b>118</b> |
| 11.1. Ausgangslage sektorenübergreifender Versorgungsformen in Deutschland .. | 118        |
| 11.2. Alternativen sektorenübergreifender Versorgung .....                    | 124        |
| 11.3. Diffusionshindernisse .....   | 127        |
| 11.4. Diffusionsanreize.....  | 151        |
| 11.5. Finanzierungsformen .....   | 156        |
| 11.6. Die neue(n) Rolle(n) von Kommunen und der Wirtschaft.....               | 162        |
| 11.7. Vernetzte Versorgung.....   | 167        |
| <b>12. Fallstudien .....</b>  | <b>176</b> |
| 12.1. Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal .....                         | 176        |
| 12.1.1. Rahmenbedingungen.....  | 176        |
| 12.1.2. Kooperationen und Unterstützungen .....                               | 180        |
| 12.1.3. Innovativer Charakter .....   | 181        |
| 12.1.4. Evaluation und Analysen .....   | 185        |
| 12.1.5. SWOT-Analyse .....  | 185        |
| 12.1.6. Ausblick .....  | 188        |
| 12.2. Ärztenetz Südbrandenburg .....  | 190        |
| 12.2.1. Rahmenbedingungen.....  | 190        |
| 12.2.2. Kooperationen und Unterstützungen .....                               | 192        |
| 12.2.3. Innovativer Charakter .....   | 194        |
| 12.2.4. Evaluation und Analysen .....   | 196        |
| 12.2.5. SWOT-Analyse .....  | 196        |
| 12.2.6. Ausblick .....  | 198        |
| 12.3. Gesundheitsregion Siegerland .....                                      | 199        |
| 12.3.1. Rahmenbedingungen.....  | 199        |
| 12.3.2. Kooperationen und Unterstützungen .....                               | 201        |
| 12.3.3. Innovativer Charakter .....   | 202        |
| 12.3.4. Evaluation und Analysen .....   | 203        |
| 12.3.5. SWOT-Analyse .....  | 203        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 12.3.6.    | Ausblick .....  | 205        |
| 12.4.      | Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid ..... | 206        |
| 12.4.1.    | Rahmenbedingungen.....                                      | 206        |
| 12.4.2.    | Kooperation und Unterstützungen .....                       | 207        |
| 12.4.3.    | Innovative Ansätze.....                                     | 208        |
| 12.4.4.    | Evaluation und Analysen .....                               | 210        |
| 12.4.5.    | SWOT-Analyse.....   | 210        |
| 12.4.6.    | Ausblick .....  | 211        |
| <b>13.</b> | <b>Das Konzept der Vernetzten Versorgung.....</b>           | <b>213</b> |
| 13.1.      | Definition.....   | 214        |
| 13.2.      | Merkmale.....   | 216        |
| 13.3.      | Konzept .....   | 219        |
| <b>14.</b> | <b>Flankierende Maßnahmen.....</b>                          | <b>228</b> |
| <b>15.</b> | <b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>                   | <b>231</b> |
| <b>16.</b> | <b>Anlagen .....</b>  | <b>237</b> |
| 16.1.      | Expertenfragebogen.....                                     | 237        |
| 16.2.      | Fragebogen für die Fallstudien.....                         | 239        |
| 16.3.      | Transkriptionen .....                                       | 240        |
| <b>17.</b> | <b>Literaturverzeichnis .....</b>                           | <b>467</b> |
| <b>18.</b> | <b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>                      | <b>498</b> |

## Abkürzungsverzeichnis

|         |  |
|---------|--|
| ACO     | Accountable Care Organization  |
| AfD     | Alternative für Deutschland  |
| AG      | Aktiengesellschaft   |
| AGnES   | Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention |
| ANSB    | Ärztetz Südbrandenburg GbR   |
| AOK     | Allgemeine Ortskrankenkasse  |
| Apobank | Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG                                     |
| ARMIN   | Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen                                 |
| ASV     | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung                                |
| AWO     | Arbeiterwohlfahrt  |
| BBSR    | Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung                         |
| BfR     | Beirat für Raumforschung   |
| BGM     | Betriebliches Gesundheitsmanagement                                      |
| BiB     | Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung                                 |
| BIP     | Bruttoinlandsprodukt   |
| BKK     | Betriebskrankenkasse   |
| BM      | Bundesministerium  |
| BMBF    | Bundesministerium für Bildung und Forschung                              |
| BMC     | Bundesverband Managed Care e.V.  |
| BMFSJ   | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend               |
| BMG     | Bundesministerium für Gesundheit   |
| BMVBS   | Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung                  |
| Bpa     | Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.                    |
| BSG     | Bundessozialgericht  |
| BVA     | Bundesversicherungsamt   |
| CDU     | Christlich Demokratische Union Deutschlands                              |
| CMN     | Community-Medicine-Nurses (Gemeindeschwestern)                           |
| COMM    | Consult- und Managementgesellschaft                                      |
| COPD    | Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen                                 |
| DAK     | Deutsche Angestellten-Krankenkasse                                       |
| DDR     | Deutsche Demokratische Republik  |
| DeFA    | Demenzfachkraft  |



|          |  |
|----------|--|
| DEGAM    | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin               |
| DGIV     | Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung<br>im Gesundheitswesen e.V. |
| DIMIDI   | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation                            |
| DKG      | Deutsche Krankenhaus Gesellschaft  |
| DMP      | Disease Management Programme   |
| DRG      | Diagnosis Related Groups (Diagnose bezogene Fallpauschalen)                  |
| EBM      | Einheitlicher Bewertungsmaßstab  |
| EDV      | Elektronische Datenverarbeitung  |
| EKIV     | Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung                      |
| ePA      | Elektronische Patientenakte  |
| EVA      | Entlastende Versorgungsassistentin   |
| FDP      | Freie Demokratische Partien  |
| FES      | Friedrich-Ebert-Stiftung   |
| G-BA     | Gemeinsamer Bundesausschuss  |
| Gbe      | Gesundheitsberichtserstattung des Bundes                                     |
| GbR      | Gesellschaft bürgerlichen Rechts   |
| GEDA     | Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie)                                   |
| GG       | Grundgesetz  |
| GKV      | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| GKV-FQWG | GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz                   |
| GKV-VSG  | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz   |
| GKV-VStG | GKV-Versorgungsstrukturgesetz  |
| GKV-WSG  | GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz   |
| GmbH     | Gesellschaft mit beschränkter Haftung  |
| GMG      | GKV-Modernisierungsgesetz  |
| GPN      | Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid                        |
| GRG      | Gesundheits-Reformgesetz   |
| GRS      | Gesundheitsregion Siegerland   |
| GSG      | Gesundheitsstrukturgesetz  |
| Hg       | Herausgeber  |
| HMO      | Health Maintenance Organization  |
| HNO      | Hals-Nasen-Ohrenarzt   |
| HTA      | Health Technology Assessment   |

## Abkürzungsverzeichnis

---

|        |   |
|--------|---|
| HzV    | Hausarztzentrierte Versorgung   |
| IDS    | Integrated Delivery Systems   |
| IGiB   | Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg   |
| IHK    | Industrie- und Handelskammer  |
| IPA    | Independent Practice Association  |
| IV     | Integrierte Versorgung  |
| IVGK   | Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal   |
| IVS    | Integrierte Versorgungsstrukturen   |
| KBS    | Knappschaft-Bahn-See  |
| KBV    | Kassenärztliche Bundesvereinigung   |
| KfW    | Kreditanstalt für Wiederaufbau  |
| KHK    | Koronare Herzkrankheit  |
| KK(n)  | Krankenkasse(n)   |
| KV(n)  | Kassenärztliche Vereinigung(en)   |
| KVB    | Kassenärztliche Vereinigung Bayerns   |
| KVNO   | Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein   |
| KVWL   | Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe   |
| LfK    | Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.  |
| LGZ    | Lokale Gesundheitszentren   |
| LKK BW | Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden–Württemberg  |
| MC     | Managed Care  |
| MDK    | Medizinischer Dienst der Krankenkassen  |
| MFA    | Medizinische Fachangestellte  |
| MGEPA  | Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen                                   |
| MoNi   | Modell Niedersachsen  |
| MoPra  | Mobile Praxisassistentin  |
| MQNK   | Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.  |
| MVZ    | Medizinisches Versorgungszentrum  |
| NRW    | Nordrhein-Westfalen   |
| NSA    | National Security Agency  |
| OECD   | Organisation for Economic Co-operation and Development<br>(Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) |
| ÖPNV   | Öffentlicher Personennahverkehr   |

## Abkürzungsverzeichnis

---

|           |   |
|-----------|---|
| PJ        | Praxisjahr  |
| PKV       | Private Krankenversicherung   |
| PNS       | Praxisnetz Siegerland GbR   |
| PPO       | Preferred Provider Organization   |
| PPP       | Public-private-Partnership (öffentlich-private Partnerschaft)   |
| PSO       | Provider Sponsored Organization   |
| PV        | Pflegeversicherung  |
| PVS       | Praxis-Verwaltungs-Systeme  |
| PwC       | PricewaterhouseCoopers AG   |
| RKI       | Robert Koch-Institut  |
| RSA       | Risikostrukturausgleich   |
| RV        | Rentenversicherung  |
| RWI       | Rheinisch-Westfälisches Institut  |
| SGB       | Sozialgesetzbuch  |
| SI        | Soziale Innovation(en)  |
| SPD       | Sozialdemokratische Partei Deutschlands   |
| StrateG!N | Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum –<br>Innovative Strategien durch Vernetzung |
| SVLFG     | Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  |
| SVR       | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im<br>Gesundheitswesen                             |
| TK        | Techniker Krankenkasse  |
| UGOM      | Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte  |
| UK        | United Kingdom  |
| US        | United States   |
| USB       | Universal Serial Bus  |
| VDAK      | Verband der Ersatzkassen e.V.   |
| VERAH     | Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis  |
| VFA       | Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.   |
| VV        | Vernetzte Versorgung  |
| WHO       | World Health Organization   |

## Abbildungsverzeichnis

|                      |  |     |
|----------------------|--|-----|
| <b>Abbildung 1:</b>  | Entwicklung der Beitragsätze der GKV und der Bundesbeteiligung                 | 19  |
| <b>Abbildung 2:</b>  | Einnahmen und Ausgaben der GKV   | 20  |
| <b>Abbildung 3:</b>  | Gesundheitsreformgesetze seit 1977 bis 2015                                    | 22  |
| <b>Abbildung 4:</b>  | Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf   | 24  |
| <b>Abbildung 5:</b>  | Entwicklung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen                     | 26  |
| <b>Abbildung 6:</b>  | Die ‚Gesundheitszwiebel‘ – Felder der Gesundheitswirtschaft                    | 27  |
| <b>Abbildung 7:</b>  | Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland                                    | 29  |
| <b>Abbildung 8:</b>  | Altenquotient in Deutschland   | 30  |
| <b>Abbildung 9:</b>  | Anteil der Bevölkerung 65+ an der Gesamtbevölkerung                            | 31  |
| <b>Abbildung 10:</b> | Anteil kinderloser Frauen in Deutschland                                       | 34  |
| <b>Abbildung 11:</b> | Außenwanderungssaldo der Bundesrepublik Deutschland                            | 35  |
| <b>Abbildung 12:</b> | Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland                             | 37  |
| <b>Abbildung 13:</b> | Multimorbidität und assoziierte Kosten von Gesundheitsleistungen               | 39  |
| <b>Abbildung 14:</b> | Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile für ambulante Behandlungen  | 40  |
| <b>Abbildung 15:</b> | Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln           | 40  |
| <b>Abbildung 16:</b> | Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Erkrankung in Deutschland | 41  |
| <b>Abbildung 17:</b> | Geschlechterspezifische Krankheitskosten nach Altersklassen                    | 43  |
| <b>Abbildung 18:</b> | Arztbesuche weltweit   | 44  |
| <b>Abbildung 19:</b> | Die neue Institutionenökonomie   | 51  |
| <b>Abbildung 20:</b> | Transaktionskostenmodell   | 52  |
| <b>Abbildung 21:</b> | Übersicht Managed Care   | 61  |
| <b>Abbildung 22:</b> | Gatekeeping im Gesundheitswesen  | 63  |
| <b>Abbildung 23:</b> | Übersicht selektives Kontrahieren  | 65  |
| <b>Abbildung 24:</b> | Entwicklung der IV in Deutschland  | 80  |
| <b>Abbildung 25:</b> | Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen                      | 82  |
| <b>Abbildung 26:</b> | MVZ Gründungen   | 84  |
| <b>Abbildung 27:</b> | Durchschnittliche Arbeitsgröße von MVZ in Deutschland                          | 85  |
| <b>Abbildung 28:</b> | Räumliche Ansiedlung von MVZ   | 86  |
| <b>Abbildung 29:</b> | The Innovation-Decisions-Process   | 104 |
| <b>Abbildung 30:</b> | Interviewübersicht   | 114 |
| <b>Abbildung 31:</b> | Rahmenbedingungen der IVGK   | 177 |
| <b>Abbildung 32:</b> | Altersverteilung der Mitglieder der IVGK                                       | 178 |
| <b>Abbildung 33:</b> | Mitgliederentwicklung der IVGK   | 179 |
| <b>Abbildung 34:</b> | Kooperationspartner der GRS  | 201 |
| <b>Abbildung 35:</b> | Komponenten des StrateG!N-Risikoindex  | 207 |
| <b>Abbildung 36:</b> | Lokale Gesundheitszentren (LGZ)  | 220 |
| <b>Abbildung 37:</b> | Grundkonzept der Vernetzen Versorgung  | 221 |
| <b>Abbildung 38:</b> | Aufbau der Vernetzten Versorgung   | 222 |
| <b>Abbildung 39:</b> | Finanzierungsquellen lokaler Vernetzungsinitiativen                            | 223 |
| <b>Abbildung 40:</b> | Dienstleistungsangebot der Vernetzten Versorgung                               | 224 |
| <b>Abbildung 41:</b> | Kompetenzfelder eines lokalen Netzwerkmanagements                              | 226 |

## 1. Einleitung

Demografische Wandlungs- und Alterungsprozesse, mit einem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung und einer Ausweitung chronischer, multimorbider Krankheitsverläufe sowie dem vermehrten Auftreten von Pflegebedürftigkeit und Demenz, stellen das deutsche Gesundheitssystem und die gesetzliche Sozialversicherung zunehmend vor große Herausforderungen. Hierbei wird vermehrt das ‚structural lag‘ der demografischen Entwicklung und die damit verbundenen gesellschaftspolitischen Reaktionen und Vorkehrungen auf diesen Anpassungsbedarf deutlich. Verknüpft mit dem Anstieg der Hochaltrigkeit ist ferner die Zunahme an geriatrischem und psychiatrischem Versorgungsbedarf. Neben dem Anstieg der Kosten für das Gesundheitswesen kommt es außerdem zu einer erodierenden Ertragsseite. Starre sowie unflexible Strukturen, unterschiedliche gesetzliche Grundlagen und Finanzierungssysteme, bürokratische bzw. aufsichtsrechtliche Hürden sowie das Fehlen von einheitlichen technischen Standards führen oftmals zu Diskontinuitäten im Versorgungsprozess. Insbesondere ländliche Gebiete werden aufgrund des Transformationsprozesses – hin zu einer alternden Gesellschaft – zu den Verlierern der sozialen und gesellschaftlichen Wandlungsprozesse gehören. Als vermeintliche ‚Antwort‘ auf die neuen versorgungspolitischen Herausforderungen des demografischen Wandels gilt das Konzept des ‚healthy ageing‘ mit dem die Erhöhung der Gesundheit und Lebensqualität im Alter erreicht werden soll. Begrenzt werden diese Erfolge jedoch durch strukturelle Gegebenheiten des Gesundheitswesens. Die ‚Abschottung‘ der einzelnen Versorgungsbereiche bzw. -sektoren ist dabei kein neu auftretendes Phänomen. Schon seit mehreren Jahrzehnten werden die ‚Brüche‘ in den Versorgungsstrukturen von Wissenschaftlern, Politikern und Praktikern gleichermaßen angemahnt. Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Projekte, Reformversuche des Gesetzgebers sowie der Etablierung verschiedener Anreizsysteme fristet der Anteil sektorenübergreifender Versorgungsformen noch immer ein Nischendasein innerhalb des Kontinuums des deutschen Gesundheitswesens. Die Bundesregierung, die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie diverse Verbände und andere Lobbygruppen schieben den ‚Schwarzen Peter‘ stets wechselseitig auf eine andere Gruppe bzw. auf andere Gruppen und das in einem kontinuierlichen Prozess des Stillstands. Diese zähe Entwicklung und die damit verhärteten Fronten der einzelnen Parteien können als ständige Konstante im deutschen Gesundheitssystem als gegebener Faktor angesehen werden.

Bei der Erstellung der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit wurde daher Wert auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise der verschiedenen Problemlagen und differenzierten Handlungsfelder im Gesundheitswesen gelegt. Forschungsleitend wird dabei das Konzept der ‚Vernetzten Versorgung‘ dienen. Aus diesem Grund wurden sowohl Wissenschaftler, Politiker, Vertreter der KV sowie

Krankenkassen als auch Personen von Verbänden und Lobbygruppen sowie aus der Privatwirtschaft befragt, um ein umfassendes Verständnis der Problemfelder sektorenübergreifender Versorgungsformen zu erlangen. Kernfrage der vorliegenden Untersuchungen ist es zu erfahren, welche Strukturen, gesetzlichen Widerstände, Denkansätze oder Rahmenbedingungen hemmen bzw. hindern die einzelnen Akteure bzw. Organisationen der medizinischen und pflegerischen Versorgung daran, kooperativ und solidarisch zum Wohle der Gesunderhaltung der Patientinnen und Patienten zu agieren. Darüber hinaus soll untersucht werden unter welchen Voraussetzungen Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen eine stärkere Marktdurchdringung (Diffusion) erreichen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mit dem Konzept der Vernetzten Versorgung, Kooperationsprozesse anzuregen und den Stillstand sektorenübergreifender Netzwerkinitiativen zu beenden und einen Handlungsrahmen für professionelle Versorgungsvorhaben aufzuzeigen. Dem Versorgungskonzept liegen (zehn) Grundannahmen (Hypothesen) zugrunde. Das Konzept wurde unter der Prämisse aufgestellt, dass der demografische Wandel neben zahlreichen, sicherlich nicht zu unterschätzenden Risiken auch Chancen und Potenziale (I) mit sich bringt. Soziale Innovationen dienen dabei als eigentliche Motoren der Innovationsdynamik (II), um Veränderungen der Versorgungslandschaft vorzunehmen. Das vermehrte Auftreten alterstypischer Krankheitsbilder führt insbesondere in den ländlichen Gebieten der Bundesrepublik dazu, dass sich aufgrund des zunehmenden ‚Vernetzungsdrucks‘, Netzwerke bilden (III). Vernetzung der Akteure der Gesundheitsversorgung wird dabei als alternativloser Ausweg (IV) angesehen, um eine demografiesensible Versorgung sicherzustellen. Die Netzwerke müssen dabei zwingend sektorenübergreifend (V) mit einem klar definierten Settingbezug bzw. populationsbezogen (VI) aufgebaut werden. Um eine gemeinsame Vision und ein Leitbild sowie die nötige Infrastruktur aufzubauen und das Tagesgeschäft zu betreuen, ist ein hauptamtliches sowie professionelles Netzwerkmanagement (VII) zwingend notwendig. Der Aufbau dieser Netzwerke wäre vom Gesetzgeber über einen längeren Zeitpunkt (mindestens für fünf Jahre) zu fördern (VIII). Kommunen müssen darüber hinaus bestmöglich in die Versorgungsnetzwerke eingebunden (IX) werden, da sie als Bindeglied zwischen Infrastruktur, Gesundheit, Daseinsvorsorge und Vereinsleben sowie Ehrenamt dienen können. Hierbei gilt es den Versorgungsvertrag mit möglichst vielen Krankenkassen zu schließen (X), um eine gewisse Marktmacht und somit eine Veränderungsbereitschaft der Leistungserbringer zu erreichen. Die Ausarbeitung wurde dabei in zwei Teile gegliedert. Um die Forschungsfrage und das Thema zu kontextualisieren werden im ersten Teil die theoretischen Grundlagen gelegt sowie ein historischer Überblick gegeben. Der zweite Teil bildet die Empirie sowie das Konzept.

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit ist in fünfzehn Kapitel eingeteilt. Kapitel zwei bietet zu Beginn eine Übersicht über das deutsche Gesundheitswesen. Im Besonderen werden der Aufbau,

der geschichtliche Ablauf sowie die einzelnen betroffenen Organisationen vorgestellt. Darüber hinaus wird ein Blick auf die Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland und deren Bedeutung für Beschäftigungssicherheit und Wachstumschancen geworfen. Daran anschließend zeigt das dritte Kapitel die verschiedenen Trends des demografischen Wandels und verdeutlicht die daraus resultierenden Auswirkungen für das heimische Gesundheitswesen und die deutsche Sozialversicherung sowie insbesondere für ländliche Gebiete in Deutschland. Im vierten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen der Neuen Institutionentheorie, unter besonderer Berücksichtigung von Transaktionskosten und dem Aufbau von Vertragskonstrukten/-konstellationen (Prinzipal-Agent) für das spätere Gesundheitsnetz innerhalb der Vernetzten Versorgung, gelegt. Im Anschluss zeigt Kapitel fünf Grundlagen sowie Ausgestaltungs- und Organisationsformen des US-amerikanischen Managed Care. Mit diesen Managementansätzen soll eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive (medizinische) Versorgung der Bevölkerung gefördert werden. Das sechste Kapitel baut auf die im vorherigen Kapitel gezeigten Ausgestaltungsformen auf und analysiert ‚Neue bzw. Besondere Versorgungsformen‘ und innovative Ansätze mit denen der Gesetzgeber versucht hat mehr Flexibilität im deutschen Gesundheitswesen zu erzeugen. Daneben verdeutlicht das Kapitel Möglichkeiten mobiler Servicelösungen und/oder zentraler Einrichtungen im Rahmen populationsbezogener Versorgungskonzepte. Kapitel sieben führt anschließend in die Innovationsforschung ein und grenzt dabei im Speziellen soziale und technologische Innovationen voneinander ab. Außerdem werden darauf aufbauend Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen näher betrachtet. Kapitel acht stellt die Diffusionstheorie vor. Es behandelt intensiv die Diffusion von Innovationen im sozialen System der gesundheitlichen Versorgung und nimmt Bezug auf die Innovationsgenerierung. Dieses geschieht sowohl aus unternehmerischer als auch aus räumlich-regionaler Sicht. Darüber hinaus wird die Sozialstruktur von Diffusionsprozessen genauer betrachtet. Das neunte Kapitel schließt die theoretischen Grundlagen zusammenfassend ab.

An die erarbeiteten Vorüberlegungen werden in Kapitel zehn die methodischen Grundlagen der empirischen Untersuchung sowie das qualitative Forschungsdesign und Untersuchungssample erläutert. Neben den Ausführungen zum methodischen Vorgehen sowohl für die Experteninterviews als auch die durchgeführten Fallstudien, werden in diesem Kapitel Transkriptionsverfahren und Auswertungsmethodiken beschrieben. Kapitel elf und zwölf bilden den Kern der empirischen Arbeit. Das elfte Kapitel zeigt ausgewählte Ergebnisse der durchgeführten Interviews und kontextualisiert sie mit den im Vorfeld analysierten Dokumenten. Außerdem wird die forschungsleitende Fragestellung konkretisiert und daran anschließend der konzeptionelle Rahmen aufgezeigt. Im Anschluss werden die Ergebnisse des zweiten Teils der qualitativen Analyse näher betrachtet. Das zwölfte Kapitel setzt sich hierzu mit den Erkenntnissen der vier durchgeführten Fallstudien (Integrierte Versorgung Gesundes

Kinzigtal, Ärztenetz Südbrandenburg, Gesundheitsregion Siegerland und Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid) auseinander. In Kapitel dreizehn wird anschließend anhand der aufgetretenen Frage- und Problemstellungen sowie der zahlreichen identifizierten Diffusionswiderstände ein Handlungskonzept, insbesondere für die Versorgung ländlicher Gebiete, aufgestellt. Das Konzept der Vernetzten Versorgung besteht im Kern aus einem lokalen Gesundheitsnetzwerk mit einem multi- bzw. interdisziplinären, sektorenübergreifenden, populationsbezogenen und patientenorientierten, geplanten Set an unterschiedlichen, innovativen Service- und Versorgungsleistungen. Ziel ist es, unter der Leitung einer Netzwerkgesellschaft, ein sektorenübergreifendes Netzwerk, für eine bestimmte im Vorfeld definierte Population, aufzubauen. Hierzu ist der Aufbau einer elektronischen (Infrastruktur) Vernetzung (Patientenakten, elektronische Rezepte, Datentransfers, usw.) zwingend erforderlich. Die hauptberuflich agierenden Netzwerkmanager treten dabei als Moderatoren, Organisatoren, ‚Diplomaten‘, Controller, Auswerter, Financer und Marketeers auf. Die Providerorganisation dient als Keimzelle, um einerseits das lokale Gesundheitsnetzwerk zusammen zu halten und andererseits um dessen Wachstum zu fördern. Hierzu müssen neben den eigentlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung auch andere Organisationen wie Kommunen, Vereine und Wirtschaftsbetriebe in das Netzwerk eingebunden werden. Gerade Kreise, Städte und Kommunen werden, aufgrund ihrer im Rahmen der Daseinsfürsorge aufgelegten Aufgabenfelder, zukünftig eine größere Rolle einnehmen bzw. diese einnehmen müssen, was eine Anpassung an gesetzliche Gegebenheiten erfordert. Im vierzehnten Kapitel dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung werden daher Wünsche und Vorschläge der Expertengruppe an bzw. für den Gesetzgeber aufgezeigt, die im Rahmen der Interviews aufgetreten sind. Des Weiteren werden flankierende Maßnahmen vorgestellt, die eine bessere Diffusion sektorenübergreifender Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen erreichen können. Abschließend fasst das letzte Kapitel sämtliche Erkenntnisse der wissenschaftlichen Ausarbeitung zusammen.



## 2. Das deutsche Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen gilt als eines der besten Versorgungssysteme weltweit. 60 % der deutschen Bevölkerung ranken das heimische Gesundheitssystem unter die besten drei der Welt (PwC 2015: 13). Es beinhaltet ein dichtes Netz aus ambulanten und stationären Leistungserbringern und Dienstleistern. Dabei zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen durch verschiedene Interessenvertretungen von Ärzten, Pharmaunternehmen, Apotheken, gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen, Krankenhäusern, Betrieben aus den Bereichen Rehabilitation und Pflege sowie zahlreiche sonstige Gesundheitsdienstleister aus (Bandelow et al. 2009: 19). Die ‚Gesundheitswirtschaft‘ wird dabei für die Bundesrepublik Deutschland immer mehr zu einem wichtigen Wachstums-, Innovations- und Beschäftigungsfaktor. Aufgrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse werden jedoch in naher Zukunft die erheblichen Leistungsdefizite des deutschen Gesundheitswesens zunehmend verstärkt. Neben sicherlich nicht zu unterschätzenden Risiken beinhaltet der ‚Strukturwandel des Alters‘ (siehe Kapitel 3.) sicherlich auch Potenziale und Chancen<sup>2</sup> um Prosperität und Wohlstand für die Bundesrepublik Deutschland sicherzustellen (Clemens/Backes 1998: 7). In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt sowohl der Aufbau und die Geschichte sowie ausgewählte Akteure des deutschen Gesundheitswesens erläutert.

### 2.1. Aufbau und Geschichte

Die Anfänge des deutschen Gesundheitswesens gehen auf die bismarcksche Sozialgesetzgebung zurzeit des Deutschen Kaiserreichs zurück und bestehen zumindest in Teilen noch heute. Die soziale Absicherung im Krankheitsfall besteht bereits seit dem Jahr 1883 (Huerkamp 1991: 215, Weatherly 2013a: 369). Ziele jedes nationalen Gesundheitswesens sind dabei die ‚Gesundheit‘ der Bevölkerung zu fördern, die Kosten gerecht zu verteilen und eine hohe Qualität sowie eine langfristige Finanzierbarkeit zu garantieren (Bandelow et al. 2009: 17, Roski 2009: 6). Gesundheit ist dabei das Stadium des Gleichgewichtes von Risiko und Schutzfaktoren das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt (Hurrelmann 2006: 146). Aus diesem Grund versuchen Individuen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen möglichst zu vermeiden (Walter 2008: 245). Die persönlichen Anliegen stehen dabei jedoch stets gesamtgesellschaftlichen (ökonomischen) Interessen entgegen. Die Bemühungen eines ausgewogenen Gleichgewichts des ‚magischen Fünfecks‘ (Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit) stehen daher bei Reformbestrebungen der Sozialversicherung stets im Mittelpunkt (Roski 2009: 7).

---

<sup>2</sup> Klös/Naegle 2013 setzten sich intensiv mit der Ressource ‚Alter‘ und den damit verbundenen Chancen auseinander.

Die Ziele sollen dabei in einem ausgewogenen Gleichgewicht erreicht werden. Um sie erreichen zu können, muss man sich zuerst einmal den Aufbau sowie die unterschiedlichen ‚Verhaltensweisen‘ bzw. Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland bewusst machen.

Das deutsche Gesundheitssystem wird zu den Sozialversicherungsmodellen gezählt und besitzt ein hohes Maß an staatlichen Regulierungen<sup>3</sup> (Simon 2010: 93, 94). Es ist ein gemischtes System mit öffentlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungssystemen. Da die gesetzliche Krankenversicherung der Absicherung von ca. 90 % der deutschen Bevölkerung (Baas 2012: 249) dient, liegt der Schwerpunkt dieser Ausarbeitung auf diesem Bereich<sup>4</sup>. Im internationalen Vergleich bietet das deutsche Gesundheitswesen der Bevölkerung einen umfassenden Leistungskatalog, einen guten Zugang der Bevölkerung mit geringen Wartezeiten sowie hohe Qualitätsstandards (Amelung 2013: 9, Beske et al. 2005: 17, 239–255). Die gesetzlichen Krankenkassen, also die Kostenträger (siehe Kapitel 2.2), sind dazu verpflichtet jeden Antragsteller in die Solidargemeinschaft aufzunehmen, der nicht in einem privaten System versichert ist (Porter/Guth 2012: 65). Einen Ausschluss von Gesundheitsleistungen bei Vorerkrankungen oder Behinderungen gibt es im Gegensatz zu privaten Absicherungssystemen nicht (Kontrahierungszwang). „Innerhalb der Versichertengemeinschaft der GKV kann zwischen freiwilligen und Pflichtmitgliedern sowie mitversicherten Familienangehörigen unterschieden werden“<sup>5</sup> (Oberender/Zerth 2010: 43). Dabei ist das medizinische Leistungsangebot zu etwa 95 % gesetzlich kodifiziert und somit für alle ‚Nutzer‘ (Versicherte) gleich (Straub 2012: 243). Das Leistungsspektrum wird dabei vom Gesetzgeber sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (siehe Kapitel 2.2) festgelegt (Porter/Guth 2012: 66).

Um diese hohen Standards aufrechtzuerhalten, wendet die Bundesrepublik Deutschland jährlich (Stand: 2012) ca. 11 % ihres BIPs für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf (Destatis 2014a: 34, Knieps 2007: 13). Das Sozialversicherungssystem beruht dabei auf dem Umlageverfahren. Größere Kapitalrücklagen werden nicht gebildet. Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden bis zu einer gesetzlich bestimmten Beitragsbemessungsgrenze als Prozentsatz vom Gehalt erhoben

---

<sup>3</sup> Der RSA beispielsweise dient als finanzieller Ausgleichsmechanismus, um Risikoselektion zu vermeiden und eine Wettbewerbsgleichheit herzustellen (Schillo 2011: 10). Um dies zu erreichen, gleicht der 1994 eingeführte Ausgleich die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen sowie die Morbidität der Mitgliederstruktur nach feststehenden Kriterien aus (Schillo 2011: 11). „Beitragssatzunterschiede, die nicht auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen basieren, sollen eliminiert werden“ (Boose 2008: 15).

<sup>4</sup> Die Analysen dieser Ausarbeitung berücksichtigen alle Teilabschnitte, Sektoren und Bereiche des deutschen Gesundheitswesens. Aufgrund der immensen Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung sowie resultierend aus dem hohen Anteil der Beitragsausgaben konzentrieren sich die Untersuchungen schwerpunktmäßig auf die gesetzliche Krankenversicherung. Dies stellt keine Abwertung von Pflege, Rehabilitation und andere Gesundheitsprofessionen dar, sondern resultiert einzig aus Gründen der Vereinfachung, Komprimierung und Übersichtlichkeit.

<sup>5</sup> Pflichtmitglieder sind alle Menschen, deren persönliches Einkommen die jeweilige Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt (Oberender/Zerth 2010: 44). Personen oberhalb dieser Grenze sowie bestimmte Personengruppen u.a. Selbstständige haben die Möglichkeit eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV zu wählen (Oberender/Zerth 2010: 44). „Beitragsfrei mitversichert [...] sind nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder von Mitgliedern“ (Oberender/Zerth 2010: 44).

(Porter/Guth 2012: 10). Seit der Einführung des Gesundheitsfonds<sup>6</sup> zum 01.01.2009 ist der Beitragssatz für alle Krankenkassen in Deutschland einheitlich<sup>7</sup>. Der Beitrag wird zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen aufgeteilt (vgl. Abbildung 1). Seit dem Jahr 2005 entfällt diese Parität<sup>8</sup>. Arbeitnehmer zahlen 0,9 % Beitragspunkte allein (Bäcker et al. 2010: 145). Falls Krankenkassen mit der Höhe der ihnen vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Beträge wirtschaftlich nicht auskommen, mussten sie einen pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, haben ihre Mitglieder ein sofortiges Sonderkündigungsrecht. Das hat dazu geführt, dass im deutschen Gesundheitssystem ein „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ (Kunow/Langer 2014: 35) vorgeherrscht hat. Ab dem 01.01.2015 wurde der Sonderbeitrag (0,9 %) wieder abgeschafft und ist in einen neu konstruierten Zusatzbeitrag (vgl. Abbildung 1) eingeflossen (Gerlinger 2014: 29). „Krankenkassen müssen alle Ausgaben die über 14,6 % gehen über einen in der Höhe unbegrenzten kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben, dieser wird jetzt aber als Prozentsatz vom Arbeitseinkommen und nicht mehr als einkommensunabhängige Pauschale erhoben“ (Gerlinger 2014: 29). Der Gesetzgeber verspricht sich von der Maßnahme eine Zunahme des Wettbewerbs im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, da mittlerweile „der Preiswettbewerb [...] faktisch zu erliegen gekommen“ (Augurzky et al. 2014: 9) ist.

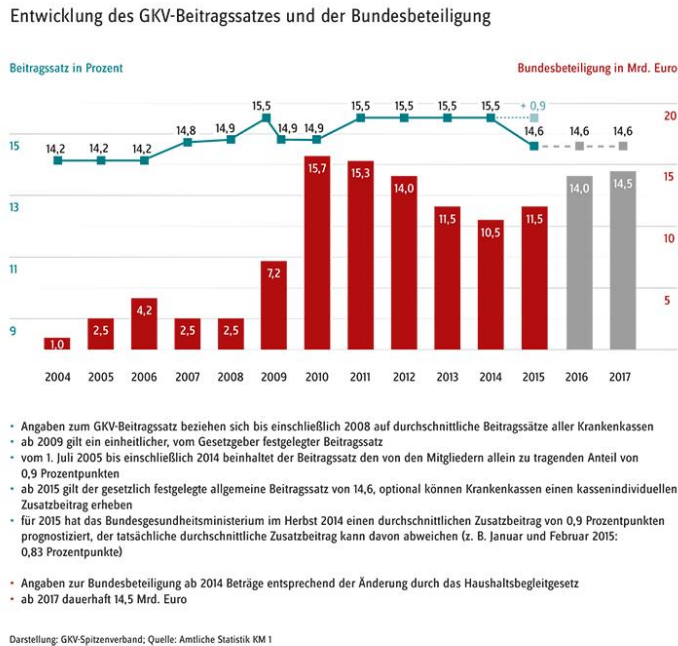
---

<sup>6</sup> Der Gesundheitsfonds sammelt unter Aufsicht des BVA zentral alle Beiträge der Versicherten und verteilt das Geld dann an die gesetzlichen Krankenkassen (Blankart et al. 2009: 22, Porter/Guth 2012: 97). Er wurde mit dem GKV-WSG zum 01.01.2009 initiiert (Simon 2010: 155). Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen nach festen Regeln und Vorgaben – im Sinne des neugestalteten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – Zuweisungen zur Deckung der laufenden Ausgaben (Simon 2010: 156, 157).

<sup>7</sup> Die Beiträge für die Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung sind deutschlandweit für alle Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich (Bäcker et al. 2010: 145, 443). Hierbei besteht lediglich in der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen eine Ausnahme.

<sup>8</sup> In der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen kinderlose Arbeitnehmer zwischen dem 23. und 65. Lebensjahr einen Beitragszuschlag von 0,25 % alleine tragen (Bäcker et al. 2010: 187).

**Abbildung 1:** Entwicklung der Beitragsätze der GKV und der Bundesbeteiligung



Quelle: GKV-Spitzenverband 2015: 26.

Beitragseinnahmen der GKV (inklusive eines Bundeszuschusses von 11,5 Mrd. Euro für versicherungsfremde Leistungen) im Jahr 2013 in Höhe von 195,85 Mrd. Euro (Stand: April 2015) standen Ausgaben mit einem Volumen von 194,49 Mrd. Euro gegenüber (vgl. Abbildung 2). Zu den größten Ausgabenblöcken im Jahr 2013 gehörten die ärztliche Behandlung (31,43 Mrd. Euro), Kosten für Arzneimittel (30,09 Mrd. Euro) und stationäre Aufenthalte (64,19 Mrd. Euro) in Krankenhäusern (vgl. Abbildung 2). Seit dem Jahr 2000 verzeichnete das GKV-System, trotz teilweiser erheblicher Kürzungen des Leistungskataloges (u.a. Wegfall der Erstattung von Sehhilfen in den Jahren 1997 und 2004), bereits vier Jahre<sup>9</sup> mit höheren Ausgaben für Gesundheitsleistungen, als durch Beiträge, Bundeszuschüsse und sonstige Einnahmen in das System gelangt sind (vgl. Abbildung 2). Ohne zusätzliche Mittel durch den Bund wären in keinem Jahr Überschüsse zu verzeichnen gewesen.

<sup>9</sup> In den Jahren 2001, 2002, 2003 und 2010 verzeichnete die GKV einen negativen ‚Überschuss‘ der Einnahmen (Gbe-Bund 2015). In den Jahren 2014 und 2015 wird ein positiver Überschuss der Beitragseinnahmen erwartet.

**Abbildung 2:** Einnahmen und Ausgaben der GKV (in Mrd. €)

|                                 | 1994   | 2000   | 2005   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Einnahmen</b>                | 118,79 | 133,81 | 145,74 | 175,60 | 183,77 | 189,69 | 195,85 |
| <b>Ausgaben</b>                 | 117,38 | 133,70 | 143,81 | 175,99 | 179,61 | 184,25 | 194,49 |
| <b>Ärztliche<br/>Behandlung</b> | 18,88  | 22,01  | 21,95  | 27,09  | 27,63  | 28,25  | 31,43  |
| <b>Arzneimittel</b>             | 17,17  | 19,41  | 24,67  | 30,18  | 28,98  | 29,20  | 30,09  |
| <b>Stat.<br/>Aufenthalte</b>    | 39,11  | 44,16  | 48,53  | 58,13  | 59,95  | 61,66  | 64,19  |
| <b>Überschuss</b>               | 1,11   | 0,10   | 1,68   | -0,39  | 4,20   | 5,44   | 1,36   |
|                                 |        |        |        |        |        |        |        |

Quelle: Eigene Darstellung nach Gbe-Bund 2015.

Allein im Zeitraum von 2000-2012 haben sich die Ausgaben um 41,16 % erhöht (Destatis 2014b: 14). Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung stehen seit der Etablierung im Jahr 1995, elf Jahre mit einem positiven Ergebnis sieben Jahre mit einem negativen Deckungsbetrag gegenüber (Gbe-Bund 2015a). Die finanzielle Situation der gesetzlichen Sozialversicherung wird durch eine Reihe struktureller und organisatorischer Probleme belastet. Demografische Wandlungsprozesse (siehe Kapitel 3.) sowie der medizinisch-technische Fortschritt (Greiner 2012: 223) und eine Ausweitung der Ausgaben durch die Leistungserbringer (Deutscher Bundestag 2012: 355) verstärken diesen Trend zusätzlich.

Grund- bzw. Hauptproblem der sozialen Sicherungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland ist die historisch gewachsene starke ‚Versäulung‘ (‚Silodenken‘) der einzelnen Sozialversicherungszweige (Hildebrandt et al. 2012a: 206, Ozegowski/Amelung 2015: 3, 4). Es ist historisch gewachsen und somit schwer zu überwinden. Die Selbstverwaltung der Sozialversicherung befindet sich in Bezug auf diese Thematik seit Jahren in einer Form der Stagnation. Ohne den Einfluss Dritter – u.a. Staat, Wirtschaft oder Gesellschaft – erscheint diese Pattsituation nicht aufhebbar zu sein. Unter ökonomischen und versorgungspolitischen Gesichtspunkten führt hier jedoch kein Schritt vorbei. An den Übergängen der einzelnen Versorgungsbereiche liegen die Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen (Dauven/Cobbers 2012: 8, Oberender/Linke 2009: 26). Auch innerhalb der einzelnen ‚Sektoren‘ behindern, z.B. in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung, verschiedene Abrechnungsmodalitäten (u.a. EBM vs. DRG) eine effiziente Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer. Dies gilt auch für unterschiedliche rechtliche Vorschriften – z.B. die einzelnen Sozialgesetzbücher oder Richtlinien –, die eine vollumfängliche, kooperative Versorgung der Bevölkerung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens nicht erlauben. Hinzu kommen inkompatible EDV-Systeme, weitere technische Barrieren, unterschiedliche

Dokumentationsgrundlagen und hohe Anforderungen an den Datenschutz der Versichertendaten. Egoismus, mangelnde Teamfähigkeit und ‚Standesdenken‘ behindern zusätzlich eine kooperative Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen. Es herrschen außerdem für die Selbstverwaltung keinerlei Anreize, die Kosten für das gesamte System zu reduzieren. Die einzelnen Sozialversicherungsträger arbeiten somit autark und nebeneinander her. Teilweise sogar ‚gegeneinander‘. Kostenträger können die eigenen Budgets ‚entlasten‘, indem sie ‚Kostenfälle‘ anderen Sozialversicherungszweigen, z.B. der Pflegeversicherung, ‚zuschieben‘. Somit wird versucht die Kosten der eigenen Organisation im laufenden Haushaltsjahr möglichst gering zu halten (‚Budgetdenken‘). Das Wohlergehen des Patienten steht somit oftmals nicht im Mittelpunkt des Handelns. Aber nicht nur während der täglichen Arbeit, auch bereits bei der Versorgungsplanung, kommt es zu ‚Schnittstellenproblemen‘. Im Bereich der Medizin sind z.B. die Bundesländer für die Planung der Sicherstellung der stationären und die jeweilige KV für die ambulante Versorgung zuständig (Deutscher Bundestag 2014: 376). Pflegebetriebe, Rehabilitationseinrichtungen oder andere Gesundheitsdienstleister werden erst gar nicht in diese Planungen miteinbezogen. Auch die Notfallversorgung ist hierzulande in drei Bereiche (ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser) aufgeteilt (Deutscher Bundestag 2014: 443). Aus diesen Gründen kann es zu entgegelaufenden Planungen (Unter-, Über- oder Fehlversorgung) kommen (Deutscher Bundestag 2001: 11, 16, 21). Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahrzehnten versucht, auf die wachsende Besorgnis der Bevölkerung, zu reagieren. Allein in den vergangenen fünfundzwanzig Jahren wurde eine Vielzahl größerer Gesetzesvorhaben und zahlreicher weiterer Reformen verabschiedet (Porter/Guth 2012: 2); nach der Jahrtausendwende in immer kürzeren Abständen (vgl. Abbildung 3). Ziel war es mehr wettbewerbliche Elemente (siehe Kapitel 3.2, 5. und 6.), insbesondere im fünften Sozialgesetzbuch, zu etablieren.

**Abbildung 3:** Gesundheitsreformgesetze seit 1977 bis 2015 (Auszug):

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>01.01.1989</b> | <b>Gesundheitsreformgesetz (GRG)</b>   |
| <b>21.12.1992</b> | <b>Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)</b>   |
| <b>01.01.2000</b> | <b>GKV-Gesundheitsreform 2000</b>  |
| <b>01.01.2003</b> | <b>Beitragsicherungsgesetz</b>   |
| <b>01.01.2003</b> | <b>Fallpauschalengesetz (DRG-System)</b>                                       |
| <b>01.01.2004</b> | <b>GKV-Modernisierungsgesetz</b>   |
| <b>01.04.2007</b> | <b>GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)</b>                                |
| <b>01.01.2011</b> | <b>Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung</b>                  |
| <b>01.01.2012</b> | <b>Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (GKV-VStG)</b> |
| <b>01.01.2015</b> | <b>GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)</b>   |
| <b>16.07.2015</b> | <b>GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)</b>                                |

Quelle: Eigene Darstellung nach Blankart 2012: 202.

Nachdem in Kapitel 2.1 in einem ersten Schritt die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen des GKV-Systems beschrieben worden sind und einige historische Gegebenheiten erläutert wurden, wird im folgenden Abschnitt der Fokus auf ausgewählte, im deutschen Gesundheitswesen handelnde Akteure gelegt.

## 2.2. Akteurslandschaft

Analytisch lässt sich das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem in folgende Ebenen und Subsysteme untergliedern (Kofahl et al. 2004: 20):

- Versorgungsbereiche<sup>10</sup>: (Rehabilitation, Prävention sowie Gesundheitsförderung, Palliativversorgung, Medizin und Pflege);
- Versorgungssektoren<sup>11</sup>: (ambulant, stationär, teilstationär) mit unterschiedlichen Leistungserbringern;
- Versorgungsstufen: (Grund- und Spezialversorgung);
- Berufsgruppen: (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen und andere Gesundheitsberufe);
- Kostenträger: (GKV, PKV, PV, RV sowie andere Träger).

Die einzelnen Berufsgruppen und Kostenträger beinhalten ein nahezu unüberschaubares Geflecht aus unterschiedlichen Professionen und Organisationen. Leistungserbringer sind dabei u.a. niedergelassene Hausärzte bzw. Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Physiotherapeuten,

<sup>10</sup> Die Sozialversicherungszweige-übergreifenden Versorgungsbereiche erstrecken sich auf die Medizin, Pflege und Rehabilitation sowie andere Gesundheitsprofessionen.

<sup>11</sup> Als Sektor im Gesundheitswesen „werden gemeinhin die von Ärzten, Fachärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Kliniken gebildeten Einheiten [...] zur Versorgung des Patienten verstanden“ (Lüngen 2014: 51). Diese Einheiten unterscheiden sich durch ihre jeweilige ambulante sowie stationäre Ausrichtung. Kooperieren zwei oder mehr Sektoren miteinander, so spricht man von sektorenübergreifender Versorgung bzw. eine sektorenübergreifende Versorgungskette (Deutscher Bundestag 2009: 434). Mit der ASV hat der Gesetzgeber versucht einen neuen übergreifenden Versorgungssektor zu etablieren (siehe Kapitel 6.1.7).

Hospize und viele weitere ‚Player‘. Die einzelnen Akteure handeln in den meisten Fällen als eigenständige Wirtschaftssubjekte und besitzen oftmals entgegenlaufende (ökonomische) Partikularinteressen. Die gemeinsame Zusammenarbeit wird zudem durch die schiere Anzahl an Personen und Organisationen zusätzlich erschwert. Neben ca. 330.000 tätigen Ärzten und 10.000 Pflegeheimen, 1.200 stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie 1.996 Krankenhäusern mit über 500.000 Betten existieren noch 17 Kassenärztliche Vereinigungen und 124 Krankenkassen sowie eine Vielzahl an Gesundheitsdienstleistern, Medizintechnik Anbietern, Apothekern und sonstigen Akteuren (u.a. Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen) des Gesundheitswesens, die im Prozess der gesundheitlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung mit eingebunden sind (Deutscher Bundestag 2014: 88, 381, Porter/Guth 2012: 168, Destatis 2014: 7, vgl. Abbildung 4).

Das deutsche Gesundheitswesen beruht dabei auf dem Prinzip der gesetzlichen Selbstverwaltung. Es besteht die gesetzliche Pflicht zur verbandlichen Selbstorganisation (Oberender/Zerth 2010: 61). Der Bundestag sowie die einzelnen Landesparlamente geben lediglich – auf Grundlage ihrer jeweiligen Zuständigkeiten – den ordnungspolitischen Rahmen für das System vor. Den einzelnen Akteuren der Selbstverwaltung (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen) bleibt es somit selber überlassen einerseits die Details auszuarbeiten und andererseits diese auch umzusetzen. Die vertraglichen Ausprägungen zwischen KVn und Krankenkassen (zweiseitiges Monopol) werden als ‚Kollektivvertrag‘ bezeichnet (Mehl/Weiß 2012: 461).

Bis zum Jahr 1931 handelte ursprünglich jeder niedergelassene Arzt individuell Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen aus (Porter/Guth 2012: 70). Um die vorhandenen Prozesse zu vereinfachen, wurde ab dem Jahr 1955 aus den im Vorfeld organisierten regionalen Zusammenschlüssen, die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung gegründet. Fortan handelten sie Verträge für alle in ihrer Region tätigen niedergelassenen Ärzte und Therapeuten mit den Krankenkassen aus. Des Weiteren besitzen sie den Sicherstellungsauftrag der ambulanten medizinischen Versorgung für die deutsche Bevölkerung und führen die Versorgungsplanung für diesen Bereich durch (Sterly 2012: 487). Für die hausärztliche Bedarfsplanung teilen die KVn die Bundesrepublik Deutschland in 886 Planungsbezirke auf, um den tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf zu ermitteln (Deutscher Bundestag 2014: 353, 354). Hierzulande gibt es für jedes Bundesland eine Kassenärztliche Vereinigung sowie für NRW mit der KVWL und der KVNO zwei Organisationen. Die KVn besitzen zudem das alleinige Recht Zulassungen zu regeln und schützen somit ihre Mitglieder vor einem ausufernden Wettbewerb. Als Vertragspartner sind sie den gesetzlichen Krankenkassen zugeteilt, was zu einer Trennung von Gesundheitserbringung (Sicherstellung) und Finanzierung führt (Sterly 2012: 487).



Die gesetzlichen Krankenkassen wurden als Körperschaften des öffentlichen Rechts gegründet. Sie sind für das Beitragsinkasso sowie die allgemeine Verwaltung der GKV verantwortlich. Die Leistungserbringer erhalten ihre Vergütungen direkt von den Krankenkassen mit Ausnahme begrenzter Selbstbeteiligungen der Patienten, die auf 1–2 % des jeweiligen Bruttoeinkommens beschränkt sind (Porter/Guth 2012: 66). Mitglieder der GKV haben grundsätzlich ein Anrecht sich eigenständig die Krankenkasse ihrer Wahl auszusuchen, was zu einem Wettbewerb der einzelnen Versicherungen untereinander führt (§ 175 SGB V). Infolge einer Marktkonsolidierung (Fusionsprozesse) nimmt die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren stetig ab. Gab es 1960 noch über 2.000 von ihnen (Porter/Guth 2012: 71) so waren es, aufgrund von Zusammenschlüssen, im April 2015 nur noch 124 eigenständige KK (Tendenz weiter sinkend). Ausgewählte Mitarbeiter der KVn sowie der Krankenkassen bilden zusammen den Gemeinsamen Bundesausschuss.

**Abbildung 4:** Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf



Quelle: GKV-Spitzenverband 2015: 25.

Das wichtigste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er wurde im Jahr 2004 aus den im Vorfeld unabhängigen Kontrollgremien für die ambulante sowie stationäre medizinische Versorgung geschaffen (Busse/Riesberg 2004: 39). Das Gremium besteht aus jeweils fünf Vertretern der Krankenkassen und Leistungserbringer sowie drei unabhängigen Mitgliedern mit jeweils gleichem Stimmrecht<sup>12</sup> (Porter/Guth 2012: 67). Bei Bedarf können akkreditierte Patientenorganisationen (ohne Stimmrecht) ebenfalls an den Sitzungen teilnehmen. Der Ausschuss ist für alle Entscheidungen des Leistungskatalogs des GKV-Systems

<sup>12</sup> Das BMG besitzt bei allen Entscheidungen des G-BA ein Vetorecht (Porter/Guth 2012: 67).

verantwortlich. Die Beschlüsse des G-BA sind zudem für alle Beteiligten im Gesundheitssystem bindend. Entscheidungen des Ausschusses können für eine Vielzahl von Gesundheitsakteuren und Zulieferern enorme organisatorische und weitreichende ökonomische Folgen aufweisen. Neben der Versorgungssicherheit der Bevölkerung bekommt das Themenfeld ‚Gesundheit‘ auch im Rahmen von Beschäftigungsfähigkeit und Wirtschaftswachstum eine immer stärker werdende Bedeutung. Die Gesundheitswirtschaft wird zu einem wichtigen wirtschaftlichen Eckpfeiler (‚Boom-Markt‘) der Bundesrepublik Deutschland (Lohmann 2015: 103).

### *2.3. Gesundheitswirtschaft*

Im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen über Konjunkturzyklen fand der russische Wissenschaftler Nikolai Kondratieff heraus, dass es drei Arten (kurzer und mittlerer Zyklus sowie ‚lange Wellen‘) von wirtschaftlichen Zyklen gibt (Haubrock 2015: 15). Grundlegende (technische) Innovationen, die Organisationsabläufe und Strukturen fundamental verändern, stellen die Basis für den Beginn einer neuen langen Welle dar. Dieser Zyklus beschreibt innovationsinduzierte Investitionen in einem bestimmten Bereich, der über mehrere Jahrzehnte andauert und somit die jeweilige Ära prägt. Die bisherigen fünf Zyklen zeichneten sich durch die Erfindung der Dampfmaschine (Massenproduktion), Eisenbahn (Warenverteilung), Elektrizität (Massenkonsum) und der Erfindung des Automobils (Massenverkehr) sowie der Informationstechnologie (vernetzte Weltwirtschaft) aus (Maitz/Granig 2011: 102). Nefidow zufolge befinden wir uns gegenwärtig in der Übergangsphase vom 5. zum 6. Kondratieff-Zyklus (Nefidow 2011: 25–28). Experten gehen davon aus, dass das Thema Gesundheit bzw. ‚Human Life Science‘ der wesentliche Träger des sechsten Kondratieff- Zyklus ist und somit das 21. Jahrhundert kennzeichnen wird (Franken/Franken 2011: 205, 206, Maitz/Granig 2011: 111). Das Thema Gesundheit durchdringt dabei alle Ebenen, von der Wirtschaft über die Gesellschaft sowie bis zum Individuum und geht u.a. von Heil- und Hilfsmitteln, über Nahrungs- und Wellnessangebote bis hin zu versorgungsrelevanten oder sozialen Dienstleistungen. Die Gesundheitswirtschaft ist dabei wie kaum eine andere Branche durch personenbezogene Dienstleistungen geprägt (Enste et al. 2010: 3). „Insgesamt arbeiteten im Jahr 2006 in Deutschland [bereits] 4,5 Millionen Menschen in der Gesundheitsbranche, davon etwa 82 Prozent sozialversicherungspflichtig Beschäftigte“ (Dahlbeck/Hilbert 2008: 3). Im Jahr 2011 ist diese Zahl bereits auf fast fünf Mio. Beschäftigte (11,9 % aller Erwerbstätigen in Deutschland) angestiegen (vgl. Abbildung 5). Studien zeigen, dass zur Aufrechterhaltung der heute gewohnten Versorgungsqualität aufgrund der steigenden Nachfrage und sinkenden Absolventenzahlen sowie erhöhter Renteneintritte eine Lücke von über 400.000 Vollzeitkräften in den nächsten 20 Jahren im Gesundheitswesen

auftreten könnte (PwC 2012: 8)<sup>13</sup>. Die Gesundheitswirtschaft stellt somit einen der größten Teilbereiche der Wirtschaft und eine der wichtigsten (Wachstums-)Branchen für Deutschland dar.

**Abbildung 5:** Entwicklung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen



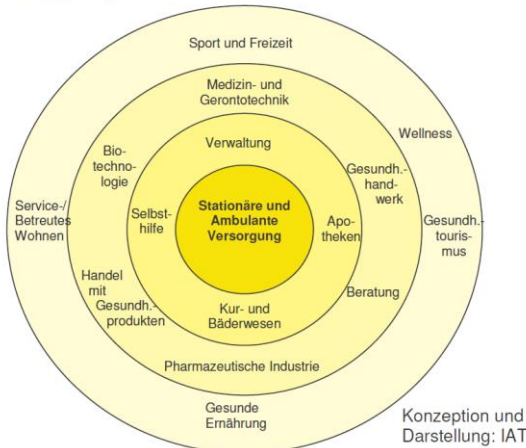
Quelle: Destatis 2010.

Gesundheitswirtschaft kann dabei allgemein als Oberbegriff für alle Wirtschaftsbereiche verstanden werden, die sich mit dem Themenfeld der Gesundheit befassen. Zu diesen Zweigen gehören Unternehmen, deren Leistungen und Produkte vermehrt von älteren Menschen genutzt bzw. gekauft werden und mehr Lebensqualität für die Kunden bieten (Heinze et al. 2011a: 12). Hierzu zählen u.a. die Sektoren Handel, Gesundheit, Pflege, Wohnen, soziale Dienstleistungen und Technik (Heinze et al. 2011a: 119, 120). Überschneidungen mit anderen Branchen sind dabei stets möglich. Kernbereiche sind dabei die ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung, die Pharmazie und Medizintechnik aber auch der Gesundheitstourismus und Fitness- sowie Wellnessbereich (vgl. Abbildung 6). Diese Teilbereiche arbeiten in Deutschland oftmals ‚nebeneinander‘ und sind (bislang) wenig miteinander vernetzt.

<sup>13</sup> Weitere Informationen über Beschäftigungsverhältnisse und Berufsgruppen im deutschen Gesundheitswesen siehe Afentaktis/Böhm 2009.

**Abbildung 6:** Die ‚Gesundheitszwiebel‘ – Felder der Gesundheitswirtschaft

Abbildung 1: Felder der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Dahlbeck/Hilbert 2008: 3.

In der Bundesrepublik Deutschland ist seit einiger Zeit ein Paradigmenwechsel festzustellen (BMFSJ 2005: 27–31). Das negative Altersbild („Defizit-These“)<sup>14</sup>, das die Gesellschaft mit den Auswirkungen des demografischen Wandels verbindet, weicht auf und wird durch ein „Aktivitätsmodell des Alters“<sup>15</sup> mit positiven Altersbildern abgelöst (Heinze et al. 2011a: 11). „Ressourcen und Potenziale alternder Gesellschaften dürfen nicht eindimensional oder disziplinbezogen thematisiert werden und schon gar nicht ökonomische Beiträge per se ausschließen“ (Klös/Naegele 2013: 138). Neben den sicherlich vorhandenen und nicht zu verharmlosenden Risiken bietet der demografische Wandel (siehe Kapitel 3.) aber sicherlich auch Chancen und Potenziale für mehr Wirtschaftswachstum und Beschäftigungssicherung (BMFSJ 2005: 28). Naegele sah schon 1999 in Verbindung mit einer alternden Gesellschaft das Entstehen von neuen Märkten und innovativen Berufsfeldern (Naegele 1999: 436). Beispiele hierfür können z.B. ‚Case Manager‘, ‚Telemedizin-Manager‘, ‚Schnittstellen-Manager‘ ‚Physician Assistent‘ oder ‚Community Health Nurse‘ sein (Alscher/Hopffeld 2013: 76, Berchthold 2007: 1586, Dolderer et al. 2007: 75). Aber auch neuartige (vernetzte) Versorgungs- bzw. Organisationsformen, innovative Mobilitätsansätze sowie Delegations- und Telemedizin-konzepte (siehe Kapitel 6.1–6.3) können neue Arbeitsplätze schaffen (Koch 2009: 15). Experteneinschätzungen rechnen in den kommenden fünfzehn Jahren mit dem Aufbau von 400.000 bis zu 1.000.000 neuer Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft (Evans et al. 2011: 4). Die Bevölkerung ist immer mehr dazu bereit Ausgaben für Gesundheit privat zu tätigen („zweiter

<sup>14</sup> Beim Defizitmodell des Alters geht man von einem generellen und unvermeidlichen Abbau der körperlichen, geistigen und emotionalen Leistungsfähigkeit im Alter aus (Meier/Schröder 2007: 24, Tews 1979: 108).

<sup>15</sup> Das Aktivitätsmodell des Alters geht davon aus, das alte Menschen auch im Alter noch aktiv sein wollen und in vielen Bereichen leistungsfähig sind und es keinen unvermeidlichen Abbau kognitiver Fähigkeiten gibt (Rosenmayr 1978: 49, Tews 1979: 108).

Gesundheitsmarkt<sup>16</sup>). Das Gesundheitswesen produziert Gesundheit, was zu einer Erhöhung der ökonomischen Produktivität führt und somit zu einem Kernelement des Wohlergehens zählt (Henke et al. 2011: 34). Das Spektrum reicht dabei von Fitnesskursen über probiotische Nahrungsmittel bis hin zu freiverkäuflichen Arznei- und Hilfsmitteln. „Innovationen der Gesundheitswirtschaft erzeugen branchenübergreifend Wachstum und Strukturwandel“ (Henke et al. 2011: 23), um den Wohlstand der Gesellschaft auch in den kommenden Jahrzehnten zu erhalten und weiter auszubauen (siehe Kapitel 7.). Gesundheitsausgaben sind daher nicht mehr als Konsum, sondern als ‚Investitionen in die Zukunft‘ anzusehen (Henke et al. 2011: 35). Schon heute konzentrieren sich viele regionale aber auch multinationale Unternehmen auf die sogenannten ‚Best Ager‘, ‚Silver Surfer‘ oder ‚Jungen Alten‘ (Femers 2009: 333), da sie über eine hohe Kaufkraft (über 400 Milliarden Euro) sowie Konsumgüternachfrage verfügen (Adlwarth 2008: 20). Die Verschiebung der Altersstruktur, ausgelöst durch den demografischen Wandel, wird gerade diese Gruppe in Zukunft ansteigen lassen (siehe Kapitel 3.).

---

<sup>16</sup> Als zweiten Gesundheitsmarkt bezeichnet man „alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um Gesundheit“ (Karrte/Neumann 2007: 5). Der erste Gesundheitsmarkt umfasst „alle Organisationen und Personen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe es ist, die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und die Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe zu ermöglichen“ (Haubrock 2015: 16).

### 3. Der demografische Wandel in Deutschland

Der demografische Wandel beschreibt u.a. Tendenzen der Geburten- und Sterbefallentwicklung, Wanderbewegungen sowie die Altersstruktur der Bevölkerung. In der Bundesrepublik Deutschland wirkt er als tiefgreifender makroökonomischer und sozioökonomischer Strukturwandel, der die wichtigen Märkte (u.a. Dienstleistungs-, Waren-, Arbeits- sowie Kapitalmarkt) verändert (Börsch-Supran 2004: 3, 4, Oberender/Zerth 2010: 115). Dieser gesellschaftliche Prozess ist hierzulande durch mehrere irreversible Megatrends – Alterung, Schrumpfung und ethnisch-kulturelle Differenzierung im Rahmen der Globalisierung – gekennzeichnet (Naegele 2008: 13). Die gesundheitliche Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, ist hiervon zunehmend betroffen.

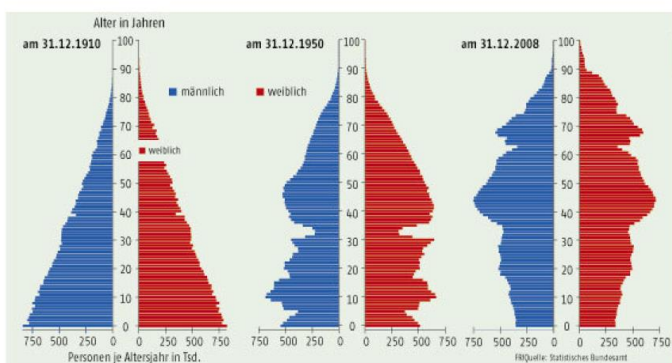
#### 3.1. Demografische Trends

Das Themenfeld ‚Demografie‘ ist sicherlich kein ‚Neuland‘. Schon in den 1970er-Jahren konnten erste Anzeichen (Megatrends) des demografischen Wandels festgesellt werden (Amelung 2013: 19). Die Auswirkungen demografischer Veränderungsprozesse stellen den Gesetzgeber, die Sozialversicherung, Wirtschaftsunternehmen, Kommunen, Vereine aber auch jeden einzelnen Bürger vor sich verändernde Aufgaben und neue Herausforderungen.

##### 3.1.1. Alterung

Der Altersaufbau der deutschen Bevölkerung hat sich im Laufe der letzten 100 Jahre stark verändert. „Heute besteht die Bevölkerung zu 19 % aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61 % aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20 % aus 65-Jährigen und Älteren“ (Destatis 2009: 5). In der Zeit zwischen 2050–2060 werden die bevölkerungsstarken Jahrgänge in die höheren Altersstufen vorstoßen und diese werden von zahlenmäßig kleineren Kohorten ersetzt (Destatis 2009: 5). Damit gehen erhebliche Verschiebungen in der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung einher (vgl. Abbildung 7).

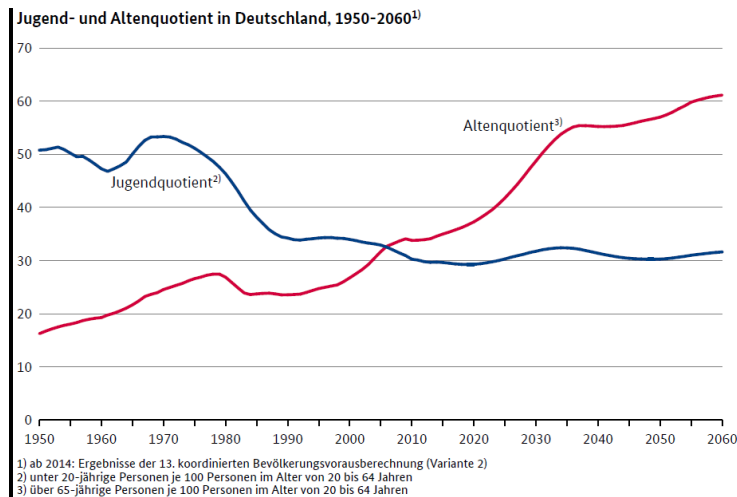
**Abbildung 7:** Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt in Kurth 2014: 4.

Veränderungen der familiären Strukturen führen dazu, dass es zu einer vertikalen Ausdehnung mit mehreren Altengenerationen kommt (Tews 1991: 22). Man spricht mithin von einem ‚dreifachen Altern der Bevölkerung‘ (Tews 1991: 20–23). „Darunter versteht man die Gleichzeitigkeit der Zunahme (1) der absoluten Zahl älterer Menschen, (2) ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung und (3) die überdurchschnittliche Zunahme des Phänomens der Hochaltrigkeit“ (Naegle 2008: 14). Der ‚Altenquotient‘<sup>17</sup> steigt zunehmend an (vgl. Abbildung 8).

### Abbildung 8: Altenquotient in Deutschland

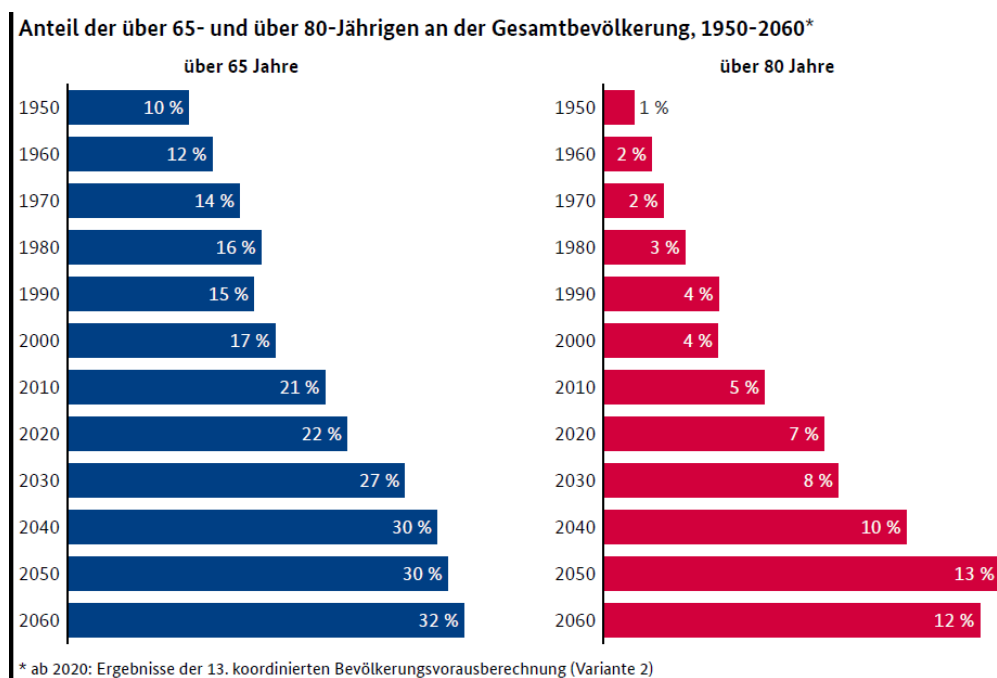


Quelle: BiB 2015 (Berechnungen auf Grundlage der 13. Koordinierten Bevölkerungsberechnung).

Hieraus resultieren massive Auswirkungen für die sozialen Sicherungssysteme (siehe Kapitel 3.2). Die Anzahl der Personen, die sich noch im erwerbsfähigen Alter befinden, sinkt von 51,2 Mio. auf voraussichtlich nur noch 22,9 Mio. Menschen im Jahr 2050 (Beske et al. 2007: 40). Dies wird zu massiven Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt führen. Heute (Stand: 2011) kommen noch ca. drei Erwerbstätige für eine nicht erwerbstätige Person auf (Beske 2011: 9). Diese Relation wird sich nach Expertenschätzungen bis zum Jahr 2050 von 3:1 auf 1:1 ändern (Beske 2011: 9). Im gleichen Jahr werden nach Expertenschätzungen ca. 33 % aller Einwohner Deutschlands das 65. Lebensjahr überschritten haben (Beske et al. 2007: 36). Besonders die Zahl der älteren und hochaltrigen Mitbürger wird somit in den nächsten Dekaden stark ansteigen. Autonomie und Mobilität sind in dieser Personengruppe wichtige Aspekte. Prognosen ist zu entnehmen (vgl. Abbildung 9), dass im Jahr 2060 etwa 14,0 % der deutschen Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein werden (Destatis 2009: 5).

<sup>17</sup> Der Altenquotient bezieht die Zahl der potenziellen Empfänger von Rentenleistungen auf die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (Destatis 2009: 19).

**Abbildung 9:** Anteil der Bevölkerung 65+ an der Gesamtbevölkerung



Quelle: BiB 2015 (Berechnungen auf Grundlage der 13. koordinierten Bevölkerungsberechnung).

Die Alterung der Gesellschaft ist im Wesentlichen auf eine Reduzierung der Säuglingssterblichkeit, bessere hygienische und medizinische Versorgung sowie günstigere Lebensbedingungen zurückzuführen (Obermann/Reichert 1993: 202). Es wird in Zukunft zum Alltag gehören mit Personen, die bereits das 100. Lebensjahr überschritten haben, konfrontiert zu werden (Tews 1993: 32). Demgegenüber nimmt der Anteil der Personen unter dem 20. Lebensjahr massiv ab, wodurch die einem ‚Weihnachtsbaum‘ ähnliche Alterspyramide allmählich die Form eines ‚Pilzes‘ annimmt (Deutscher Bundestag 2009: 39). Aufgrund einer starken Heterogenität verlaufen die demografischen Prozesse in den verschiedenen Regionen Deutschlands jedoch sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 3.3).

Auch wenn Alter nicht per se mit Krankheit<sup>18</sup>, Demenz und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden kann, steigt zumindest die Wahrscheinlichkeit, unter chronisch-degenerativen sowie irreversiblen Erkrankungen zu leiden (Naegele 2009: 432). Hochaltrige Menschen sind oftmals in ihrer Mobilität eingeschränkt, chronisch erkrankt und besitzen ein schrumpfendes Netzwerk aus Vertrauenspersonen, Familie und Freunden (Deutscher Bundestag 2009: 30). Besonders deutlich korrelieren demenzielle Erkrankungen mit zunehmendem Alter. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt des Weiteren die Risikowahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe der 80-Jährigen und älter bei fast 29 % (BMG 2014: 12), bei den 60-Jährigen bei 0,7 % und bei Menschen zwischen dem 60sten–80sten Lebensjahr bei 4,2 % (BMG 2014:12). Hingegen sind

<sup>18</sup> „Als Krankheit bezeichnet man im Allgemeinen eine Störung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die ein Ausmaß erreicht hat, bei dem eine medizinische Behandlung erforderlich wird“ (Nöthen/Böhm 2009: 8).



bei Menschen, die bereits das 65ste-Lebensjahr überschritten haben, vier medizinische Diagnosen der ‚Regelfall‘ (Naeyele 2009: 432). Im Gleichschritt nimmt auch die Zahl der verabreichten Medikamente seit Jahren kontinuierlich zu (Maaz et al. 2007: 217). Erhebungen zeigen, dass bereits heute 35,0 % aller Männer und 40,0 % aller Frauen, die über 65 Jahre alt sind, neun oder mehr Wirkstoffe einnehmen und dies oftmals in Dauertherapie (Deutscher Bundestag 2009: 30). Andere Studien zeigen, dass ca. 42 % der über 65-Jährigen fünf oder mehr Wirkstoffe zu sich nehmen (Oberhänsli 2015: 190). Schätzungen zufolge bekommen dabei rund ein Viertel der Menschen, die bereits das 65ste Lebensjahr überschritten haben, mindestens ein für sie ungeeignetes Medikament verschrieben (Thürmann et al. 2012: 125). Gerade vor dem Hintergrund der Alterung der gesamten Gesellschaft bekommt eine hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln eine immer größere Bedeutung.

Die Gesellschaft wird dabei aber auch zunehmend gesünder älter (Rosenbrock 2008: 16). „Dieses compression of morbidity ist eine empirische Realität – zumindest für die Mittel- bzw. Oberschicht – und macht das Versprechen ‚mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben‘ zu einer realistischen Perspektive“ (Rosenbrock 2008: 16). 12). Als Folge einer Akkumulation von ungünstigen Entwicklungen und Benachteiligungen kommt es zu einer Bildung von ‚Risikoketten‘ (Naeyele 2009: 432). „Sozioökonomische Unterschiede zeigen sich zudem in der Verteilung verhaltenskorrelierter Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen“ (Lampert et al. 2013: 814). Darüber hinaus schätzen die betreffenden Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand niedriger ein und besitzen oftmals Probleme bei der Bewältigung ihres Alltags (Lampert et al. 2013: 814). Dies schlägt sich in einer geringeren Lebenserwartung nieder. „Menschen aus dem untersten Fünftel tragen in jeder Phase ihres Lebens ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel“ (Rosenbrock 2008: 17). Aus diesem Grund beträgt die Lebenserwartung von Männern und Frauen aus dem untersten Fünftel der ‚Einkommenspyramide‘ zehn bzw. fünf Jahre weniger als aus dem obersten Drittel der Gesellschaft (Naeyele 2009: 433, Rosenbrock 2008: 17). Insbesondere Arbeitslosigkeit übt dabei einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand aus (Knieps et al. 2012: 12). Studien der Barmer GEK zeigen, dass im Jahr 2010 die Zahl der Krankenhaustage bei Arbeitslosen nahezu doppelt so hoch war wie bei Hilfsarbeitern oder körperlich anspruchsvollen Handwerksberufen (Knieps et al. 2012). Neben einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung resultieren Zugewinne an Lebenszeit und Lebensqualität aufgrund von besseren Lebensverhältnissen, Bildung und einem gesundheitsbewussten persönlichen Verhalten (Rosenbrock 2008: 16). Die Erhöhung der persönlichen Gesundheitskompetenz (health literacy) ist daher zwingend erforderlich. Gesundheitskompetenz ist dabei die Fähigkeit der einzelnen Person im

täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Lenartz 2012: 19, 20). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit Ärzten (Nowak 2012: 15) und verbesserte Informationsmöglichkeiten der Bevölkerung durch Informationsportale im Internet oder Apps können das ‚Empowerment‘<sup>19</sup> der Patienten zusätzlich stärken und den gestiegenen Anspruch der Bevölkerung an einem gesundheitsbewussten Leben und an einen höheren Komfort der angebotenen Leistungen befriedigen (Meggender 2008: 34). „Weniger körperlich schwere Arbeit und bessere Wohnbedingungen“ (Olbermann/Reichert 1993: 202) führen des Weiteren zu einer subjektiven positiveren Selbsteinschätzung des eigenen Alters (Tews 1993: 23, 24). Im Kohortenvergleich lassen sich daher eine bessere psychophysische Befindlichkeit und höhere Kompetenz sowie Leistungsfähigkeit beobachten (Künemund 2005: 110–124). Ältere Personen „waren im Durchschnitt noch nie so gesund wie heute“ (Destatis 2011a: 73). Das gilt sowohl für den objektiven als auch den subjektiven Gesundheitszustand (Klös/Naegele 2013: 126). „Nur etwa ein Viertel der Menschen über 65 Jahre fühlten sich 2009 gesundheitlich so beeinträchtigt, dass sie ihren gewohnten Tätigkeiten nicht nachgehen konnten“ (Klös/Naegele 2013: 126). Gerade bildungsnahe Schichten streben vermehrt ein gesundheitsbewusstes Leben an. Präventionsangebote sowie die Erhöhung der persönlichen health literacy müssen daher verstärkt in den Alltag der Menschen eingebaut und bei der Erstellung populationsbezogener Versorgungskonzepte (siehe Kapitel 13.) miteinbezogen werden. Hierbei sind jedoch mehrere Trends zu berücksichtigen. Neben der Alterung der Gesellschaft verzeichnet Deutschland eine Schrumpfung der Bevölkerung.

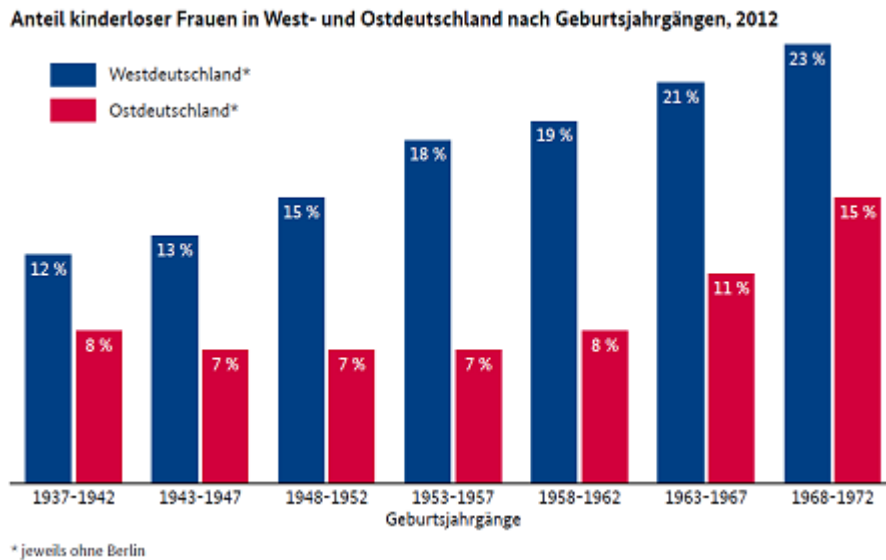
### **3.1.2. Schrumpfung**

Um die deutsche Population in einer ausgeglichenen Anzahl erhalten zu können, müsste jede Frau durchschnittlich zwei Kinder zur Welt bringen. Derartig hohe Geburtenraten gehören allerdings der Vergangenheit an. Mittlerweile (Stand: 2013) liegt die durchschnittliche Anzahl von Kindern je Frau bei nur noch 1,41, was folgerichtig auch eine erhebliche Schrumpfung der nachfolgenden Generationen mit sich bringt (Destatis 2014c: 1). Oftmals bleiben viele Personen (häufig Akademiker) gänzlich ohne Kinder (vgl. Abbildung 10).

---

<sup>19</sup> Empowerment bezeichnet Strategien und Maßnahmen, die den Grad der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen im Alltag erhöhen und ihnen ermöglichen ihre Interessen eigenmächtig und selbstständig zu vertreten (Schaeffer/Moers 2004: 21-33).

**Abbildung 10:** Anteil kinderloser Frauen in Deutschland



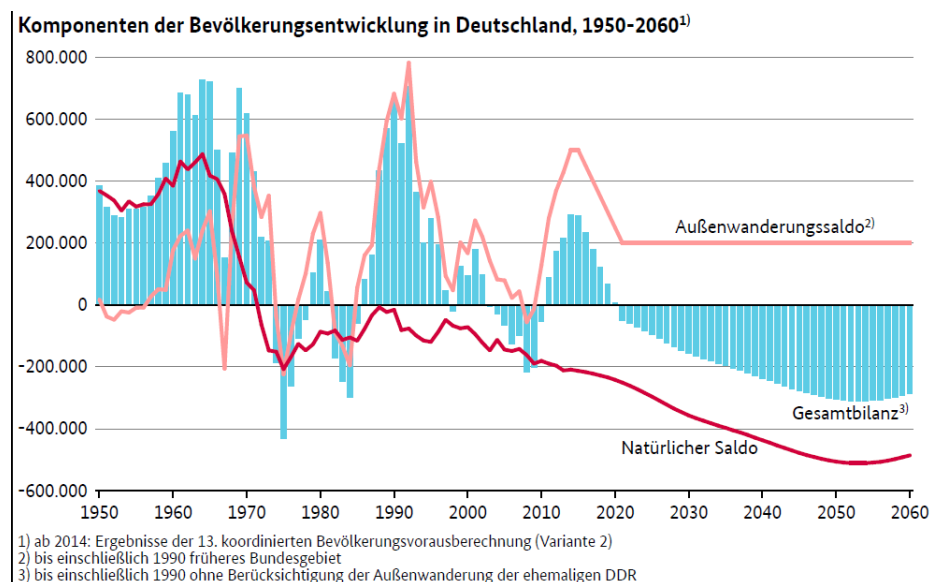
Quelle: Destatis 2014d.

Eine zunehmende ‚Singularisierung im Alter‘ führt dazu, dass insbesondere bei hochaltrigen Personen familiäre und private Netzwerke wegbrechen. In der Bundesrepublik Deutschland werden ca. 90 % aller chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen, die im eigenen Haushalt leben, von den eigenen Angehörigen versorgt und gepflegt (Deutscher Bundestag 2009: 361). Zu je einem Drittel sind dies entweder die Partnerin bzw. der Partner oder die Tochter bzw. Schwiegertochter, die eine andere Person versorgen (Deutscher Bundestag 2009: 362). Das restliche Drittel der Pflegepersonen besteht aus Freunden, Nachbarn oder anderen Familienangehörigen. Prognosen zeigen auf, dass wegen der Kinderlosigkeit, des Altersstruktureffekts und der Singularisierung im Alter das Pflegepotenzial von Familien in der Zukunft abnehmen wird (Deutscher Bundestag 2009: 362). Steigende Kosten für die Gesundheits- und Pflegeversicherung (siehe Kapitel 3.2) sind die Folgen dieses Prozesses.

Prognosen der 12. koordinierten Bevölkerungsberechnung zeigen, dass bei einer Fortsetzung der aktuell vorherrschenden demografischen Entwicklungstrends die Einwohnerzahl bis zum Jahr 2060 von heute ca. 80–82 Mio. Einwohner auf etwa 65–70 Mio. zurückgehen kann (Destatis 2009: 5). Jährlich starben in der Bundesrepublik Deutschland in den vergangenen Jahren zwischen 820.000 und 850.000 Menschen (Gaber/Wildner 2011: 9). Das sind ca. 1 % der Bevölkerung. Wichtig hierbei ist es, ebenfalls Zu- und Abwanderungen in andere Länder zu berücksichtigen. Die tatsächlichen Wanderungssalden waren in den letzten Jahrzehnten großen Schwankungen unterworfen. Expertenschätzungen gehen von ca. 100.000–200.000 Zuwanderungen jährlich aus (Destatis 2009: 7). Im Jahr 2013 verzeichnete die Bundesrepublik Deutschland, vermutlich als Auswirkung auf die noch immer schwelende Krise in vielen südeuropäischen Ländern, ein Zuwanderungsplus von ca. 430.000 Personen und somit eine Zunahme der Bevölkerungszahl (Berlin-Institut 2015: 10). Derartige

Größenordnungen an Zuwanderung gelten aber aus heutiger Sicht als eher unwahrscheinlich. Sofern keine weiteren unvorhersehbaren Ereignisse (ausgelöst z.B. durch den Klimawandel, militärische Konflikte oder Wirtschaftskrisen) in der Weltpolitik auftreten, wird sich die Zuwanderungsrate in den nächsten Jahren dem Durchschnitt der letzten Jahrzehnte angleichen und es wird erneut zu einer Verringerung der Bevölkerungszahlen in Deutschland kommen (vgl. Abbildung 11)<sup>20</sup>.

**Abbildung 11:** Außenwanderungssaldo der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: BiB 2015 (Berechnungen auf Grundlage der 13. koordinierten Bevölkerungsberechnung).

Von der Schrumpfung der Bevölkerung sind in der Bundesrepublik Deutschland jedoch nicht alle Städte und Kreise gleichermaßen betroffen (siehe Kapitel 3.3). In einigen Gebieten entwickeln sich entgegen dem bundesweit vorherrschenden Trend des Einwohnerverlustes prosperierende Landstriche, was förmlich zu einem Wettbewerb der Kommunen führt, um bei den Bevölkerungsbewegungen positive Zahlen vermelden zu können (Hochstadt 2008: 32). In einigen Fällen gibt es sogar interkommunale Kooperationen, um mit städtischen Gebieten mithalten zu können. Neben der Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft kommt es des Weiteren, aufgrund der Auswirkungen der Globalisierung, zu einer immer ‚bunter‘ werdenden Bevölkerungsstruktur.

### 3.1.3. Ethnisch-Kulturelle Differenzierung

Die Bundesrepublik Deutschland ist schon seit einigen Jahrzehnten de facto ein Einwanderungsland. Ein großer Zustrom an Gastarbeitern und anderen Einwanderern hat zu einer ethnisch-kulturellen Differenzierung der Gesellschaft geführt. „Dabei spielt für Deutschland die türkischstämmige Bevölkerungsgruppe eine ganz herausragende Rolle“ (Naegele 2008: 14). Oftmals sind die

<sup>20</sup> Straubhaar 2013 beschäftigt sich intensiv mit Möglichkeiten der Politik zur Integration von Einwanderern und insbesondere den Chancen der Zuwanderung.

gesundheitlichen und pflegerischen Angebote nicht an die jeweiligen ethnisch-kulturellen Unterschiede und Besonderheiten angepasst. Kommunen und Städte müssen sich hierauf in Zukunft, ebenso wie Leistungserbringer und Wohlfahrtsverbände, strategisch noch stärker und differenzierter einstellen. Aufgrund des limitierten Platzangebotes wird der Aspekt der ethnisch-kulturellen Differenzierung im Rahmen dieser Arbeit nur wenig berücksichtigt. Nichtsdestotrotz sollten ihm, aufgrund seiner Bedeutung in den nächsten Jahren, mehr Aufmerksamkeit, Forschungsvorhaben und Untersuchungen zu Teil werden, da hier noch große Forschungslücken bestehen. Die vorliegende Dissertation widmet sich bevorzugt den Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen und den daraus resultierenden organisatorischen und strukturellen Änderungsmöglichkeiten sowie deren Hemmnissen und Widerständen.

### *3.2. Auswirkungen für das Gesundheitssystem*

Die in Kapitel 3.1 aufgeführten alterstypischen Trends verursachen gravierende Auswirkungen innerhalb des diffusen Kontinuums der deutschen Gesundheitslandschaft. Der demografische Wandel sollte dabei als tiefgreifender Strukturwandel aller gesellschaftlichen Ebenen verstanden werden. Insbesondere bei der Versorgung der (älteren) Bevölkerung macht sich das ‚structural lag‘<sup>21</sup>, d.h. die klaffende Realität zwischen demografischen Entwicklungen sowie den daraus resultierenden Reaktionen und Vorkehrungen der gesellschaftlichen Institutionen, bemerkbar (Naegele 2013: 250). Auch wenn heutzutage schon eine Vielzahl der Anpassungserfordernisse (gedanklich) erkannt worden sind, fehlt es immer noch an einer strukturierten, gemeinsamen sowie flächendeckenden Umsetzung. Die gesundheitliche Versorgung, speziell für ältere Menschen, bedeutet dabei mehr als nur die bedarfsgerechte Behandlung von Krankheiten. „Ebenso bedeutsame Versorgungsziele sind der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter sowie die Unterstützung des speziell im Alter dominanten Wunsches nach Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung“ (FES 2009: 10). In Deutschland gilt das Konzept des ‚healthy ageing‘<sup>22</sup> als „die konsequente Antwort auf die neuen gesundheits- und versorgungspolitischen Herausforderungen des demografischen Wandels“ (Naegele 2013: 248). Hierbei geht es um die drei miteinander verknüpften gesundheitspolitischen Ziele der Verlängerung der sogenannten ferneren Lebenserwartung durch (1) die Reduzierung der alterstypischen Mortalität und der Erhöhung der Lebensqualität Älterer, (2) eine Ausweitung gesunder Lebensjahre in Aktivität sowie fachlich bedarfsgerechter Reaktionen der Versorgungssysteme und -strukturen und (3) demografische Veränderungen (Naegele 2013: 248). Forschungsergebnisse zeigen, dass der Anstieg der ferneren Lebenserwartung zu ca. 25 % genetisch

---

<sup>21</sup> Weitere Informationen zum structural lag siehe u.a. Walker 2009.

<sup>22</sup> Weitere Informationen zu healthy ageing siehe BMG 2012.

und zu weiteren 10 % auf gesundheitsrelevante Einflussgrößen in den ersten Lebensjahren bedingt ist, aber zu rund 65 % durch Bildung und Lebensstil sowie die soziale und finanzielle Lage erklärt werden kann (Naegele 2013: 249). Die Bundesrepublik liegt schon heute, neben Japan und Italien, an der Spitze der ergrauten Gesellschaften (Naegele 2013: 245). Aufgrund des dreifachen Alterns der Gesellschaft und einem damit verbundenen steigenden Altenquotienten kommt es insbesondere bei der gesundheitlichen Versorgung zu massiven Herausforderungen der betroffenen Organisationen und Institutionen. Schon heute sind ältere Personen in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen überrepräsentiert. Patienten über dem 85. Lebensjahr weisen im Durchschnitt mehr als vierzig Arztbesuche (verschiedenster Fachrichtungen) im Jahr auf (Deutscher Bundestag 2009: 263). Dies führt zu stetig steigenden Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung. Bereits im Jahr 2006 entstanden der deutschen Volkswirtschaft durch Erkrankungen direkte Kosten in Höhe von 236 Milliarden<sup>23</sup> Euro und damit 17,2 Mrd. Euro mehr als vier Jahre zuvor (Nöthen/Böhm 2009: 13). Die Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland sind seitdem kontinuierlich gestiegen (vgl. Abbildung 12).

**Abbildung 12:** Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland

| Sachverhalt                           | Jahr (absteigend) |         |         |         |
|---------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|
|                                       | 2010              | 2011    | 2012    | 2013    |
| Gesundheitsausgaben in Mio. €         | 290.297           | 295.525 | 302.812 | 314.939 |
| Anteil am BIP in %                    | 11,3              | 10,9    | 11,0    | 11,2    |
| Gesundheitsausgaben je Einwohner in € | 3.550             | 3.680   | 3.770   | 3.910   |

Quelle: Gbe-Bund 2015b.

Gut die Hälfte der entstandenen Krankheitskosten wurden dabei von lediglich vier Krankheitsarten (Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems, psychische Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen) verursacht (Nöthen/Böhm 2009: 28). Insbesondere ältere und hochaltrige Personen leiden überproportional an diesen Erkrankungen. Die betrachtete Gruppe macht in der Bevölkerung lediglich  $\frac{1}{4}$  aller GKV-Versicherten aus, ist jedoch für 64 % des Verordnungsvolumens und für mehr als 54 % des Gesamtumsatzes der GKV verantwortlich (Destatis 2011: 665, Deutscher Bundestag 2009: 264). Aufgrund des demografischen Wandels und des damit verbundenen dreifachen Alterns wird dieser Anteil zukünftig tendenziell weiter zunehmen. Das geriatrische Erkrankungsrisiko steigt von derzeit etwa 5 % auf 9 % im Jahr 2030 und auf ca. 12 % bis zum Jahr 2050 (Naegele 2013: 245). Der Anstieg der Hochaltrigkeit wird so zwangsläufig zu erhöhten Fallzahlen in ambulanten sowie stationären Einrichtungen führen. Neben ärztlichen Konsultationen ist darüber hinaus bei vielen Älteren die Hausapotheke weit verbreitet. Der Konsum bzw. die Falscheinahme selbstbeschaffter

<sup>23</sup> Der Bundeshaushalt betrug im Jahr 2006 vergleichsweise 261,6 Mrd. Euro (Nöthen/Böhm 2009: 13).

Medikamente in Kombination mit verschriebenen Arzneimitteln können zu einer Vielzahl negativer Ausprägungen durch kumulative Wirkungen führen (Naegele 2013: 247). Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten sind jährlich für ca. 25.000 Todesfälle und mehr als 300.000 Krankenhauseinweisungen verantwortlich (Eble 2013: 460). Eine verbesserte Koordination des Medikamentenmanagements sowie technische Unterstützungen können hier zu erheblichen Verbesserungen und Einspareffekten führen. Eine allgemeine Pauschalisierung der alten und hochaltrigen Menschen als homogene Gruppe ist dabei jedoch weder zielführend noch folgerichtig. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppen bestehen gravierende Unterschiede bezüglich der Morbiditätsstruktur als auch der gesundheitlich-geriatrischen Versorgung relevanten Differenzierungen (Walter/Naegele 2012: 7). Hier sind insbesondere Altersgruppe, Geschlecht (Feminisierung des Alters<sup>24</sup>), Familienstand (Singularisierung im Alter), Wohnform, Zuwanderungsgeschichte, Status innerhalb der Gesellschaft, Wohnort und regionale Lage zu nennen (Walter/Naegele 2012: 7). Hauptaugenmerk bei einer konzeptionellen Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung sollte somit auf vulnerablen Bevölkerungsgruppen liegen.

Angesichts demografischer Veränderungsprozesse kommt es vermehrt zu einer Erhöhung chronisch-degenerativer Erkrankungen (Naegele 2013: 245). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird der mehrfach erkrankte Patient (multimorbid) zukünftig die bestimmende Realität in der Versorgung (Deutscher Bundestag 2009: 251). Multimorbidität bedeutet das Vorliegen von zwei oder mehr diagnostizierten Gesundheitsproblemen (Holzhausen et al. 2013: 28). Die zunehmende Anzahl von multimorbiden Personen – die unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden – und die oftmals chronisch sind, führen zu einer Erhöhung der Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme (vgl. Abbildung 13). In der Bewältigung der Versorgung dieser Personengruppen liegt für die Bundesrepublik Deutschland eine der zentralen gesellschaftlichen und historischen Herausforderungen der Zukunft (Naegele 2007: 11).

---

<sup>24</sup> Weitere Informationen zur Feminisierung im Alter siehe Tews 1993.

**Abbildung 13:** Multimorbidität und assoziierte Kosten von Gesundheitsleistungen

| TABELLE 1  |   |                            |   |  |
|--|---|----------------------------|---|--|
| Multimorbidität und assoziierte Kosten von Gesundheitsleistungen |   |                            |   |  |
|  | Gesamtkosten der Versorgung (direkt und indirekt) in \$ pro Fall und Jahr | Hospitalisierungsrate in % | Durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen | Durchschnittliche Zahl der Verschreibungen |
| keine chronische Krankheit                                       | 1.102   | 3,4                        | 1,7                                     | 2,2  |
| eine chronische Krankheit  | 4.107   | 7,6                        | 4,6                                     | 11,0                                       |
| drei oder mehr chronische Krankheiten                            | 7.195   | 17,3                       | 9,4                                     | 28,3                                       |

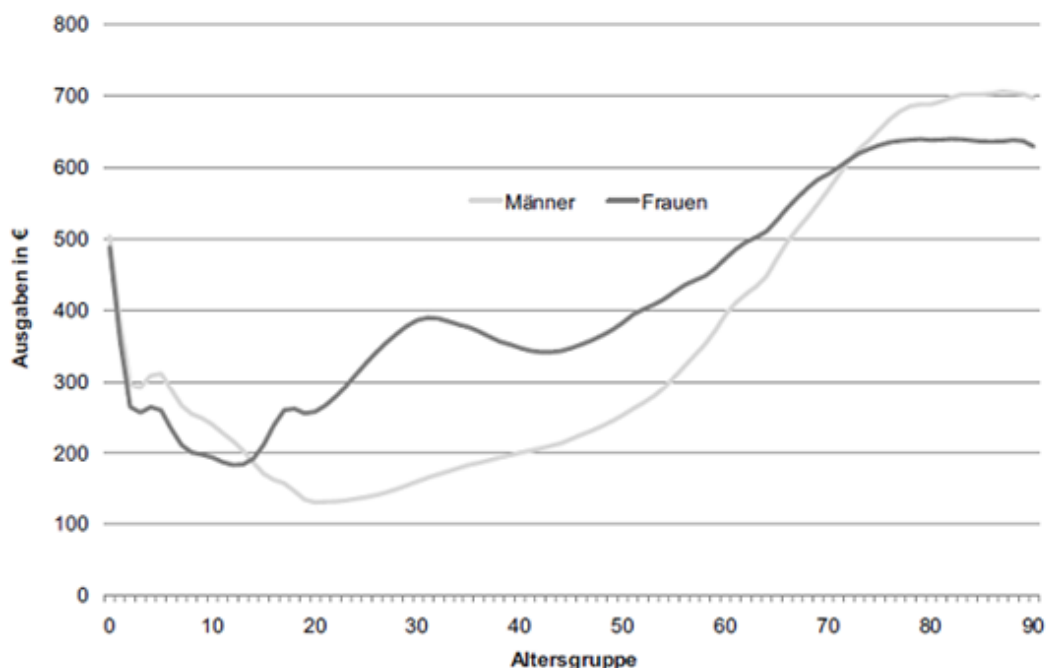
Quelle: Anderson/Knickman 2001

Quelle: Anderson/Knickmann 2001: 146–160.

„Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen und geht insbesondere bei sehr alten Menschen häufig einher mit kognitiven Einschränkungen, Immobilität, Sturzgefahr, Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen, Hilfsbedürftigkeit und nicht selten mit sozialer Exklusion, jeweils häufig gefolgt von geringerer Lebensqualität sowie insgesamt sozial problematischen Lebenslagen“ (Naegele 2013: 246). Neben den oben beschriebenen Einschränkungen kommen auch verstärkt noch Inkontinenz und vermehrt Seh- sowie Hörbehinderungen hinzu (Deutscher Bundestag 2009: 251). Typisch sind außerdem eine höhere Anzahl und zusätzlich auch längere Aufenthalte in stationären Einrichtungen (Naegele 2013: 245). Neben der Zunahme ambulanter Behandlungen müssen zunehmend auch eine steigende Anzahl Pflegebedürftiger und/oder Menschen mit demenziellen Erkrankungen versorgt werden, wie der Alzheimer-Demenz von der zwei Drittel aller Demenzerkrankten betroffen sind (Walter/Naegele 2012: 20). Bei älteren Menschen steigt die Prävalenz von funktionalen Einschränkungen (Kuhlmey 2008, Kuhlmey 2009, Wurm et al. 2010: 94). Mobilitätseinschränkungen sowie der gesundheitsbedingte Verlust von Autonomie verschlechtern den individuellen Gesundheitszustand zusätzlich. Eine Vielzahl an Arztbesuchen und stationären Aufenthalten (medizinisch, pflegerisch, rehabilitativ) sowie die Einnahme mehrerer Medikamente – oftmals in Dauertherapie („Polypharmazie“) – sind die Folgen. Deutlich werden die Auswirkungen demografischer Wandlungsprozesse bei der Betrachtung alters- und geschlechtsspezifischer Ausgabenprofile für Arzneimittel sowie ambulanter Behandlungen nach Altersklassen (vgl. Abbildungen 14 und 15).

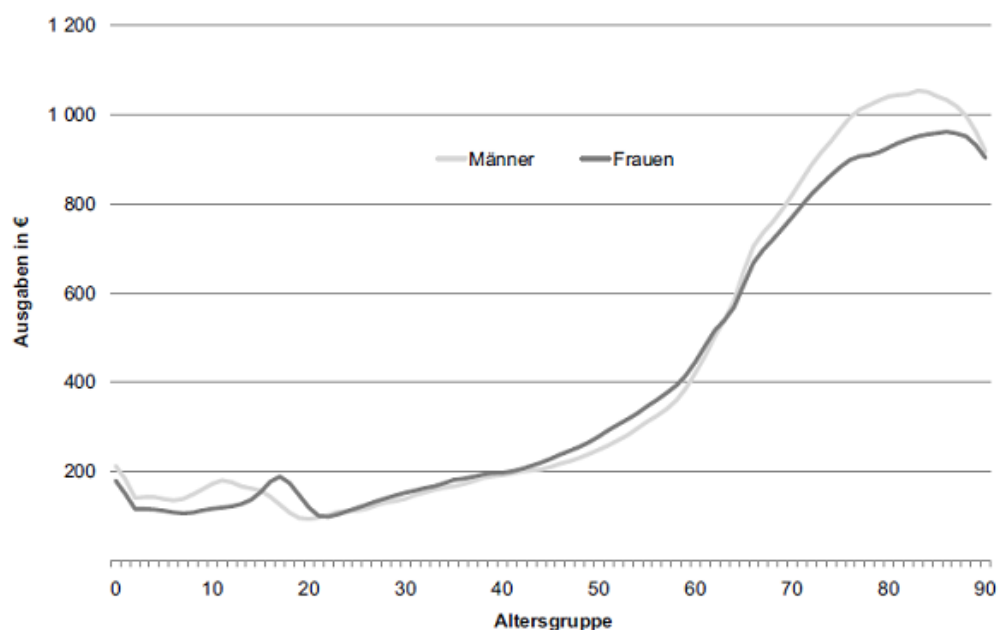


**Abbildung 14:** Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile für ambulante Behandlungen



Quelle: Deutscher Bundestag 2009: 69.

**Abbildung 15:** Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln

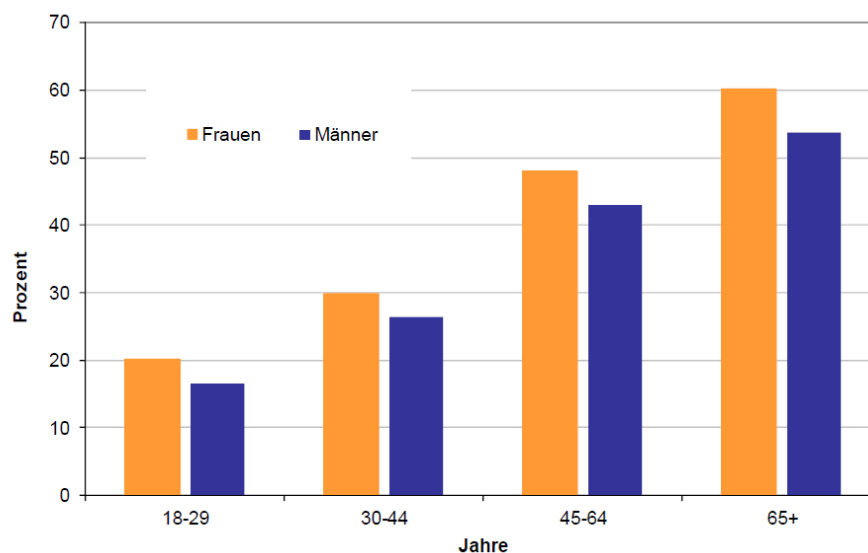


Quelle: Deutscher Bundestag 2009: 70.

Die Ausgabenprofile für ambulante und stationäre Leistungen sowie für Arznei- und Hilfsmittel zentrieren sich stark in den Altersklassen der 70-90-Jährigen und weisen zum Teil dreifach so hohe Kosten auf wie für 30-Jährige. Geriatriische und psychiatrische Versorgungsbedarfe, die in der Regel stationär versorgt werden müssen, steigen des Weiteren mit einer Alterung der Gesellschaft sprunghaft an. Insbesondere Hochaltrigkeit wird somit zum entscheidenden Faktor für Kostensteigerungen

innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Es besteht zunehmend die Gefahr des Auftretens von Komplikationen, Folgeerkrankungen sowie einer Chronifizierung. Insgesamt leiden bereits heute etwa zwei Drittel der Menschen über dem 65. Lebensjahr unter zwei chronischen Erkrankungen; in höheren Altersklassen nimmt ihre Anzahl noch zu (Wurm et al. 2010: 98). Unsicherheit ist dabei eine der konstanten Begleiterscheinungen bei chronischen Erkrankungen (Schaeffer 2006: 193). Die Krankheitsbilder zeichnen sich durch eine starke Wechselhaftigkeit aus und sind oftmals nur schwer oder gar nicht zu kalkulieren. Wechselnde ambulante und stationäre Behandlungen („Drehtüreffekte“) sind die Folgen. In der Realität kommt es daher oftmals zu einem „zersplitterten“ Behandlungs- bzw. Versorgungsverlauf der Patienten. Multimorbidität chronischer Erkrankungen sind somit die treibenden Faktoren von Kostensteigerungen (vgl. Abbildung 16).

**Abbildung 16:** Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Erkrankung in Deutschland



Quelle: Fuchs et al. 2012 auf Datenbasis der GEDA in Kurth 2014: 14.

Die unwirtschaftliche Fragmentierung der Versorgung muss aus diesen Gründen durch ein koordiniertes System aus Vernetzung, Kooperation und ganzheitlichen Behandlungsabläufen (siehe Kapitel 13.) abgelöst werden (Amelung 2013: 9, Pimperl et al. 2014: 84, 85). Der Ausbau der Versorgung mit Hospizen und durch Palliativnetzwerke sollte daher unbedingt forciert werden, um ein würdevolles Sterben im Alter zu ermöglichen.

Chronische Erkrankungen sind dabei weltweit eine der Hauptursachen für Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und Todesfälle (Schaeffer/Kuhlmey: 13, Wessel 2014: 23, 24). Untersuchungen in verschiedenen Ländern haben ergeben, dass 62 % aller Todesfälle und 70 % aller medizinischen Kosten durch chronische Erkrankungen hervorgerufen werden (Amelung 2013: 182). Andere Studien beziffern die Todesfallrate durch chronische Erkrankungen auf 59 %; welche insgesamt 46 % der weltweiten Krankenlast ausmachen (Knieps et al. 2012: 12, Schaeffer/Kuhlmey: 2007: 13). Drei

chronische Erkrankungen – Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und COPD<sup>25</sup> – machen bereits ca. 40 Ausgaben der medizinischen Versorgung in Deutschland aus (Müller et al. 2011: 196). Hierzulande leiden bereits etwa zehn Millionen Menschen unter chronischen (teilweise multimorbiden) Erkrankungen (Knieps et al. 2012: 12). Etwa 94 % aller Patienten, die an chronischer Herzinsuffizienz leiden, weisen eine weitere Erkrankung auf und 47 % davon sogar vier oder mehrere (Müller et al. 2011: 196). Laut GEK-Gesundheitsreport verursachen ca. 20 % der Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland 91,5 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (Amelung 2013: 13, Amelung/Wolf 2012: 17, Wendt 2005: 7, 8). Prognosen für das Jahr 2050 (Basisjahr: 2007) für die Entwicklung einzelner chronischer Leiden zeigen z.B. eine prozentuale Zunahme der Erkrankungsfälle bei Schlaganfällen (+ 62,0 %), Osteoporose (+ 125,0 %) sowie ein Plus von 75,0 % bei Herzinfarkten (Beske 2011: 29, 31). Dabei werden bereits heute 50 % aller Ausgaben von lediglich 2,5 % der deutschen Bevölkerung verursacht (Weatherly et al. 2007: 8). Bei den Menschen, die das 65. Lebensjahr bereits überschritten haben, betrug die Anzahl der Personen, die an einer chronischen Erkrankung leiden schon 70 % (Hoepfer et al. 2012: 21).

Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen deutlich, welche Auswirkungen eine Alterung der Bevölkerung für das Gesundheitswesen bedeuten. Belaufen sich die jährlichen Krankheitskosten je Einwohner (Stand: 2008) für 30- bis 44-Jährige auf 1.700 Euro, so sind es für 45- bis 64-Jährige schon 3.010 Euro (Destatis 2011: 666), für 65- bis 84-Jährige etwa 6.520 Euro sowie für 84-Jährige und ältere Personen ca. 14.840 Euro (Destatis 2011: 666)., wobei in der Altersklasse 85+ Frauen mit 15.330 Euro je Einwohner, deutlich höhere Krankheitskosten als Männer (11.490 Euro) zu Buche schlagen (vgl. Abbildung 17).

---

<sup>25</sup> Nähere Informationen über den Status der Gesundheit in Deutschland sowie die Verbreitung von chronischen Erkrankungen siehe RKI 2014.

**Abbildung 17:** Geschlechterspezifische Krankheitskosten nach Altersklassen

| Altersgruppe in Jahren | Bevölkerung |        |        | Krankheitskosten |        |        |                   |        |        |
|------------------------|-------------|--------|--------|------------------|--------|--------|-------------------|--------|--------|
|                        | Gesamt      | Frauen | Männer | Gesamt           | Frauen | Männer | Gesamt            | Frauen | Männer |
|                        | 1.000       |        |        | Milliarden Euro  |        |        | Euro je Einwohner |        |        |
| <b>2002</b>            |             |        |        |                  |        |        |                   |        |        |
| gesamt                 | 82.482      | 42.172 | 40.310 | 218,9            | 128,8  | 90,1   | 2.650             | 3.050  | 2.230  |
| unter 15               | 12.517      | 6.093  | 6.425  | 13,5             | 6,3    | 7,2    | 1.080             | 1.030  | 1.120  |
| 15–29                  | 14.170      | 6.936  | 7.234  | 16,7             | 10,3   | 6,4    | 1.180             | 1.480  | 890    |
| 30–44                  | 20.180      | 9.820  | 10.361 | 31,7             | 18,6   | 13,2   | 1.570             | 1.890  | 1.270  |
| 45–64                  | 21.367      | 10.699 | 10.668 | 62,3             | 32,8   | 29,5   | 2.920             | 3.070  | 2.760  |
| 65–84                  | 12.752      | 7.487  | 5.265  | 74,0             | 44,2   | 29,8   | 5.800             | 5.900  | 5.650  |
| 85 und älter           | 1.495       | 1.137  | 358    | 20,6             | 16,7   | 4,0    | 13.810            | 14.640 | 11.160 |
| <b>2004</b>            |             |        |        |                  |        |        |                   |        |        |
| gesamt                 | 82.501      | 42.151 | 40.350 | 224,7            | 130,7  | 94,0   | 2.720             | 3.100  | 2.330  |
| unter 15               | 12.042      | 5.864  | 6.177  | 13,8             | 6,1    | 7,7    | 1.140             | 1.040  | 1.240  |
| 15–29                  | 14.373      | 7.049  | 7.325  | 17,1             | 10,3   | 6,8    | 1.190             | 1.460  | 930    |
| 30–44                  | 19.548      | 9.536  | 10.012 | 30,6             | 17,7   | 12,9   | 1.570             | 1.860  | 1.290  |
| 45–64                  | 21.430      | 10.722 | 10.708 | 62,3             | 32,7   | 29,6   | 2.910             | 3.050  | 2.760  |
| 65–84                  | 13.716      | 7.926  | 5.790  | 81,0             | 47,7   | 33,2   | 5.900             | 6.020  | 5.740  |
| 85 und älter           | 1.393       | 1.055  | 338    | 20,0             | 16,1   | 3,9    | 14.330            | 15.270 | 11.400 |
| <b>2006</b>            |             |        |        |                  |        |        |                   |        |        |
| gesamt                 | 82.366      | 42.048 | 40.318 | 236,0            | 136,0  | 100,0  | 2.870             | 3.230  | 2.480  |
| unter 15               | 11.544      | 5.622  | 5.922  | 14,5             | 6,4    | 8,1    | 1.260             | 1.140  | 1.370  |
| 15–29                  | 14.535      | 7.138  | 7.397  | 17,3             | 10,4   | 6,9    | 1.190             | 1.460  | 930    |
| 30–44                  | 18.641      | 9.110  | 9.531  | 30,0             | 17,4   | 12,6   | 1.610             | 1.910  | 1.320  |
| 45–64                  | 21.565      | 10.775 | 10.790 | 63,1             | 32,9   | 30,2   | 2.930             | 3.050  | 2.800  |
| 65–84                  | 14.500      | 8.219  | 6.281  | 88,4             | 50,7   | 37,7   | 6.090             | 6.170  | 6.000  |
| 85 und älter           | 1.581       | 1.183  | 398    | 22,7             | 18,1   | 4,6    | 14.370            | 15.330 | 11.490 |

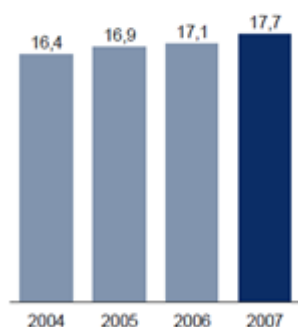
Quelle: Nöthen/Böhm 2009: 16.

Alter ist dabei nicht per se der maßgebliche Kostentreiber. Die Erhöhung der Gesundheitskosten resultiert nicht nur aus dem Alter, sondern aus der verbleibenden Zeit am Ende des Lebens. Hierbei bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass die Kosten insgesamt sehr ungleich verteilt sind. Die hohen Pro-Kopf-Krankheitskosten älterer Menschen werden entsprechend durch das mit dem Alter steigende Sterberisiko erklärt (Destatis 2012: 666). Nicht die hohe Lebenserwartung erhöht die Gesundheitsausgaben, sondern die hohe Lebenserwartung führt dazu, dass die Ausgaben sich nach hinten verlagern und Menschen teilweise Jahrzehnte mit chronischen Krankheiten leben (Hajen et al. 2011: 95). Aufgrund der hohen Komplexität und Vielschichtigkeit von Krankheitsverläufen können Morbiditätsszenarien selbstverständlich nicht eins zu eins auch zu Ausgaben für den Gesundheitssektor führen (Destatis 2011: 675). Man muss Abstand nehmen von einer nahezu formelhaften Aussage: je älter die Bevölkerung desto höher die Gesundheitskosten (Lang 2007: 1, Oberender/Zerth 2010: 117). Nichtsdestotrotz behindert der Mangel an Integration zwischen den unterschiedlichen Versicherungszweigen, aber auch innerhalb der Sektoren, sowie technische Barrieren und mangelnde Teamorientierung bestimmter Berufsgruppen, eine optimale Versorgung der Bevölkerung (Porter/Guth 2012: 173). Mehrkosten durch unnötige Doppeldiagnosen und Behandlungen sowie längere Wartezeiten sind die Folgen. Personen die an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden werden somit nur unzureichend, teilweise sogar fehlerhaft, versorgt. „Insofern kann der demografische Trend zur Hochaltrigkeit als die eigentliche driving force des

gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsbereichs im Bereich der sozialen Dienste für Ältere gelten“ (Heinze/Naegele 2010: 301). An erster Stelle typischer geriatrischer Erkrankungen sind Gelenk-, Knochen, Bandscheiben- und Rückenleiden zu nennen (Naegele 2013: 246). Hierzulande gelten insbesondere die ortsansässigen Hausärzte als die wichtigsten Ansprechpartner für die Versorgung derartiger Leiden. In Deutschland suchen etwa 50 % aller Personen, die an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden, regelmäßig vier oder mehr Ärzte auf (Porter/Guth 2012: 161). Ohnehin ist Deutschland gemessen an der Zahl der Arztbesuche Weltmeister (vgl. Abbildung 18).

**Abbildung 18:** Arztbesuche weltweit

Ambulante Arztkontakte pro Kopf und Jahr  
2004-2007



Quelle: Porter/Guth 2012: 15.

Im Durchschnitt besucht jeder Bundesbürger pro Jahr (Stand: 2007) 17,7 mal einen Arzt im ambulanten Bereich (Porter/Guth 2012: 15). Die Rate ist mehr als doppelt so hoch wie der internationale Durchschnitt (Amelung 2013: 44). Die durchschnittliche Dauer eines Patientengesprächs beträgt ca. acht Minuten (Amelung 2013: 21). In anderen Ländern nehmen sich Mediziner knapp zwanzig Minuten Zeit für die Anliegen der Patienten (Amelung 2013: 21). Dabei arbeitet der durchschnittliche Mediziner in der Bundesrepublik ca. 50 Stunden in der Woche und davon fast sieben Stunden für Verwaltungs- und Bürokratieaufgaben (Knieps et al. 2012: 11). Insbesondere bei diesen Tätigkeiten können bzw. müssen die Mediziner zukünftig stärker entlastet werden. Die Zahl der Ärzte, die im ambulanten Bereich tätig sind, ist dabei in der Zeit von 1990 bis 2009 um über 50 % gestiegen (Knieps et al. 2012: 9). Mit 3,8 praktizierenden Ärzten je 1.000 Einwohner liegt Deutschland im oberen Drittel aller OECD-Länder (Schwenk 2014: 67). Gleichzeitig bilden sich aber auch neue medizinische Disziplinen. „Die fortschreitende Subspezialisierung der Ärzteschaft und die Entstehung neuer Gesundheitsberufe ist eine Folge der Morbiditätsentwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts, die eine Anpassung des Versorgungsangebotes erzwingt“ (Knieps et al. 2012: 12). Dabei gibt es vor allem in städtischen Gebieten eine hohe Anzahl an (Fach-)Ärzten. Es bleibt somit die

Vermutung, dass nicht die absolute Zahl der Ärzte in der Zukunft zu einem Problemfeld wird, sondern eher die schlechte Verteilung der Mediziner zwischen städtischen und ländlichen Gebieten (Burgi 2013: 20). Des Weiteren kommt es in einer alternden Gesellschaft zu einer höheren Zahl an Personen, die vermehrt soziale Dienste benötigen sowie pflegebedürftig sind. Insbesondere werden Dienste zur Bewältigung des praktischen Lebensalltags und zur Verbesserung der persönlichen Problemlösungskompetenz benötigt (Naegele 2011: 408, 409). Experten gehen davon aus, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2020 auf 2,91 Mio. und im Jahr 2030 bereits auf über 3,36 Mio. Personen anwachsen wird (Destatis 2008: 24). Dies bedeutet eine Steigerungsrate zum Ausgangswert von 2005 um über 58 % (Destatis 2008: 24). Es „ergeben sich schnittstellenrelevante Folgeprobleme insbesondere wegen der Multikomplexität der Problemlagen und der häufigen Multimorbidität im Krankheitsspektrum, verbunden mit einer oftmaligen Parallelität von somatischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Pflege- und Versorgungsbedarfen“ (Naegele 2014: 21). Die Versorgung älterer Menschen wird primär unter finanzpolitischen Gesichtspunkten gesehen. Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen an der gesundheitlichen Versorgung Älterer beteiligten Akteuren gibt es kaum (Naegele/Schaeffer 2009: 423).

Die quantitative Zunahme älterer Menschen, aber vor allem der hochaltrigen Personen, muss daher noch stärker zu einem bestimmenden Faktor in der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens werden (Deutscher Bundestag 2002: 390, 465–467, Naegele/Schaeffer 2009: 423). „Notwendig sind evidenzbasierte, multiprofessionell erarbeitete Leitlinien und Standards für geriatrische Krankheitsbilder“ (Naegele 2009: 434). Um Alterssysteme zielgenauer und bedarfsgerechter auf eine alternde Patientenschaft („Chronikermedizin“) anzupassen, sind Aus- und Weiterbildungsprogramme für alle Professionen sowie spezielle Behandlungsschritte (Module) notwendig. Mit innovativen „Chronic-Care-Programmen“ (siehe Kapitel 13.) können die Akteure des Gesundheitswesens sich auf ausgewählte Indikatoren und die betroffenen Bevölkerungsgruppen konzentrieren und so eine bessere Versorgung gewährleisten. Ein hohes gesundheitliches Potenzial liegt bei den Indikatoren, wie beispielsweise Adipositas, Demenz, Depressionen, Diabetes und bestimmten Tumorerkrankungen sowie bei Patienten mit chronischen Schmerzen (Weatherly et al. 2007: 8). Hierbei muss auch das eigene Zuhause stärker in die Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden. Präventive Hausbesuche sind eine Form der aufsuchenden Beratung älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, Krankheitsvermeidung und Förderung der selbstständigen Lebensführung zu stärken (Walter/Naegele 2013: 53). Eine grundlegende Schwäche des bestehenden Systems ist die somatische Fixierung (Schaeffer/Ewers 2006: 204). Hildebrandt et al. halten fest, dass in Deutschland „Healthcare providers are rewarded for their efforts in treating diseases but not for preventing them successfully“ (Hildebrandt et al. 2012a: 207). Derzeit

werden weniger als 5 % aller Ausgaben innerhalb der GKV für Prävention ausgegeben (Naegele 2013: 254). Es muss daher zu einem Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen kommen. Das gesamte Gesundheitssystem muss auf Prävention und Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden, um chronischen Erkrankungen vorzubeugen oder deren Auswirkungen abzuschwächen (Naegele 2009: 434). Zurzeit gibt es jedoch noch keine effektiven Anreizsysteme für derartige präventive Maßnahmen. Derzeit stehen Multimorbidität und chronische Erkrankungen sowie geriatrische Krankheitsbilder nicht im Zentrum der gesundheitlichen Versorgung (Naegele/Schaeffer 2009: 423). Mit dem Konzept der ‚Vernetzen Versorgung‘ (siehe Kapitel 13.) soll diesem Missstand im deutschen Gesundheitswesen Rechnung getragen werden. Die negativen Auswirkungen dieser Fehlanreize werden in Zukunft besonders in ländlichen Räumen auftreten. Für Gebiete und Regionen, die ohnehin schon über eine geringere Dichte an Leistungserbringer im Gesundheitswesen verfügen, scheinen – nach Einschätzung von Experten – Kooperationen und Netzwerke der einzige Ausweg zu sein, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten. Das Setting Kommune hat dabei die größten Erfolgsaussichten für das Angebot von präventiven Maßnahmen und deren Nutzung (Naegele 2013: 254). Strategische Allianzen im Sinne ‚Sozialer Innovationen‘ (siehe Kap. 7.), jenseits der bestehenden Akteurs- und Politikkonstellationen, sind aufzubauen und die jeweiligen regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen (Naegele 2013: 255). Dabei kennt das Gesundheitswesen schon heute ein gleichzeitiges Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Knieps et al. 2012: 8). Die gesundheitliche Versorgung muss daher stets regional betrachtet und an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden.

### *3.3. Auswirkungen auf ländliche Gebiete*

Die Zunehmende Alterung der Gesellschaft verursacht vermehrt auch massive Auswirkungen auf ländliche Gebiete. In der Bundesrepublik Deutschland herrscht derzeit keine einheitliche Definition welche Räume als städtisch und welche als ländlich einzustufen sind. Im Rahmen dieser Arbeit dienen die Ausführungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als Orientierung. Es teilt die einzelnen Kreisregionen vier Analysetypen zu (BBSR 2012: 50–57):

- kreisfreie Großstädte (mindestens 100.000 Einwohner);
- städtische Kreise;
- ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen;
- dünn besiedelte ländliche Kreise.

Ländliche Räume verfügen dabei oftmals über eine vergleichsweise schlechte Infrastruktur sowie zerklüftete (‚entdichtete‘) topografische Verhältnisse. Der demografische Wandel erfasst die ländlichen Räume in unterschiedlicher Art und Weise. Hierbei unterscheiden sich die Auswirkungen in ihrer Intensität und im zeitlichen Ablauf (Sternberg 2009: 41). Es „zeigt sich ein ‚bunter‘

Flickenteppich an Wachstums- und Schrumpfungsräumen“ (BMVBS 2009: 2). Betroffen von einer starken Überalterung der Bevölkerung sind vor allem ostdeutsche Kommunen (Knoche et al. 2014: 241). „Vor allem die Zahl der Hochbetagten (85 Jahre und älter) wird in den nächsten Jahren besonders stark steigen, in den ländlichen Gebieten im Osten um 167,6 % von heute ca. 54.000 Personen auf über 145.000 Personen“ (Deutscher Bundestag 2009: 53). Aber auch (ländliche) Gebiete in den alten Bundesländern sind hiervon betroffen. Junge Menschen – oftmals gut ausgebildet – zieht es aufgrund besserer Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, einer besseren Infrastruktur oder attraktiveren Freizeit- und Kulturangeboten in die nahe gelegenen Städte und Ballungsräume (Hämel et al. 2014: 13). Es kommt förmlich zu einer ‚Landflucht‘ der jungen Bevölkerung. Aus diesen Gründen steigt der in vielen Gebieten ohnehin schon hohe Altersquotient weiter an. Einer alternden Landbevölkerung, die vermehrt gesundheitsbezogene, pflegerische und soziale Dienstleistungen in Anspruch nehmen muss, stehen mithin immer weniger Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. Ein ausgedünnter ÖPNV sowie die Versäulung der Sektoren verhindern eine bruchstellenfreie Behandlung älterer, oftmals chronisch und multimorbid erkrankter Personen zusätzlich. Daher kommt es vermehrt zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Vielen Unternehmen, aber auch anderen Organisationen, fällt es schwer Fachkräfte (insbesondere Hausärzte und Pflegefachkräfte) zu motivieren sich in ländlichen (oftmals unattraktiven) Gebieten niederzulassen und/oder zu arbeiten. Gehalt und Entlohnung für ‚Landärzte‘ sind durch die bundesweite Vergütungsstruktur der EBM beschränkt, sodass finanzielle Anreizsysteme nicht (wie in der Industrie üblich) gegeben sind. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens schlägt daher u.a. vor in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten einen Landarztzuschlag von 30 % für Hausärzte einzuführen (Deutscher Bundestag 2014: 373). Als Alternativmodell könnte, nach den Vorschlägen dieses Expertengremiums, auch eine gleitende Regelung bis zu einem Maximum von einem Aufschlag von 50 % über dem regulären Budget liegen. Ländliche Regionen bzw. das Berufsbild des Hausarztes sollen so wieder attraktiver gemacht werden. Der Fokus auf monetäre Anreizsysteme zur Lösung der Nachwuchsproblematik, vor allem in ländlichen Gebieten, greift jedoch nach Ansicht vieler Experten zu kurz. Die Höhe der Vergütung, auch wenn sicherlich ein wichtiger Faktor, tritt jedoch oft in den Hintergrund. Für den ärztlichen Nachwuchs sind neben dem Verdienst andere Faktoren ausschlaggebend, um sich für eine bestimmte (ländliche) Region zu entscheiden. Neben der vorhandenen Infrastruktur (u.a. Angebote des ÖPNV sowie die Nähe zu Autobahnen und Fernstraßen) sind das Vorhandensein von Kultur- und Freizeitmöglichkeiten sowie Bildungseinrichtungen für die eigenen Kinder sehr wichtig (Deutscher Bundestag 2014: 349). Auch die Möglichkeit für den Partner eine attraktive Arbeitsstelle zu finden sowie in einem (familienfreundlichen) Arbeitsumfeld das Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Freizeit



(Work-Life-Balance) in einem annehmbaren Zustand zu halten werden immer wichtiger für junge Fachkräfte im Gesundheitswesen (von der Osten 2013: 5). Ein großer Teil des medizinischen Nachwuchses scheut zudem das wirtschaftliche Risiko der eigenen Niederlassung (Hartmannbund 2012: 8, 12, 15, 18). Oftmals werden kooperative Angebotsformen in einem Angestelltenverhältnis präferiert (siehe Kapitel 6.2). Gerade einmal 10 % streben nach einer Umfrage des Hartmannbundes (n = 4.396 Medizinstudierende) die Niederlassung in einer Einzelpraxis an (Hartmannbund 2012: 16). Kooperative Berufsausübungsformen treten mehr und mehr in den Fokus der jungen Ärzteschaft. Bereits 24 % von ihnen können sich bereits vorstellen in einem MVZ zu arbeiten (Knieps et al. 2012: 11). Um diesen sich verändernden Bedingungen, Verhaltensmustern und Bedürfnissen Rechnung zu zollen, könnte ein kooperatives (lokales) Netzwerk aus unterschiedlichen Akteuren Abhilfe schaffen. Kommunen, Krankenkassen, KVn, IHK, Unternehmen, Leistungserbringer und andere Akteure müssen Hand in Hand arbeiten, um attraktive und an die jeweiligen regionalen Besonderheiten angepasste Angebote anbieten zu können (siehe Kapitel 13.), diese sowohl zielorientiert erfasst und institutionell vertikal (Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten) als auch horizontal (Einbezug aller Fachverwaltungen) eingebunden sind (Luthe 2013a: 41). Insbesondere Kommunen, Städte und Kreise müssen zukünftig in gesundheitspolitische Themen und Entscheidungen besser miteinbezogen werden<sup>26</sup>. „Denn weder Sozialversicherungen noch Kassenärztliche Vereinigungen verfügen über die Kompetenzen, Gesundheit zu einem Thema lokaler Sozialräume zu machen, alle vor Ort verfügbaren Gesundheitsangebote transparent aufeinander abzustimmen und in korrespondierenden Sozialplanungen einzubeziehen, geschweige denn, Familien und Selbsthilfegruppen als Bezugspunkte von Gesundheitsförderung zum Thema zu machen, dass sämtliche Milieus hiermit auch erreicht werden“ (Luthe 2013a: 49). Darüber hinaus müssen die eigenen vier Wände mehr und mehr zum ‚dritten Gesundheitsstandort‘ werden (Naegele 2013: 253). Gerade unter dem Aspekt von Prävention und Gesundheitsförderung erscheinen die kommunale Einbindung sowie das heimische Setting die logischen Schlussfolgerungen zu sein. Unklar sind hierbei noch die finanziellen Ausgestaltungen dieser neuartigen Vernetzungsstrukturen. Möglichkeiten integrierter Leistungsfinanzierung durch eine Mischfinanzierung aus Steuermitteln und Beiträgen der Sozialversicherungsträger erscheinen dabei laut Experteneinschätzungen keine geeignete Lösungsmöglichkeit für die zukünftige Finanzierung ‚kommunaler Gesundheitslandschaften‘ zu sein (Luthe 2013: 3–33, Luthe 2013a: 40). Neben

---

<sup>26</sup> Kommunen haben gemäß § 28 Abs. 2 GG das Recht Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft selbst zu regeln (Daseinsfürsorge). Sie sind zuständig für die Gewährleistung und Erbringung einer flächendeckenden Versorgung bestimmter als lebenswichtig eingestufte Güter und Dienstleistungen (BMVBS 2011: 6). Dies immer unter der Prämisse zumutbarer Entfernungen und sozial verträglicher Preise. Aus diesem Grund sollten sich Kommunen, trotz begrenzter Steuerungsmöglichkeiten, zukünftig stärker für die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung engagieren, gleichwohl für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung verschiedene Akteure der Selbstverwaltung, Wirtschaft und Politik verantwortlich sind.

finanziellen Gesichtspunkten muss eine auf den demografischen Wandel ausgerichtete Legislative stets das gesellschaftliche Gesamtbild und die ‚Generationenfrage‘ im Hinterkopf behalten. „Demografiepolitik muss sich diesen drei entwickelten Kontexten stellen: der Generationenperspektive, der Lebenslaufperspektive und der Gestaltung der Daseinsvorsorge in beiden Bezügen“ (Hüther/Naegele 2013: 372). Hierzu wird insbesondere ein Geflecht aus vertraglichen Komponenten benötigt um Transaktionskosten gering zu halten.

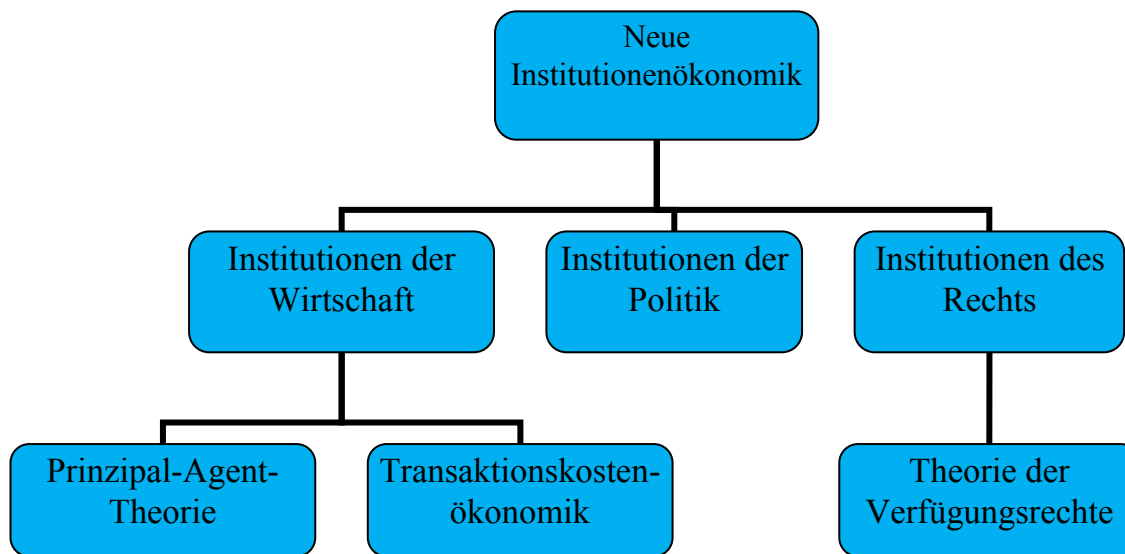
## 4. Neue Institutionentheorie

„Die Neue Institutionenökonomik stellt ergänzend zur Neoklassik die Kosten von Transaktionen in den Mittelpunkt“ (Opper 2001: 601). Sie „steht für verschiedene Ansätze zur Erklärung des Wirtschaftens in einer Welt, in der unvollkommene Akteure, Menschen mit begrenzter Rationalität und Moral, in ihrem ökonomischen Handeln aufeinander angewiesen sind“ (Picot et al. 1997: 53). Die neoinstitutionalistische Organisationstheorie betont gesellschaftliche Normen und Werte als Erklärungsmuster für das jeweilige Handeln von Organisationen und Individuen. Dabei werden explizit Austauschbeziehungen (inklusive Transaktionskosten) zwischen Akteuren in einem vertragstheoretischen Rahmenkonzept untersucht (Güssow 2007: 78, Opper 2001: 603). Ihr Hauptaugenmerk liegt dabei auf Institutionen. Gleichwohl das Wort Institution zu den Grundbegriffen der Soziologie gehört, existiert keine einheitliche Definition. Es wird nachfolgend versucht sich dem Begriff definitorisch anzunähern. Walgenbach und Meyer sehen darin soziale Systeme an Regulierungen, die eine hohe Beständigkeit und eine große Diffusion aufweisen (Walgenbach/Meyer 2008: 55–57). Eine Institution ist nach Schmoller „ein System miteinander verknüpfter, formaler und informeller Regeln einschließlich der Vorkehrungen zu deren Durchsetzung“ (Schmoller 1900: 61). Sie ist eine „sozial sanktionierte Erwartung [...], die sich auf die Handlungs- und Verhaltensweisen einer oder mehrerer Individuen bezieh[t]“ (Dietel 1993: 37). Institutionen haben somit das Ziel und die Aufgabe individuelles Verhalten von ausgewählten Personen oder Gruppen von Personen in eine bestimmte Richtung zu lenken und eine dauerhafte Interaktion zwischen Akteuren zu ermöglichen. Generell versteht man hierunter Verträge bzw. ein Vertragssystem oder Regeln, jeweils inklusive individueller Durchsetzungsmechanismen, durch die das Verhalten von Individuen gelenkt wird (Erlei et al. 2007: 22). Im Theoriekonzept der Neuen Institutionenökonomik wird dabei zwischen drei unterschiedlichen Teilbereichen unterschieden (Stoffers 2012: 59):

- Transaktionskostentheorie;
- Theorie der Verfügungsrechte;
- Vertragstheorie.

Der Fokus dieser Ausarbeitung liegt dabei auf den handelnden Akteuren im deutschen Gesundheitswesen (Institutionen der Wirtschaft). Hierbei spielen die Bausteine ‚Prinzipal-Agent-Theorie‘ und ‚Transaktionskostenökonomik‘ eine wichtige Rolle (vgl. Abbildung 19).

**Abbildung 19:** Die neue Institutionenökonomik



Quelle: Eigene Darstellung nach Erlei et al. 2007, Opper 2001, Richter/Furobotn 2003.

Die Transaktionskostentheorie liefert Ansätze zur Beurteilung von vertikalen Integrationen und Vernetzungen entlang der versorgungsrelevanten Wertschöpfungskette und kann somit auch zur Beurteilung sektorenübergreifender Versorgungsnetzwerke miteinbezogen werden (Amelung 2012: 39). Im Gegensatz dazu beschäftigt sich die Prinzipal-Agent-Theorie mit „Delegationsbeziehungen und der ihnen inhärenten Informationsasymmetrien“ (Amelung 2012: 39), die im Gesundheitswesen, insbesondere zwischen medizinischem bzw. pflegerischem Personal und den Patienten bzw. Angehörigen, auftreten. Aufgrund der geschilderten Wichtigkeit für das deutsche Gesundheitswesen werden in den folgenden Abschnitten diese beiden Ansätze näher betrachtet.

#### *4.1. Transaktionskostentheorie im Gesundheitswesen*

Transaktionen sind vom Wortursprung mit Vermittlungen, Übermittlungen oder Übertragungen gleichzusetzen (Fontaniri 1996: 97). Dementsprechend bedeuten Transaktionskosten Ausgaben, die durch die Durchführung von Übertragungen entstehen. Hierunter versteht Fritz u.a. „Informationsbeschaffungs- und Auswertungskosten, Vertragserstellungs- und Verhandlungskosten“ (Fritz 2006: 78). Experten gehen davon aus, dass 20–40 % aller Kosten im Gesundheitswesen durch Datenerfassung und Kommunikation verursacht werden (Jähn/Nagel 2003: 2–4). Andere Schätzungen zeigen, dass sogar ca. „50 % aller Gesundheitskosten mit Informationsbeschaffung und Informationstransport zusammenhängen“ (Baumberger 2001: 86). Insbesondere zwischen den einzelnen Versicherungszweigen, aber auch innerhalb der einzelnen Sektoren, existieren Informationsbrüche und Inkompatibilitäten der einzelnen Softwarelösungen. Im Bereich der Kommunikation und Kooperation der verschiedenen nahezu unzähligen Gesundheitsakteure erscheinen daher noch große Potenziale an Effizienzreserven zu liegen, um das deutsche

Gesundheitssystem wettbewerbsfähiger zu gestalten. Allein durch den Einsatz elektronischer Rezepte sind laut Prognosen Einsparungen bis zu 12 % der anfallenden Kosten erzielbar (Oberhänsli 2015: 188). Providerorganisationen, mit einem professionellen Netzwerkmanagement, könnten hierbei als Lösung für die Verringerung von Transaktionskosten dienen.

Die Transaktionskostentheorie ermöglicht die Erklärung des Zusammenwirkens von Unternehmen, Markt und Kooperationen von Unternehmen. Sie gibt Entscheidungshinweise bei der Wahl der Organisations- und Kooperationsform von Unternehmen. Jedoch sind Transaktionskosten häufig schwer zu operationalisieren<sup>27</sup> (Wetzel 2004: 134, 135). Den Akteuren wird dabei unterstellt, als zentrale Verhaltensmerkmale (Eigenschaften) begrenzt rational und opportunistisch zu sein (Picot et al. 1997: 68). Ziel ist es dabei stets Prozesse zu optimieren und Kosten zu minimieren. Transaktionskosten werden nach Picot et al. in zwei Phasen (ex ante und ex post) und fünf Kostenarten (Anbahnung, Vereinbarung, Abwicklung, Kontrolle, Anpassung) unterteilt (Picot et al. 1997: 66, vgl. Abbildung 20):

- Anbahnungskosten;<sup>28</sup>
- Vereinbarungskosten;<sup>29</sup>
- Abwicklungskosten;<sup>30</sup>
- Kontrollkosten;<sup>31</sup>
- Anpassungskosten.<sup>32</sup>

**Abbildung 20:** Transaktionskostenmodell



Quelle: Amelung 2012: 41.

Die Höhe der Transaktionskosten hängt sowohl von der Bedingungskonstellation (u.a. rechtlicher Rahmen, Wettbewerb, Kapitalausstattung) als auch von den gewählten

<sup>27</sup> Weitere Kritikpunkte am Transaktionskostenansatz sind nach Wetzel u.a.: die Konzentration auf das Individuum, das bedeutet, dass Organisationen (politische, soziale, gesetzliche, wirtschaftliche), die ihren Einfluss geltend machen, nicht berücksichtigt werden. Des Weiteren werden neben dem Motiv des Opportunismus emotionale Motive wie das Verlangen nach Macht oder bestimmte Unternehmenskulturen nicht berücksichtigt. Trotz der hier angerissenen Kritikpunkte kann die Transaktionskostentheorie einen Bezugsrahmen für die Integration oder marktliche Inanspruchnahme von Leistungserstellungsprozessen (Dienstleistungen) vorgeben.

<sup>28</sup> Sie entstehen vor der Vertragsverhandlung, z.B. Such- und Informationskosten (Amelung 2012: 41).

<sup>29</sup> Primär zählen hierzu Verhandlungs- und Vertragsabschlusskosten (Amelung 2012: 41).

<sup>30</sup> Hierunter versteht man die allgemeinen Managementkosten (Amelung 2012: 42).

<sup>31</sup> Vor allem Kosten für Qualitäts- und Terminüberwachung (Amelung 2012: 42).

<sup>32</sup> Hierunter fallen alle Zusatzkosten (z.B. Vertragsaufhebungskosten), die aufgrund nachträglicher Änderungen entstehen (Amelung 2012: 42).

Gestaltungsaktivitäten ab. „Kern der Transaktionskostentheorie ist die Bestimmung des optimalen institutionellen Arrangements“ (Amelung 2012: 44). Ausschlaggebend ist also, ob Dienstleistungen, Produkte oder sonstige Leistungen über den Markt hinzugekauft, Kooperationen angestrebt oder Unternehmen vollständig integriert werden. Die Leistungen des deutschen Gesundheitswesens sind jedoch insgesamt meritorische Güter<sup>33</sup> und entziehen sich aus diesem Grund weitgehend den üblichen Marktmechanismen (Georg 2007: 181). „Die spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens verlangen vielmehr einen ordnungspolitischen Mix von Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Regulierung, der ständig neu den veränderten Umfeldbedingungen entsprechend justiert werden muss“ (FES 2013: 6). Aus diesem Grund versucht der Gesetzgeber Wettbewerbsanreize und neue Gestaltungsaktivitäten (siehe Kapitel 5.) in die deutsche Sozialversicherung einfließen zu lassen. Grundsätzlich kann nach Schrappe Koordination auf vier Ebenen erreicht werden (Schrappe 2015: 61):

- durch den Markt bzw. Wettbewerb;
- durch Regulation bzw. Hierarchie;
- durch Institutionen und Verhandlungen;
- durch gemeinschaftliche Prozesse und Netzwerkstrukturen.

Unter Berücksichtigung der neuen Institutionenökonomik wird nun das Ziel verfolgt eine Wahl alternativer Organisationsformen bezüglich ihrer Koordinationsform in einem Kontinuum zwischen Markt und Hierarchie aufzuzeigen (Becker et al. 2008: 22, Daniel 2007: 54). Es gilt somit Anreize zu schaffen, um Kooperationsformen zwischen Markt und Hierarchie zu entwickeln, Transaktionskosten zu senken und organisatorische Gegebenheiten zu optimieren. Das Gegenstück der Kosten für Transaktionen sind die in einer Institution durch Bürokratie anfallenden Verwaltungs- und Organisationskosten (Amelung 2012: 40). Hierbei spielen Interaktionsbeziehungen eine entscheidende Rolle. „Die arbeitsteilige Transaktions- und Interaktionsbeziehung zwischen den beteiligten Akteuren des Gesundheitswesens lässt sich als klassische Delegation von Aufgaben im Sinn der Prinzipal-Agenten-Theorie einordnen“ (Linke 2010: 81).

#### *4.2. Prinzipal-Agent-Theorie*

„Der Principal-Agent-Ansatz beschäftigt sich mit arbeitsteiligen Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehungen, die durch asymmetrisch verteilte Informationen gekennzeichnet sind“ (Dietel 1993: 53). Kernelement der Theorie ist ein stetiges Vorherrschen von Unsicherheit (Arrow 1985: 37). Um seine Sicherheitsbedürfnisse befriedigen zu können, engagiert der Prinzipal einen Agenten, der für ihn Aufgaben erfüllen soll (Amelung 2012: 46). Wer jeweils Prinzipal und Agent ist, kann dabei sehr oft

---

<sup>33</sup> Bei meritorischen Gütern bleibt die Nachfrage hinter dem gesellschaftlich (politisch) gewünschten Ausmaß zurück (Beck 2008: 184). Hierbei sind Güter oder Dienstleistungen gemeint, die ein Mensch unabhängig von seiner eigenen (wirtschaftlichen) Leistung ‚verdient‘ (Beck 2008: 184).

nur situationsbezogen entschieden werden. Dabei müssen beide nicht unbedingt die gleichen Ziele aufweisen. Neben divergierenden Zielen können Risikoneigung und Informationsstand ebenfalls unterschiedlich ausfallen. Transparente sowie umfassende (vollständige) Informations- und Datenübermittlungen sind der Schlüssel, um eine Prinzipal-Agent-Beziehung bestmöglich auszugestalten. Hierbei treten jedoch zahlreiche Schwierigkeiten auf. Die Delegation von Aufgaben ist in hierarchischen Beziehungen unter Berücksichtigung von Unsicherheit und Risikoverteilung durch eine Situation beschränkten Wissens bzw. beschränkter Informationsverarbeitungskapazität des Auftraggebers gekennzeichnet, der in der Regel Aufgaben an den Auftragnehmer (siehe Kapitel 13.) übergibt, da er einen Informationsvorsprung besitzt (Güssow 2007: 96, 97). Hierbei unterscheidet man in Anlehnung an Spremann zwischen drei Arten von Informationsasymmetrien (Spremann 1990: 561):

- hidden characteristics: Ex ante feststehende Ausprägungen, z.B. Talent, Fähigkeit oder Qualifikation (siehe Kapitel 4.2.1);
- hidden action/information: Ex ante variable Ausprägungen, die auch im Nachhinein nicht erkennbar sind, z.B. Anstrengung, Sorgfalt, Fairness oder Kulanz (siehe Kapitel 4.2.2);
- hidden intention: Ex ante variable Ausprägungen, die im Nachhinein erkennbar sind, z.B. Anstrengung, Sorgfalt, Fairness oder Kulanz (siehe Kapitel 4.2.3).

In kaum einem anderen Bereich ist es derart offensichtlich, dass erhebliche Informationsasymmetrien zwischen demjenigen, der Aufgaben delegiert (z.B. dem Patienten) und jenem, der Aufgaben ausführt (z.B. einem Arzt), bestehen (Amelung 2012: 47, Oberender/Zerth 2010: 56, Stoffer 2012: 73). Versicherte können die Art und Höhe ihrer Krankenversicherung nicht bestimmen und haben daher ein Interesse daran durch eine intensive Leistungsanspruchnahme („Moral Hazard-Effekt“) die bezahlten Beiträge quasi wieder ‚hereinzuholen‘ (Gerlinger 2007: 8). Die Prinzipal-Agent-Theorie geht nun der Frage nach, wie Verträge in einer derartigen Konstellation am sinnvollsten gestaltet werden (Amelung 2012: 39). Mit geeigneten Vertragsabschlüssen können Incentives für alle Akteure gesetzt und so eine effizientere Steuerung des deutschen Gesundheitswesens ermöglicht werden. Problematisch sind jedoch die jeweils auftretenden Informationsasymmetrien, die sich insbesondere in den Problematiken der ‚Adversen Selektion‘ und des ‚Moral Hazard‘ manifestieren (Güssow 2007: 98, Oberender/Zerth 2010: 54–56).

#### **4.2.1. Adverse Selektion**

Bei der Adversen Selektion kennt der Prinzipal (Auftraggeber) vor Abschluss des Vertrages bestimmte Eigenschaften (hidden characteristics; verborgene Eigenschaften) des Agenten bzw. Funktionen seiner angebotenen Dienstleistungen oder Güter nicht (Güssow 2007: 98, Oberender/Zerth 2010: 209, Winkler et al. 2008: 73). Es besteht die Gefahr, dass der Agent schlechte Eigenschaften verheimlicht (Picot et al. 1997: 85). Da der Prinzipal die Qualität und Güte der Leistungen nicht beurteilen kann,

besteht immer die Gefahr, eine negative Auswahl getroffen und somit einen unerwünschten Vertragspartner bzw. eine schlechte Dienstleistung ausgewählt zu haben. Ein starker Markenname oder ausgezeichnete Reputationen von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten können hierbei Abhilfe leisten. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass die Problematiken der Adversen Selektion im deutschen Gesundheitswesen abgeschwächt sind, da die Ärzte- und Apothekerschaft ein hohes gesellschaftliches Ansehen und Vertrauen genießen. Darüber hinaus verbinden viele Menschen hohe Preise mit einer guten Leistung bzw. mit einer hohen Qualität. Des Weiteren sind sich die einzelnen Patienten oftmals gar nicht bewusst in welcher Höhe ihre Erkrankung oder ihr Unfall Kosten für die Solidargemeinschaft bedeutet. Experten sehen daher im Moral Hazard die herausragende Ursache aller Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen (Hajen et al. 2011: 72, 73).

#### **4.2.2. Moral Hazard**

Während bei der Adversen Selektion eine Situation auftritt, bei der eine Partei im Vorfeld von Vertragsbeziehungen mehr Informationen besitzt als die andere, tritt beim Moral Hazard eine Situation auf, in der es erst nach Abschluss des Vertrages aufgrund asymmetrisch verteilter Informationen zu Problemen (hidden information bzw. hidden action) der Akteursbeziehungen kommt (Güssow 2007: 98, Richter/Furubotn 2003: 224–250, Winkler et al. 2008: 73). Der Umfang der Leistung hängt dabei jedoch auch von der Mitwirkung (u.a. Sorgfaltspflichten, Risikominimierung) des Kontrahenten ab (Hajen et al. 2011: 72, Paolucci 2011: 23). Im deutschen Gesundheitswesen tritt für die einzelnen Akteure somit eine mehrfache Moral Hazard-Problematik auf. Die Leistungserbringer können nicht unterscheiden, ob die Versicherten mit ihrem individuellen Verhalten aktiv dazu beitragen eine bestimmte Erkrankung zu bekommen bzw. versuchen diese zu vermeiden. Des Weiteren können die Outcome-Konsequenzen der einzelnen Leistungserbringer nicht gesichert beurteilt werden, da der ‚Gesundheitsprozess‘ mehrdimensional und somit schwer zu ermitteln ist. Versicherte fragen aufgrund des fixen Krankenkassenbeitrags vermehrt Leistungen nach, als wenn sie diese privat zahlen müssten (Hajen et al. 2011: 72). Sie kümmern sich daher nur wenig um Gesundheitsprävention und Vermeidung von Krankheiten. Eigenbeteiligungen oder gesetzliche Zuzahlungen könnten hier steuernd wirken. Außerdem könnten Leistungserbringer versuchen bestimmte Behandlungskosten auf andere Gesundheitsakteure abzuwälzen, um den eigenen Ertrag zu maximieren. Patienten können außerdem die Handlungen des Arztes aufgrund eines mangelnden persönlichen medizinischen Wissens nicht einschätzen (Picot et al. 1997: 86). Der Abbau dieses Informationsvorsprunges und somit die Möglichkeit der Kontrolle ist nicht kostenlos aber sinnvoll (Amelung 2012: 47). Agenturkosten (z.B. für eine Provider-Organisation) sind die Folge. Sie setzen sich aus drei Kostenarten zusammen (Amelung 2012: 47, Jensen/Meckling 1997: 318):



- Signalisierungskosten des Agenten: U.a. Zertifizierungen;
- Überwachungs- und Kontrollkosten;
- Residualverluste: Alle Kosten die trotz Überwachung, Signalisierung und Kontrolle entstehen.

Die Höhe der jeweiligen Kosten hängt von den jeweiligen Einstellungen, der Risikoneigung, der Kosten der Überwachung sowie dem Durchsetzungsvermögen des Agenten ab. Ein kooperierendes Netzwerk aus unterschiedlichen (vernetzten) Gesundheitspartnern könnte den oben aufgeführten Problematiken (Asymmetrien) sowie den Auswirkungen von Moral Hazard entgegenwirken und eine vergleichsweise kostengünstige Variante darstellen. „Die verhaltenswirksame Wirkung von Selbstbeteiligungen ist jedoch eher als gering einzuschätzen“ (Hajen et al. 2011: 73). Wenn überhaupt, dann wirken sie nur bei Bagatellkrankheiten und führen eher zu einer Verschleppung von Erkrankungen vor allem bei Personen mit niedrigerem Einkommen. Teilweise ist es im deutschen Gesundheitswesen durch Eigenbeteiligungen schon zu Fehlanreizen (Erhöhung der Patientenkontakte) gekommen. Trotz aller im Vorfeld getroffenen Vorkehrungen und Organisationseinheiten kann Moral Hazard nie vollständig bei einer Versicherung – auch bzw. vor allem im Gesundheitswesen – ausgeschlossen werden, da niemals alle Absichten klar zu erkennen sind (Hajen et al. 2011: 74). Eine Reduktion der Auswirkungen könnte jedoch enorme Vorteile mit sich bringen.

#### **4.2.3. Hold-up**

Sobald ein Akteur eine größere Investition getätigt hat und sich somit in ein Abhängigkeitsverhalten begibt, spricht man von einer Hold-up-Gefahr. Somit sind hidden intention (verborgene Absichten) kein Hindernis von asymmetrisch verteilten Informationen, sondern lediglich ein Problem unvollständig ausgehandelter Verträge. Dem Prinzipal ist „nicht bekannt, wie sich der Agent im Laufe der Auftragsbeziehung verhalten wird“ (Winkler et al. 2008: 74). Ihm fehlen auch Sanktionsmöglichkeiten um den Agenten zu einem ‚loyalen‘ Verhalten zu bewegen (Picot et al. 1997: 86). Auch in diesem Fall kann eine professionelle Netzwerkagentur (Provider) Abhilfe leisten.

Ein wesentliches Problem der Transaktionskostentheorie im Gesundheitswesen ist die ausgesprochene Komplexität und Varietät der Wertschöpfungskette (Janus/Amelung 2005: 149). Die klassische Darstellung ambulanter (medizinischer) Sektor, Krankenhaus und Rehabilitation oder Pflegeeinrichtung als vertikale Integration ist nicht zwangsläufig der Regelfall. Erstens ist die Reihenfolge im Gesundheitswesen weitgehend variabel, d.h. man kann nicht von vor- und/oder nachgelagerten Produktionsstufen sprechen. Teilweise verläuft die Wertschöpfungskette sogar schleifenartig oder ergänzt lediglich einen anderen Versorgungsbereich. Bei multimorbiden Patienten, mit chronischen Erkrankungen, können sogar einige Leistungserbringer mehrmals involviert sein. Insbesondere in diesen Fällen ist eine ‚klassische‘ Wertschöpfungskette überhaupt nicht zu bestimmen.

Zweitens lässt sich festhalten, dass vieles, was nach einer vertikalen Integration aussieht, lediglich der Diversifikation einzelner Leistungserbringer (z.B. Krankenhäusern) dient. Hier stößt das Modell der Transaktionskostentheorie, trotz seiner wichtigen Impulse für das Gesundheitswesen, an seine Grenzen. Wegen der gegebenen Einschränkungen sollte das Hauptaugenmerk auf hybriden Organisationsformen (Netzwerken) liegen, da sie die bestehenden Asymmetrien, und Ängste abschwächen<sup>34</sup>. Die Bildung eines ‚Gremiums‘ (Netzwerkmanagement) zur Koordination und Steuerung der Wertschöpfungsprozesse stellt somit einen vielversprechenden Ansatz zur Lösung der Principal-Agent-Problematiken sowie von Moral Hazard dar (Winkler et al. 2008: 81). Wirkungsvoll sind besonders Systeme, die dem Agenten einen Anreiz zum korrekten Verhalten geben. Durch eine erfolgsabhängige Entlohnung werden die Ziele des Agenten den Zielen des Prinzipals angeglichen. Eine Providerorganisation kann zunehmend Transparenz schaffen, Unsicherheiten abbauen, das Vertragswesen vereinfachen und Leistungsanreize bündeln. Schlussfolgernd bleibt festzuhalten, dass ein kooperatives Netzwerk aus unterschiedlichen (vernetzten) Gesundheitspartnern den beschriebenen Problematiken, Informationsasymmetrien und Ängsten entgegenwirkt und darüber hinaus die Qualität der Versorgung sowie der Arbeitsbedingungen steigert (Bleses/Wetjen 2014: 69). Dadurch werden, trotz einer Ausweitung der vertraglichen Arrangements, Transaktionskosten gespart und das System effizienter. Der Gesetzgeber hat diesbezüglich seit der Jahrtausendwende zahlreiche gesetzliche Reformen durchgeführt, um Wettbewerbsanreize zu schaffen und neue Organisationsformen im Gesundheitswesen zu etablieren, wobei er sich am US-amerikanischen ‚Managed Care‘ orientiert hat.

---

<sup>34</sup> Möglichkeiten der Abschwächung können u.a. bürokratische Kontrolle, Anreizsysteme (Prämien, Incentives), Vertrauen, Unternehmenskultur, Controlling und Transparenz sein.

## 5. Managed Care

Das Gesundheitswesen und die Sozialversicherung sind vom demografischen Wandel in doppelter Hinsicht betroffen. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung rückt dabei immer mehr in den Mittelpunkt der politisch handelnden Akteure. Ziel ist, mehr wettbewerbliche Elemente in der gesetzlichen Sozialversicherung zu etablieren, um das System effizienter zu gestalten und Transaktionskosten zu senken sowie Informationsasymmetrien abzubauen. Hierbei hat man sich zahlreicher Ansätze und Konzepte aus dem Ausland bedient. Im nachfolgenden Kapitel werden der Ansatz des Managed Care sowie die damit verbundenen Ausgestaltungsformen näher untersucht.

### 5.1. Geschichte und Herkunft

Der Ausdruck Managed Care (MC) steht als Sammelbegriff für eine Vielzahl an Versorgungssystemen (Lambrecht 2013: 26). Es soll auf eine effiziente Allokation von Mitteln und Ressourcen abzielen und eine Vielzahl an unterschiedlichen Organisationsformen umfassen, um sich an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten anzupassen (Amelung 2012: 19). Kernziel<sup>35</sup> ist dabei stets die Verringerung von Transaktionskosten (Amelung 2012: 136). Dabei werden die bestehenden, oftmals historisch gewachsenen, starren und unflexiblen Strukturen des Gesundheitswesens verändert. Selbstverständlich führt MC so zu einer „deutlichen Steigerung der Anzahl unterschiedlicher Arrangements“ (Amelung 2012: 136), was auch die Komplexität des Gesundheitswesens zusätzlich erhöhen kann. Trotz der Ausweitung von Organisations- und Handlungsmöglichkeiten sollten nach Abwägung der Vor- und Nachteile MC-Instrumente eingesetzt werden, um die historisch gewachsenen, starren und unflexiblen Strukturen im Gesundheitssystem aufzubrechen. Es ist dabei weder als einheitliches Verfahren, noch als abschließendes System zu verstehen (Jacobs/Schulze 2006: 83). „Managed Care bedeutet die Summe aller Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive medizinische Versorgung zu fördern“ (Berchthold 2009: 26). Das Gesundheitswesen und die Sozialversicherung sind vom demografischen Wandel in doppelter Hinsicht betroffen. Zum einen erhöht sich aufgrund einer alternden Bevölkerung der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, medizinischen Produkten und ärztlicher Versorgung (FES 2009: 4f.). Zum anderen stehen dieser großen Gruppe an Leistungsempfängern immer weniger junge und gesunde Beitragszahler gegenüber (FES 2009: 4f.), was eine Erosion der Einnahmebasis bedeutet (Rosenbrock 2008: 17). Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung rückt dabei immer mehr

---

<sup>35</sup> Weitere Zielsetzungen von Managed Care sind u.a. die Nutzung von Skalenerträgen, der Aufbau von Marktmacht, Diversifikation der Organisationen, die Schaffung von Investitionsmärkten sowie die Etablierung von Wahlmöglichkeiten (Amelung 2012: 136).

in den Mittelpunkt der politisch handelnden Akteure. Unter Einbezug der ‚richtigen‘ Art und Menge an präventiven und kurativen medizinischen sowie pflegerischen Leistungen soll ein Populationsbezug des Versichertenkreises erreicht werden (Deutscher Bundestag 2009: 435, Schwartz/Wismar 2003: 571). Zukünftig soll der Patient wieder stärker im Mittelpunkt stehen. Managed Care bedeutet stets die vertragliche Bindung zwischen einzelnen Kostenträgern (Krankenkassen) und ausgewählten Leistungserbringern um die Versorgung bestimmter Indikationen oder Bevölkerungsgruppen sicherzustellen (Oberender/Zerth 2010: 224). Der Fokus muss sich somit auf eine konsequente Optimierung der medizinischen und pflegerischen Wertschöpfungskette aus Sicht der Patienten richten (Amelung 2012: 20).

Der Ursprung der verschiedenen MC-Modelle geht auf Prozesse der 1970er-Jahre zurück und bezeichnet strukturelle und ablauforganisatorische Sachverhalte, durch die das US-amerikanische Gesundheitssystem verändert worden ist (Amelung 2013: 18, Seitz et al. 1997: 5). Im deutschen Sprachgebrauch gibt es keine vergleichbare Bezeichnung für Managed Care. Am ehesten könnte man es mit „geführte Versorgung“ (Seitz et al. 1997: 6) oder „gesteuerte Versorgung“ (Amelung 2012: 20) übersetzen. Aufgrund der erheblichen ordnungspolitischen, finanziellen und strukturellen Unterschiede der deutschen und amerikanischen Gesundheitssysteme sind die in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits erprobten MC-Instrumente nicht eins zu eins adaptierbar und auf dem deutschen Gesundheitsmarkt anwendbar (Deutscher Bundestag 2009: 32). Grundprinzipien wie die freie Wahl der Krankenkasse, eine freie Arztwahl, das Sozialversicherungsprinzip, die kostenfreie Mitversicherung von Angehörigen oder andere Grundzüge der deutschen Sozialversicherung bleiben von den Umstrukturierungen unangetastet. Zustände wie in den USA, bei denen ein Großteil der Bevölkerung über keinen oder keinen ausreichenden Versicherungsschutz verfügt, können nicht der Anspruch von Reformansätzen in der Bundesrepublik Deutschland sein. Die USA dienen dabei sogar eher als abschreckendes und mahnendes Beispiel (Münch/Scheytt 2014: 8). Vielmehr muss der Gesetzgeber die positiven Elemente des internationalen Ansatzes den spezifischen Eigenheiten des deutschen Gesundheitssystems anpassen. Somit sollte man sie eher als ‚Instrumentenbaukasten‘ für das deutsche Gesundheitswesen ansehen (Hessinger 2009: 54). Grundsätzlich ist es gar nicht möglich ‚für‘ oder ‚gegen‘ Managed Care zu sein, da es sich nur um eine Kombination unterschiedlicher Management-Ansätze handelt (Amelung 2008: 3). Kritische Äußerungen werden daher eher auf der Ebene der einzelnen organisatorischen (siehe Kapitel 5.3) oder strukturellen Ausgestaltungsformen (siehe Kapitel 5.2) sowie dem Verhalten (u.a. Ausschluss von Leistungen, Risikoselektion, übertriebener Druck) der einzelnen Akteure geäußert (Amelung 2012: 19).

Managed Care lockert die Trennung zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern auf und versucht so ‚neuen‘ Schwung in die ‚Gesundheitslandschaft‘ zu bekommen, um gleichzeitig die

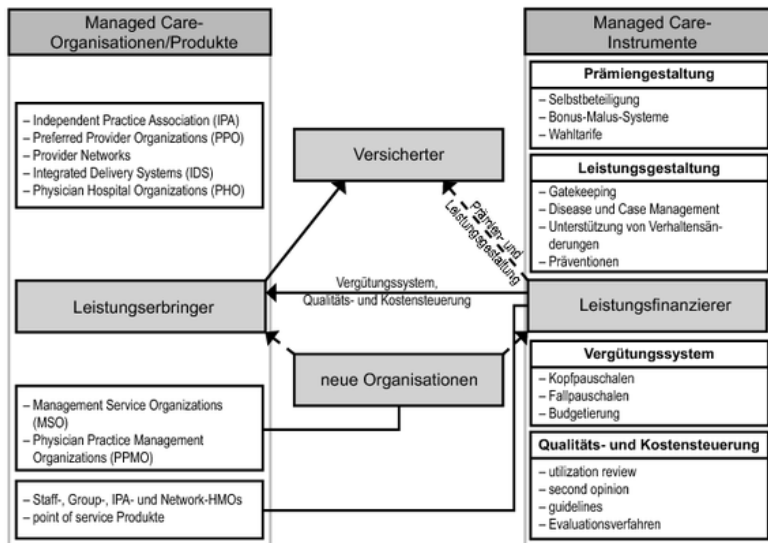
Versorgung zu verbessern und Kosten einzusparen (Amelung 2007: 10, Amelung 2012: 19). Aber man darf MC nicht mit Kostensenkungen oder Einsparungen gleichsetzen (Amelung 2012: 20). Eine Optimierung der Gesundheitsstrukturen schließt eine Reduzierung der Ausgabenströme jedoch nicht aus. In den USA wurden Kosten bei gleich bleibender Qualität eingespart (Jacobs/Schulze 2006: 85). „Der Einfluss von MC auf die Kosten der Versorgung ist nicht einfach zu messen“ (Amelung 2012: 349). Studien aus der Schweiz zeigen Einsparpotenziale – insbesondere durch Gatekeeping (siehe Kapitel 5.2.3) – in Höhe von 20–30 % (Berchthold/Hess 2006). Ein vom SVR erstelltes Review (107 Studien) zur Einschätzung der Effekte von Managed Care auf die Qualität der Versorgung in Deutschland enthält keine eindeutige Tendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgungsqualität (Deutscher Bundestag 2009: 32, 33). Studien neuerer Zeit weisen eher positive Effekte nach (Deutscher Bundestag 2009: 33). Die Ergebnisse sprechen demnach weder eindeutig dafür noch dagegen Managed Care-Elemente zu adaptieren. In den USA hat der Einsatz von MC große Ängste in der Bevölkerung ausgelöst, da man befürchtete, es werde eine minimale Versorgung etabliert (Jacobs/Schulze 2006: 85), was zu großen Imageverlusten in der Bevölkerung führte (Jacobs/Schulze 2006: 87). Auch wenn diese Befürchtungen ernst genommen werden müssen, können, ohne den Einsatz innovativer Organisationsmodelle und neuer Kooperationsformen, die starren Strukturen des deutschen Gesundheitssystems nicht aufgebrochen werden. Anbieter von Gesundheitsleistungen sollten Leistungserbringer und die Bevölkerung frühzeitig in Pläne, Umgestaltungen und Anpassungen der Versorgung einbeziehen. Es sollten einzelne MC-Elemente eingesetzt und in weiterführende Konzepte (siehe Kapitel 13.) eingebettet werden (Deutscher Bundestag 2009: 33). Managed Care ist dabei keine geschlossene Theorie, sondern ein Bündel aus unterschiedlichen Organisationsmodellen und Managementinstrumenten. Es beinhaltet u.a. ‚Gatekeeping‘, ‚Case Management‘, ‚selektives Kontrahieren‘, ‚Wahltarife‘, ‚Disease Management‘ sowie ‚Kopf- und Fallpauschalen‘ (Schoder/Zweifel 2009: 152). Da der Ansatz relativ offen gestaltet werden kann, ist es nicht möglich, per se ‚für‘ oder ‚gegen‘ Managed Care zu sein. Lediglich die einzelnen Ausgestaltungen der jeweiligen Management-Instrumente sind positiv oder eher kritisch zu sehen (Amelung 2008: 3). Schlussendlich soll eine effizientere Steuerung der zur Verfügung gestellten Mittel und Prozesse sowie Kooperation und Vernetzung der einzelnen Organisationen im deutschen Gesundheitswesen erreicht werden.

### *5.2. Ausgestaltungsformen*

Managed Care ist keine bestimmte Lehre. Es ist vielmehr ein Instrumentenbaukasten für die Reorganisation des Gesundheitswesens mit dem Ziel Veränderungsimpulse zu setzen und marktförmige Denkweisen zu etablieren. Die Akteure der gesundheitlichen Versorgung können dabei

aus einer ganzen Palette unterschiedlicher Ausgestaltungsformen wählen (vgl. Abbildung 21). Im weiteren Verlauf werden einige dieser Managementansätze und Konzepte näher erläutert.

**Abbildung 21:** Übersicht Managed Care



Quelle: Krauth 2015.

### 5.2.1. Disease Management

Die durch bestimmte chronische Erkrankungen betroffene und somit nur einen Teil der Bevölkerung betreffende Patientenzahl, ist der Ansatzpunkt für ein gezieltes Disease Management. Es bedeutet die Konzentration auf eine bestimmte Erkrankung bzw. eine spezielle Indikation (Richter/Suwelack 2012: 438). Mit dem Ansatz wird die Erkrankung ganzheitlich erfasst und eine umfassende Koordinierung, Implementierung und Verbesserung der Behandlungsverläufe bewirkt (Köhl 2006: 55). Ziel ist dabei immer sowohl eine Verbesserung der Versorgung als auch eine Absenkung der Kosten zu erreichen. In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 2002 spezielle Behandlungsprogramme, sogenannte Disease Management Programme (DMP) nach § 137f–g SGB V, eingeführt (Köhl 2006: 56, Richter/Suwelack 2012: 442). Für diese Programme bieten sich chronische Erkrankungen an, die eine „große Variationsbreite im Behandlungsmuster von Patient zu Patient und von Arzt zu Arzt, die hohen Kosten einer Krankheit, eine Häufung vermeidbarer Komplikationen, eine geringe ‚Compliance‘<sup>36</sup> des Patienten, Versorgungsmuster mit häufigen Überweisungen von Hausarzt zum Facharzt, die Möglichkeit zur Entwicklung von Guidelines und eine gute Steuerbarkeit der Krankheit durch disease management“ (Amelung/Schumacher 1999: 123) aufweisen. Hierzulande gibt es bislang sechs DMP, die nach und nach eingeführt worden sind. Für die sogenannten Volkskrankheiten Diabetes mellitus I und II, KHK, Asthma und COPD sowie Brustkrebs wurden bereits strukturierte Programme aufgelegt

<sup>36</sup> Compliance kann grundsätzlich mit Einwilligung, Befolgung, Willensfähigkeit oder der Bereitschaft eines Patienten mit einem Arzt bzw. Therapeuten zusammenzuarbeiten verstanden werden (Langenscheidt 1990: 126).

(Richter/Suwelack 2012: 442). Der strukturierte Behandlungsprozess umfasst zusätzlich Prävention und evidenzbasierte Therapien (Graf 2006: 42). Disease Management weist in seiner Ausgestaltung große Übereinstimmungen mit Case Management auf.

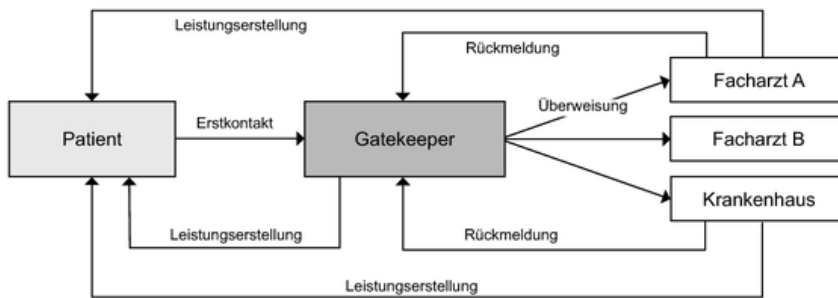
### **5.2.2. Case Management**

„Das Case Management ist ein Steuerungsverfahren in Humandiensten“ (Wendt 2013: 135, 136). Seinen historischen Ursprung hat es in der Sozialarbeit (Schneider 2006: 72). Als Abgrenzung zum Disease Management fokussiert es nicht nur einen bestimmten Bereich an (chronischen) Krankheitsbildern (Köhl 2006: 54, 55). Im Einzelfall identifiziert es passende Arrangements für Patienten und ermöglicht eine qualitativ hochwertige, medizinische und pflegerische Versorgung (Wendt 2013: 144, 145). Hierbei beschränkt es sich nicht auf eine bestimmte Indikation, sondern stellt den Patienten in den Mittelpunkt. Case Management sieht sich als kooperierenden Prozess zwischen Behandlern und Patienten (Köhl 2006: 47). Es ist eine effektive und effiziente Form der Einzelfall-, Kommunikations- und Beziehungsarbeit, mit in der die Versorgungsabläufe an den Schnittstellen, üblicherweise durch den Einsatz von Leitfäden optimiert, in einem dynamischen Verständnis mit dem Gesundheitssystem und allen beteiligten Leistungserbringern auseinandergesetzt werden und ein Case Manager die persönlichen Ressourcen und die Eigenverantwortung der Patienten berücksichtigt (Neuffer 2007: 19). Teilweise wird das Case Management in bestimmten Ländern von einem ‚Gatekeeper‘ übernommen.

### **5.2.3. Gatekeeping**

Ein ‚Gatekeeper‘ fungiert als Teil eines umfassenden Versorgungskonzepts (intersektorale Versorgungskette) als ‚Lotse‘ durch das Gesundheitssystem (Hermann 2007: 127, Korzilius 2009: 2132, Reiners 2013: 16). Zu Beginn jeder Behandlungsepisode – hiervon sind Notfälle selbstverständlich ausgeschlossen – muss zuerst stets der Gatekeeper aufgesucht werden (Köhl 2006: 37). Er interpretiert diverse Behandlungsleistungen und koordiniert bestimmte medizinische und pflegerische Prozesse (Schubert/Vogd 2009: 37). „Der Versicherte verpflichtet sich, das Gesundheitssystem stets auf demselben Weg – durch dasselbe Tor (Gate) – zu betreten, wenn medizinischer Bedarf besteht“ (Amelung 2012: 73). Im deutschen Gesundheitssystem wurde mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V (siehe Kapitel 6.1.3) der jeweilige Hausarzt als erste Anlaufstelle für Patienten etabliert. Dieser koordiniert sämtliche Behandlungsschritte und überweist erkrankte Personen gegebenenfalls an andere Leistungserbringer (vgl. Abbildung 22).

**Abbildung 22:** Gatekeeping im Gesundheitswesen



Quelle: Amelung 2015.

Doppeluntersuchungen, Fehlmedikationen und unnötige stationäre Aufenthalte sollen so vermieden werden. Studien belegen, dass allein durch konsequentes Gatekeeping die Kosten im deutschen Gesundheitssystem um ca. 19 % je Versicherten sinken würden (Amelung/Wolf 2012: 19).

Trotz aller positiven Effekte werden einige MC-Elemente, wie das Gatekeeping, heute nur noch zum Teil in den USA eingesetzt (Amelung 2012: 359). Aufgrund sinkender hausärztlicher Ressourcen – vor allem in ländlichen Regionen – müssen auch in Deutschland innovative Alternativen gefunden werden. Aufgrund der Zunahme an chronischen Behandlungsfällen wäre der Hausarzt als Gatekeeper auch durch einen ‚Care Manager‘ (‚Versorgungsmanager‘) als spezialisierte Anlaufstelle ersetzbar (Berchthold 2007: 1586, Berchthold 2009: 28, Kailuweit 2014: 11). Insbesondere in der alltäglichen Arbeit an den Schnittstellen des deutschen Gesundheitssystems, vor allem bei Einweisungen oder Entlassungen, wären diese speziell ausgebildeten Fachkräfte eine große Hilfe.

#### 5.2.4. Entlass-Management

„Insbesondere für vulnerable Patienten bergen unzureichende Information und Unterstützung bei der Entlassung das Risiko, häufiger poststationäre gesundheitliche Komplikationen zu erleiden, erneut in ein Krankenhaus oder unerwartet in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden“ (Stahl/Nadj-Kittler 2015: 17). Es entsteht ein sogenannter ‚Drehtüreffekt‘. Eine der häufigsten Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen ist das Entlass-Management (Übergangs-Management); insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Deutscher Bundestag 2012: 137). Hierunter versteht man eine multiprofessionelle Aufgabe der verschiedenen Leistungserbringer, welche Elemente aus Medizin, Pflege, Rehabilitation sowie Aspekte des Sozialwesens beinhaltet (BMC 2012: 6). Bereits im Vorfeld einer anstehenden Verlegung müssen alle notwendigen Unterlagen, Informationen und/oder Medikamente der erkrankten Person zusammengestellt und an die nachbetreuende Organisation weitergeleitet bzw. übermittelt werden. Heutzutage geschieht dies oftmals nicht auf dem elektronischen Weg. Durch eine bessere Organisation der Verlegung ist die Kontinuität der Versorgung für die Patienten gewährleistet und Brüche sind vermeidbar. Ein funktionierendes



Schnittstellenmanagement in einer Versorgungskette kann darüber hinaus dazu dienen eine vorteilhafte Positionierung gegenüber konkurrierenden Leistungserbringern aufzubauen (Deutscher Bundestag 2012: 138). Seit dem Jahr 2012 besitzen Patienten gemäß §§ 11 Abs. 4 und 39 Abs. 1 Satz 4–6 SGB V sogar einen gesetzlichen Anspruch auf ein Versorgungs- und Entlass-Management (Deutscher Bundestag 2012: 139). Das Gesetz ist jedoch sehr offen gehalten, was in der Realität erhebliche Unterschiede beim Überleitungs-Management bedingt. Hierbei bestehen zwischen den einzelnen Organisationen im deutschen Gesundheitswesen sicherlich noch Potenziale, Kommunikation und Kooperation, zu verbessern. Entlass-Management gilt dabei als unverzichtbarer und integrativer Bestandteil und nicht als ‚Luxusartikel‘, der jedoch durch die sektorale Budgetierung und Finanzierung stark gehemmt wird (Warmbrunn 2006: 47). Ein strukturiertes Schnittstellenmanagement kann des Weiteren ein Bestandteil festgelegter Behandlungspfade sein.

### **5.2.5. Integrierte Behandlungspfade**

„Ein klinischer Pfad ist ein netzartiger, berufsgruppenübergreifender Behandlungsablauf auf evidenzbasierten Grundlagen (Leitlinien), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt und auf ein homogenes Patientenkollektiv ausgerichtet ist“ (Hellmann 2010: 6). Er beschreibt den optimalen Weg eines Patienten mit seinen entscheidenden diagnostischen, pharmazeutischen und therapeutischen Leistungen sowie der zeitlichen Abfolge (Eckardt 2006: 25). „Das Spektrum dessen, was in der ambulanten Medizin als Behandlungspfad verstanden wird, reicht von einfachen Handlungsanweisungen, Stellenbeschreibungen u.ä. über standardisierte, formale Vorschriften zur Dokumentation und Korrespondenz bis hin zu komplexen sequenziellen medizinischen Abläufen“ (Jäger 2010: 212). Darüber hinaus berücksichtigen integrierte Ansätze Elemente der Umsetzung, Steuerung sowie ökonomischen Bewertung. Es wird versucht die Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten und nicht an den Anforderungen der verschiedenen Arten der Leistungserbringer, Funktionsbereiche oder Abteilungen (Eckardt 2006: 28). Das gleichzeitige Auftreten mehrerer (chronischer) Erkrankungsbilder, mit sich teilweise verstärkenden Wechselwirkungen, macht es in der Realität oftmals schwer geeignete Behandlungspfade aufzubauen. Die von den Unternehmen mit integrierten Behandlungspfaden verbundenen strategischen Ziele sind, neben einer Stabilisierung bzw. Senkung der Kosten sowie der Sicherstellung der Zuweisung von Patienten, das Angebot neuer (sektorenübergreifender) Produktlinien sowie die Verbesserung der Transparenz und Qualität (Eckardt 2006: 11). Hierzu bedarf es zunehmend spezieller Verträge zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und Sektoren.

### 5.2.6. Selektives Kontrahieren

Unter selektivem Kontrahieren versteht man allgemein individuelle Vertragsbeziehungen einzelner Leistungserbringer bzw. mehrerer Leistungserbringer mit einem oder mehreren Kostenträgern (Schoder/Zweifel 2009: 152). Im Rahmen der Verträge können bestimmte Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, z.B. im Rahmen von Strukturverträgen oder der Integrierten Versorgung (siehe Kapitel 6.1), enthalten sein. Selektivverträge stehen somit in direkter Konkurrenz zum Kollektivvertrag (vgl. Abbildung 23).

**Abbildung 23:** Übersicht selektives Kontrahieren



Quelle: Krauth 2015.

Sie werden jedoch auch zukünftig die Regelversorgung nicht ersetzen, sodass es zu einem Nebeneinander von innovativen Versorgungsstrukturen auf Selektivvertragsbasis und Regelversorgung geben wird, obwohl Patientenzahlen und Umsätze der neuen Versorgungsformen (vermutlich) zunehmen (Braun et al. 2009: 5). Eine der größten Herausforderungen der Vertragspartner im Zeichen von Einzelverträgen ist sicherlich die Frage von Qualität der Leistungen sowie Finanzierung und Verteilung der Ressourcen. Ziel ist es, über die gezielte Auswahl von Leistungserbringern nach bestimmten Kriterien, eine qualitativ hochwertige Versorgung auszuwählen. Schwierigkeiten bei der Ausgestaltung von Selektivverträgen bestehen sicherlich nach wie vor bei der Bereinigung der Vergütung. Der aufgewandte selektive Betrag ist von der Gesamtvergütung abzuziehen. Unter Einbezug selektiver Vertragsgestaltungen sind nun auch innovative Finanzierungsmodelle einsetzbar.

### **5.2.7. Finanzierungsmodelle**

Im Rahmen von Managed Care wählen Vertragspartner verschiedene Finanzierungsvarianten aus, wie neben bestehenden ex post Vergütungsstrukturen der EBM, z.B. Kopf- oder Fallpauschalen. Darüber hinaus kann die Vergütung im Sinne von speziellen Budgets oder einer Gewinnausschüttung sowie nach ergebnisorientierter Vergütung erfolgen (Braun et al. 2009: 11). Viele Managed Care Organisationen wählen die Möglichkeit einer Capitation aus. „Unter Capitation (wörtlich: Kopfpauschale) versteht man eine Vergütungsform, bei der die Krankenkasse einen Pauschalbetrag beispielsweise für ein Jahr Behandlungskosten je teilnehmenden Versicherten im Voraus bezahlt“ (Schmitt 2009: 74). Der Pauschalbetrag kann morbiditätsorientiert und sektorenübergreifend errechnet und prospektiv an eine Netzwerkorganisation ausgezahlt werden (Wambach/Lindenthal 2009: 41). Die Vorauszahlung geschieht unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Somit wird das finanzielle Risiko teilweise oder ganz auf den bzw. die Leistungserbringer bzw. die Netzwerkorganisation übertragen (Deutscher Bundestag 2009: 438, Schicker 2008: 158). Darüber hinaus gehen negative externe Effekte, verursacht durch eine angebotsorientierte Nachfrage sowie Moral Hazard von den Krankenkassen, auf die Leistungserbringer über (Deutscher Bundestag 2009: 438). Ziel ist es, den Arzt am Risiko zu beteiligen und zu einem kostenbewussten Handeln zu veranlassen (Amelung/Schumacher 1999: 81, Köhl 2006: 32). Prävention und Aufklärung der Patienten sollen so wieder mehr in den Vordergrund gestellt werden. Damit wird auch versucht die Akteure im Gesundheitswesen stärker zu einem effizienten Handeln zu veranlassen. Der pauschalierte Vergütungsvertrag kann grundsätzlich einen Patienten mit einer spezifischen diagnostizierten Krankheit und auch eine Gruppe von Patienten mit der gleichen chronischen Krankheit sowie bestimmte Altersgruppen bis hin zu allen Versicherten einer Region betreffen (Deutscher Bundestag 2009: 439). Bereits heute zeichnet sich ab, dass in Zukunft eine ergebnis- bzw. erfolgsorientierte Vergütung der Leistungserbringer auf der Grundlage einer Leistungsevaluierung an Bedeutung gewinnen wird (Braun et al. 2009: 12). Neben finanziellen Anreizsystemen für die Kostenträger und Leistungserbringer werden aus diesem Grund spezielle Incentives für die Versicherten bzw. Patienten immer wichtiger.

### **5.2.8. Anreizsysteme**

Initiatoren von innovativen Gesundheitsprogrammen oder Modellprojekten können, um gesundheitspolitisch gutes Verhalten zu belohnen, bzw. um bestimmte Verhaltensweisen zu bestrafen, Anreize setzen, indem sie u.a. bestimmte Wahltarife, Kundenklubs oder Bonusprogramme anbieten. Die gesetzlichen Krankenkassen z.B. haben die Möglichkeit über Wahltarife gemäß § 53 SGB V in ihren Satzungen bestimmte Tarife, wie Selbstbehalt, Kostenerstattung, Arzneimittel der besonderen

Therapierichtungen, anzubieten. Managementgesellschaften ist es derzeit nicht gestattet eigene Wahltarife einzuführen. Sie könnten jedoch Incentives über Bonusprogramme setzen.

Ein Bonussystem bzw. Bonusprogramm ist ein Instrument der Kundenbindung im Handel und Dienstleistungsgewerbe (Musiol/Kühling 2009: 6). Von seiner Grundmechanik her versucht ein derart ausgestaltetes Anreizsystem gewünschtes Verhalten von Kunden (bzw. Patienten) beizubehalten bzw. weiter auszubauen (Lauer 2011: 5). Eine einheitliche Definition was ein Bonusprogramm ist, existiert jedoch nicht, da es eine große Vielfalt unterschiedlicher Ausprägungen gibt. Im Zuge von Managed Care treten Belohnungssysteme und Anreizprogramme, aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, auch vermehrt im deutschen Gesundheitswesen auf. Bei den einzelnen Bonussystemen gibt es eine große Palette an Auswahlmöglichkeiten, wie finanzielle, materielle als auch nichtmaterielle Anreize. Beispielsweise erstatten Initiatoren bestimmter Projekte die gesetzlichen Zuzahlungen oder Eigenleistungen. In manchen Fällen wird auch nach dem Erreichen einer bestimmten Punkteschwelle ein fixer Betrag auf das Konto des Mitglieds überwiesen. Bei anderen Bonussystemen gesetzlicher Krankenkassen können die Teilnehmer nach einem festgelegten Schema Punkte sammeln, die sie gegen Waren (oftmals von Partnerunternehmen) eintauschen können. Darüber hinaus werden u.a. spezielle Kurse oder Programme angeboten, an denen nur Mitglieder des jeweiligen Projektes teilnehmen dürfen. Auch eine kürzere Wartezeit, z.B. auf Facharzttermine für Mitglieder, kann Patienten dazu bewegen, an einem innovativen Programm teilzunehmen. Die neuartigen Anreizsysteme führen zu einem größeren Steuerungs- und Bürokratieaufwand der Akteure im Gesundheitswesen. Sämtliche im fünften Kapitel aufgeführten Managementansätze von MC benötigen daher neue Organisationseinheiten mit flexiblen Strukturen, um sie zu steuern, und eine ständige Aufsicht zu gewährleisten.

### *5.3. Organisationsformen*

„Unter Managed Care Organisationen (MCOs) werden Institutionen verstanden, die ausgewählte Managed Care-Instrumente einsetzen und zumindest bis zu einem gewissen Grad die Funktionen Versicherung und Leistungserstellung integrieren“ (Amelung 2012: 61). Beispielhaft werden in den nachfolgenden Abschnitten einige dieser Organisationseinheiten näher erläutert<sup>37</sup>. Zu diesen zählen u.a. Health Maintenance Organization (HMO), Networks und Accountable Care Organizations (ACO).

---

<sup>37</sup> Im Rahmen dieser Ausarbeitung bleiben Independent Practice Association (IPA), Integrated Delivery Systems (IDS), Preferred Provider Organizations (PPO) und Provider Sponsored Organizations (PSO) unberücksichtigt (Amelung 2012: 90-101).

### **5.3.1. Health Maintenance Organization**

Unter einer Health Maintenance Organization versteht man ein Gesundheitsunternehmen, das Versorgungsleistungen „aus einer Hand“ (Hessinger 2009: 53) anbietet. HMOs heben die partielle Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und -erbringung auf (Amelung 2012: 66). Kennzeichnend ist, dass sie die Leistungen größtenteils mit eigenen Ärzten, Pflegekräften und Einrichtungen erbringen (Seitz et al. 1997: 7). Sie gelten daher als Organisationseinheit mit dem höchsten Integrationsgrad (Schoder/Zweifel 2009: 151). Insbesondere in der Schweiz wurden durch den Einsatz von HMOs erhebliche Einsparungen erreicht (Berchthold/Hess 2006). Dabei verdient die HMO grundsätzlich nicht an der Krankheit ihrer Versicherten, sondern an deren Gesunderhaltung (Amelung 2012: 66, 67). Prävention und Gesunderhaltung sowie ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘ (BGM) bekommen aus diesem Grund einen höheren Stellenwert. Im deutschen Gesundheitswesen kann die Bundesknappschaft in Ansätzen am ehesten mit einer HMO verglichen werden (Amelung 2012: 78). Hierzulande sind HMOs nach den Vorbildern aus den USA und der Schweiz eher nicht zu erwarten, da die Trennung der sozialversicherungsrechtlichen Selbstverwaltung in der Bevölkerung akzeptiert und historisch gewachsen ist (Schellschmidt et al. 2006: 4). Leistungserbringer und Leistungsfinanzierung bleiben somit bei getrennten Körperschaften des öffentlichen Rechts. Es gilt daher Organisationsmodelle auszuwählen, die die Vorteile von HMOs besitzen, nicht aber die partielle Trennung aufhebt. Netzwerke erscheinen aussichtsreich.

### **5.3.2. Networks**

Unter Networks (Netzwerken) wird ein „Zusammenschluss von Leistungsanbietern mit gleichen oder verschiedenen Leistungsstufen zur Bildung von strategischen Allianzen verstanden“ (Amelung 2012: 94). Eine Allianz wird dabei im Gesundheitswesen einer stark institutionalisierten Kooperation gleichgesetzt (Ernst 2008: 60). Dies bedeutet eine langfristige Vereinbarung/Zusammenarbeit von mindestens zwei oder mehreren Partnern, bei der Kompetenzen, Wissen und/oder Ressourcen eingebracht und geteilt werden, um die jeweilige oder gemeinsame Wettbewerbsposition zu stärken sowie Versorgungsqualität einer Region zu verbessern (Spekman et al. 1998: 748). Bühler versteht hierunter „ein System aus mehreren Elementen, die untereinander verbunden sind und Informationen, Material, Dienstleistungen oder Wissen austauschen“ (Bühler 2012: 31). Dies beinhaltet ein Gebilde bzw. eine Struktur von Organisationen, die durch ein Alleinstellungsmerkmal verknüpft sind und miteinander kommunizieren (Weatherly 2013: 103). Sie sind nach Mühlenkamp nicht als stabile Unternehmen zu verstehen, sondern eher ein Geflecht unterschiedlicher Organisationen, die durch Verträge (siehe Kapitel 4.) miteinander verbunden sind (Mühlenkamp 2000: 31). Es ist eine dynamische, nicht geschlossene Organisationsform, deren Ausprägungen und Grenzen sich ständig

verändern können (Braun/Güssow 2006: 69). Aus organisationssoziologischer Perspektive ist sie neben der Organisation und dem Markt eine dritte Form der Steuerung, die im Gegensatz zu den beiden anderen Formen, anderen Kontrollmechanismen folgt (Schubert/Vogd 2009: 35). Hierbei muss man zwischen professionell und semi-professionell geführten Netzwerken unterscheiden. Sie grenzen sich in ihrer Ausgestaltung, Ausprägung und nach ihrem Entwicklungsstand voneinander ab (Lindenthal et al. 2004: 3). Teilweise sind es eher lockere Zusammenkünfte mit ‚Stammtischcharakter‘ lockerem Informations-Austausch. Auf der anderen Seite gibt es bereits professionell arbeitende Organisationen. In den vergangenen Jahrzehnten wurde in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl an unterschiedlichen Ärztenetzwerken gegründet. Schätzungen gehen von über 480 verschiedenen Netzen mit unterschiedlichen Rechtsformen (z.B. in Form eines Vereins oder einer Kapitalgesellschaft), aus (Bleul 2009: 270). Die eingeschriebene Ärztezahle in den jeweiligen Netzwerken hat sich in den letzten zehn Jahren von 10.000 auf 30.000 verdreifacht (Amelung/Wolf 2012: 19). Festzuhalten bleibt, dass jeder teilnehmende niedergelassene Haus- oder Facharzt jederzeit wieder aus dem Netz aussteigen kann, sofern ihm die inhaltliche Ausrichtung nicht mehr gefällt (Weatherly 2013: 380). „Ärztenetze sind mehr oder minder freie – zusammengestellte Rechtsformen, mindestens im Sinne einer GbR, häufig aber auch als GmbH oder Genossenschaft, die Anteile oder ihre gesamte ärztliche Tätigkeit gemeinsam mit und in ‚ihrem‘ Ärztenetz abwickeln“ (Weatherly 2013: 380). Darüber hinaus fehlt es vielen Netzwerken jedoch an einer klaren Organisationsstruktur, festen Ansprechpartnern, einheitlichen Kommunikationsstrukturen oder Internetseiten. Etwa die Hälfte der Ärztenetze betreibt eine eigene Internetpräsenz (Schicker 2008: 151). Ein strukturiertes Controlling hingegen besitzen nur wenige von ihnen (Schicker 2008: 147). Untersuchungen haben auch ergeben dass nur ca. 35 % der Netzwerke über einen E-Mail-Account verfügen (Schicker 2008: 151). Der Ausbau professioneller Strukturen für eine Optimierung der Kommunikation, Datenübermittlung, sowie Kooperation und somit die Verbesserung der Versorgung der Patienten, besitzt daher noch erhebliche Potenziale.

Netzwerke dienen auf der einen Seite der Steigerung der Kommunikation und Koordination der Leistungserstellung und ermöglichen so eine bessere Abstimmung der einzelnen Versorgungsstufen (Amelung 2012: 95). Die vernetzten sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen (Netzwerke) optimieren die individuelle patientenbezogene Versorgungsqualität und steuern einen nachhaltigen und effektiven Einsatz der ökonomischen Ressourcen im Gesundheitswesen (Hokema/Sulmann 2009: 208). Auf der anderen Seite können diese auch gezielt von bestimmten Leistungserbringern eingesetzt werden, um die eigene Wettbewerbsposition zu sichern bzw. weiter auszubauen (Amelung 2012: 95). Gesundheitsnetzwerke werden als eine Mischform (hybride Organisationsform) aus marktlichen und hierarchischen Koordinationsmechanismen aufgefasst (Hellrung et al. 2009: 110). Häufig verhindern

sie gemeinsame Problemlösungsstrategien und eine effektive Vernetzung aufgrund von Wettbewerbs- und Partikularinteressen der potenziellen Netzwerkmitglieder (Mayland/Tippel 2013: 78). Ein professionelles Netzwerkmanagement (Providerorganisation), das versucht die individuellen Partikularinteressen bestmöglich für alle Mitglieder zu steuern, kann hierbei Abhilfe leisten. Ein Weiterentwicklungsversuch der Networks sind die ACOs.

### **5.3.3. Accountable Care Organization**

Unter Accountable Care Organizations (ACO) versteht man Zusammenschlüsse von Ärztegruppen, zum Teil mit stationären medizinischen Einrichtungen, auf der Basis einer Teil-Budgetverantwortung (Hildebrandt 2015: 40). Oftmals sind auch andere Leistungserbringer (u.a. aus den Bereichen Rehabilitation und Pflege) am Versorgungsprozess beteiligt. Die Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und -erstellung bleibt erhalten. „ACOs are organizations that assume financial responsibility and clinical accountability for the care provided to a defined patient population, where their accountability extends beyond organizational boundaries” (Barnes et al. 2014: 2). Sie „sind Netzwerke von Ärzten, Krankenhäusern und anderen zugelassenen Leistungserbringern, die für Qualität und Kosten des gesamten Versorgungsgeschehens für eine bestimmte Patientenpopulation verantwortlich sind“ (Schmid/Himmler 2015: 13). Als Mindeststandards müssen sie eine klare Führungsstruktur haben, genügend Managementkapazitäten besitzen und einen Pool aus mindestens 5.000 Patienten aufweisen (Hajen 2015: 57). Hauptsächlich werden sie von speziellen Netzwerkorganisationen und nicht von den Versicherungen gegründet. In ihrer Ausgestaltung unterscheiden sie sich deutlich von HMOs. Patienten dürfen auch Leistungserbringer außerhalb des Netzwerks aufsuchen (Barnes et al. 2014: 5). Darüber hinaus partizipieren die an der ACO beteiligten Ärzte direkt an den finanziellen Erfolgen, sodass sie starke Anreize für einen qualitativen Versorgungsprozess der Patienten (Kunden) besitzen (Barnes et al. 2014: 5). Hierbei wird das gesamte Versorgungskontinuum abgebildet und unter Zuhilfenahme moderner Informationstechnologien miteinander verbunden (Barnes et al. 2014: 2). Die Providerorganisation übernimmt, neben dem Vertragsmanagement, das Controlling, Monitoring, die Evaluation sowie weitere Dienste. In der Bundesrepublik Deutschland ist die Gesunde Kinzigtal GmbH (siehe Kapitel 12.1.) am ehesten mit einer amerikanischen ACO vergleichbar (Barnes et al. 2014: 3). Das Konzept der Accountable Care Organization erscheint dabei aussichtsreich als Basis für ein Versorgungskonzept der Zukunft (siehe Kapitel 13.) zu dienen.

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Ausgestaltungs- und Organisationsformen des US-amerikanischen Managementansatzes des Managed Care aufgezeigt worden sind, befasst sich der nachfolgende Abschnitt mit der Adaptierung und Umsetzung dieses Ansatzes im Rahmen des

deutschen Gesundheitswesens. Im Mittelpunkt stehen dabei die verschiedenen Ausprägungen der ‚Neuen Versorgungsformen‘.



## 6. Neue Versorgungsformen

„Unter der Begrifflichkeit ‚Neue Versorgungsformen‘ werden alle von der klassischen Regelversorgung abweichenden Versorgungsinstitutionen und -konzepte subsumiert, die auf die Neuausrichtung des Gesundheitswesens abzielen“ (Amelung 2013: 14). Hierunter fallen die besonderen Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 SGB V, medizinische Versorgungsformen (MVZ) nach § 95 SGB V, Ärztenetze (siehe Kapitel 5.3.2) sowie innovative Mobilitäts- bzw. Delegationsansätze.

### 6.1. Besondere Versorgungsformen

Ende der 1990er etablierte der Gesetzgeber die sich am US-amerikanischen Managed Care orientierenden besonderen Versorgungsformen (Deutscher Bundestag 2012: 309). Zu diesen gehören ‚hausarztzentrierte Versorgung‘, ‚Integrierte Versorgung‘, ‚Disease Management Programme (DMP)‘, ‚ambulante Behandlungen im Krankenhaus‘ sowie ‚ambulantes Operieren‘ und ‚ambulante spezialfachärztliche Versorgung‘ (Amelung et al. 2006: 3, Engelhardt et al. 2010: 2, §§ 73b, 115b, 116b, 137f–g, 140a–d SGB V). Die einzelnen Ausgestaltungsformen werden im Anschluss näher beleuchtet.

#### 6.1.1. Modellvorhaben

Seit der Gesundheitsreform im Jahr 1997 besitzen die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit, der Weiterentwicklung von Verfahrens-, Organisations- und Vergütungsformen oder bessere Methoden der Behandlung, Modellvorhaben nach § 63–65 SGB V aufzulegen (Amelung et al. 2009: 18). Hierzu können Kostenträger zeitlich befristete Verträge mit einzelnen Ärzten, Praxismgemeinschaften oder ganzen Netzwerken aus Ärzten abschließen (Lambrecht 2013: 59, Sterly/Hasseler 2012: 488). Maximal sind Modellvorhaben auf acht Jahre ausgelegt (Mehl/Weiß 2012: 462). Hierdurch wurde erstmalig das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen angekratzt (Mehl/Weiß 2012: 462). Zwingende Voraussetzung aller Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Evaluation (Deutscher Bundestag 2009: 380). Die Verträge kommen nur zustande, wenn mindestens 50 % der betroffenen Vertragsärzte das Modellvorhaben unterstützen und die Ergebnisse im Anschluss der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden (Güssow 2007: 50). Da die Etablierung von Modellvorhaben in den jeweiligen Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen verankert werden mussten und allen Mitgliedern bei derartigen Änderungen ein Sonderkündigungsrecht zusteht, wurden diese nur zögerlich von den Kostenträgern umgesetzt. Aufgrund neuer gesetzlicher Voraussetzungen – wie u.a. Strukturverträge – wurden Modellvorhaben daher in den letzten Jahren stark vernachlässigt (Deutscher Bundestag 2012: 312).

### **6.1.2. Strukturverträge**

Strukturverträge nach § 73a SGB V ermöglichen den Vertragspartnern (KV und Krankenkassen) für Netzwerk-Konstrukte ein Gesamtbudget für das ärztliche Honorar sowie Heil- und Hilfsmittel sowie andere Leistungsbereiche zu vereinbaren (Güssow 2007: 52). Ziel ist es, innovative Versorgungsformen und Vergütungsmodelle in der GKV zu etablieren. Hierbei lassen sich zwei unterschiedliche Erscheinungsformen von Strukturverträgen unterscheiden. Zum einen beziehen sie sich auf die bessere Zusammenarbeit von Ärzten (Vernetzungsverfahren) und zum anderen auf Verfahren der Arztwahlsteuerung (Güssow 2007: 52). Da Strukturverträge keine Satzungsänderungen bei den gesetzlichen Krankenkassen auslösen, werden sie mehr genutzt als Modellverträge (Cortekar/Hugenroth 2006: 118). Die Verträge beziehen sich jedoch ausschließlich auf Leistungserbringer aus dem ambulanten medizinischen Bereich, sodass für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle noch weitere Vertragskonstrukte notwendig sind. Als Lösungsmöglichkeit wurde im Jahr 2000 die Integrierte Versorgung (siehe Kapitel 6.1.6) ins Leben gerufen (Cortekar/Hugenroth 2006: 120, Schulz 2007: 14). In Strukturverträgen können u.a. Selektivverträge der hausarztzentrierten Versorgung eingebettet werden.

### **6.1.3. Hausarztzentrierte Versorgung**

Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 müssen Krankenkassen Verträge der hausarztzentrierten Versorgung anbieten (Reiners 2013: 17). § 73b SGB V dient dabei zur zusätzlichen Stärkung der hausärztlichen Versorgung und gibt Kostenträgern die Möglichkeit die (Erst-)Inanspruchnahme von Hausärzten durch (finanzielle) Anreize zu fördern. Zum Beispiel wurden den Versicherten die gesetzlichen Zuzahlungen, die aufgrund des Arztbesuchs entstanden sind, ganz oder zumindest teilweise erstattet (Güssow 2007: 54). Aus diesem Grund schließen Krankenkassen mit qualifizierten Hausärzten Einzelverträge ab (Sterly/Hassler 2012: 488). Sie übernehmen bei der weiteren Patientenbehandlung eine Lotsenfunktion (Lambrecht 2013: 59). Von den rund 3,1 Mio. teilnehmenden Versicherten an den besonderen Versorgungsformen gehören (Stand: 2006) ca. 80 % ihrer Verträge der hausarztbasierten Versorgung an (Graf 2006: 49). Im Zeitverlauf wurden positive Effekte vermeldet. Ergebnisse aus der Schweiz zeigten, dass Hausarztmodelle zwischen 7–20 % der Kosten einsparen (Amelung et al. 2006: 11). Die meisten Verträge der integrierten Versorgung beziehen sich auf einzelne Indikatoren, sodass häufig die hausarztzentrierte Versorgung ebenfalls in diese eingebettet wird. Da Verträge der HzV sich ausschließlich auf den ambulanten medizinischen Bereich beziehen und keine Integration oder Vernetzung der Leistungserbringer erreicht wird, besitzen diese Vertragsgestaltungen keinen sektorenübergreifenden Charakter. Eine weitere Möglichkeit der

Vertragspartner Selektivverträge im ambulanten Bereich abzuschließen ist die ‚Besondere ambulante Versorgung‘.

#### **6.1.4. Besondere ambulante ärztliche Versorgung**

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 wurde die besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V eingeführt. Ziel war es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zusätzlich zu stärken (Lambrecht 2013: 59). Aus diesem Grund können Krankenkassen ohne den Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Leistungserbringern besondere Versorgungsverträge im ambulanten Bereich, die über die kollektivvertragliche Regelversorgung hinausgehen, abschließen (Sterly/Hasseler 2012: 488). Vertragspartner können dabei sowohl einzelne Ärzte sowie Psychotherapeuten und Berufsverbände als auch Praxisnetze oder Managementgesellschaften sein. Die Verträge können dabei sowohl bezogen auf eine bestimmte Facharztgruppe ausgelegt sein als auch einzelne Indikationen umfassen. Auch wenn die besondere ambulante Versorgung nicht unmittelbar eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglicht, kann sie ebenso wie die HzV, im Rahmen eines strukturierten Konzepts, einen integralen und zentralen Bestandteil bilden (Deutscher Bundestag 2012: 309). Ebenso sind Disease Management Programme in ein vollumfassendes Versorgungskonzept strategisch einzubauen.

#### **6.1.5. Disease Management Programme**

Für sechs ausgewählte chronische Erkrankungen wurden seit dem Jahr 2002 Disease Management Programme nach § 137f–g SGB V aufgelegt (siehe Kapitel 5.2.1). Für die einzelnen Patienten ist die Teilnahme an den unterschiedlichen Programmen kostenfrei (Miksch/Szecsényi 2013: 4.e1). Hierbei bleibt festzuhalten, dass die medizinischen Leitlinien und Therapiemethoden in der medizinischen Fachwelt nicht unumstritten sind, jedoch von einer Mehrheit der deutschen Mediziner akzeptiert werden. Sie sollten stets auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung sein und auf evidenzbasierten Leitlinien basieren (Miksch/Szecsényi 2013: 4.e1). Insgesamt nehmen in Deutschland über sechs Mio. Menschen<sup>38</sup> an einem oder mehreren DMP teil (Miksch/Szecsényi 2013: 4.e2). Die deutschen DMP fokussieren sich, anders als in vielen anderen Ländern, auf die primärärztliche Versorgung (Miksch/Szecsényi 2013: 4.e1). Seit ihrer Einführung sorgen sie immer wieder für kontroverse Diskussionen. Studienergebnisse zeigen, dass die Behandlungsprogramme, insbesondere bei schweren Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes, signifikante Verbesserungen des Gesundheitszustandes bewirken (Miksch/Szecsényi 2013: 4.e1, 4.e2). Die

---

<sup>38</sup> Verglichen mit ca. 2.2 Mio. eingeschriebenen Versicherten im Jahr 2006 sind die aktuellen Zahlen fast eine Verdreifachung (Graf 2006: 46).

verschiedenen Ergebnisse zeigen eine durchgehende Reduktion von Krankenhauseinweisungen und somit Einsparungseffekte. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass eine Reduktion stationärer Aufenthalte sich positiv auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt. Aktuell sind noch weitere DMP in Planung. Zukünftig könnten Programme für die Bereiche ‚Demenz‘, ‚chronische Kopfschmerzen‘ sowie ‚Rückenschmerz‘ aufgelegt werden. Die strukturierten Behandlungsprogramme gelten als Bausteine für innovative Konzepte aus dem Bereich der integrierten Versorgung. Teilweise gibt es Forderungen aus der Wissenschaft die strukturierten Behandlungsprogramme ganz in den § 140a–d SGB zu integrieren (Deutscher Bundestag 2012: 315).

### **6.1.6. Integrierte Versorgung**

Der Begriff Managed Care verschwindet im deutschsprachigen Raum in Fachkreisen immer mehr und wird durch ‚Integrierte Versorgung‘ bzw. ‚Integrierte Versorgungsstrukturen‘ (IVS) abgelöst (Berchthold 2009: 27). Amelung hält hierzu fest, dass „kein anderes Thema im Rahmen von Managed Care [...] ausgiebiger diskutiert [wird] als die Vor- und Nachteile von integrierten Versorgungssystemen und vor allem die Frage, wie solche Systeme konfiguriert sein müssen“ (Amelung 2008: 10). Untersuchungsergebnisse der Unternehmensberatung Roland Berger zeigen jedoch, dass es im deutschsprachigen Raum keine einheitliche Definition von integrierter Gesundheitsversorgung gibt (Roland Berger 2002 zitiert in Lusiardi 2006: 95). In der wissenschaftlichen Fachwelt ist der Begriff bislang doppelt besetzt. Einerseits geht es um Verträge nach § 140a–d SGB und andererseits dient er als Sammelbegriff für sektorenübergreifende, innovative Versorgungsformen (Lauven 2007: 6). „Integrierte Versorgung ist im Kern nichts anderes als klassische Managed-Care-Einzelvertragsgestaltung“ (Amelung 2007: 11). Aus diesem Grund wird nachfolgend versucht, sich dem Begriff der integrierten Versorgung definitorisch anzunähern.

„Eine Integration erfordert Kooperation, Koordination, Kommunikation und Informationstransfer zwischen verschiedenen Akteuren unterschiedlicher Sektoren bzw. Wertschöpfungsstufen“ (Schreyögg 2009: 212). Der Begriff ‚integrieren‘ stammt vom lateinischen Wort ‚integrare‘ ab und bedeutet so viel wie wiederherstellen bzw. erneuern (Linke 2010: 95). Sinngemäß wird damit ein Zusammenschluss in ein übergeordnetes Ganzes bzw. das Aufeinanderabstimmen von Zielen verstanden (Wahrig 2004: 424). Auf das deutsche Gesundheitswesen bezogen bedeutet dies die Zusammenführung der starren Sektorengrenzen der einzelnen Leistungsbereiche (Wiegand 2008: 31). Der Gesetzgeber (Stand: April 2014) versteht darüber hinaus unter einer integrierten Versorgung eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten (§ 140a Abs. 1 SGB V). „Das Gesetz verzichtet auf die exakte Definition der Integrierten Versorgung und überlässt

die Wahl der Integrationstiefe sowie die Intensität der Kooperationsbeziehungen weitestgehend den Vertragspartnern“ (Mühlbacher et al. 2006: 10). Da die Akteure im Gesundheitswesen bei der Ausgestaltung der jeweiligen Verträge relativ frei und flexibel über die Art und Intensität der Kooperation bzw. Vernetzung verhandeln können, ist die Offenheit des Gesetzes Fluch und Segen zugleich. „Die integrierte Versorgung lässt sich als ein multidisziplinäres, sektorübergreifendes Versorgungskonzept definieren“ (Kurscheid/Hartweg 2009: 8). Dieses dient als gut organisiertes und geplantes ‚Set‘ von einzelnen Versorgungsleistungen und Gesundheitsprozessen für die multiplen Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft, um prozessoral verbesserte Outcome-Resultate, bei zumindest gleichbleibenden (oder sinkenden) Ausgaben, zu erzielen (Graf 2006: 43). Nach Theurl und Franz ist IV „eine Zusammenarbeit von mindestens zwei Leistungserbringern (verschiedener Sektoren), die es ihnen ermöglicht, den Patienten (Nachfragern) eine Gesundheitsversorgung anzubieten, die ein einzelner Leistungserbringer ohne diese Zusammenarbeit nicht oder nur ineffizient produzieren könnte“ (Theurl/Franz 2007: 8). Tophoven sieht IV als ein interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Versorgungskonzept, „mit dem Ziel, durch enge Kooperation der Leistungserbringer untereinander und unter direkter Einbeziehung der Patienten Versorgungsnetzwerke aufzubauen“ (Tophoven 2005: 27). Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden unter ‚Integrierter Versorgung‘ alle Vertragskonstrukte bezüglich § 140a–d SGB V verstanden. Sektorenübergreifende Versorgungsansätze hingegen werden unter dem Begriff der ‚Vernetzten Versorgung‘ (VV) subsumiert (siehe Kapitel 13.). Zurzeit lassen sich nach Jendges et al. vier Modelle der Integrierten Versorgung in Deutschland festhalten (Jendges et al. 2006: 69):

- Einzelfallbasierte Integrierte Versorgung (z.B. bei teuren Operationen);
- Indikationsbezogene Integrierte Versorgung (auf Personen mit chronischen Erkrankungen fokussiert);
- Integrierte regionale Gesundheitsversorgung (Gründung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung an zentralen Orten);
- Populationsbasierte Integrierte Versorgung („Vollversorgungsprojekte“).

Aufgrund demografischer Veränderungsprozesse werden vor allem populationsorientierte Angebote zukünftig eine größere Rolle spielen (müssen). Der Versorgungsprozess muss demnach ganzheitlich betrachtet werden. Neben der Verzahnung des medizinisch ambulanten und stationären Sektors sollten auch die (ambulanten und stationären) Bereiche von Rehabilitation und Pflege sowie weitere Gesundheitsprofessionen (u.a. Prävention und Gesundheitsförderung, Krankengymnastik, Selbsthilfegruppen) miteinbezogen werden (Grothaus 2009: 38, 39, Hermann 2007: 127). Hierbei können Kommunen als neutrale Moderatoren dienen und Vernetzungsprozesse anstoßen (Hoffer 2013: 400). Auch der Bereich des Wohnens rückt dabei immer stärker in den Blick (Heinze/Naegele 2010: 303). Bislang sind diese gesellschaftlichen Bereiche noch nicht in sektorenübergreifende Versorgungskonzepte integriert.

Als Geburtsstunde der Integrierten Versorgung gilt das GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 (Lambrecht 2013: 42). Bislang (Stand: 2014) kann man zwischen drei verschiedenen ‚Generationen‘<sup>39</sup> der Integrierten Versorgung unterscheiden (Greß/Stegmüller 2009: 96, Güssow: 2007: 45, Linke 2010: 94, Loewer 2011: 1):

- **1. Generation:** GKV-Gesundheitsreform aus dem Jahr 2000 (KVn wurden als Vertragspartner beibehalten. Vonseiten der Ärzteschaft gab es zu Beginn noch zahlreiche Bedenken gegenüber dieser Ausgestaltungsform. Bei der Bereinigung der Gesamtvergütung traten große Schwierigkeiten auf);
- **2. Generation:** GMG aus dem Jahr 2004 (für Verträge der Integrierten Versorgung wurde eine Anschubfinanzierung aufgelegt. Dem Vertragspartner wurde es gestattet, auch ohne die Zustimmung der jeweils zuständigen KV Verträge abzuschließen);
- **3. Generation:** GKV-WSG (der gesetzliche Wortlaut wurde geändert, sodass der Fokus der Vertragsgestaltungen auf populationsbezogenen und sektorenübergreifenden Konzepten liegen soll. Des Weiteren können Verträge mit Pflegekassen aufgenommen werden).

Mit dem Gesetz zur Reform des GKV-Systems im Jahr 2004 wurde, um die schwer zu organisierende Budgetbereinigung zu umgehen, für integrierte Versorgungsmodelle eine Anschubfinanzierung eingeführt (Güssow 2007: 45). Sie betrug 1 % der prospektiv vereinbarten Gesamtvergütung und wurde im Jahr 2009 eingestellt (Amelung/Wolf 2012: 18, Oberender/Linke 2009: 27). Insgesamt wurde den Krankenkassen für Modelle integrierter Versorgungsstrukturen ein Budget von über 1,7 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt (Amelung 2013: 19, Oberender/Linke 2009: 28). Dabei hat sich die Anschubfinanzierung gleichzeitig als Motor und Bremse herausgestellt (Knieps 2006: 31, 32). Eine Zusatzfinanzierung birgt immer die Gefahr von Mitnahme- oder Gießkanneneffekten (Amelung/Wolf 2013: 49). Nichtsdestotrotz erbrachte sie in bestimmten (ländlichen) Regionen finanzielle Mittel für die Durchführung von Projekten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (Knieps 2006: 31, 32). Derartige Strukturen sind mit hohen Investitionssummen verbunden. IV-Projekte benötigen in den meisten Fällen für den Aufbau einer Versorgungsinfrastruktur (IT, Räumlichkeiten, Personalkosten, usw.) siebenstelligen Beträge (Kohlbeck 2009: 18). Bislang haben sich jedoch noch keine bundesweiten Standards für eine sektorenübergreifende Integration bzw. Vernetzung etabliert.

Auch wenn integrierte Versorgungsstrukturen in Fachkreisen als fachlich angemessene Reaktionen auf die demografisch veränderte Epidemiologie und Patientenbedarfe angesehen werden, sind sie zurzeit noch immer nicht flächenmäßig etabliert (Deutscher Bundestag 2009: 505, Heinze/Naegele 2010: 302, Naegele 2009: 435). Zurzeit ist sie noch ein ‚Fremdkörper‘, in einem

---

<sup>39</sup> Der Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die bisherigen Vorgaben zur Integrierten Versorgung sowie zur besonderen ambulanten Versorgung (siehe Kapitel 6.1.4) in einem neu formulierten Paragraphen 140a SGB V (‚Besondere Versorgungsformen‘) zusammengefasst werden (Deutscher Bundestag 2015: 89). Die bisherigen Regelungen der Modellvorhaben und Strukturverträge werden ebenfalls in diese Neugestaltung eingefügt. Grundsätzlich werden damit die gesetzlichen Regelungen stärker systematisiert und vereinfacht. Auch Verträge ohne sektorenübergreifenden Ansatz und somit lediglich aufgrund der Organisation der Versorgung (reine Managementverträge) sollen zukünftig möglich sein.

System, das nach anderen Regeln ‚spielt‘ (Amelung 2007: 12). Aufgrund der Anschubfinanzierung kam es zu einem regen Aufbau neuartiger integrierter Versorgungsstrukturen. In der Hochzeit gab es bundesweit über 6.200 Einzelverträge – einige Experten schätzen sogar dass es fast 7.000 Verträge waren – an denen sich ca. 75 % aller Krankenkassen, die über 95 % aller Patienten repräsentieren, beteiligten (Amelung 2013: 19). Ungefähr 70 % aller Verträge wurden dabei von mindestens zwei Krankenkassen unterzeichnet (Amelung 2013: 19, Dauven/Cobbers 2012: 12, Deutscher Bundestag 2012: 351). Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung ging die Zahl auf ca. 5.000 Verträge stark zurück. Ohne die zusätzlichen finanziellen Mittel haben sich einige Verträge schlichtweg nicht mehr rentiert und wurden geschlossen. Viele Versorgungsverträge sind eher kleinere Kooperationen und stark von einzelnen Beteiligten abhängig (Amelung/Wolf 2012: 18). Scheiden diese Personen aus dem Netzwerk aus, kann es zu einer Auflösung der Kooperation kommen. Einige Gesundheitsexperten gehen sogar davon aus, „dass von einst über 6.000 IV-Verträgen [lediglich] 20 bis 30 Prozent überlebt haben“ (Kohlbeck 2009: 18). Fast jeder zweite Versicherte, der in einem IV-Vertrag eingeschrieben ist, ist dabei bei einer AOK versichert (Deutscher Bundestag 2012: 347). Als Besonderheit muss noch hervorgehoben werden, dass die Bundesknappschaft, als zweitkleinste Kassenart, für ca. 44 % aller Ausgaben der Integrierten Versorgung verantwortlich ist (Bandemer et al. 2014: 45, Dauven/Cobbers 2012: 12, Deutscher Bundestag 2012: 349). Es wird deutlich, dass viele Kostenträger reine ‚Marketingverträge‘<sup>40</sup> abgeschlossen haben, um die Anschubfinanzierung abzuschöpfen (Hanika 2008: 116). In seiner geänderten Form (Stand: April 2015) schreibt das Gesetz mittlerweile vor, dass Verträge zur Integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen, bei der der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 1 SGB V eingeschränkt wird (§ 140a Abs. 1 SGB V). Innovative (große) populationsorientierte Versorgungskonzepte, wie z.B. das Gesunde Kinzigtal (siehe Kapitel 12.1), bilden bislang jedoch die Ausnahme als die Regel (Amelung 2013: 19). Oftmals befinden sich die Vernetzungsaktivitäten ausschließlich im medizinischen Bereich. Nur ca. 1 %<sup>41</sup> aller integrativer Vorhaben haben dabei auch Verträge mit Pflegeeinrichtungen ausgehandelt (Deutscher Bundestag 2012: 351). Apotheker sind bislang keine direkten Vertragspartner der IV. Sie können aber über gesonderte Verträge beteiligt werden (Grau 2008: 71, § 140b SGB V). Auch der Einsatz elektronischer Patientenakten wird kaum genutzt (Deutscher Bundestag 2012: 368). Eine Befragung des SVR geht davon aus, dass 2008

---

<sup>40</sup> Es wurden beispielsweise Verträge im Bereich der Endoprothetik abgeschlossen, bei denen bereits Kooperationen in einer ähnlichen Art und Weise existierten und die man einfach in das Konstrukt nach § 140a-d SGB V ‚eingefügt‘ hat, um die zusätzlichen Gelder abzuschöpfen (siehe Kapitel 11.7).

<sup>41</sup> Grothaus hat in seinen Untersuchungen nur 35 Fälle identifizieren können, teilweise können dies sogar Doppelnennungen sein, bei denen ein Vertrag mit einer Pflegekasse abgeschlossen worden ist (Grothaus 2009: 40). Eine Palliativversorgung wurde in keinem der Fälle berücksichtigt (Grothaus 2009: 40).

lediglich 81 gemeldete IV-Verträge mit einem konzeptionellen Populationsbezug bzw. indikationsübergreifend angelegt sind (Deutscher Bundestag 2009: 504). Andere Experteneinschätzungen gehen sogar nur von 55 populationsbezogenen integrierten Vollversicherungsprojekten aus (Volk 2009: 1). Zukünftig werden derartige Projekte, insbesondere für ländliche Regionen, immer wichtiger werden. Bislang wird ihre weitere Ausbreitung jedoch von zahlreichen Herausforderungen geprägt. Als Widerstände bei der Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen werden in der Literatur verschiedene Gründe angegeben (Amelung 2007a: 85, Amelung et al. 2013: 6e1, Deutscher Bundestag 2012: 360, Ernst 2008: 19, Gersch et al. 2012: 21, Hajen 2015: 55, Hübner et al. 2009: 55, Lambrecht 2013: 84, Loewer 2011: 1, Pitum-Weber 2011: 137, Schaeffer/Ewers 2006: 205, Scholz 2007: 44):

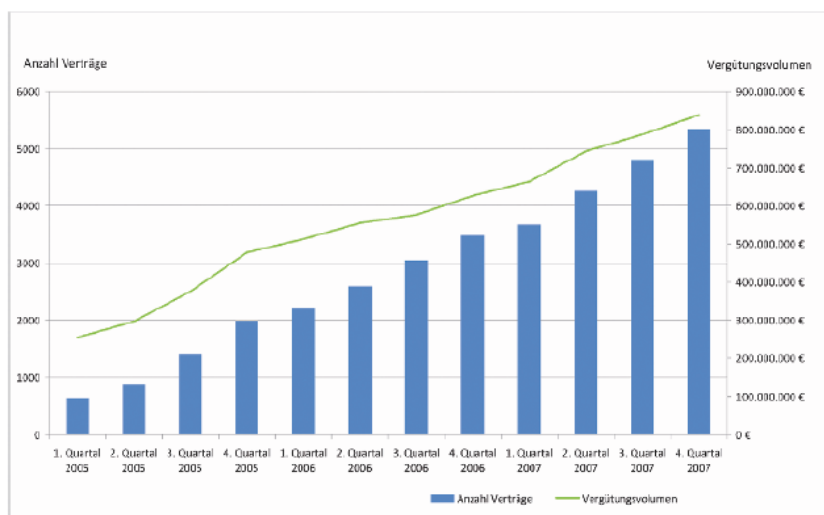
- rechtliche Voraussetzungen (es existiert noch keine geeignete niedrigschwellige und unbürokratische Rechtsgrundlage für qualitätsstärkende oder effizienzfördernde Prozessinnovationen);
- bürokratische Hemmnisse (insbesondere bei der Prüfung durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde);
- finanzielle Widerstände (insbesondere die fehlende Budgetbereinigung sowie die Etablierung sektorenübergreifender Budgets sind problembehaftet);
- die Einhaltung des Datenschutzes ist ein ständig auftretendes Problemfeld;
- der Aufwand der formalisierten Ausschreibungsverfahren (Sorgen vor Klagen gegen nicht korrekt ausgeschriebene Verträge bzw. Verfahren);
- technische Hemmnisse (inkompatible Schnittstellen der unterschiedlichen EDV-Systeme, Ängste der Ärzteschaft vor technischen Neuerungen);
- die Mindestgröße des Versorgungsgebiets (einige Experten schätzen, dass eine Bevölkerungsanzahl als potenzielle ‚Marktdurchdringung‘ von ca. 100.000 Personen notwendig ist, um wirtschaftlich arbeiten zu können);
- Professionengehabe: Pflege wird z.B. als Restversorgungsinstanz oder ärztliche Assistenzdisziplin und nicht als vollwertiger Sektor angesehen;
- Mindestanzahl der Patienten einer Krankenkasse stellt viele kleine Projekte vor große Herausforderungen;
- hohe Transaktionskosten aufgrund von langen Verhandlungen mit den Kostenträgern;
- mangelnde Managementkompetenzen der Initiatoren;
- politische Hemmnisse (Planungsunsicherheiten aufgrund ständiger Gesundheitsreformen);
- mangelndes Interesse bzw. Widerstände vonseiten der Ärzteschaft (‚Ständeproblematiken‘ und Konkurrenzgehabe, teilweise zu geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten von Netzwerkaktivitäten).

Neben den rechtlichen, finanziellen, bürokratischen, gesetzlichen und anderen Widerständen sektorenübergreifender Versorgungsmodelle haben sich oftmals die Organisationseinheiten der Sozialversicherungsträger nicht ausreichend auf die neuen Gegebenheiten eingestellt. Integrierte Versorgungsverträge sind äußerst komplex und binden viele Mitarbeiter (Volk 2009: 1). All diese Hemmnisse führen dazu, dass sektorenübergreifende Versorgungsformen noch immer in einer Nische verharren. Auch wenn der Anteil der besonderen (integrierten) Versorgungsformen in der



Bundesrepublik Deutschland sich in der Zeit von 2004–2009 von 0,129 Mrd. Euro (0,1 % der Gesamtvergütung) auf 1,127 Mrd. Euro (0,7 % der Gesamtvergütung) vervielfacht hat, beträgt der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV immer noch unter 1 %<sup>42</sup> (Amelung et al. 2013: 6.e1, Amelung/Wolf 2012: 4, Gersch et al. 2012: 4). Im Jahr 2013 betragen die Ausgaben je Versicherten für integrierte Versorgungsverträge insgesamt 22 Euro (Hajen 2015: 55). Trotz eines stetigen Anstiegs (vgl. Abbildung 24) in den Anfangsjahren stagniert und „stockt der Vertragswettbewerb bei populationsorientierten Ansätzen und ambitionierten Strukturinnovationen“ (Amelung et al. 2013: 6.e1) auf einem sehr niedrigen Niveau. Untersuchungsergebnisse eines ‚Monitorings der integrierten Versorgung‘ haben ergeben, dass für die nahe Zukunft, bei gleichbleibenden Anreizstrukturen, kein signifikantes Wachstum sektorenübergreifender Versorgungsansätze zu erwarten ist (Gersch et al. 2012: 5, 23). Wirkliche Alternativen zu einer besseren Vernetzung und Kooperation aller Gesundheitspartner sind zurzeit jedoch nicht erkennbar. Es könnte allenfalls zu „einer Rationierung und Priorisierung von Leistungen“ (Luthe 2013: 54) in der gesetzlichen Krankenversicherung (bzw. in allen Sozialversicherungszweigen) kommen. Doch diese Alternative wird von der breiten Öffentlichkeit eher als ‚Horrorszenario‘ angesehen (u.a. in Gronemeyer 1991, Niejahr 2004, Opaschowski 2002) und kann aus diesem Grund nicht wirklich als ernst zu nehmender Lösungsvorschlag angesehen werden.

**Abbildung 24:** Entwicklung der IV in Deutschland



Quelle: Blankart et al. 2009: 55 nach Angaben der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V.

„Die Integrierte Versorgung gilt in Deutschland als Schlüsselinnovation für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems“ (Mühlbacher et al. 2006: 9). Auf lange Sicht wird sie, trotz der sicherlich vorhandenen Vorteile, die kollektivvertraglich organisierte Regelversorgung jedoch

<sup>42</sup> Hierunter fallen alle Formen der IVS, auch die HzV, gleichwohl sie keinen sektorenübergreifenden Charakter besitzt.

nicht ersetzen (Zimmermann/Bollmann 2009: 18). Hierfür scheint es vielen Leistungserbringern im Rahmen der gegebenen Rahmenbedingungen (noch) zu gut zu gehen. Viele Wartezimmer sind gut gefüllt, sodass sich Ärzte und andere Akteure der Gesundheitsversorgung nicht (aktiv) um neue Patienten („Kunden“) kümmern müssen. Die aktuellen Anreizstrukturen für Vernetzungsaktivitäten erscheinen daher nicht ausreichend zu sein, um die historisch gewachsenen, starren und undurchlässigen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens aufzuheben. Es bedarf dabei vieler kleinerer Anpassungen und Änderungen, um in diesem Bereich nennenswerte Erfolge aufweisen zu können. Patienten, als die wichtigsten Partner, müssen bei der Vorbereitung, Gestaltung und Entwicklung von neuen IV-Projekten zukünftig unbedingt stärker miteinbezogen werden (DGIV 2009: 6). Mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber einen ersten Schritt getan. Hiermit wird versucht einen neuen Versorgungsbereich zu etablieren, der eine sektorenübergreifende Patientenversorgung ermöglichen soll.

### **6.1.7. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern“ (§ 116b Abs. 1 SGB V). Mit Einführung des GKV-VStG zum 01.01.2012 können unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere bei schweren Verlaufsformen, besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowohl stationäre als auch vertragsärztliche Leistungsanbieter weitgehend oder Zugangsrestriktionen gleichberechtigt und zu identischen Konditionen (ohne Mengensteuerung) tätig werden (Amelung 2013: 16, Reiners 2013: 17). Insbesondere bei hoch spezialisierten Leistungen soll die ASV zum Einsatz kommen. Die Teilnahme für Patienten an dieser besonderen Versorgungsform ist freiwillig. Der Gesetzgeber hat bereits im Vorfeld im § 116b SGB V festgelegt, welche Indikationen<sup>43</sup> unter die neue sektorenübergreifende Versorgungsform fallen. Der G-BA kann diesen Katalog ergänzen. Je nach Indikation können niedergelassene Fachärzte und Krankenhausärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe in einem Team zusammenarbeiten. Darüber hinaus sind Kooperationen mit sozialen oder palliativmedizinischen Diensten vorgesehen. Punktuell werden so durch die gesetzlichen Änderungen die Möglichkeiten geschaffen sektorenübergreifend zu arbeiten (Amelung/Wolf 2012: 18).

Aufgrund demografischer Veränderungsprozesse ist der Versorgungsprozess zunehmend zu verbessern und effizienter zu steuern. Die weiter oben aufgeführten besonderen Versorgungsformen

---

<sup>43</sup> Hierzu gehören u.a. Multiple Sklerose, HIV/AIDS, Tuberkulose, Mukoviszidose sowie onkologische und rheumatologische Erkrankungen (§ 116b Abs. 1 SGB V).

unterscheiden sich in ihren Ausprägungen und Ausgestaltungsformen deutlich voneinander (vgl. Abbildung 25). Die hierbei eingesetzten, unterschiedlichen Elemente von Managed Care sind mit neuen Denkansätzen und innovativen Lösungen zu kombinieren (siehe Kapitel 13.).

**Abbildung 25:** Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

| Versorgungsformen<br>Elemente              | herkömmliche Versorgung | Strukturverträge | Modellvorhaben | Hausarztzentrierte Versorgung | besondere ambulante Versorgung | integrierte Versorgungsformen | strukturierte Behandlungsprogramme |
|--|-------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Rechtsgrundlagen                           | SGB V                   | § 73a            | §§ 63 – 65     | § 73b                         | § 73c                          | § 140a – d                    | § 137f – g                         |
| Freiwilligkeit des Angebotes               |                         | X                | X              |                               | X                              | X                             | X                                  |
| interdisziplinär fachübergreifend angelegt |                         | X                | X              |                               | X                              | X                             | X                                  |
| sektorübergreifende Orientierung           |                         |                  | X              |                               |                                | X                             | X                                  |
| selektives Kontrahieren möglich            |                         |                  | X              | X                             | X                              | X                             | X <sup>3)</sup>                    |
| Verträge mit KVen möglich                  | X                       | X                | X              | (X) <sup>1)</sup>             | X                              |                               | X                                  |
| eingeschränkter Sicherstellungsauftrag     |                         |                  |                | X                             | X                              | X                             |                                    |
| besondere finanzielle Anreize              |                         |                  |                |                               |                                | X                             | X                                  |
| verpflichtende Evaluation                  |                         |                  | X              |                               |                                |                               | X                                  |
| zeitliche Befristung                       |                         |                  | X              |                               |                                |                               | X                                  |
| Capitation möglich                         |                         | X                | X              | (X) <sup>2)</sup>             | (X) <sup>2)</sup>              | X                             |                                    |

<sup>1)</sup> Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

<sup>2)</sup> Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

<sup>3)</sup> Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Quelle: Deutscher Bundestag 2009: 379.

Neben innovativen, sektorenübergreifenden Versorgungsformen rückt daher die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen immer stärker in den Vordergrund. Neben mobilen Einheiten (siehe Kapitel 6.3) werden Gesundheitseinrichtungen zukünftig stärker an zentralen Orten gebündelt.

### 6.2. Zentrale-Orte-Konzept

In einer alternden Gesellschaft (schrumpfende Einwohnerzahl bei einem steigenden Altenquotienten) wird mit dem Konzept der ‚Zentralen-Orte‘ versucht die Versorgungssituation in ländlichen – oftmals strukturschwachen – Gebieten der Bevölkerung zu stabilisieren. Das Konzept zur aktiven Gestaltung der Siedlungsstruktur kommt aus der Raumplanung und bündelt Einrichtungen und Serviceangebote an ökologisch und ökonomisch sinnvollen Knotenpunkten (Hahne 2009: 7). Zentrale Orte gliedern sich nach dem Raumordnungsgesetz in Oberzentren, Mittelzentren, Mittelzentren mit Teilfunktion, Unterzentren und Ländliche Zentralorte (Deutscher Bundestag 2009: 503). Für alle zentralen Orte sieht das Konzept Einrichtungen des Gesundheitswesens vor. Dies können beispielsweise Räumlichkeiten der Kommune bzw. der Stadt, der freiwilligen Feuerwehr, private Häuser, kirchliche Einrichtungen, Schulen oder Gemeinschaftshäuser sein (BMVBS 2009: 12). Auch bereits existierende Einrichtungen des Gesundheitswesens sind nutzbar. Die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Angebote steigt aufgrund

der Zentralität. Die Wege für die Bevölkerung verlängern sich jedoch durch diese Maßnahmen teilweise erheblich. Das Konzept setzt eine höhere Bereitschaft der Bevölkerung zu einer temporären Mobilität mit Fahrten zu Service- und Versorgungseinrichtungen voraus (Schröteler von Brand 2008: 119), was aufgrund von Bettlägerigkeit oder Pflegebedürftigkeit nicht immer gewährleistet ist. Innovative, flexible und mobile Angebote (siehe Kapitel 6.3) müssen daher zusätzlich implementiert werden. Neben Krankenhäusern gelten medizinische Versorgungszentren sowie Eigeneinrichtungen als zentrale Orte der Gesundheitsversorgung.

### **6.2.1. Eigeneinrichtungen**

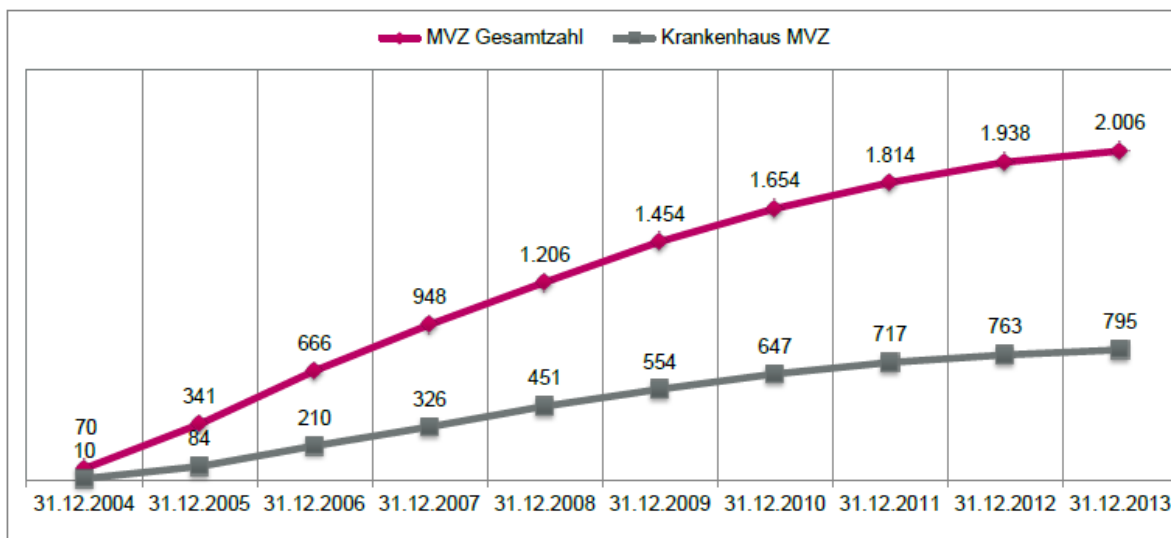
Das am 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-VStG ermöglicht kommunalen Trägern (Gemeinden, Städten und Landkreisen) kommunale Eigeneinrichtungen zu gründen. Finden sich z.B. in einer strukturschwachen Gegend nicht genügend Mediziner, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen, kann unter Zustimmung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in einem begründeten Ausnahmefall, eine derartige Einrichtung errichtet werden (§ 105 Abs. 5 SGB V). Auch den KVn wird ermöglicht per Eigeneinrichtung an der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten teilzunehmen. In den Zentren können Ärzte in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt werden. Junge Mediziner entscheiden sich vermehrt für diese Form der Berufsausübung, da sie das wirtschaftliche Risiko der Selbstständigkeit und die übermäßigen Wochenend- und Bereitschaftsdienste scheuen. Die angestellten Ärzte sind jedoch zu keinem Zeitpunkt an die Weisungen von Nichtärzten gebunden. Viele kommunale Träger scheuen jedoch bislang die Errichtung medizinischer Praxen, sodass im Rahmen dieser Ausarbeitung der Fokus auf den Medizinischen Versorgungszentren liegen soll.

### **6.2.2. Medizinische Versorgungszentren**

Mit der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu Beginn des Jahres 2004 wurde den medizinischen Leistungserbringern ermöglicht neuartige Organisations-, Finanzierungs- und Innovationskonzepte umzusetzen (Amelung/Cornelius 2009: 23). Ordnungspolitische Grundlage für die Etablierung der MVZ war das GKV-Modernisierungsgesetz (Knieps et al. 2012: 16). Von ihren Management- und Organisationsprinzipien müssen sich die neuen ambulanten Zentren spürbar von der bisherigen ambulanten medizinischen Versorgung unterscheiden, um erfolgreich zu sein (Cornelius et al. 2008: 46). Unter einem Medizinischen Versorgungszentrum versteht man eine Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung (KVB 2015: 1, Wigge 2011: 19, 20). „MVZ können von allen Leistungserbringern gegründet werden, die unter § 95 Abs. 1 SGB V subsumiert werden können“ (Wigge 2011: 23). Dies sind u.a. Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Psychotherapeuten oder Apotheker (Wigge 2011: 23, § 95 Abs. 1 SGB V). Es sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Mediziner in einem

Anstellungsverhältnis oder als Vertragsärzte arbeiten (§ 95 Abs. 1 SGB V), jedoch aus mindestens immer zwei verschiedenen Fachdisziplinen<sup>44</sup>. Hausärzte und Internisten sind dabei die beiden Arztgruppen, die am häufigsten in einem derartigen ambulanten Zentrum angestellt sind (von Leoprechting/Gabriel 2011: 95). In ihrer Ausgestaltung orientieren sie sich an den in der ehemaligen DDR für die Gesundheitsversorgung existierenden Polikliniken (Knieps et al. 2012: 16, Weatherly 2013a: 379). Oftmals werden sie an zentralen, gut zu erreichenden Orten (Stadt- bzw. Dorfkern) errichtet. Aktuell sind in Deutschland über 2.000 derartige ambulante Zentren (Tendenz weiter steigend) aktiv (vgl. Abbildung 26).

**Abbildung 26:** MVZ Gründungen (2004–2013)



Quelle: KBV 2013: 3.

Nahezu alle MVZ werden dabei entweder als GmbH oder GbR gegründet (Deutscher Bundestag 2012: 293, von Leoprechting 2011: 21). Im Jahr 2011 wurden lediglich 0,24 % der existierenden MVZ, insgesamt vier Stück deutschlandweit, als AG<sup>45</sup> betrieben (Deutscher Bundestag 2012: 293). Hierbei bereitet gerade die Ausbreitung von Kapitalgesellschaften im ambulanten Bereich und somit eine stärkere Ökonomisierung des Gesundheitswesens zahlreichen Experten Sorgen. Kritiker sehen die ärztliche Berufsfreiheit in Gefahr (Knieps/Amelung 2010: 20). Seitdem MVZ in Deutschland existieren, wird über die Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit des medizinischen Personals diskutiert. Vor allem Beteiligungen von ökonomisch motivierten Kapitalgebern (Wirtschaftlichkeitsdruck) werden als äußerst kritisch betrachtet (Meißner 2011: 503). Bislang konnten jedoch noch keinerlei verwertbare Daten für negative Auswirkungen von MVZ Gründungen als

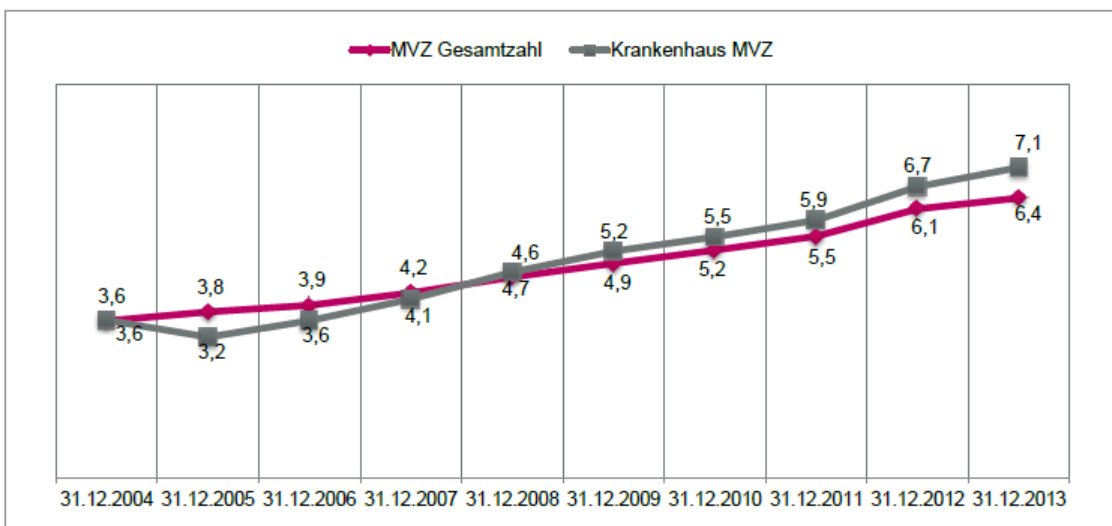
<sup>44</sup> Laut Gesetzentwurf soll diese Beschränkung im Jahr 2015 aufgehoben werden, sodass auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden dürfen.

<sup>45</sup> Mit dem Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 wurde es Initiatoren verboten ein MVZ als AG zu gründen. Dieses Verbot kann jedoch mühelos durch die Ausgründung in eine GmbH umgangen werden (Deutscher Bundestag 2012: 298). Für die bestehenden MVZ in Form einer AG besteht ein Bestandsschutz.

Kapitalgesellschaften gefunden werden. „Es bestehen keine zuverlässigen Anhaltspunkte dafür, dass sich die Trägerschaft oder die Rechtsform per se nachteilig auf die Therapiefreiheit der ärztlichen Mitarbeiter oder den Behandlungserfolg auswirken“ (Deutscher Bundestag 2012: 297).

Die stärkste Gruppe (40,7 %) bei den Gründungen Medizinischer Versorgungszentren sind bislang die Vertragsärzte (KBV 2013a: 3, Weatherly 2013a: 379). Weitere 37,8 % der Gründungen liegen im Bereich der Krankenhausträger (KBV 2013a: 3). Die restlichen knapp 20 % werden in sonstiger Trägerschaft geführt. MVZ in Trägerschaft einer stationären medizinischen Einrichtung konzentrieren sich dabei stärker auf die neuen Bundesländer. Hier überwiegt die Rechtsform einer GmbH (Keller et al. 2006: 652). In den alten Bundesländern wird oftmals die Rechtsform einer GbR gewählt (Keller et al. 2006: 652). Ein ambulantes Zentrum in der Republik besitzt derzeit (Stand: 2013) durchschnittlich 6,4 Ärzte (KBV 2013a: 3). Die vertragsärztlich betriebenen MVZ sind im Durchschnitt eher kleiner und arbeiten regional mit im Durchschnitt ca. 4–5 Ärzten (Weatherly 2013a: 379). Größere MVZ sind eher bei Kliniken angesiedelt und arbeiten oftmals ausschließlich mit angestellten Ärzten (Weatherly 2013a: 379). Hierbei wurde in den letzten knapp zehn Jahren ein stetiger Anstieg der behandelnden Ärzte festgestellt (vgl. Abbildung 27). Insgesamt sind (Stand: 2013) deutschlandweit bereits 12.788 Ärzte in einem MVZ beschäftigt (KBV 2013a: 3).

**Abbildung 27:** Durchschnittliche Arbeitsgröße von MVZ in Deutschland

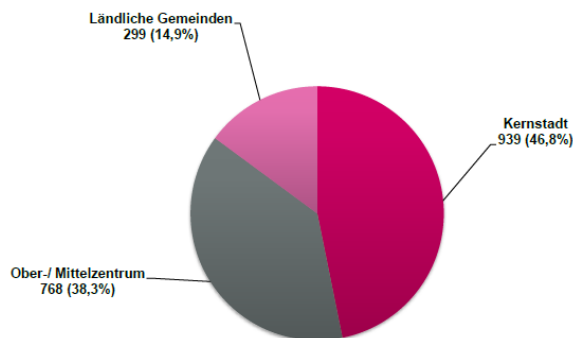


Quelle: KBV 2013: 9.

Die räumliche Verteilung zeigt, dass die meisten MVZ bislang in Bayern und Niedersachsen existieren (Deutscher Bundestag 2012: 294). Medizinische Versorgungszentren werden dabei sowohl in

städtischen, als auch in ländlichen Regionen Deutschlands gegründet. Die Mehrzahl von ihnen lässt sich jedoch in Kernstädten sowie Ober- und Mittelzentren<sup>46</sup> nieder (vgl. Abbildung 28).

**Abbildung 28:** Räumliche Ansiedlung von MVZ



Quelle: KBV 2013a: 4.

Aufgrund ihrer organisatorischen Ausgestaltungen können MVZ der Ärzteschaft zahlreiche Vorteile bieten. Mediziner können ohne das finanzielle Risiko der eigenen Niederlassung einzugehen, in einem Umfeld ohne starre Klinikhierarchie mit einem fixen Gehalt im ambulanten medizinischen Sektor arbeiten (Weatherly 2013a: 378). Aufgrund des Angestelltenverhältnisses mit einer festen wöchentlichen Arbeitszeit von vierzig Stunden sind regelmäßige Schichtdienste und lange Wochenenddienste sowie nächtliche Bereitschaftsdienste gering (Weatherly 2013a: 378, 379). Feste Vertretungsregelungen und Regelurlaub ermöglichen der Ärzteschaft das Verhältnis zwischen Beruf, Freizeit und Familie in einer Balance zu halten. Die Betreiber der ambulanten Einrichtungen können den angestellten Ärzten flexible Arbeitszeitmodelle und auch Halbe- oder Viertelstellen anbieten (KBV 2014: 11, Knieps/Amelung 2010: 19), was insbesondere für Ärzte mit familiären Verpflichtungen wichtig sein kann. Medizinische Versorgungszentren als neue Organisationseinheit bieten darüber hinaus eine Plattform für einen gemeinsamen Wissensaustausch der Mediziner (Georg 2007: 189). Dies kommt vor allem jungen Ärzten gelegen und ist daher eine akzeptable und durchaus gewünschte Option. Umfragen zufolge können sich bereits 24 % eine Anstellung in einem MVZ vorstellen (Knieps et al. 2012: 10). Ein Großteil der Befragten (66 %) bevorzugt die Anstellung in einer Praxiskooperation oder Gemeinschaftspraxis (Knieps et al. 2012: 10). Lediglich 10 % würden sich für eine Einzelpraxis entscheiden (Knieps et al. 2012: 10). Dabei können sich 85 % aller befragten Personen vorstellen nach einer bestimmten Zeit als angestellter Arzt, diese oder eine andere Praxis zu übernehmen (Knieps et al. 2012: 10).

---

<sup>46</sup> Gemäß den siedlungsstrukturellen Gebietstypen des BBSR.

Medizinische Versorgungszentren werden dabei sowohl in ländlichen als auch in städtischen Regionen, aus den unterschiedlichsten Gründen, aufgebaut. Für die Gründung sowie den Betrieb von MVZ sind grundsätzlich drei Rollen denkbar (Amelung/Cornelius 2009: 23, 24, Amelung 2013: 18):

- MVZ als adäquater Vertragspartner für Kostenträger zur Umsetzung populationsorientierter sektorenübergreifender Selektivverträge (Managementmodell zur Vernetzung);
- MVZ als Investitionsmodell zum Aufbau von Organisationseinheiten mit ausreichendem Volumen (Einstieg externer Investoren);
- MVZ als Einweisungs-Sicherungsinstrument von stationären Einrichtungen (Aufbau einer Versorgungskette; vertikale Strategie).

MVZ lassen sich organisatorisch so gestalten, dass ‚Satellitenpraxen‘ eingerichtet werden und/oder Behandlungen an unterschiedlichen Standorten stattfinden (Knieps/Amelung 2010: 19). Sie sind dabei auf dem Weg sich zu ambulanten Zentren zu etablieren, die die relativ unwirtschaftlichen Einzelpraxen, insbesondere in ländlichen Gebieten, ersetzen können (Weatherly 2013a: 379). Dabei brauchen die Organisationseinheiten „eine klare, transparente Managementstruktur, verbindliche interne Bonus- und Malus-Regelungen, [...], eine überschaubare, den Aufgaben angepasste verlässlich arbeitende Dokumentation und die alltagstaugliche Software dafür sowie vernünftig aktiv gestaltete Schnittstellen zur ambulanten, aber auch zur stationären Versorgung des Umfeldes, um eine vernünftig laufende Patientenstromsteuerung hinzubekommen“ (Weatherly 2013a: 379). Außerdem wird spekuliert, ob mit der Etablierung der MVZ mittelfristig auch der sukzessive Abbau der doppelten Facharztschiene im ambulanten und stationären Bereich verbunden sein kann (Weatherly 2013a: 379). Aufgrund der organisatorischen Größenordnungen verzeichnen nicht alle MVZ schwarze Zahlen. Allein 19 % aller im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie befragten MVZ-Betreiber klagten über finanzielle Schwierigkeiten (Keller et al. 2006: 654). Nichtsdestotrotz erscheinen MVZ dabei deutschlandweit für externe Geldgeber immer interessanter zu werden. Experten weisen darauf hin, dass die ambulante Versorgung zu einem attraktiven und verhältnismäßig krisenfesten und sicheren Investitionsmarkt werden kann und dies unter Einhaltung höchster ethischer und medizinisch sinnvoller Standards (Amelung/Cornelius 2009: 23). Grundsätzlich sind MVZ auch als Public-private-Partnership (PPP)<sup>47</sup> möglich (Burchartz 2009: 33). „Bestimmte Bereiche und Schwerpunkte der spezialisierten ambulanten Medizin zum Beispiel die Labor- oder Nuklearmedizin benötigen im Übrigen einen Kapitalaufwand, den einzelne Ärztinnen oder Ärzte kaum oder gar nicht mehr alleine aufnehmen können“ (Knieps/Amelung 2010: 18). MVZ erscheinen daher aus den oben skizzierten Gründen eine gute Organisationsform zu sein, um einerseits die nötigen Kapitalstrukturen für populationsorientierte Vollversorgungsprojekte zu sammeln und andererseits genügend junge Ärzte für

---

<sup>47</sup> Eine PPP ist eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Hand und Unternehmen der Privatwirtschaft im Rahmen einer speziell gegründeten Zweckgesellschaft (Gatzke 2009: 1).



ein Beschäftigungsverhältnis, auch in ländlichen Regionen, zu motivieren. Amelung und Cornelius halten daher fest, dass „die Teilnahme großer MVZ an einer umfassenden integrierten Versorgung (IV) [...] zu begrüßen“ (Amelung/Cornelius 2009: 24) ist. Neben den unterschiedlichen zentralen Einrichtungen können mobile Lösungen, vor allem in ländlichen Regionen, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unterstützen.

### *6.3. Mobile Lösungen*

In erster Linie ist die Versorgung, auch schlecht versorgter Gebiete vor allem auf dem Land, durch den Einsatz mobiler Angebote gesichert. In diesem Zusammenhang sind grundsätzlich zwei verschiedene Arten von mobilen Lösungen denkbar. Im Rahmen mobiler Angebote könnten Ärzte Patienten an bestimmten Tagen in der Woche bzw. in den eigenen vier Wänden aufsuchen (siehe Kapitel 6.3.3). Bei der anderen Möglichkeit (siehe Kapitel 6.3.4) werden Fachkräfte speziell ausgebildet, um in großflächigen Räumen Hausärzte zu entlasten und so die Primärversorgung sicherzustellen (Heinze et al 2011: 88).

#### **6.3.1. Mobile medizinische Versorgungseinheiten**

Mobile Versorgungseinheiten von bzw. mit Ärzten können in ländlichen Gebieten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Personen mit Mobilitätsproblemen (u.a. bestimmte Erkrankungen bzw. körperliche Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit) beitragen. Das Angebot reicht von Beratungsleistungen im Sinne von niedrighwelligen Angeboten zur Information und Aufklärung, an verschiedenen Tagen im gesamten Einzugsgebiet, zu den Themenfeldern ‚Pflegebedürftigkeit‘, ‚Demenz‘ usw. bis hin zur Versorgung mit nötigen Medikamenten. Andere Angebote orientieren sich am bereits existierenden Dienstleistungskonzept der Wohlfahrtsträger des ‚Essen auf Rädern‘ und versuchen mobile Arztpraxen zu etablieren und so Orte ohne Hausarztpraxen anzufahren. Hierzu wird ein regelmäßiger Fahrplan erarbeitet, an dem die mobile Versorgungseinheit zentrale Orte des Dorfes aufsucht. Die Vorteile liegen dabei klar auf der Hand. Mehrere Ärzte könnten sich den Einsatz in der mobilen Praxis teilen oder es könnten Ärzte in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt werden (Krüger-Brand 2013: 212). Diagnosegeräte, ärztliche Utensilien und bestimmte Untersuchungsmethodiken benötigen ein hohes Maß an Platz, sodass sich mobile Arztpraxen in Deutschland bislang nicht durchgesetzt haben. Widerstände kommen ebenfalls aus der Ärzteschaft, die „nicht in einer modernen Campingvariante mobile Medizin betreiben“ (Krüger-Brand 2013: 212) will. Auch zukünftig ist aus diesen Gründen (zumindest in den nächsten Jahren) nicht mit einer starken Verbreitung dieser Versorgungsform zu rechnen. Neben der Einrichtung von Shuttle-Service-Bussen, die neben dem ÖPNV Patienten in die Arztpraxen bzw. Gesundheitseinrichtungen bringen, sollte der

Fokus auf mobilen Angeboten anderer Gesundheitsberufe liegen, um die knappe Ressource ‚Hausarzt‘ in ländlichen Räumen zu entlasten.

### **6.3.2. Delegationskonzepte**

„Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und vier durch Ausbildungsordnungen geregelten Berufen auch eine große Zahl von Qualifikationen auf der Ebene des Landesrechts, vor allem im Bereich der Fort- und Weiterbildung“ (Bundesärztekammer 2009: 393). Im Rahmen demografischer Veränderungsprozesse wandeln sich auch die Berufsbilder im Gesundheitswesen. Hierzu werden Aufgabenfelder erweitert bzw. modifiziert. Hinzu kommt die Tatsache, dass in zahlreichen ländlichen Gebieten Hausarztpraxen keine Nachfolger finden. Aufgrund sich verändernder Morbiditätslagen können zukünftig insbesondere Case- bzw. Versorgungsmanager oder ‚Schnittstellenkoordinatoren‘ an Bedeutung gewinnen. Insbesondere dann, wenn diese auch die Kompetenzen, Eigenschaften, Fähigkeiten und Befugnisse besitzen Außentermine bzw. Hausbesuche wahrzunehmen.

Im deutschen Gesundheitswesen wurden bislang verschiedene Versuche und Modellprojekte unternommen und analysiert. Ärztliche Versorgungsassistentinnen, die eine sektorenübergreifende Versorgung zur Sicherstellung der Primärversorgung in ländlichen Gebieten verfolgen, werden aufgrund ihrer internationalen Konzeptionierung als Community-Medicine-Nurses (CMN) bezeichnet (Hoffmann et al 2006: 133–136). Hierzu werden insbesondere MFA, Krankenschwestern oder andere Gesundheitsfachkräfte entsprechend ausgebildet. Sie besuchen Patienten mit chronischen Erkrankungen zu Hause, koordinieren die Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen, dienen hauptsächlich als Mittler zwischen den einzelnen Leistungserbringern und führen Routinetätigkeiten aus (Dolderer et al. 2007: 75, Ruedel 2008: 37). Außerdem überwachen und dokumentieren sie die Medikamenteneinnahme und führen Routinebehandlungen, z.B. Blutdruckmessung, EKG, bestimmte Laborparameter sowie Wundmanagement durch (Höppner/Kuhlmey 2009: 11). Die CMN sind speziell für die Versorgung von chronisch erkrankten Personen bzw. bestimmte Indikationen geschult und unterstützen sie bei Früherkennungsbehandlungen und Präventionsmöglichkeiten. Im häuslichen Umfeld beurteilen sie deren Wohnbedingungen, ermitteln kognitive, soziale, physische und psychische Fähigkeiten sowie Ressourcen als auch Defizite und zeigen Verbesserungsmöglichkeiten auf (Höppner/Kuhlmey 2009: 11). Zusätzlich beraten sie Patienten und führen u.a. eine Sturzprophylaxe durch. Bei Bedarf stellt sie des Weiteren Kontakt u.a. zum MDK oder zu Pflegediensten her. „Während die Delegation im Krankenhaus bereits praktiziert wird, ist die Umsetzung im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich noch gering“ (Schaich-Walch/David 2012: 6). Teilweise existieren zahlreiche Widerstände gegenüber Delegationskonzepten. Auf der Ebene der Berufsverbände sind

Delegationskonzepte umstritten (Höppner/Kuhlmeiy 2009: 11). Oftmals werden Befürchtungen vor einer Aushöhlung der ärztlichen Tätigkeitsdomäne, der daraus entstehenden Konkurrenzsituation und dem Entstehen neuer Schnittstellen angeführt (Höppner/Kuhlmeiy 2009: 11). Zurzeit gibt es noch keine bundesweit einheitliche Lösung für Delegationsleistungen. Teilweise besitzt jedes Bundesland (Modellprojekte der jeweiligen KV) seine eigenen CMN, mit eigenem Curriculum, eigener Vergütungsstruktur sowie unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten. Auch die Art der einzelnen Berufsbilder sowie die Voraussetzungen (MFA vs. ausgebildete Kranken- und Pflegefachkräfte), welche Berufsgruppen überhaupt die Fortbildung durchführen dürfen variiert von Modell zu Modell. Darüber hinaus erproben einzelne, kleinere Versorgungsprojekte oder Einrichtungen den Einsatz eigener Fachkräfte. Fünf CMN-Modelle können aufgrund ihrer Förder- und Verbreitungsstrukturen als besonders aussichtsreich angesehen werden:

- AGNES<sup>48</sup> (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Brandenburg);
- EVA<sup>49</sup> (Nordrhein-Westfalen);
- MoNi<sup>50</sup> (Niedersachsen);
- MoPra<sup>51</sup> (Sachsen-Anhalt);
- VERAH<sup>52</sup> (bundesweit).

Mittlerweile konnten, auch durch die positiven Evaluationen bestimmter Modellprojekte<sup>53</sup>, zahlreiche Widerstände vonseiten der Ärzteschaft beseitigt werden. Angesichts der immer schwerer werdenden Sicherstellung der Versorgung, aufgrund demografischer Veränderungsprozesse, insbesondere in ländlichen Gebieten, hat der 111. Deutsche Ärztetag im Jahr 2008 eine zukünftige Aufgabendelegation grundsätzlich befürwortet (Höppner/Kuhlmeiy 2009: 11). Hierzu müssen jedoch zwingend notwendige

---

<sup>48</sup> Um einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, wurden in verschiedenen neuen Bundesländern spezielle Fachkräfte ausgebildet. Sie sind eine eigenständige Organisationsform und nicht bei den Arztpraxen angestellt. Via Hausbesuche kümmern sie sich hauptsächlich um Chroniker und Hochaltrige. Weitere Informationen siehe Deutscher Bundestag 2009: 430, 431, Höppner/Kuhlmeiy 2009: 7–4, Knieps et al. 2012: 11, 12.

<sup>49</sup> EVA sind ausgebildete MFA, die ärztlich angeordnete Hilfsleistungen durchführen. Medikamentenmanagement, Beratungen und die Durchführung von Routineaufgaben gehören zu ihren Aufgabefeldern. Weitere Informationen siehe Borg 2011: 1–19.

<sup>50</sup> Ein(e) MoNi ist in den Arztpraxen angestellt und führt neben ihren Aufgaben als MFA Hausbesuche von nicht mobilen Patienten durch. Hierdurch soll die Primärversorgung aufrechterhalten werden. Weitere Informationen siehe Berling 2014: 218.

<sup>51</sup> Um die Qualifikation durchführen zu dürfen, muss man eine ausgebildete MFA oder Krankenpflegerin sein. Die zu besuchenden Personen müssen das 65. Lebensjahr bereits überschritten haben und Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt sein, welche sich am Hausarztprogramm beteiligen. Die ausgebildeten Fachkräfte wurden im Gegensatz zur AGnES in die Praxen integriert. Weitere Informationen siehe Deutscher Bundestag 2009: 432, Czernohorsky et al. 2012: 371–377.

<sup>52</sup> VERAH sind bundesweit im Einsatz. Sie sind bei den Arztpraxen angestellt und stellen somit keine weitere Schnittstelle dar. Teilweise führen sie Chroniker-Sprechstunden durch. Insgesamt muss ein 200-stündiges Curriculum für die Weiterqualifikation absolviert werden. Es besteht aus acht Modulen, welche u.a. Case Management enthalten. Weitere Informationen siehe Deutscher Bundestag 2009: 432, 433.

<sup>53</sup> Evaluationen der Universität Greifswald und kooperierender Forschungseinrichtungen zeigen eine hohe Akzeptanz der beteiligten Ärzte und Patienten. 94,3 % aller befragten Patienten konnten sich vorstellen, dass die Fachkräfte anstatt des Hausarztes spezielle Aufgaben der niederschweligen Versorgung durchführen (van den Berg et al. 2009: 7). Etwa 99 % halten die AGnES für eine kompetente und freundliche Ansprechpartnerin (Deutscher Bundestag 2009: 431). Die Auswertungen zeigen, dass bislang keine Konkurrenz zu ambulanten Pflegediensten festgestellt werden konnte. Teilweise wurde sogar durch die CMN ein erhöhter Pflegebedarf festgestellt (Deutscher Bundestag 2009: 431). Auch der Großteil der Hausärzte (ca. 90 %) empfindet die neue Versorgungsstruktur als eine Entlastung ihrer täglichen Arbeit (Deutscher Bundestag 2009: 431, Dini Pou del Castillo 2013: 74). 88 % von ihnen sehen in der Zusammenarbeit sogar eine Verbesserung der Compliance (Deutscher Bundestag 2009: 431).

Voraussetzungen gegeben sein. Bei einer Delegation muss der Arzt immer schon vorher Kontakt mit dem Patienten besessen haben, die medizinische Assistenz muss eine ausreichende Weiterqualifikation besitzen und der Arzt trägt immer die medizinische Gesamtverantwortung (Berling 2014: 218). Anamnese, Diagnose- und Indikationserstellung sind nicht delegierbar. Bislang sind viele der oben vorgestellten Konzepte lediglich in Gebieten mit einer festgestellten Unterversorgung abrechenbar. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung bezüglich des GKV-VSG sieht vor zukünftig diese Einschränkung aufzuheben (Deutscher Bundestag 2015: 56, Deutscher Bundestag 2015a). So sollen die Einsatzmöglichkeiten, besonders von nichtärztlichen Praxisassistentinnen wie VERAH, flächendeckend gefördert werden. Wichtig ist, dass sie dabei nicht nur in Privatwohnungen, sondern auch in Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen einsetzbar sind (Heinze et al. 2011: 88). Um Schnittstellenproblematiken bestmöglich begegnen zu können und die starren Strukturen aufzubrechen, bedarf es zunehmend neuer Ideen und neuartiger Kooperationen im Sinne Sozialer Innovationen.

## 7. Soziale Innovationen in Deutschland

Im folgenden Kapitel werden zuerst die theoretischen Aspekte, Begrifflichkeiten und Grundlagen von Innovationen sowie dem dazugehörigen Forschungsgebiet beschrieben und in einem weiteren Schritt auf ‚Soziale Innovationen‘ (SI) eingegangen. Die existierende Vielfalt an Definitionen macht es notwendig, zuerst den Innovationsbegriff zu klären und verschiedene Typen von Innovationen abzugrenzen. Anschließend werden diese im Kontext des deutschen Gesundheitswesens analysiert und ausführlich beschrieben. Ergebnisse, die sich explizit dem Forschungsgegenstand Sozialer Innovationen im Gesundheitswesen beschäftigen, sind rar. Aus diesem Grund schließt die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes an empirische Befunde und theoretische Konzepte im Allgemeinen an.

### 7.1. Innovationen

Um sich der Begrifflichkeit der Innovation zu nähern, muss man sich zuerst einmal mit der ursprünglichen Bedeutung des Wortstammes befassen. Innovation bedeutet so viel wie Neuerung oder Erneuerung und leitet sich aus den lateinischen Begriffen ‚novus‘ (neu) und ‚innovatio‘ (etwas neu Geschaffenes) ab (Noe 2013: 1, Raabe 2011: 11). Einige Autoren setzen Innovation mit einer Idee gleich, andere betonen (ihre praktische Umsetzung) den wirtschaftlichen Aspekt (Franken/Franken 2011: 192). Die Innovationsökonomie unterscheidet dabei zwischen der Erfindung (Invention), ihrer späteren Einführung (Innovation) sowie einer anschließenden Diffusion (siehe Kapitel 8.), also einer massenhaften Verbreitung von Ideen, Produkten, Dienstleistungen oder Organisationsmodellen (Guntram 1984: 201, 202, Kehrbaum 2009: 46, 47, Raabe 2011: 11). Innovationen können materielle oder symbolische ‚Artefakte‘ sein, die von der Gesellschaft oder Teilen der Gesellschaft gegenüber der bestehenden Praxis als Verbesserung wahrgenommen werden (Braun-Thürmann 2005: 6). Die Grundlagen der sozialwissenschaftlichen Innovationstheorie hat Josef Schumpeter gelegt, indem er Zusammenhänge zwischen der konjunkturellen Wirtschaftsentwicklung sowie Innovationen herausstellte (Braun-Thürmann 2005: 8, Noack 2015: 74).

Die „Geburtsstunde der Innovation ist die Invention“ (Pröll et al. 2011 49). Sie steht immer zu Beginn des Transformationsprozesses einer sozialen Praxis, als Alternative, um bestehende gesellschaftliche Herausforderungen und Probleme ‚besser‘ zu lösen (Goldmann et al. 2015: 3). Invention kann mit der Erfindung bzw. der Idee (des Konzepts) oder als Prototyp eines Produktes, einer Dienstleistung oder eines Prozesses bzw. einer Organisationseinheit verstanden werden (Henke et al. 2011: 25, Noe 2013: 1). Sie dient dabei als Initialzündung für soziale Wandlungsprozesse (Tarde 2009: 69). Wichtige Voraussetzung ist stets, dass diese neue soziale Praxis oder Erfindung als eine

Verbesserung gegenüber konventionellen Praktiken oder Produkten angesehen wird (Howaldt/Schwarz 2010: 54, 90). Rogers schließt neue Ideen ausdrücklich in seinen Innovationsbegriff mit ein. „An innovation is an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption“ (Rogers 2003: 12). Rogers Argumentationen folgend bedeutet dies im Grunde, dass Invention und Innovation gleichgesetzt werden. Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden, trotz sicherlich durchlässiger Übergänge, beide Ausprägungen als voneinander getrennte Stadien angesehen.

Die Einführung bzw. Etablierung der Invention auf dem ‚Markt‘ wird als Innovation bewertet (Henke et al. 2011: 25). Sie besitzt drei grundlegende Eigenschaften: „Neuartigkeit, Wirkmächtigkeit und Nützlichkeit“ (Carell/Euteneuer 2007: 21). Dabei sind Innovationen wertfrei. Der Begriff eignet sich nicht um „gut und böse zu unterscheiden, sondern nur neu und alt“ (Howaldt et al. 2014: 63). Aderhold und John schlagen vor „unter Innovationen überraschende Neuerungen zu fassen, die durch soziale Akzeptanz und die kollektive Attribuierung von Neuheit gekennzeichnet“ (Aderhold/John 2006: 14) und damit in der Lage sind, einen Erfolg für das hervorbringende System zu generieren. Sie sind als „Strukturveränderungen mit Breitenwirkung zu verstehen, die die Gesamtgesellschaft, ihre Teilsysteme, Organisationen oder Institutionen auf neue, nachhaltige und letztlich nicht beabsichtigte Weise verändern“ (Aderhold 2010: 118). Mirrow versteht des Weiteren unter Innovation den „Prozess der Entstehung eines als neu empfundenen Gutes von der Generierung einer Idee bis zur Einführung auf den Markt“ (Mirrow 2009: 9). Innovationen können somit auch als sozialer Prozess angesehen werden, in dem das netzförmige Zusammenwirken unterschiedlicher Beteiligter (siehe Kapitel 7.2) eine zentrale Rolle spielt (Howaldt/Schwarz 2010: 16). Die Reichweite einer Innovation kann dabei von einzelnen Individuen bis zur ganzen Menschheit reichen (Raabe 2011: 12). Schumpeter sieht Innovationen dabei als eigentliche Triebfeder der wirtschaftlichen Entwicklung („Motor der Veränderung“), die in einem Prozess der ‚schöpferischen Zerstörung‘ durch neuartige Kombination der Produktionsfaktoren Wohlstand und Wachstum generieren (Schumpeter 1964: 88–139). Tarde hält dagegen, dass es nicht zwangsläufig immer zu Neuerfindungen bzw. gleich zu einer Zerstörung kommen muss und es daher ausreicht bestehende Ideen oder Praktiken ‚zirkulieren‘ zu lassen (Howaldt et al. 2014: 34). „Die Qualitäten, die in jedem Zeitalter und in jedem Land einen Menschen überlegen werden lassen, sind jene Qualitäten, die ihn die bereits erdachten Erfindungen besser verstehen und die bereits gemachten Entdeckungen besser nutzen lassen“ (Tarde 2009: 251, 252). Hierbei lassen sich verschiedene Arten von Innovationen feststellen, die zusätzlich in unterschiedliche Kategorien (Typen) einzuordnen sind. Bei den Arten unterscheidet man zwischen ‚radikalen Innovationen‘ („disruptive innovation“), ‚Leistungsinnovationen‘ und ‚Anwenderinnovationen‘ (Noe 2013: 2, Franken/Franken 2011: 204, Hildebrandt 2015: 44). Darüber hinaus unterscheidet die

Innovationswissenschaft zwischen folgenden Typen von Innovationen (Blättel-Mink/Menez 2015: 36, Franken/Franken 2011: 194–198, Guntram 1984: 200, Kehrbaum 2009: 47, Schumpeter 2006):<sup>54</sup>

- Produktinnovationen;
- Prozessinnovationen;
- Organisatorische Innovationen;
- Personalinnovationen;
- Die Verwendung neuer Ressourcen;
- Die Eroberung neuer Märkte.

Im Zeichen sich verändernder Bedarf- und Bedürfnislagen sowie einer angespannten Finanzlage – aufgrund der Auswirkungen des demografischen Wandels – benötigt das deutsche Gesundheitswesen, mit seinen komplexen und vielschichtigen Ebenen, Widerständen und Herausforderungen sowie seiner heterogenen Akteurslandschaft, den Einsatz innovativer Versorgungsformen und neuer (sektorenübergreifender) Lösungsansätze (disruptive innovation). „Disruptive (zerstörerische) Innovationen entstehen durch neue Technologien, Produkte oder Dienstleistungsangebote, durch die spezifische Bedürfnisse von Nachfragern erstmals bedient werden“ (von Stillfried 2009: 263). Aufgrund ihrer großen gesellschaftlichen Relevanz sind Soziale Innovationen (u.a. Prozess-, Personal- oder Organisationsinnovationen) zukünftig stärker in den Fokus der Öffentlichkeit zu stellen, um die vorherrschenden starren Strukturen des Gesundheitswesens aufzubrechen (Howaldt et al. 2008: 63). Insbesondere bei der organisatorischen Neustrukturierung der Versorgung werden große Effizienzpotenziale gesehen. Im Rahmen dieser Ausarbeitung liegt daher der Fokus auf sozialen Innovationen im deutschen Gesundheitswesen und nicht auf der Einführung neuer Erfindungen oder Produkte (z.B. neue Medikamente oder Hilfsmittel), die nur begrenzt oder ausschließlich für bestimmte Erkrankungen bzw. Indikationen Verbesserungen mit sich bringen. In einem ersten Schritt wird versucht, sich der Begrifflichkeit anzunähern, um Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten und Wechselwirkungen mit anderen Arten von Innovationen aufzuzeigen. Kapitel 7.3 befasst sich darauf aufbauend dann mit den spezifischen Ausprägungen von SI im deutschen Gesundheitswesen.

## 7.2. Soziale Innovationen

Ein eher technikzentriertes und produktionsorientiertes Verständnis von Innovationen hat in der Vergangenheit das Zentrum der Fachdiskussionen angeführt. Der amerikanische Soziologe W. F. Ogburn stellte in seinen frühen Arbeiten die These auf, dass technische Innovationen den sozialen Wandel anführen und Soziale Innovationen nachziehen (Gillwald 2000: 38, Ogburn 1923). „Dieses verkürzte Verständnis von Innovation lässt komplexe gesellschaftliche, institutionelle,

---

<sup>54</sup> Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden vor allem organisatorische Innovationen sowie Prozessinnovationen untersucht. Neue Ressourcen (z.B. der Einsatz von Apps) oder Personalinnovationen (z.B. Delegationskonzepte) spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Die Eroberung neuer Märkte sowie Produktinnovationen (z.B. neue Medikamente) bleiben unberücksichtigt.

prozessbezogene, soziale und individuelle Bedingungen weitgehend außer Acht“ (Kehrbaum 2009: 6). Vor allem Potenziale der Auswirkungen auf gesellschaftliche Bedingungen und soziale Strukturen und Muster werden dabei weitestgehend ausgeblendet. Soziale Innovationen wurden dabei in der Vergangenheit oft als „kompensatorisches Gegenstück“ (Howaldt et al. 2008: 65) zu technischen Innovationen angesehen. Gesellschaftliche Potenziale für Veränderungen sozialer Bedingungen und Strukturen bleiben dabei weitgehend unberücksichtigt. Neue Denkansätze besitzen einen differenzierteren Ansatz. Soziale Innovationen finden einen guten ‚Nährboden‘, wenn in einem bestimmten Handlungsfeld aufgetretene Problemlagen nicht gelöst werden können und neue Ansätze vonnöten sind (Mulgan et al. 2007: 44–46). „Das Neue vollzieht sich nicht im Medium technischer Artefakte, sondern auf der Ebene der sozialen Praktiken“ (Howaldt/Schwarz 2010a: 89). Auch Ogburn selbst hat in späteren Arbeiten seine oben angeführte Aussage relativiert (Ogburn 1957: 170–173). Zapf sieht SI nicht nur als bloßes ‚Anhängsel‘ technischer Neuerungen. Seiner Meinung nach können sie auch als „Voraussetzungen, Begleitumstände oder Folgen technischer Innovationen“ (Zapf 1989: 177) auftreten. Sie sind überall in gesellschaftlichen Systemen möglich und verwandt bzw. teilweise verbunden, aber nicht gleich und mehr als nur die bloße Begleiterscheinung, Folge oder Voraussetzung von technischen Innovationen (Gillwald 2000: 1, Howaldt/Schwarz 2010: 102).

Der Begriff der sozialen Innovationen findet sich in verschiedenen Disziplinen, u.a. in der Soziologie, den Wirtschaftswissenschaften, der sozialen Arbeit oder den Politikwissenschaften, wieder (Müller et al. 2013: 9). Bislang existiert in der wissenschaftlichen Fachwelt noch keine einheitliche Definition für Soziale Innovationen (Leimeister/Peters 2012: 2). Unter der Begrifflichkeit wird eine Vielzahl an Ansätzen, Gegenstandsbereichen, Veränderungsvorschlägen, Erwartungen, Problemdimensionen und Sachverhalten subsumiert, ohne diese trennscharf von anderen Formen des sozialen Wandels zu unterscheiden (Howaldt/Schwarz 2010a: 87, Kesselring/Leitner 2008: 28). Jonker et al. sehen Soziale Innovationen als „neue Konzepte oder Maßnahmen, die sich zur Lösung sozialer Aufgaben eignen und einen nachhaltigen Nutzen für die Gesellschaft stiften“ (Jonker et al. 2011: 85). Wolfgang Zapf hingegen versteht Soziale Innovationen als „neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen, neue Lebensstile“ (Zapf 1989: 177), um Probleme besser lösen zu können. „Soziale Innovationen können in diesem Zusammenhang als intendierte Eingriffe zur Lösung von Problemen gesehen werden, die zu einer Übertragung von gesellschaftlichen Orientierungen führen, z.B. indem wirtschaftliche und soziale Zielsetzungen im Vorgehen von Unternehmen kombiniert werden“ (Kesselring/Leitner 2008: 7). Sie sind mithin gesellschaftlich folgenreiche, vom gewohnten Schema abweichende Regelungen von Vorgehensweisen (Gillwald 2000: 1). Crozier und Friedberg argumentieren in ähnlicher Richtung und sehen sie „als ein Prozess kollektiver Schöpfung [...], in dessen Verlauf die Mitglieder einer



bestimmten Gesamtheit neue Spielweisen für das soziale Spiel der Zusammenarbeit und des Konflikts, mit einem Wort eine soziale Praxis erlernen, d.h. erfinden und festlegen, und in dessen Verlauf sie sich die dafür notwendigen kognitiven, relationalen und organisatorischen Fähigkeiten aneignen“ (Crozier/Friedberg 1993: 19). Das können beispielsweise neue Produkte, Geschäftsmodelle sowie Prozessketten oder ganze Vertriebskanäle sein (Jonker et al. 2011: 85). „Soziale Innovationen stellen Wertvorstellungen und Normen, Verhaltensmuster und -strukturen und damit verfestigte Traditionen und Regelsysteme infrage, modifizieren diese oder lösen sie sogar vollständig ab, womit sie [...] gesellschaftliche Veränderungsprozesse beeinflussen“ (Noack 2015: 76). „Objekte Sozialer Innovationen sind Güter, Ideen und Aktivitäten, die einen direkten Bezug zum Sozialsystem besitzen“ (Echterhagen 1983: 2.5). Zapf teilt unter Berücksichtigung seiner Forschungsergebnisse Soziale Innovationen in sieben Unterkategorien ein (Zapf: 1989: 175–180):

- Organisationsänderungen innerhalb von Unternehmen;
- neue Dienstleistungen;
- Kombination aus Technik und Dienstleistung („Sozialtechnologien“);
- durch die Beteiligung von Betroffenen selbsterzeugte soziale Erfindungen;
- politische Innovationen;
- neue Muster der Bedürfnisbefriedigung;
- neue Lebensstile.

Aufgrund einer drastisch veränderten Veränderungsdynamik, ausgelöst durch den demografischen Wandel, wächst zunehmend die Gewissheit eines eingeschränkten Problemlösungsbewusstseins durch technische Innovationen (Howaldt/Schwarz 2010a: 88). SI geraten aus diesem Grund mehr und mehr in den Mittelpunkt der Diskussionen von Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Um sich der Begrifflichkeit weiter anzunähern, werden in einem ersten Schritt die Spezifika Sozialer Innovationen gegenüber anderen Innovationsformen (insbesondere technischen Innovationen) vorgestellt.

„Technische Innovationen werden in erster Linie anhand ihrer wirtschaftlich-technischen Vorzüge definiert“ (Gillwald 2000: 36). Sie gelten als ‚Mittel‘ gesellschaftlichen Wandels (Gillwald 2000: 36). Dabei werden technische Innovationen als ‚Festkörper‘ angesehen, wohingegen Soziale Innovationen abstrakte und intangible sowie immaterielle Produkte sind (Gillwald 2000: 42, Howaldt/Schwarz 2010: 54, Howaldt/Schwarz 2014: 326). SI sind von ihrer ‚stofflichen‘ Seite her Gegenstand der Soziologie und können – im Gegensatz zu technischen Neuerungen – nicht nur analysiert, sondern hervorgebracht sowie mitgestaltet werden und setzen eine Reflexion sozialer Beziehungsgefüge und gesellschaftlicher Verhältnisse voraus (Howaldt/Schwarz 2010a: 90, Kesselring/Leitner 2008: 28). Sie sind deutlich „kontextabhängiger und in ihrer konkreten Ausprägung spezifischer als technologische“ (Howaldt/Schwarz 2010a: 93). In der gesellschaftlichen Realität sind beide Innovationsarten eng miteinander verbunden. Es bestehen zentrale Gemeinsamkeiten und Wechselwirkungen zwischen technischen und sozialen Innovationen (Gillwald 2000: 36). „Aber

während die Durchsetzung technologischer Innovationen stets Soziale Innovationen voraussetzt und/oder nach sich zieht, lassen sich Soziale Innovationen als eigenständiger Innovationstyp auch ohne Bezug auf Technik generieren, implementieren und analysieren“ (Howaldt/Schwarz 2013: 249). Oftmals erreichen jedoch technische Innovationen in der Gesellschaft eine größere Aufmerksamkeit, auch wenn nach Howaldt und Schwarz „soziale Innovationen [...] die eigentlichen Motoren der Innovationsdynamik moderner Gesellschaften“ (Howaldt/Schwarz 2010: 54) sind. Als einen Grund führt Rammert an, dass technische Innovationen in materiellen Formen (Artefakten) vorliegen und somit anschaulich und besser (er)fassbar sind (Rammert 2010: 21). In jedem Fall lassen sich Soziale Innovationen nicht patentieren oder einfach verkaufen. Dabei sind sie „die Treiber der Dienstleistungswirtschaft und damit auch häufig eng verwoben mit Dienstleistungsinnovationen“ (Klein 2010: 273). Im Gegensatz zu technischen bzw. technologischen Innovationen können SI verschiedenartige Diffusions- bzw. Disseminationswege benutzen (Howaldt/Schwarz 2010a: 93). Sie können sowohl über Marktprozesse (u.a. neue Dienstleistungen oder Versorgungsmodelle), über eine technologische Infrastruktur, über soziale Netzwerke, Social Entrepreneurship<sup>55</sup>, verschiedenste Formen der Kooperation und Kommunikation, wie auch über gesellschaftliche (soziale) Bewegungen und staatliche Vorgaben sowie Förderprogramme erfolgen (Howaldt/Schwarz 2010a: 93, 94). Soziale Innovationen sind ebenso wie technische Innovationen (mögliche) Voraussetzungen bzw. Bestandteile sozialen Wandels, aber nicht mit diesem identisch (Howaldt/Schwarz 2010a: 89, Howaldt et al. 2014: 25, Zapf 1989: 177).

Grundsätzlich kann man Sozialen Wandel mit sozialer Entwicklung gleichsetzen (Floren 2011: 13). Die soziale Struktur einer Gesellschaft befindet sich in einer dauerhaften ‚Bewegung‘ und umfasst die Gesamtheit der Veränderungsprozesse einer Gesellschaft (Schäfers 1990: 9). Aufgrund seiner sprachlich neutralen Fassung fokussiert sich diese Ausarbeitung auf den Begriff des sozialen Wandels. „Soziale Innovationen heben sich von nicht intendiertem sozialen Wandel durch ihren Bezug auf einen konkreten praktischen Kontext, ihre Intendiertheit und daher auch das Vorhandensein einer bestimmten Infrastruktur (Organisationen, Institutionen, organisierte Gruppen) und verantwortliche Akteure ab“ (Kesselring/Leitner 2008: 28). Während sozialer Wandel ungerichtet und mitunter sogar regressiv ist, können Soziale Innovationen „die Richtung des sozialen Wandels verändern“ (Zapf 1989: 177). Sie besitzen dabei jedoch keinen inhärenten Gemeinwohlbezug. Daher sind SI nicht immer per se gesellschaftlich wünschenswert oder als positiv anzusehen (Howaldt et al. 2008: 66, Howaldt/Schwarz 2010a: 90, Howaldt et al. 2014: 22). Teilweise können auch unvorhergesehene

---

<sup>55</sup> Hierunter versteht man eine unternehmerische Tätigkeit, die sich innovativ und langfristig für den positiven Wandel einer Gesellschaft einsetzt (Jähnke et al. 2011: 8-10). Social Entrepreneurs generieren und implementieren Soziale Innovationen (Christmann 2011: 194).

Nebenwirkungen auftreten (Howaldt/Schwarz 2010a: 90). Es ist grundsätzlich denkbar, dass es Gewinner- und Verlierergruppen gibt (Christmann 2011: 199). In welchem Ausmaß und vor allem für welche Teile der Gesellschaft ein tatsächlicher Fortschritt durch die neuen Praktiken besteht, ist demnach eine andere Frage. Hierfür sind stets die jeweiligen Ausgestaltungen und Wirkungsformen verantwortlich. Soziale Innovationen lassen etablierte Praktiken und Handlungsmuster hinter sich, das bedeutet jedoch nicht, dass es eine radikale Abwendung vom Etablierten gibt (Rammert 2010: 31). Außerdem muss man berücksichtigen, dass soziale Erfindungen keinen Markt im klassischen Sinne aufweisen (Gillwald 2000: 32). Ferner sind sie in alltägliche Verhaltenszusammenhänge einzubauen und zu gestalten. Im Rahmen dieser Ausarbeitung versteht man im Sinne von Howaldt und Schwarz unter einer sozialen Innovation „eine von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukombination bzw. Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern bzw. sozialen Kontexten, mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“ (Howaldt/Schwarz 2010: 54). Nachdem die theoretischen Grundlagen, Aspekte und Begrifflichkeiten sowie Abgrenzungen von Innovationen und insbesondere sozialer Innovationen im Allgemeinen erläutert wurden, behandelt der nächste Abschnitt deren Berücksichtigung im deutschen Gesundheitswesen.

### *7.3. Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen*

Soziale Innovationen können dabei helfen die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen, verursacht durch den demografischen und ökonomisch-strukturellen Wandel, zu meistern (Becke et al. 2015: 9). „Im Sozial- und Gesundheitswesen sind insbesondere soziale Innovationen vonnöten, um qualitative Veränderungen in der sozialen und pflegerischen Arbeit zu ermöglichen“ (Klein 2010: 274). Hierbei ist die Alterung der Gesellschaft „a driver of social change and starting point for social innovations“ (Franz et al. 2012: 9). „Social innovation is about new ideas that work to address pressing unmet needs“ (European Commission 2010 in Naegele 2013: 250). Sie sollen die historisch gewachsenen starren Strukturen auflösen und innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte ermöglichen. Auf das Gesundheitswesen bezogen bedeuten (soziale) Innovationen nach Greenhalgh et al. „a novel set of behaviors, routines, and ways of working that are directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost effectiveness or users‘ experience and that are implemented by planned and coordinated actions“ (Greenhalgh et al. 2004: 1). Eine Innovation im Gesundheitssektor ist weiterhin „a medical technology, structure, administrative system, or service that is relatively new to the overall industry and newly adopted by hospitals in a particular market area“ (Greenhalgh et al. 2005: 27). Das deutsche Gesundheitswesen lernt erst seit wenigen Jahren wie

Wettbewerb im Spannungsverhältnis von Kooperation und Konkurrenz (siehe Kapitel 2.1, 2.2 und 5.), vor allem in Netzwerken, überhaupt funktioniert (Amelung et al. 2009: 16, 17). Ökonomischer und auch versorgungspolitischer ‚Druck‘ bewegen die Akteure, vor allem in ländlichen Gebieten, mit einer vermeintlich geringeren Ausprägung der Konkurrenzsituation, dazu, miteinander zu arbeiten. Im Verlauf eines Prozesses ‚kollektiver Schöpfung‘ erlernen die einzelnen Akteure ein besseres Verständnis für das ‚Zusammenspiel‘ und den ‚Konflikt‘ miteinander und eignen sich die notwendigen organisatorischen sowie kognitiven Fähigkeiten und Kompetenzen für die Zusammenarbeit an (Crozier/Friedberg 1993: 19). Die Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen lässt sich als Dreiklang aus Produkt-, Prozess- und Organisationsinnovation darstellen (Oberender/Zerth 2010: 175). Dabei finden sich bisher im Gesundheitswesen nur selten klassische Prozessinnovationen, da die Industrie diese als nicht lukrativ genug erachtet (Oberender/Zerth 2010: 57). Aus diesem Grund müssen andere Akteure bzw. Akteurskombinationen als Innovatoren auftreten. „Im Fall von sozialen Innovationen übernehmen gesellschaftliche Gruppen und/oder Akteure verstärkt die Rolle, welche der Markt für technische Innovationen spielt“ (Howaldt/Schwarz 2010: 66). Dabei werden lineare Innovationsmodelle von systemischen und interaktiven Modellen – in Form von Netzwerken, in denen Institutionen und Akteure neue Handlungspraktiken erproben – verbreitet (Schwarz/Howaldt 2013: 55). Netzwerken wird im deutschen Gesundheitswesen aus diesem Grund eine besonders wichtige Rolle zugesprochen (Engelhardt et al. 2010: 7, Goldmann/Maylandt 2013: 269, Heinze/Naegele 2010: 298, Howaldt/Schwarz 2010: 26, Howaldt/Schwarz 2010a: 94, Howaldt/Schwarz 2014: 328, Köhler/Goldmann: 2010: 266). Insbesondere, wenn es sich um sektorenübergreifende Vernetzungsaktivitäten handelt (Köhler/Goldmann 2010: 260). Im Verbund können Ressourcen generiert werden, die die Entwicklung und Durchsetzung sowie Diffusion potenzieller Sozialer Innovationen erleichtern bzw. erst ermöglichen (Nilsson 2003: 9). Dabei gelten (soziale) Netzwerke nach Kowol und Krohn nicht als Ursache, sondern als zentrale Organisationsbedingung dynamischer Innovationsprozesse (Kowol/Krohn 1997: 58). Nach Becker et al., müssen kleinere Organisationseinheiten kooperieren, wo große Einheiten fusionieren würden (Becker et al. 2007: 4). Hier gelten insbesondere Ärztenetze, MVZ, Versorgungsverbände und speziell gegründete Managementgesellschaften als Nuklei sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen (Güssow 2007: 44). Sie helfen dabei als Organisationseinheit, die sektorale Trennung zu überwinden und Kooperationen zwischen den einzelnen Organisationen entlang der Versorgungskette aufzubauen.

Vor allem finanzielle Aspekte spielen beim Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsaktivitäten eine große Rolle. Schumpeter zeigt mit seinen Forschungsergebnissen, dass insbesondere Großunternehmen für Innovationen verantwortlich sind, da sie über mehr Finanzkraft und geringere Existenzrisiken verfügen (Schumpeter 1950: 134–142). „Auf der Basis empirischer und

theoretischer Untersuchungen ergibt sich heute ein differenzierteres Bild“ (Guntram 1984: 214). Also gilt, dass „für die Innovationsfähigkeit eines Unternehmens [...] keine optimale Unternehmensgröße“ (Guntram 1984: 214) existiert. Die Innovationsfähigkeit von Organisationen und Unternehmen (auch im Gesundheitswesen) wird steigen, wenn sich das wirtschaftliche Risiko eingrenzen und reduzieren lässt (Guntram 1984: 218). Greenhalgh et al. stellen ebenfalls fest, dass Innovationen „are more likely to be successful adopted when they have a preallocated budget with resources that are adequate and ongoing“ (Greenhalgh et al. 2004: 28). Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber beschlossen einen Innovationsfonds für die GKV gemäß § 92a SGB V einzuführen (Deutscher Bundestag 2015: 3). Dieser soll mit einem jährlichen Volumen von 300 Mio. Euro integrierte Versorgungsformen fördern (Pimperl et al. 2014: 84). Dabei sind 225 Mio. Euro für Versorgungsleistungen und 75 Mio. Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen (Amelung/Wolf 2013: 50). Die Hälfte der Zuweisungen wird aus Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds finanziert (Amelung/Wolf 2013: 50). Potenzielle Fördergrenzen, Eigenbeteiligungen oder die Dauer der Förderung sind derzeit (Stand: April 2015) noch nicht bekannt. Es gibt dabei jedoch keine ‚one best way‘ Lösung bei der Schaffung Sozialer Innovationen, sodass es zu einem Wettbewerb unterschiedlicher Organisations- und Ausgestaltungsformen (vgl. Kapitel 12.) kommen muss (Heinze/Naegele 2010: 311). Diese Ausarbeitung schlägt im Folgenden, auf Grundlage der durchgeführten wissenschaftlichen Arbeiten, ein Konzept für die Errichtung eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts, unter Berücksichtigung Sozialer Innovationen, vor.

Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden unter Berücksichtigung der oben skizzierten Ausführungen Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen im Sinne von Howaldt und Schwarz, als von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen des Gesundheitswesens ausgehende, sozial akzeptierte, intentionale und zielgerichtete Neukombinationen bzw. Neukonfigurationen sozialer Praktiken verstanden. Diese überraschenden Neuerungen zielen auf eine Verbesserung des health outcome der Bevölkerung, bei gleichbleibenden oder sinkenden Gesundheitskosten. Sie können als Folge, Begleitumstand oder Voraussetzung technischer Innovationen auftreten und zeichnen sich durch ihre intangible Form aus. Die veränderten Arbeits- oder Verhaltensweisen der Akteure sowie die Etablierung neuer Institutionen und Routinen dient dabei einem besseren Verständnis des Zusammenspiels der unterschiedlichen Partikularinteressen und hilft bei der ‚Zirkulation‘ bzw. Neukonfiguration bestehender Praktiken zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Versorgungskonzepts für die sich verändernden Anforderungen und Bedürfnisse sowie Bedarfslagen einer alternden Gesellschaft. Soziale Innovationen im deutschen Gesundheitswesen müssen jedoch ein gesellschaftlich anerkanntes Wertesysteme rekurrerendes Fortschrittsargument, einen ‚relative advantage‘ (Vorteil) gegenüber der bestehenden praktischen

Umsetzung bzw. Durchführung aufweisen (Howaldt/Schwarz 2010: 4, Pröll et al. 2011: 48, 49, Rogers 2003: 229). Entscheidend dabei ist für jede soziale Erfindung oder innovative Praktik bzw. für alles Neue (Inventionen), dass diese erst dann zu einer sozialen Innovation werden, wenn sie einen nachvollziehbaren und nennenswerten Grad der Verbreitung erreicht haben, sozial ‚akzeptiert‘ werden, institutionalisiert sind und in breite (Teil-)Bereiche des deutschen Gesundheitswesens bzw. der Gesellschaft diffundieren (Deutsch 1985: 23, 24, Howaldt/Schwarz 2010: 93). Dabei werden Inventionen in ihrer Institutionalisierung zur sozialen Innovation von ‚change agents‘ begleitet und gefördert, die über die nötigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen sowie die Möglichkeiten besitzen die Attribute der neuen Praktiken wahrzunehmen (Pröll et al. 2011: 52). Durch Wiederholung der Vorgehensweisen und der Diffusion wird die bislang neue soziale Praktik zur Routine und es folgt die Institutionalisierung der Praktiken (Pröll et al. 2011: 51). „Die Diffusionschancen sozialer Innovationen sind in der Regel dort am größten, wo etablierte Institutionen nicht oder nur marginal agieren bzw. unter dem Gesichtspunkt der Problemlösung versagen“ (Howaldt/Schwarz 2010a: 93). Der Diffusionsgrad ist dabei der Marktanteil der jeweiligen Innovation im Zeitablauf im Vergleich mit dem zu erwarteten Marktpotenzial (Rogers 2003: 6). Selbst bei (sozialen) Innovationen mit einem vermeintlichen Vorteil gegenüber bestehenden Praktiken und Lösungsmustern bedarf es einer längeren Zeit, insbesondere im Gesundheitswesen mit seinem heterogenen (im Wettbewerb zueinanderstehenden) Akteursumfeld, um sich am Markt durchzusetzen (Gersch/Rüsike 2011: 3).

## 8. Diffusion von Innovationen

„Innovation und Diffusion erscheinen durch die Arbeiten von Rogers geprägten Diffusionsforschung als zwei Phasen eines Prozesses“ (Howaldt et al. 2014: 29). „Diffusion of Innovations seek to explain how innovations are taken up in a population“ (Robinson 2009: 1). Dabei treten unterschiedliche Arten der Verbreitung auf. „Diffusion can be a spontaneous or planned spread of new ideas like a government policy“ (Rogers 2003: 6). Im folgenden Kapitel wird daher gezeigt, welche Anforderungen notwendig sind, damit eine Innovation eine stärkere Verbreitung erfährt. Bei ihrer Diffusion unterscheiden sich Soziale Innovationen grundlegend von technischen Innovationen (Howaldt et al. 2014: 22). Innerhalb des Konstrukts einer sozialen Innovation kann „die ursprüngliche Idee nicht nur imitiert, sondern auch modifiziert und ihr Sachbezug konkretisiert und erweitert“ (Howaldt et al. 2014: 22) werden. Bei Technologien und Produkten beginnt die Diffusion hingegen erst mit Einführung auf dem Markt (Howaldt et al. 2014: 22). „Bei ihrer Diffusion können sie sich dabei durchaus technischer Artefakte oder vorhandener Technologien (z.B. des Internets) bedienen, ohne deshalb ihren Charakter als Soziale Innovationen zu verlieren“ (Howaldt/Schwarz 2010: 63). Unter der Prämisse des demografischen Wandels bedarf gerade das deutsche Gesundheitswesen mit seinen vielschichtigen Problemstellungen, Widerständen und starren Strukturen innovativer Lösungsansätze und neue Versorgungsformen. Um sich der Begrifflichkeit anzunähern wird daher in einem ersten Schritt der theoretische Rahmen und Hintergrund der Diffusionstheorie verdeutlicht.

### 8.1. Diffusionstheorie

„Soziale Innovationen setzen einen Prozess der Diffusion und Institutionalisierung voraus“ (Kesselring/Leitner 2008: 29). Dabei ist Diffusion nach Rogers „a special type of communications in which the messages are about a new idea“ (Rogers 2003: 6). Er versteht unter Kommunikation „a process in which participants create and share information with one another in order to reach a mutual understanding“ (Rogers 2003: 5). Somit ist „Diffusion [...] the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system“ (Rogers 2003: 5). Als soziales System wird dabei die Gesamtheit der Individuen (das Marktpotenzial), die gemeinsame Verhaltensmerkmale und Problemlösungsmuster aufweisen, angesehen (Rogers 2003: 23, Schubert 2008: 30). Wichtig ist dabei nicht nur das Gesamtsystem zu betrachten, sondern auch die Beziehungen der einzelnen Mitglieder untereinander (Echterhagen 1983: 1.3). Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden als soziales System alle Akteure des deutschen Gesundheitswesens (u.a. Leistungserbringer, Kostenträger, Verbände) verstanden. Folglich werden das Muster sowie die

Geschwindigkeit der weiteren Verbreitung in Anlehnung an Rogers oben aufgeführten Ergebnissen von:

- der Innovation selbst;
- dem sozialen System;
- und den Kommunikationskanälen;
- sowie der Zeit über die sich der Diffusionsprozess erstreckt beeinflusst.

„Von Diffusion, also Verbreitung der Erzeugnisse [oder Verfahrensweisen bzw. Dienstleistungen] unter der Kundschaft, spricht man mit beginnendem Markteintritt [...]“ (Gillwald 2000: 31). „Heart of the diffusion process is the modeling and imitation by potential adopters of their near“ (Rogers 2003: 330). „Ein Adopter (Übernehmer) ist eine Person, Organisation oder Gruppe von Personen/Organisationen, die eine Innovation übernimmt“ (Echterhagen 1983: 2.23). Als Kundschaft (Adaptoren) im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung bzw. einer Vernetzung sollen im Rahmen dieser Ausarbeitung die Anzahl der an Versorgungsnetzwerken teilnehmenden Akteure des deutschen Gesundheitssystems verstanden werden. Potenzielle Adaptoren können sowohl einzelne Individuen als auch Organisationen (Unternehmen) oder bestimmte Gruppen (Vereine, Verbände, Netzwerke) sein (Echterhagen 1983: 2.23, Sawtschenko 2007: 11). Dies sind insbesondere Ärzte, Krankenhäuser, Pflegebetriebe, Rehabilitationseinrichtungen, MVZ, Ärztenetze und Krankenkassen sowie Kassenärztliche Vereinigungen. Unberücksichtigt – zumindest als Adaptoren – bleiben im Rahmen der untersuchten Forschungsfrage die gesetzlichen Versicherten und somit die eigentlichen Teilnehmer der jeweiligen Versorgungsprojekte. Um der Frage nachzugehen wie Entscheidungen für oder gegen eine (soziale) Innovation getroffen werden, bietet Rogers einen (idealtypischen) fünfstufigen Phasenprozess an.

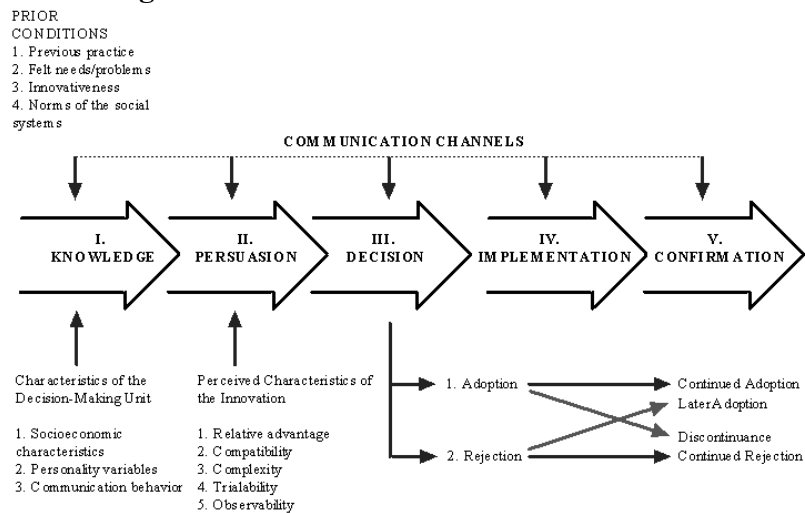
### *8.2. Der ‚Innovations-Entscheidungs-Prozess‘*

Die Entscheidung eine Neuerung bzw. die Neukonfiguration sozialer Praktiken anzunehmen ist keine spontane Reaktion. Vielmehr ist die Übernahme ein sozialer Prozess, der bestimmte Handlungen über einen Zeitablauf beinhaltet. „Eine Adaption (Übernahme) ist der für andere Mitglieder des Systems sichtbare erstmalige dauerhafte Erwerb von Innovationen bzw. ihre erstmalige dauerhafte Nutzung“ (Echterhagen 1983: 2.29). Sozialsystembedingte Einflussfaktoren auf die Diffusion sind dabei die Systemstrukturen, die jeweils benutzten Normen, das Auftreten bestimmter Schlüsselakteure und die Konsequenzen, die sich aus einer Übernahme oder Ablehnung der Innovation für das jeweilige System ergeben (Müller 2004: 27). Der Prozess der Adaption einer (sozialen) Innovation wird hierbei in fünf (ursprünglich vier) Phasen (vgl. Abbildung 29) eingeteilt (Karnowski 2011: 14, Rogers 2003: 20, 170):



- **Wissensphase:** Von der Existenz einer (sozialen) Innovation erfahren (knowledge; learns of the existence);
- **Überzeugungsphase:** Von einer (sozialen) Innovation überzeugt werden, egal ob positiv oder negativ (persuasion; favorable/unfavorable attitude);
- **Entscheidungsphase:** Sich für oder gegen eine (soziale) Innovation entscheiden (decision; a choice to adopt or reject);
- **Implementierungsphase:** Eine (soziale) Innovation implementieren (implementation; puts an innovation into use);
- **Überprüfungsphase:** Eine Entscheidung für eine (soziale) Innovation bestätigen sowie weiter nutzen oder diese rückgängig machen (confirmation; seeks reinforcement of an innovation-decision).

Abbildung 29: The Innovation-Decisions-Process



Quelle: Rogers 2003: 170.

Der ‚Diffusions-Entscheidungsprozess‘ (Adoptionsprozess) verläuft dabei je nach Art der Innovation in unterschiedlichen Geschwindigkeiten und Variationen ab. „The innovation-decision process can just as logically lead to a rejection decision as to adoption“ (Rogers 2003: 177). Über Incentives (Anreize) können Diffusionsprozesse gesteuert (beschleunigt bzw. verlangsamt) werden. Diese können monetär und nichtmonetär sowie positiv (u.a. Erfolgsvergütungen) oder negativ (u.a. Strafzahlungen) ausgelegt sein (Rogers 2003: 236, 237). Die im Rahmen dieser Ausarbeitung untersuchte systematische Vernetzung der einzelnen Sektoren im deutschen Gesundheitswesen umfasst nur einen kleinen Teil der bestehenden Gesamtvergütung. Leistungserbringer, Kostenträger und Kassenärztliche Vereinigungen müssen daher zukünftig noch stärker von den jeweiligen Vorteilen Sozialer Innovationen überzeugt werden. Aus diesem Grund wird die zweite Phase des Prozesses (vgl. Abbildung 29) näher betrachtet.

### 8.3. Persuasion

Besondere Aufmerksamkeit im Adoptionsprozess muss Phase II (Überzeugungsphase) gewidmet werden. Letztendlich wird – zumindest im Idealzustand – der Entscheidungsprozess für oder gegen eine Innovation maßgeblich in der ‚Persuasion‘ entschieden. „Persuasion involves convincing the target audience that they should try the innovation“ (Fennell/Warnecke 1988: 182). Die Adaption

(Übernahme) und somit die spätere Institutionalisierung Sozialer Innovationen sind – neben zusätzlichen Incentives – sehr stark abhängig von den jeweiligen Attribuierungen, die die Akteure des deutschen Gesundheitswesens ihnen beimessen (Howaldt/Schwarz 2010: 89–90). Rogers hat hierzu fünf „attributes of innovations“ (Pröll et al. 2011: 51) identifiziert. Diese Merkmale stellen entscheidende Faktoren dar, die einen Einfluss auf die Adaption einer neuen sozialen Praktik ausüben (Rogers 2003: 219–266):

- relative advantage;
- compatibility;
- complexity;
- trialability;
- and observability.

Relative advantage ist nach Rogers „the degree to which an innovation is perceived“ (Rogers 2003: 15). Dieser beschreibt das Ausmaß (Vorteile gegenüber vorherigen bzw. bisherigen Lösungen), indem eine innovative Praxis als nützlicher im Vergleich zu bisherigen Praktiken oder organisatorischen Modellen angesehen wird (Fennell/Warnecke 1988: 64, 69, Gillwald 2000: 28). Hierunter fallen insbesondere finanzielle oder organisatorische Vorteile, Statusgewinne, eine bessere Markt- oder Verhandlungsmacht sowie ein höherer Gebrauchswert (Klein 2010: 276). Wichtig ist dabei, dass stets eine Kompatibilität mit vorhandenen sozialen Strukturen (Normen, Wertestrukturen, Erfahrungen, Bedürfnissen, etc.) potenzieller Nutzer bestehen muss (Klein 2010: 276, Rogers 2003: 265, 266). Besonders eine zu hohe Komplexität (Verständigungsaufwand) beim Umgang mit der Neuerung oder bei der Neukonfiguration sozialer Praktiken erschwert die Diffusion Sozialer Innovationen (Gillwald 2000: 28, Karnowski 2011: 24). Robinson stellt fest, dass „new ideas that are simpler to understand are adopted more rapidly than innovations that require the adopter to develop new skills and understandings“ (Robinson 2009: 1, 2). Aus diesem Grund ist es wichtig den Umgang mit der Innovation im Vorfeld testen zu können (Fennell/Warnecke 1988: 69, Klein 2010: 276, Rogers 2003: 265, 266). Als fünfte und letzte Eigenschaft ist Adaptoren wichtig, wie „results are visible to others“ (Fennell/Warnecke 1988: 70, Rogers 2003: 15) und somit, ob und in welchem Ausmaß der Vorteil bzw. die Vorteile der Innovation von der Gesellschaft bzw. den Wettbewerbern beobachtbar ist bzw. sind.

Besonders bei ‚präventiven Innovationen‘ fällt es den Innovatoren schwer potenzielle Adaptoren von der weiteren Diffusion zu überzeugen. „A preventive innovation is a new idea that an individual adopts in order to avoid the possible occurrence of some unwanted event in the future“ (Rogers 2003: 176). Unter Berücksichtigung demografischer Veränderungsprozesse erscheint eine Vernetzung und Kooperation aller Akteure des Gesundheitswesens, besonders in ländlichen Gebieten, eine wichtige Voraussetzung (und logische Konsequenz) um zukünftig eine qualitativ hochwertige

gesundheitliche Versorgung sicherzustellen (siehe Kapitel 3.). Nach Roussos und Fawcett gibt es vier verschiedene Wege wie Innovationen sich verbreiten und somit adaptiert werden (Roussos/Fawcett 2000: 371–394):

- informal (by word to mouth = passive);
- active = a number of planned dissemination;
- a set of planned initiatives;
- deliberate organizational actions.

Rogers sieht dabei die schnellste Diffusionsrate „by authority decisions“ (Rogers 2003: 28). Soziale Innovationen, wie z.B. das Konzept der Vernetzten Versorgung (siehe Kapitel 13.), können jedoch nicht einfach per Erlass, z.B. als neue ‚Regelversorgung‘, von der Bundesregierung oder dem Gesundheitsministerium eingeführt werden. Ein sensibles Themenfeld, wie die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, verbunden mit unterschiedlichen Leistungsbereichen, Verwaltungsorganen, Leistungserbringern, Kostenträgern sowie zahlreicher Verbände usw., kann – wie es bereits zahlreiche Reformversuche in den letzten Jahrzehnten (siehe Kapitel 2.1) gezeigt haben – nicht ‚top down‘ aufoktroziert werden. Vernetzungseffekte und somit Effizienzreserven würden durch mangelndes ‚Commitment‘<sup>56</sup> oder fehlende Compliance der Leistungserbringer und eventuell auch der Bevölkerung schnell aufgezehrt. Ebenso kann eine mangelnde Einhaltung der Therapiepläne (unzureichende ‚Adherence‘) negative Auswirkungen auf das Gesundheitswesen besitzen (Stürz 2014: 6). Es muss von ‚oben‘ (Gesetzgeber) unterstützt und von ‚unten‘ (Basisakteure der Versorgung sowie Bevölkerung) gewollt bzw. vorangetrieben werden. Um das Bewusstsein der Bevölkerung zu schärfen und sie von den positiven Eigenschaften vernetzter Versorgungskonzepte (Soziale Innovationen) zu überzeugen sind daher Kommunikationskanäle (u.a. TV, Radio, Zeitungen, soziale Netzwerke, usw.) sehr wichtig (Klein: 2010: 276, Rogers 2003: 18). Rogers weist darüber hinaus in seinen Studien auf die bedeutende Rolle von Netzwerken bei der Diffusion (sozialer) Innovationen hin (Rogers 2003: 300, 301). Hierbei muss es den Initiatoren gelingen das Netzwerkkonstrukt als ‚Marke‘ für Gesundheit zu etablieren und anzupreisen. Zusätzlich kann über gezielte Anreizsysteme für bestimmte Akteure bzw. Organisationseinheiten (‚change agency‘) eine ‚Anschubfinanzierung‘ etabliert und so der Diffusionsprozess beschleunigt werden. Rogers versteht unter change agency eine mit den nötigen Ressourcen (u.a. Geld, Macht, Wissen) ausgestattete Instanz, die den Diffusionsprozess via ‚change agents‘ vorantreibt (Rogers 2003: 365–369). Change agents sind dieser Instanz bzw. Organisation (agency) verpflichtete Akteure, die nicht selbst dem natürlichen Innovationsfeld angehören müssen, jedoch über so viel Feldkenntnis und Empathievermögen verfügen, dass sie Diffusionsprozesse gezielt

---

<sup>56</sup> Commitment kann als auf Langfristigkeit ausgelegtes, beziehungsförderndes Verhalten, also eine positive Einstellung gegenüber einem Verhalten bzw. einer Dienstleistung oder Ware, verstanden werden (Gundlach et al. 1995: 79).

fördern können (Pröll et al. 2011: 52, Rogers 2003: 368, 400). „Der der Diffusionstheorie zugrunde liegende Innovationspositivismus versperrt dem Forscher oftmals den Blick auf negative Konsequenzen der Innovation und auf Gründe für die Zurückweisung oder Veränderung einer Innovation durch den Nutzer“ (Karnowski 2011: 69). Ziel dieser Ausarbeitung, ist es daher im zweiten Teil der Ausarbeitung Widerstände und Hemmnisse der Diffusion vernetzter Versorgungsformen als Soziale Innovation im deutschen Gesundheitssystem kenntlich zu machen, Lösungsmöglichkeiten zu identifizieren, um schlussendlich die Diffusion sektorenübergreifender Versorgungsmodelle voranzutreiben. Hierzu wird auf Grundlage der gesammelten Untersuchungsergebnisse im dreizehnten Kapitel ein Konzeptvorschlag erarbeitet, zuerst jedoch im folgenden Kapitel eine kurze Zwischenbilanz gezogen.

## 9. Zwischenbilanz

Festzuhalten bleibt, dass das deutsche Gesundheitssystem, trotz seiner im weltweiten Vergleich hohen Qualität im Versorgungsprozess der Bevölkerung, zahlreiche Schwachstellen aufweist. Als Sozialversicherungsmodell besitzt es zusätzlich ein hohes Maß an gesetzlichen Regulierungen. Die Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, aber auch die bestehenden Grenzen innerhalb der Sektoren, führen zu Brüchen bei der Versorgung. Zurückzuführen ist dies auf die historisch gewachsenen, starren Strukturen. Der demografische Wandel wirkt dabei als tiefgreifender makroökonomischer und sozioökonomischer Strukturwandel (driving force). Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft als Megatrends führen zu einer Zunahme an Personen mit chronischen Erkrankungen, die teilweise pflegebedürftig sind, eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen müssen und multimorbid erkrankt sind. Das Gesundheitswesen und die Sozialversicherung sind vom demografischen Wandel in doppelter Hinsicht betroffen. Einerseits kommt es zu einer Erosion der Einnahmeseite und andererseits zu einer Ausweitung von Gesundheitsleistungen und sozialen Dienstleistungen. Von 2002–2012 haben sich die Ausgaben der GKV bereits um über 41 % erhöht. Treiber hierfür waren neben den demografischen Wandlungsprozessen noch eine Ausweitung der gesundheitlichen Leistungen durch die Leistungserbringer sowie der medizinisch-technische Fortschritt. Für die einzelnen Player der Gesundheitsversorgung entstehen dabei vor allem hohe Kosten für Datenerfassung und Kommunikation. Bislang ist immer noch ein großes structural lag feststellbar, da die meisten Anforderungen mittlerweile erkannt, aber allenfalls konzeptionell vorbereitet und noch nicht flächenmäßig umgesetzt worden sind. Das Themenfeld ‚Gesundheit‘ rückt zudem immer mehr in den gesellschaftlichen Mittelpunkt. Die Bundesrepublik Deutschland gibt zurzeit bereits über 11 % des BIP für diesen Bereich aus. Immer mehr Arbeitsplätze werden in diesem Segment geschaffen. Die Gesundheitswirtschaft durchdringt dabei alle Ebenen von Wirtschaft und Gesellschaft und wird im Zuge des 6. Kondratieff-Zyklus zu einem Wachstumsmarkt bzw. einer Wachstumsbranche für Wohlstand und Innovationen.

Alter darf dabei jedoch nicht pauschal mit Pflegebedürftigkeit oder Krankheit gleichgesetzt werden. Es steigt lediglich die Wahrscheinlichkeit unter chronisch-degenerativen sowie irreversiblen Erkrankungen zu erliegen. Im Zuge der Wandlung zu einer alternden Gesellschaft muss sich auch das Gesundheitssystem verändern. Die fragmentierten Behandlungs- und Versorgungsverläufe sind durch einen koordinierten Prozess der Vernetzung abzulösen. Mit der Auflegung bestimmter Versorgungsprogramme können spezielle Zielgruppen (Chroniker) besser in den Versorgungsprozess eingebunden werden. Eine vollständige Informations- und Datenübermittlung ist hierbei der Schlüssel zum Erfolg. Bereits in der Versorgungsplanung sind sozialversicherungs- und sektorenübergreifende

Versorgungslagen zu berücksichtigen und die verschiedenen Organisations- und Managementansätze des Managed Care auf die spezifischen Eigenarten des deutschen Gesundheitssystems anzuwenden. Daher sollten vermehrt Selektivverträge eingesetzt werden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Hybridformen. Hier insbesondere bei Netzwerken. Um Moral Hazard als herausragende Ursache aller Steuerungsproblematiken im Gesundheitswesen abzumildern, sind Providerorganisationen für die Steuerung von Gesundheitsnetzwerken zu gründen. Sie führen das Vertragsmanagement, Controlling, die Evaluation und das Monitoring der Vernetzungsaktivitäten – mit neuen Organisationsmodellen, flankiert von Mobilitäts- und Delegationskonzepten – durch. Dabei entstehen neue Märkte und Berufsfelder. Die Gesundheitsversorgung muss stets regional betrachtet werden. Zahlreiche Landstriche sind von einer regelrechten Landflucht des jungen und gut ausgebildeten Teils der Bevölkerung betroffen. Neben dem vorherrschenden Kollektivvertrag muss es vermehrt in ländlichen Gebieten, aufgrund der sinkenden Anzahl an Leistungserbringern in diesem Bereich, neue Versorgungsformen geben. Hierdurch werden der Versorgungsprozess optimiert bzw. verbessert und gleichzeitig auch ‚Gesundheitskosten‘ gesenkt und Transaktionskosten (Anbahnungs-, Vereinbarungs-, Abwicklungs-, Kontroll- sowie Anpassungskosten) reduziert. Hierzu sind vor allem eindeutige gesetzliche Regelungen, klare Finanzierungsmodelle (sektorenübergreifend), eine technologische Grundlage (u.a. EDV-Systeme) sowie neue Anreizstrukturen (z.B. der Innovationsfonds) notwendig. Innovationen treten hierbei als Triebfeder der wirtschaftlichen Entwicklung auf. Soziale Innovationen sind dabei als von bestimmten Akteuren ausgehende, zielgerichtete Neukombinationen oder Neukonfigurationen sozialer Praktiken im deutschen Gesundheitswesen, mit dem Ziel den health outcome der Bevölkerung zu verbessern. Sie können dabei Folge, Begleitumstand oder Voraussetzung von technischen Innovationen sein und sind weder gesellschaftlich wünschenswert noch gut. Es kann neben Gewinner- auch Verlierergruppen geben. Soziale Innovationen müssen daher für eine breite Diffusion stets einen relativen Vorteil gegenüber der bisherigen Praxis aufweisen. Change Agents helfen bei der weiteren Verbreitung neuer Praktiken, Modelle und Ansätze. Dazu werden in einem weiteren Schritt dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung Widerstände der Diffusion Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitssystem näher untersucht und Lösungsmöglichkeiten sowie Handlungsalternativen identifiziert, weshalb in einem ersten Schritt das methodische Vorgehen der qualitativen Untersuchung näher betrachtet wird.

## 10. Methodisches Vorgehen

Vor Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen, werden im folgenden Kapitel die methodischen Grundlagen sowie das Untersuchungsdesign der wissenschaftlichen Ausarbeitung näher erläutert. Der Forschungsfrage: ‚Widerstände Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen‘ ging zu Beginn dieser Ausarbeitung, eine gründliche Analyse der wissenschaftlichen Literatur (u.a. aus den Bereichen Gesundheitsforschung, Sozialpolitik, Versorgungsforschung, Demografie-, Innovations- und Gesundheitssystemforschung usw.) voraus. Aufgrund der Offenheit der Forschungsfrage ergab sich ein qualitatives Untersuchungsdesign. Dieses ermöglichte ein tiefergehendes Verständnis von handelnden Personen und deren Motivlagen (Siebenhüner 2007: 17). Die unterschiedlichen qualitativen Forschungsansätze „differieren in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverhältnis und methodischem Fokus“ (Flick et al. 2005: 18). Um Expertenwissen für das jeweilige Forschungsfeld zu erhalten, sind offene oder teilstandardisierte Interviews eine gute Methodik (Bogner et al. 2009: 51, Hopf 2005: 349, 350), weshalb (siehe Kapitel 10.1) ausgewählte Praktiker des deutschen Gesundheitswesens interviewt wurden – die in der Fachliteratur einen Namen gemacht haben oder in bestimmten Verbänden und Organisationen arbeiten (Bogner/Menz 2002: 41). Die Auswahl der befragten Personen ermöglichte eine möglichst weit gestreute Vielfalt an gesundheitspolitischen Expertisen, Blickwinkeln und Positionen. Eine Verallgemeinerung im Sinne einer statistischen Repräsentativität war nicht angestrebt. Vielmehr geht es im Rahmen dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung um die interpretative Rekonstruktion sowie Illustration von subjektiven Bedeutungszusammenhängen und darüber hinaus um die Skizzierung typischer Diffusionswiderstände, Adaptionismuster sowie Innovationsprozesse im deutschen Gesundheitswesen. Um derartige Informationen im Untersuchungsfeld zu sammeln, eignen sich qualitative Leitfadeninterviews, da sie auf Informationen aus Sicht der Befragten abzielen (Glaser/Strauss 2008: 120). Auf Grundlage der Literaturanalyse sowie der ‚Experteninterviews‘ wurden anschließend Fallstudien von Versorgungsprojekten identifiziert (siehe Kapitel 12.), die innovative Ansätze und neuartige Konzepte bereits heute in der Bundesrepublik Deutschland umsetzen. Die Ergebnisse sämtlicher empirischer Analysen sind dann abschließend in das Versorgungskonzept der Vernetzten Versorgung (siehe Kapitel 13.) eingeflossen. Nachfolgend werden nun Forschungsdesign und Untersuchungsverfahren näher betrachtet, unter Beachtung von Aufbereitung sowie Auswertung der erfassten Daten (siehe Kapitel 10.3).

### *10.1. Experteninterviews*

Ziel dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung – unter Berücksichtigung qualitativer Methoden der Sozialforschung – ist es „Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al. 2005: 14). Um dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden, wurden zur Bearbeitung der oben aufgeführten Forschungsfrage als Methodik „(leitfadengestützte) Experteninterviews“<sup>57</sup> eingesetzt (Gläser/Laudel 2006: 107). Stärken von Interviews liegen vor allem in der Widerspiegelung der subjektiven Wahrnehmung der Interviewten und den dadurch gewonnenen Erkenntnissen zum Forschungsgegenstand (Hopf 2005: 350). Dem Interviewer ist es so möglich, das jeweilige Expertenwissen der befragten Personen ‚anzupapfen‘. „Experte bleibt insofern ein relativer Begriff, als die Auswahl der zu Befragenden in Abhängigkeit von der Fragestellung und dem interessierten Untersuchungsfeld geschieht“ (Bogner et al. 2009: 73). Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung sollen Widerstände sektorenübergreifender Vernetzungsansätze im deutschen Gesundheitswesen gefunden und mögliche Lösungskonzepte identifiziert werden. Aus diesem Grund sind Mitarbeiter von Sozialversicherungsträgern, Ministerien, Verbände, die dem Gesundheitswesen nahestehen, Gesundheitsunternehmen sowie Leistungserbringer als Experten anzusehen. Auch wenn nicht alle Gesprächspartner über explizite praktische Expertise im Bereich der sektorenübergreifenden Vernetzung aufweisen konnten, ließ sich eine sehr breit gefächerte Palette an Einstellungen sammeln. Über den genauen Begriff des Experten bzw. des Experteninterviews gibt es in der Literatur keine Einigkeit. Experten sind ein Medium und besitzen mitunter eine exklusive Stellung (Gläser/Laudel: 2006: 10). Sie verfügen über ein „spezialisiertes Sonderwissen und somit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über relevante Personengruppen, Sozillagen und Entscheidungsprozesse“ (Walter/Naegele 2012: 11). Hierzu gibt es eine Reihe verschiedener Aussagen und Definitionen. Diese Ausarbeitung orientiert sich an der Niederschrift von Gläser und Laudel. Sie verstehen unter Experten „Menschen[,] die ein besonderes Wissen über Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser/Laudel 2006: 10). Auf Grundlage der verschieden ausgeprägten Kompetenzen werden soziale Sachverhalte rekonstruiert und Einschätzungen abgegeben. Hierbei ist es wichtig, Forschungsfrage und Hintergrundwissen der ausgewählten Experten in Einklang zu bringen, wozu im Vorfeld auf Grundlage einer gründlichen Literaturanalyse theoretische Vorarbeiten geleistet und zur Unterstützung der qualitativen Interviews, ein Leitfaden entwickelt wurde (siehe Kapitel 16.1 und 16.2). Dieser dient in den unterschiedlichen Interviews als Grundgerüst, um Probleme, Chancen, Kooperationsmöglichkeiten, Fortschritte, Meinungen und Wünsche aufzuzeichnen. „Auch wenn es gerade paradox ist, ist es gerade der

---

<sup>57</sup> Bogner et al. 2009, Gläser/Laudel 2010, Helferrich 2005 und Hopf 2005 sowie Mayer 2008 setzen sich intensiv mit der Thematik von Experteninterviews auseinander.



Leitfaden, der die Offenheit der Interviews garantiert“ (Meuser/Nagel 2002: 78). Insgesamt umfasst er – inklusive Einleitungs- und Abschlussfrage – vierzehn Fragen mit jeweils unterschiedlichen Ausprägungen. Die theoretischen Vorarbeiten grenzen den Problembereich sowie den zu untersuchenden Sachverhalt ein und geben einen ‚roten Faden‘ vor. Dies hat den Vorteil, dass der Interviewer sich stets an den im Vorfeld aufgestellten Leitfragen<sup>58</sup> orientieren kann. Die Fragen wurden subjektiv nach Auffassung des Interviewers logisch strukturiert und in eine entsprechende Reihenfolge gesetzt und inhaltlich, sofern möglich, zu Themenkomplexen zusammengefasst (Gläser/Laudel 2009: 143, 144). Situationsbedingt war während der Interviews die Frageformulierung sowie die Abfolge der Fragen abänder- und so das Interview steuerbar (Gläser/Laudel 2006: 40, Hopf 2005: 351). „Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen heißt also einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten, der an den kulturellen Kontext des Befragten angepasst ist und alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung benötigt werden“ (Gläser/Laudel 2010: 110). Des Weiteren wird so trotz größtmöglicher Berücksichtigung individueller Narrationsgewohnheiten, Erzähllogiken und Schwerpunktsetzungen ein gewisser Grad der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Interviewsituationen erzeugt (Noack 2015: 126). Es steht den befragten Personen selbstverständlich frei Nachfragen zu stellen, sodass jedes Interview seinen eigenen ‚Charakter‘ besitzt und unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen kann. Die Vergleichbarkeit dient dabei als Schlüssel, die untersuchten Erkenntnisse, die bereits in der Literaturanalyse aufgeführten Diffusionswiderstände Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen zuzuordnen. Aufgrund von Komprimierung, Übersichtlichkeit und wirtschaftlichen sowie zeitlichen Begrenzungen dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung war das Feld der interviewten Personen begrenzt.

Der Verfasser dieser Arbeit wählte alle befragten Personen in einem mehrstufigen, deduktiven Verfahren aus und zwar so, dass eine möglichst große Vielfalt an versorgungsrelevanten sowie gesundheitspolitischen Expertisen, Kompetenzen und Positionen vorlag. Ausschlaggebende Kriterien waren dabei eine langjährige Tätigkeit in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, einer staatlichen Behörde sowie eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft oder die Tätigkeit in Verbänden oder Vereinen, die sich explizit mit den Themenfeldern der Sozialversicherung bzw. der Gesundheitswirtschaft (insbesondere mit innovativen Versorgungsformen) befassen. Ebenso wurden (renommierte) Wissenschaftler befragt, die seit mehreren Jahren – teilweise Jahrzehnten – sich mit diesem Themenfeld befassen, wissenschaftliche Texte und Analysen publizieren, in der Vergangenheit versucht haben in zahlreichen (Experten-)Kommissionen das zu beschreibende Themenfeld aktiv zu

---

<sup>58</sup> Bei der Konzeptionierung der Fragen für den Interviewleitfaden stehen Problemzentrierung, Gegenstandsanalyse sowie Prozessorientierung im Vordergrund (Witzel 1982: 72).

gestalten sowie in der Lehre tätig sind. Explizit wurde bei der Auswahl der Experten darauf geachtet, eine breite ‚Landschaft‘ an unterschiedlichen Organisationen abzudecken und ‚Klumpenrisiken‘ bestimmter Problemanalysen und Deutungsmuster sowie Partikularinteressen bereits im Vorfeld zu vermeiden. Neben den Vertragsparteien der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenkassen und KVn) wurden Personen von Verbänden (BMC) sowie dem Gesundheitswesen nahestehende Organisationen (Apobank) befragt. Bei Wissenschaftlern wurden nur Personen mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten (z.B. hausärztliche Versorgung, Pharmazie, stationäre Einrichtungen, usw.) berücksichtigt. In keiner der ausgewählten Organisationen wurde mehr als eine Person interviewt (mit Ausnahme wissenschaftlicher Einrichtungen mit mehreren Lehrstühlen), um hier keine organisationsspezifischen Ansichten aufzunehmen und somit möglicherweise dieser eine zu starke Gewichtung einzuräumen. Die Expertenbefragungen waren in ihrer räumlichen Ausprägung über die ganze Republik verteilt, wobei Nordrhein-Westfalen aufgrund seiner geografischen Nähe, dem Auftreten zahlreicher (bedeutender) Akteure des Themenfeldes sowie der persönlichen wirtschaftlichen Begrenzungen, Schwerpunkt der Befragungen war. Alle Interviews wurden vom Verfasser dieser Arbeit persönlich durchgeführt. Um eine möglichst große Bandbreite unterschiedlicher Blickwinkel, Analysen und Rückmeldungen zu erhalten, wurde eine Fallzahl von 12–20 Interviews im Vorfeld des Akquiseverfahrens angestrebt, jedoch aufgrund von kurzfristigen Absagen im Untersuchungszeitraum schlussendlich nur sechzehn Interviews mit insgesamt siebzehn Personen durchgeführt, transkribiert und anschließend ausgewertet (siehe Kapitel 10.3). Die Auswahl der Experten ist somit durch die geballte Expertise, aber durch missliche, zeitlich und wirtschaftlich begrenzte, unvermeidbare Lücken, gekennzeichnet (vgl. Abbildung 30).

**Abbildung 30:** Interviewübersicht

| <b>Kürzel</b> | <b>Organisation</b>           | <b>Funktion</b>               | <b>Nummer</b> |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|
| IP_01         | Universität Bielefeld         | Professor                     | 1             |
| IP_02         | Kosmos und Damian GmbH        | Keine Angabe                  | 2             |
| IP_03         | AOK NordWest                  | Keine Angabe                  | 3             |
| IP_04         | Apobank                       | Keine Angabe                  | 4             |
| IP_05         | BMC                           | Keine Angabe                  | 5             |
| IP_06         | FU Berlin                     | Professor                     | 6             |
| IP_07         | FU Berlin                     | Wissenschaftler <sup>59</sup> | 6             |
| IP_08         | Barmer GEK                    | Keine Angabe                  | 7             |
| IP_09         | Universität Witten/Herdecke   | Professor                     | 8             |
| IP_10         | Universität Bielefeld         | Professor                     | 9             |
| IP_11         | KVWL                          | Keine Angabe                  | 10            |
| IP_12         | Hochschule Fresenius          | Professor                     | 11            |
| IP_13         | MGEPA                         | Keine Angabe                  | 12            |
| IP_14         | Universität Frankfurt am Main | Professor                     | 13            |
| IP_15         | KBS                           | Keine Angabe                  | 14            |
| IP_16         | RWI                           | Keine Angabe                  | 15            |
| IP_17         | OptiMedis AG                  | Keine Angabe                  | 16            |

Quelle: Eigene Darstellung<sup>60</sup>.

Zeitraum der Interviews waren die Monate Mai bis August 2014. Bei der Länge der Interviews wurde auf die zeitliche Dauer des Gesprächs geachtet, um die Aufmerksamkeit der interviewten Personen garantieren zu können. Maximal wurde mit den Gesprächsteilnehmern pro Termin eine Gesprächsdauer von bis zu neunzig Minuten vereinbart. Die teilnehmenden Experten erhielten zur Vorbereitung auf den Gesprächstermin den im Vorfeld ausgearbeiteten Fragebogen in Kurzform (siehe Kapitel 16.1). Unklarheiten bzw. Rückfragen (sofern nicht im Gespräch beantwortet) wurden kurz

<sup>59</sup> Mittlerweile ist IP\_07 seit Dezember 2014 Juniorprofessor an der FU Berlin.

<sup>60</sup> Aufgrund der Wahrung der Anonymität konnten bei einigen Personen die Angaben der jeweiligen Funktion nicht ausgefüllt werden, da aufgrund dieser Angabe ein Teil der Identitäten aufgedeckt worden wären. Bei den Mitarbeitern der Körperschaften des öffentlichen Rechts, des Ministeriums sowie der Verbände wurde ausdrücklich darauf geachtet, dass die Befragten mit dem zu betrachteten Forschungsfeld – der sektorenübergreifenden Versorgung – vertraut sind. Teilweise besaßen interviewte Personen Doppelfunktionen, z.B. in der wissenschaftlichen Lehre tätig und/oder für einen Verband bzw. eine bestimmte Institution befugt zu sprechen oder bei einem Leistungserbringer angestellt.

nach der Begrüßung besprochen. Die Aufzeichnung der einzelnen Gespräche erfolgte anschließend mit einem Tonband. Im Vorfeld sowie zu Beginn des Interviews wurde Vertraulichkeit zugesagt. Zwei Experten (IP\_04 und IP\_15) erlaubten im persönlichen Gespräch die Nutzung der Tonbandaufzeichnung nicht, sodass ihre Antworten nicht wörtlich in diese Ausarbeitung eingehen können. Bei beiden Terminen wurde im Anschluss ein ‚Gedächtnisprotokoll‘ (Mey/Mruck 2010: 431) erstellt, sodass die Aussagen in das Versorgungskonzept mit einfließen konnten. Die Interviews wurden im beruflichen Rahmen der einzelnen interviewten Personen in deren persönlichen Büroräumlichkeiten durchgeführt. Hierbei ergaben sich je nach Redefluss der interviewten Personen unterschiedliche Längen der Gespräche. Die Palette reichte dabei von mindestens vierzig bis maximal siebzig Minuten. Im Mittel dauerten die Interviews etwa einundfünfzig Minuten. Inhaltlich wurden im Hinblick auf Diffusionswiderstände (sektorenübergreifender) Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen sieben zentrale Themenbereiche identifiziert und eingehend reflektiert sowie potenzielle Lösungsmöglichkeiten ausfindig gemacht:

- Ausgangslage sektorenübergreifender Versorgungsformen;
- Hemmnisse der Diffusion;
- Finanzierungsmodelle;
- Diffusionsanreize;
- Die ‚neue Rolle(n)‘ von Kommunen und Wirtschaft;
- Alternativen sektorenübergreifender Versorgungsformen;
- Vernetzte Versorgung.

Die aufgezeichneten Texte sind immer eine Reduktion der Wirklichkeit und zeigen niemals das ganze Bild der vorhandenen Situation (Dresing/Pehl 2010: 724). Alle Fragen wurden frei und ohne sozialen Druck beantwortet, ohne mögliche Kontextinhalte miteinzuschließen (Dresing/Pehl 2010: 725). Im Anschluss an die Transkription der Experteninterviews erfolgten im ersten Quartal 2015 – im Rahmen der Fallstudien – telefonische Befragungen. Diese Interviews hatten einen deutlich kürzeren zeitlichen Horizont und haben sich jeweils in einem Rahmen von zehn bis dreißig Minuten bewegt. Für die Telefoninterviews wurde ein eigener Leitfaden (siehe Kapitel 16.2) entwickelt, welcher je nach Wunsch der interviewten Personen, diesen im Vorfeld zugeschickt worden ist. Insgesamt umfasst der Fragebogen (inklusive der Frage zur Person bzw. Organisation der Experten) zehn Fragen. Die während des telefonischen Interviews erfolgten Stichworte wurden direkt im Anschluss an das jeweilige Telefonat zu einem Gedächtnisprotokoll zusammengefasst, logisch strukturiert und den jeweiligen Fragekomplexen zugeordnet. Im Rahmen dieser Ausarbeitung erfolgten insgesamt vier Fallstudien.

## 10.2. Fallstudien

Auf Grundlage der zahlreichen Erkenntnisse und Aussagen der Interviews fiel die Wahl anschließend auf das Erhebungsinstrument der ‚Fallstudie‘<sup>61</sup> nach Flick, da dies bestmöglich zur Klärung der Fragestellung beitragen kann. Fallstudien dienen dabei als „genaue Beschreibung oder Rekonstruktion eines Falls“ (Flick 2005: 253). Sie sind ein „komplexer und hinsichtlich der Wahl der Datenerhebungsmethoden offener Forschungsansatz“ (Borchhardt/Göthlich 2006: 37). In einem ersten Schritt wurden anhand von im Vorfeld aufgestellten Kriterien die zu untersuchenden Fälle identifiziert. Hierbei wurde ein theoriegeleitetes, methodisches Verfahren ausgewählt. Insgesamt umfasst der Analyseschritt sechs Kategorien. Es wird deutlich gezeigt, welche Organisationen, Akteure, ‚Organe‘ und/oder Sachverhalte zu dem jeweiligen Fall gehören, um sie von den anderen abzugrenzen. Es ist wichtig kooperative Strukturen sowie den Einsatz innovativer Möglichkeiten darzustellen. Anschließend werden Evaluations- sowie Analyseergebnisse betrachtet. Im fünften Punkt der schriftlichen Ausarbeitung werden die einzelnen Fallstudien im Rahmen einer ‚Stärken-Schwächen-Analyse‘ (SWOT-Analyse<sup>62</sup>) genauer untersucht und anhand Rogers attributes of innovations beschrieben (siehe Kapitel 8.3). Neben zahlreichen (wissenschaftlichen) Veröffentlichungen erfolgten telefonische Interviews<sup>63</sup>. Darüber hinaus wurden bei zwei Fallstudien (siehe Kapitel 12.3 und 12.4) Beobachtungen sowie Protokolle und Notizen des BMBF-Projekts StrateG!N<sup>64</sup> genutzt. Durch den Einsatz dieser qualitativen Methoden wird ein besseres Verständnis und Abbild der sozialen Wirklichkeit der beteiligten Organisationen sowie der dazugehörigen Personen gegenüber standardisierten Analysen geschaffen (Borchard/Göthlich 2009: 34–38). Abschließend wird festgehalten, ohne den Anspruch auf Repräsentativität zu erheben, für welche Aspekte der Forschungsfrage die jeweilige Fallstudie exemplarisch steht und welche Schlussfolgerungen dadurch abgeleitet werden können (Flick 2005: 253, 254). Die strukturierte Aufbereitung und Auswertung der empirischen Erkenntnisse hat in der Erstellung eines Konzeptvorschlags (siehe Kapitel 13.) zum Abbau von Diffusionswiderständen Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen und zum Aufbau sektorenübergreifender Vernetzungsaktivitäten geführt.

---

<sup>61</sup> Als Fallstudie versteht man die explorative Erforschung bestimmter Akteurskonstellationen bzw. -kombinationen sowie zu untersuchende Sachverhalte im Rahmen einer schriftlichen Ausarbeitung. Bohnsack et al. 2011 und Flick 2011 setzen sich intensiv mit dieser Thematik auseinander.

<sup>62</sup> Bei der **SWOT**-Analyse (analysis of strengths, weaknesses, oportunities and threats) handelt es sich um ein Analyse-Instrument, das in der Unternehmenspraxis verbreitet ist, um Umweltanalysen durchzuführen und Chancen bzw. Risiken einzuschätzen (Homburg 2000: 134).

<sup>63</sup> Bei den telefonischen Interviews wurden einzelne Personen der jeweiligen Projekte kontaktiert. Sofern eine Managementgesellschaft bestand, wurden sofern möglich, die jeweiligen Geschäftsführer befragt. Die telefonischen Angaben wurden durch Dokumente, die die interviewten Personen zur Verfügung gestellt haben, unterstützt.

<sup>64</sup> Der Verfasser dieser Ausarbeitung war von Dezember 2012 bis April 2015 als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt StrateG!N tätig. Nähere Informationen hierzu befinden sich unter: [www.gesundheitsversorgung-suedwestfalen.de](http://www.gesundheitsversorgung-suedwestfalen.de).

### *10.3. Aufbereitung und Auswertung*

Vierzehn der sechszehn Interviews wurden mit Einwilligung der interviewten Personen aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss aufbereitet (siehe Kapitel 16.3). Für alle Experteninterviews liegen wörtliche Transkripte vor, übertragen in die Standardorthografie der deutschen Sprache (Mayring 2002: 91). Dies erfolgte computergestützt mit dem Programm ‚Express Scribe‘. Das Tonmaterial ermöglicht die Wiedergabe „authentische[r] und präziser[r] Interakte“ (Witzel 2000: 5), die für die weitere Analyse genutzt wurden. Mögliche Dialekte der befragten Experten sowie die individuelle Phonetik sind durch die Verschriftlichung verloren gegangen. Für die Untersuchung der Forschungsfrage können diese beiden Aspekte jedoch vernachlässigt werden, da die inhaltliche Ebene der Aussagen im Fokus stehen soll (Mayring 2002: 91). Die Überführung der Daten in Textmaterial ermöglicht die Auswahl von Schlüsselpassagen auf Basis des durch die Literaturanalyse aufgestellten Leitfadens mit hermeneutischen Deutungsverfahren (Noack 2015: 127). Die transkribierten leitfadengestützten Experteninterviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse<sup>65</sup> nach Mayring untersucht. Diese versucht systematisch, regel- und theoriegeleitet eine Art der Kommunikation zu analysieren, mit dem Ziel Rückschlüsse zu ziehen (Mayring 2008: 13). Sie „will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring 2002: 114). Der aufgestellte Interviewleitfaden diente dabei als Grundschema für das Kategoriensystem. Die Einteilung erfolgte infolge eines deduktiven Prozesses. Inhaltlich ähnliche Aussagen oder Ansichten wurden zusammengefasst und bei Abgrenzungsschwierigkeiten feste Regeln formuliert, um eine exakte Zuordnung ermöglichen zu können. Infolge der Aufstellung von Regeln wurden diverse Kategorien (‚Codes‘) zusammengelegt, gelöscht bzw. neue Kategorien aufgestellt. Diese wurden abschließend noch in Gruppen eingeteilt. Am Ende ist ein Leitfaden der Kodierung entstanden, der eine Filterfunktion aufweist, um bedeutende Textstellen für die anschließende Analyse kenntlich zu machen (Mayring 2002: 118–121). Dieser Prozess erfolgte computergestützt. Hierfür wurde die Softwarelösung ‚MAXQDA‘ in der 10. Version verwendet. Die qualitativen Ergebnisse werden als Textstellen (Interviewzitate) im Fließtext wiedergegeben (siehe Kapitel 11.). Die Auswahl orientierte sich daran, inwieweit das mehrheitliche Meinungsbild wiedergegeben werden konnte. Im nachfolgenden Kapitel werden in einem zweiten Schritt die Analyseergebnisse der Interviews explizit vorgestellt.

---

<sup>65</sup> Mayring 2002 und 2010 beschäftigt sich ausgiebig mit der Thematik der qualitativen Inhaltsanalyse.

## 11. Auswertung der Untersuchungsergebnisse

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Auswertung der Experteninterviews sowie zahlreicher weiterer ausgewählter Dokumente. Grundlage hierfür bilden dabei stets die aufgrund der Literaturanalyse durchgeführten Erkenntnisse. Daran anschließend werden anhand der Schlussfolgerungen der Experteninterviews Fallstudien ausgewählt, die Bausteine innovativer Versorgungsmodelle aufzeigen (siehe Kapitel 12.). Aufbauend auf den theoretischen Vorarbeiten wird im dreizehnten Kapitel das Konzept der Vernetzten Versorgung aufgeführt, das insbesondere als Zukunftsmodell für ländliche Regionen dienen kann. Inhaltlich befassten sich die Interviews schwerpunktmäßig mit sieben Themenbereichen:

- Ausgangslage sektorenübergreifender Versorgungsformen;
- Alternativen für eine sektorenübergreifende Versorgung;
- Diffusionshindernisse Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen;
- Diffusionsanreize;
- Finanzierungsformen;
- Die neue(n) Rolle(n) von Kommunen;
- Das Konzept der Vernetzten Versorgung.

### *11.1. Ausgangslage sektorenübergreifender Versorgungsformen in Deutschland*

Die einzelnen Experten bilden ein großes Spektrum der Versorgungslandschaft ab und haben in den einzelnen Gesprächen in einem ersten Schritt die Ist-Situation besonderer (sektorenübergreifender) Versorgungsformen in der Bundesrepublik Deutschland analysiert. Zuallererst einmal bleibt festzuhalten, dass derartig innovative Versorgungsformen auch im Jahr 2015 noch zu einer kleinen Minderheit gehören. Dieses Nischendasein resultiert aus einer Vielzahl an Diffusionshindernissen sowie historisch gewachsenen Gegebenheiten (siehe Kapitel 11.2). Auch zukünftig gehen viele Experten nicht von einer starken Zunahme sektorenübergreifender Versorgungsformen aus. „Ich glaube, sie werden eher so eine Seitwärtsbewegung haben. Wir werden einen qualitativen Fortschritt haben, d.h. wir kommen weg von sehr einfachen Verträgen mit Hüften oder sonst was hin zu komplexeren Verträgen, allerdings nicht unbedingt populationsbasiert“ (Interview 09 Zeilen 56–58). Besonders deutlich wird das geringe Ausmaß, im Vergleich von Relation und Abrechnungsvolumen sektorenübergreifender Einzelverträge mit der Regelversorgung. „Selektivverträge werden momentan aktuell vielleicht bei so 5–7 % Umsatz liegen im Gesamtkuchen. Ich würd mir wünschen, dass der Anteil deutlich größer wird“ (Interview 07 Zeilen 548–549). Das Gremium der befragten Experten sieht auch ganz klar die Bevölkerung stärker in der Pflicht. „Und aus so ner Gemengelage heraus gibt es meines Erachtens wenn man so schön sagt, da ist zu wenig Druck auf dem Kessel. Zu wenig im Moment Druck von der politischen, von der ökonomischen, insbesondere von der Patientenseite, die

das massiv vom System fordert, dass es gar keine Ausweichmöglichkeiten gibt, sondern tatsächlich zu diesen veränderten Koordinationsstrukturen kommen muss“ (Interview 06 Zeilen 119–123). Eine Ausweitung der Vernetzungsaktivitäten im Gesundheitswesen wird grundsätzlich von den befragten Personen begrüßt. Zurzeit verweisen Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer und Verwaltungen darauf, dass die jeweils anderen Verhandlungspartner den Prozess verlangsamten und bestimmte gesetzliche sowie finanzielle Voraussetzungen eine weitere Verbreitung blockierten. Um aus diesem ‚Teufelskreis‘ der andauernden Beschuldigungen auszubrechen müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein bzw. zahlreiche Gegebenheiten angepasst werden. Die Expertengruppe stellt eine Reihe von zwingendnotwendigen Angaben (Voraussetzungen) auf, damit eine gute Kooperation erreicht wird.

Sie stellt fest, dass es unausweichlich sei, dass Versorgungsverbände eine gemeinsame Denkweise entwickeln müssen. „Ich glaube, dass es für eine Vernetzte Versorgung auch ganz wichtig ist, dass sich die Leistungserbringer auch auf eine gemeinsame Vorstellung einigen, wie sie eigentlich den Patienten präventiv oder akut versorgen wollen. Also da muss es wahrscheinlich sowas geben wie Leitlinien, wie ne Abstimmung der richtigen oder der als richtig empfundenen medizinischen Versorgung. Also auch der Koordination dieser Vorschläge der einzelnen Leistungserbringer. Da reicht die rein technische Übertragung von Dateninhalten eben nicht aus“ (Interview 06 Zeilen 99–105). Dabei sind insbesondere die jeweiligen Zuständigkeiten klar zu definieren. Wichtig ist, dass fest geregelt ist, wer was bis wann wie zu erledigen hat. Die Akteure in einem Gesundheitsnetz brauchen somit eine klare Rechts-, Arbeits- und Planungssicherheit. Resultierend aus einem ausgeprägten Gefühl der Sicherheit kann anschließend eine gemeinsame Vision erarbeitet werden. „Bei sektorübergreifender Versorgung müssten sektorenübergreifende gemeinsame Ziele sein“ (Interview 13 Zeile 44). Diese Ziele dienen als Kernelement der alltäglichen Zusammenarbeit. „Es müssten tatsächlich gelebte Kooperationen stattfinden. Dazu gehört die Sektorengrenzen überwindende Kooperation“ (Interview 13 Zeilen 44–46). Die gemeinsame Zusammenarbeit und gut ausgebaute Kooperationen entstehen jedoch nicht von alleine. Sie müssen ständig gepflegt und zusätzlich vom Gesetzgeber gefördert werden. Hierbei muss immer das Oberziel sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen, die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung, im Mittelpunkt stehen. „Das beinhaltet die Vernetzte Versorgung. Aber Startpunkt muss jetzt nicht sein, dass ich sektorenübergreifend was mache, sondern Startpunkt muss sein: Der Patient ist jetzt im Mittelpunkt und deswegen muss ich sektorenübergreifend was anbieten“ (Interview 15 Zeilen 514–516).

Sektorenübergreifende Kooperationen bedürfen, neben einer guten Netz-Infrastruktur, klaren Zielen und anderen wirtschaftlichen Gegebenheiten, der nötigen Ausstattung mit personellen Ressourcen. Für ein gut arbeitendes sektorenübergreifendes Netzwerk sind vor allem verschiedene



Akteure der Gesundheitsversorgung zwingend erforderlich. „Ja also ich denke mal ne Voraussetzung wenn man mal wirklich frei denken darf, ist, dass man eine ja ne breite Menge an Leistungserbringern hinter sich bekommt. Also die, vor allem die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser, die anderen werden sich dann mehr oder weniger daran andocken“ (Interview 15 Zeilen 42–45). Hierbei gilt es vor allem die ‚wichtigsten‘ Player in der jeweiligen Region gleich von Beginn an miteinzubeziehen. Insbesondere, wenn man sich auf die Bedürfnisse und Bedarfe einer älter werdenden Gesellschaft einstellen will. In den Gesprächen wurde von den interviewten Personen vor allem die Bedeutung der ambulanten Ärzteschaft hervorgehoben. „Das Wichtigste sind dann in dieser Integration an der Stelle die Hausärzte“ (Interview 16 Zeile 92). „Ich denke einfach mal, dass der Hausarzt als Akteur wichtig ist für eine Integrierte Versorgung, zumindest, wenn sie sich auf [...] chronische Erkrankungen bezieht“ (Interview 01 Zeilen 53–54). Selbstverständlich muss das ambulante medizinische Spektrum um weitere Bereiche und Sektoren der Gesundheitsversorgung sukzessive erweitert werden. „Also [...] Pflege und Rehabilitation gehören dazu in einer älter werdenden Gesellschaft. Sowieso haben wir die Schnittstellen ganz verstärkt zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten, die Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt auch“ (Interview 10 Zeilen 73–76). Kooperation und Vernetzung können nun in zweierlei versorgungspolitischen Ansätzen erfolgen. Entweder übergibt man die Versorgungsverantwortung für eine gesamte Population an eine Providergesellschaft oder man versorgt indikationsbasierend. Das Expertengremium plädiert mehrheitlich für populationsbezogene Versorgungslösungen und weist gleichzeitig auf zahlreiche damit verbundene Hindernisse sowie die Herausforderung der Etablierung eines solchen Systems hin. „Ja also, wir haben ja die zwei, ne populationsbezogen versus ja indikationsbezogen. Ich sag mal so, also ich find auch die populationsbezogenen besser, aber sehe da auch die Schwierigkeit, dass man da nen guten Wettbewerb hinkommt“ (Interview 15 Zeilen 437–439). „Die bisherigen IV-Verträge waren immer so kleine Nischenverträge für eine geringe Population, bei einer bestimmten Indikation das war vielleicht der Einstieg in die Diskussion aber nicht der Durchbruch“ (Interview 10 Zeilen 51–53). Populationsbezogene Versorgung ist stets mit der Errichtung einer ausreichenden Versorgungsinfrastruktur und somit mit größeren Investitionen verbunden. Die Experten sehen darüber hinaus gerade in Bezug auf einen ausgeprägten Wettbewerb starke Einschränkungen und Verzerrungen. „Wir haben ne Region und schreiben die Versorgung für die gesamte Region aus. Jetzt kommen nen paar und sagen ich mach’s für 80 Mio. der andere 82 Mio. bei der und der Qualität und einer kriegt den Zuschlag. Und nach fünf Jahren ist es ausgelaufen und andere bekommen den Zuschlag. Baut der dann neue Krankenhäuser und reißt die alten ab? Das geht ja eigentlich nicht. Wir können ja nicht im Prinzip, also [...], wenn ich Medikamente zuliefer, da liefere ich zu ja, da hab ich

meine Fabrik und liefere weltweit und da gibt es einen der kauft das. Nach fünf Jahren macht der Stopp und kauft beim anderen, da gehen die Ströme anders. Aber hier reden wir über eine gesamte Infrastruktur, die können sie nicht immer so neu ausschreiben. Und deshalb ist dieses populationsbezogen so nen bisschen mit dem Wettbewerb schwierig“ (Interview 15 Zeilen 441–449). In vielen ländlichen Gebieten gerät der Wettbewerb im Gesundheitswesen zwischen den Leistungserbringern jedoch mangels Alternativen in den Hintergrund<sup>66</sup>. Zum Teil ist die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Gefahr. Größtenteils sind Leistungserbringer in diesen Gebieten eher bereit mit anderen Bereichen zu kooperieren. In diesen Gegenden sollten sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke gegründet werden. Hierzu müssen notwendige Investitionen getätigt werden.

In vielen ländlichen Regionen wird zukünftig, aufgrund einer immer geringer werdenden Anzahl an Akteuren der Gesundheitsversorgung, insbesondere von Haus- und Fachärzten, kein funktionierender Wettbewerb der einzelnen Leistungserbringer stattfinden. Nur durch ein koordiniertes Zusammenspiel (siehe Kapitel 11.7) ist zukünftig in vielen Gebieten die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Hierbei gilt es vor allem Partikularinteressen, Befindlichkeiten und Eitelkeiten hinter sich zu lassen. Die befragten Experten nehmen diesbezüglich positive Grundstimmungen im Gesamtmarkt auf. Insbesondere wirtschaftlicher und vor allem versorgungsrelevanter ‚Druck‘ dienen dabei als Schlüsselimpulse. „Also da, wo die Versorgung wirklich gefährdet ist, sind die Protagonisten auch bereit über die Schnittstellen hinweg sich zusammenzuschließen. Da, wo das nicht der Fall ist, in den Ballungszentren, herrscht nach wie vor Konkurrenz, Abschottung und darüber hinaus gibt’s dann noch auf der Bundesebene die institutionellen Interessen“ (Interview 13 Zeilen 191–195). „Ich erwarte, dass insbesondere [...] ein Versorgungsengpass, eine Notsituation regional allerdings eher dazu geeignet ist, dann solche Versorgungsformen zu fördern, weil, wenn das etablierte, gegliederte System an seine Grenzen stößt, die Motivation steigt andere Formen anzustreben“ (Interview 12 Zeilen 38–40). Es wird mehr und mehr zu einer Zersplitterung – einem Nebeneinanderexistieren – zwischen Regelversorgung und besonderen Versorgungsformen, insbesondere in städtischen Regionen und Ballungszentren, mit einer vergleichsweise hohen Leistungserbringerdichte, kommen. „Ich glaube eher, dass es in Flächenkreisen beginnen kann und auch da, dass es sich insbesondere auf Kommunen, in denen die Versorgung defizitär ist, bezieht. Das erleben wir ja auch schon aktuell, wenn es beispielsweise um die hausärztliche Versorgung geht. Da gibt’s ja schon erkennbare faktische Defizite. Da gibt es Bemühungen und konkrete Aktionen sowohl der Kommunen, als auch der KVn als auch des Landes,

---

<sup>66</sup> In ländlichen Gebieten könnte ein Wettbewerb im Rahmen eines Benchmarking gegenüber vergleichbaren Regionen erfolgen (Deutscher Bundestag 2012: 227).

um an der einen oder anderen Stelle, wo das Defizit auch dagegenzusteuern und da auf einem solchen gemeinsamen Problemlösungen heraus kann man sich das auch dann besser vorstellen“ (Interview 12 Zeilen 208–215). „Deswegen ja auch meine Auffassung, wenn vor Ort der Druck hoch genug ist, dann kann es zu solchen Vereinbarungen, Lösungen kommen. Solange alle im etablierten System sich einrichten und existieren können [...], ist der Impuls zu gering“ (Interview 12 Zeilen 119–121). Die Experten nehmen des Weiteren an, dass das System durch gezielte Anreize schlussendlich dann auch eigenverantwortlich Versorgungslücken schließen kann. „Also ich glaube schon, wenn die Rahmenbedingungen vom [...] Gesetzgeber gestaltet sind, dass die Leitplanken da sind, dann sollte man das der Selbstverwaltung an der Stelle überlassen“ (Interview 07 Zeilen 215–217). „Ich baue dann eher auf die auf wirtschaftliche [...] Lust der Menschen und auch der Institutionen wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Und wenn man diesen Playern, grade den Leistungserbringern, aber auch teilweise den Kostenträgern diese Anreize überlässt und richtig setzt und auf Dämlichkeiten verzichtet seitens der Politik, dann entwickelt sich das schon“ (Interview 02 Zeilen 118–121). Hierdurch könnten zahlreiche Synergien gefördert und Prozesse erleichtert werden. Darüber hinaus müssen neben den Anreizsystemen auch andere Voraussetzungen gegeben sein (siehe u.a. Kapitel 11.3 und 11.4). „Dann [...] ist es eine wichtige Voraussetzung, dass man Krankenkassen hat, die also möglichst 30 % oder mehr der Versicherten, die so in diesen Arztpraxen auflaufen, hat, weil damit der Arzt sein Paradigma verändert und seine Abläufe bereit ist zu verändern“ (Interview 16 Zeilen 101–103). „Den Krankenkassen kommt beim Aufbau neuer und speziell integrierter Versorgungsformen eine zentrale Rolle zu, da sie als Finanzierer sämtliche Leistungserbringer kennen und aus der Versorgungssituation ihrer Versicherten die geeigneten Felder für integrierte Versorgungskonzepte ablesen können bzw. sollten“ (Ernst 2008: 147). „Das führt auch dann zur nächsten Anforderung Langfristigkeit“ (Interview 16 Zeilen 124-125). Gerade in diesem Bereich besitzt das Gesundheitswesen einen enormen Nachholbedarf. Das Budgetdenken der einzelnen Kostenträger ist in diesem Zuge stark investitionshemmend. „Wenn ich in einer Region etwas aufbauen will, dann habe ich zunächst eine Investition. Der Return on Investment kommt bei solchen Projekten nach ungefähr fünf Jahren“ (Interview 13 Zeilen 111–113). Was in der Wirtschaft völlig normal ist, ein Projekt oder eine Anschaffung auf Kredit vorzufinanzieren, ist Krankenkassen nicht möglich (Mehl/Weiß 2012: 474). Aus diesem Grund benötigt der Aufbau von Versorgungsnetzwerken eine deutlich längere Zeitspanne als heute üblich. Hierbei sind bestimmte Voraussetzungen notwendig.

Neben zeitlichen und finanziellen Gegebenheiten müssen vor allem auch rechtliche und bürokratische Formalitäten sowie versorgungsrelevante Grundlagen vorliegen. Aufgrund dieser Planungssicherheit entstehen Wachstum und Innovationsbereitschaft. „Voraussetzung, der Nutzen der produziert wird, muss auch in irgendeiner Form vertraglich gesichert wiederum bei der Organisation

ankommen, die das übernimmt und organisiert, sonst wird sie nicht investieren, sonst wird sie sich nicht auf eine sozusagen, auf das unternehmerische Ergebnis, nämlich Gesundheitsnutzen produzieren, ausrichten, sondern sie wird sich ausrichten auf das, was ich eine Art Projektfinanzierung“ (Interview 16 Zeile 106–110) nenne. Sobald dann zu einem bestimmten Zeitpunkt die jeweils gewährten (finanziellen) Anreize wegfallen, rechnen sich zahlreiche Netzwerke nicht mehr und lösen sich auf. Investitionen sollten des Weiteren dabei auch vor allem im Rahmen einer technischen Vernetzung sowie der sicheren Datenübermittlung getätigt werden. Es bedarf dabei klarer Rahmenvorgaben und versorgungsrelevanter Grundlagen, um langfristig investieren zu können. „Wenn wir uns anschauen, also eigentlich wo immer wir heute Schnittstellenprobleme haben, werden wir nicht alle Schnittstellenprobleme über eine elektronische Vernetzung lösen, aber wir werden uns, glaub ich, schon mal sehr viel leichter tun“ (Interview 05 Zeilen 184–186). EDV-Lösungen und Austauschplattformen helfen dabei versorgungsrelevante Prozesse zu verbessern sowie Wartezeiten für die Patienten zu verkürzen. Eine technische Unterstützung ermöglicht ebenfalls ein strukturiertes Reporting, ein standardisiertes Evaluationsverfahren sowie zahlreiche weitere Auswertungsmöglichkeiten. In diesem Bereich identifizieren die Experten große Rückstände im deutschen Gesundheitswesen. In keinem anderen Industrieland werden so wenige Gesundheitsdaten ausgewertet wie in der Bundesrepublik Deutschland. Gleichwohl zahlreiche Probleme und Hindernisse schon seit vielen Jahren bekannt sind, kommt jedoch nur schwerlich Bewegung in die historisch gewachsenen, starren Strukturen des Gesundheitswesens. Der Expertenkreis führt dies auf eine gewisse Trägheit vieler Leistungserbringer zurück. „Also völlig an den modernen Möglichkeiten haben die sich entkoppelt. Weil das einfach so ein Tante-Emma-Laden ist, der funktioniert [...]. Da ist ja auch nicht unbedingt der Druck da besser zu werden. Die Wartezimmer sind ja oftmals voll. Also es läuft irgendwie und da besteht kein Druck und Datenaustausch ist auch keine Standardisierung da“ (Interview 15 Zeilen 265–2268). „Der Druck im System [...] ist noch nicht hoch genug“ (Interview 12 Zeilen 415-416). Hierbei kann es selbstverständlich nicht von heute auf morgen zu einem Radikalumbau der bestehenden Organisationseinheiten und Rahmenbedingungen sowie Denkweisen kommen. Die Interviewten glauben, „dass es durch eine Akkumulation der kleinen Schritte sowie eine Erhöhung des Drucks es in einer mittelfristigen Perspektive tatsächlich zur Überwindung dieser Strukturen“ (Interview 06 Zeilen 139–140) kommen kann. Leuchtturmprojekte der Vernetzung im Gesundheitswesen befinden sich schon heute eher in Regionen mit einer vergleichsweise geringen Infrastruktur, bestimmten topografischen Gegebenheiten sowie eher geringen Wettbewerbsparametern der einzelnen Leistungserbringer untereinander. „Und deswegen werden die ländlichen Gebiete naturgemäß aufgrund ihrer schwachen Zukunftsaussicht diejenigen sein, die zuerst von diesen neuen Möglichkeiten profitieren werden“ (Interview 15 Zeile 293–295). Eine hochwertige

Gesundheitsversorgung kann dabei zunehmend als Standortfaktor angesehen werden. Der Aufbau von Versorgungsnetzwerken wird ein großes Maß an zusätzlichem Kapital benötigen, sodass bei der Konzeption innovativer Organisationsmodelle im Vorfeld stets sämtliche Optionen geprüft werden sollten. Da dieses Vorhaben mit erheblichen Diffusionswiderständen verbunden ist, werden in einem nächsten Schritt, um einen genauen Überblick zu erhalten, Alternativen sektorenübergreifender Versorgungsformen angerissen.

### *11.2. Alternativen sektorenübergreifende Versorgung*

Eine sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere in ländlichen Regionen, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung aufrechterhalten zu können, wird von der überwiegenden Mehrzahl der befragten Personen als zwingend notwendig angesehen. In Teilbereichen Deutschlands erscheint die Regelversorgung und damit verbunden die etablierten Berufsbilder sowie Verhaltensweisen schon heute an ihre Grenzen zu stoßen. „Mancher Vertreter, der irgendwie hier in Berlin sitzt und immer [...] die Lanze bricht für den niedergelassenen Arzt in seiner Einzelpraxis auf dem Land und sorry den wird's so in der Form in Zukunft also maximal noch in der Minderheit geben wird, wenn überhaupt. Also das finde ich irgendwie einfach albern, das nur noch ja, das einfach so zu propagieren“ (Interview 05 Zeilen 81–84). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hält aufgrund dieser Entwicklungen fest, „dass im deutschen Gesundheitswesen eine bessere Koordination beim Zugang der Versorgung ebenso notwendig ist wie eine Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung“ (Deutscher Bundestag 2009: 491). Alternativen hierzu könnten weitere Restriktionen im Gesundheitskatalog, eine Privatisierung des Gesamtsystems, systemische Änderungen (private Zusatzversicherungen, höhere Eigenanteile, usw.) oder andere Reformen (z.B. eine Bürgerversicherung<sup>67</sup>) sein. Die befragten Experten besitzen gegenüber diesen Alternativvorschlägen klare Positionen. „Also sind für mich alles [...] keine echten Alternativen, weil das System komplett zu privatisieren würd glaub ich nicht funktionieren, den Leistungskatalog zu kürzen halte ich für auch nicht für durchsetzbar“ (Interview 06 Zeile 419–421). Insbesondere das Zusammenschmelzen des Leistungskatalogs der GKV wird von der Expertengruppe als politischer Harakiri angesehen und ist somit als eher unwahrscheinliches Szenario einzuordnen. Eine sektorenübergreifende Versorgung erscheint dabei aufgrund des demografischen Wandels alternativlos. Die weitere Vernetzung erscheint somit aus dem Mangel an Alternativen der einzig logische Schritt zu sein. „Also es gibt keine, aus meiner Sicht keine Alternative zu einer Vernetzung“ (Interview 13 Zeilen 262–263). „Dass man nicht sehr kurzfristig mit Veränderungen rechnen kann und deshalb es ist ja ein, deshalb gibt es aus meiner Sicht auch keinen andern Weg, der

---

<sup>67</sup> Weitere Informationen siehe u.a. FES 2009: 4-5.

an einer stärkeren Integration sektorenübergreifenden Versorgung vorbei geht“ (Interview 12 Zeilen 268–271). Die interviewten Experten argumentieren dabei insbesondere aus dem Sichtfeld der betroffenen Personen. „Also wenn wir, wenn wir irgendwie ernst meinen, mit diesem ständigen Slogan, der Patient muss im Mittelpunkt stehen, dann ist sektorenübergreifende Versorgung frei nach Angela Merkel alternativlos“ (Interview 05 Zeilen 227–229). „Na ja Sektoren, also ich meine es ist sicherlich auch aus Sicht der Patienten, wenn man [...] eine optimale Versorgung von Patienten will, dann ist eine sektorenübergreifende Versorgung sicherlich ohne Alternative. Egal wie man die dann ausgestaltet“ (Interview 01 Zeilen 283–285). Eine Vernetzung der einzelnen Versorgungssektoren wird dabei in bestimmten Gebieten zukünftig an der Tagesordnung, als ‚Regelversorgung‘ für die gesetzlich Versicherten vorhanden sein. Leuchtturmprojekte in ländlichen Regionen, z.B. im Kinzigtal, zeigen schon heute, dass Gesundheitsnetzwerke auch in der Realität funktionieren können und neben einer Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung, sogar noch zusätzlich Kosten einsparen können. Der Expertenkreis differenziert den Wirkungsgrad sowie die Durchsetzungsfähigkeit vernetzter Versorgungsstrukturen. „Zunächst mal die klare Aussage, im Ländlichen gibt es aus meiner Sicht keine Alternativen. Da müssen alle ihre Ressourcen bündeln, damit man die Fixkosten abdeckt. In den Ballungsgebieten wird’s schon Alternativen geben, ob ich die gut finde, also eine Alternative ist einfach Status quo mit kleineren Anpassungen. Aber da wird’s wahrscheinlich durchaus noch lange möglich sein, die bisherigen Strukturen in Zukunft so fortzuschreiben. Weil einfach auch die Bevölkerung wieder in die Städte zuwandert vom Land und damit füllt sie auch die Infrastruktur“ (Interview 15 Zeilen 316–321). Veränderungen „die werden wir früher oder später in der Regelversorgung bekommen müssen, weil alleine durch den Arztmangel, wo der Gesetzgeber jetzt schon drüber nachdenkt für die ambulante Versorgung die Krankenhäuser zu öffnen. Was Pflege angeht, auch da werden wir irgendwann in den Pflegenotstand hineinlaufen. (...) wir werden gezwungen sein irgendwann nur noch über solche Selektivmodelle nachzudenken, gar keine Frage. Und wahrscheinlich wird das dann irgendwann die Regelversorgung sein“ (Interview 07 Zeilen 388–393). Hierzu erwarten die Leistungserbringer klare Impulse vonseiten des Gesetzgebers, da eine Vielzahl von gesetzlichen Änderungen vonnöten ist. Für die vergangenen Jahre bescheinigen die befragten Experten den handelnden Personen in Berlin eher inkonsistentes Handeln.

Die Interviewten bescheinigen der gesundheitspolitischen Gesetzgebung eine durchwachsene bis schlechte Leistung in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten. Bemängelt werden das Fehlen klarer Rahmenbedingungen, einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Zielvorstellung und konsequentes Handeln. „Das ist nen ganz klares Defizit. Die Politik insgesamt und es gilt auch für die Gesundheitspolitik, ist viel zu kurzfristig orientiert. Also wenn man Glück hat bis zum Ende der Legislaturperiode, aber es fehlen die langfristigen Konzepte und bei jedem Regierungswechsel kommt

es auch wieder zu Veränderungen“ (Interview 13 Zeilen 553–556). „Die große Koalition ist ja im Grunde so ne parteiübergreifende Vision, die auch immer auf jeden Fall ne Politik parteiübergreifende. Ich sehe zurzeit auch gar nicht mehr die großen Unterschiede, selbst zu den Grünen nicht“ (Interview 09 Zeilen 502–504). „Ich glaube [...], dass die Parteien schon ähnliche Vorstellungen haben, dass die gar nicht so weit auseinanderliegen. Auf der anderen Seite setze ich auch sehr stark [...] auf die Kraft der Selbstverwaltung an der Stelle, die nicht nur darauf schielen muss, was der Politiker an Ideen hat, sondern ich setze hier auf die Kernkompetenz der Akteure das sie auch ihr hohes Engagement so formulieren können und auch Vorschläge in die Politik bringen können, wie sich Versorgung in 2050 entwickelt. Ich glaube, dass das in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland ein gutes Instrument war und dass Politik gut beraten ist, hier der Selbstverwaltung auch Aufgaben zu geben und sich die Kernkompetenz auch zu eigen zu machen“ (Interview 10 Zeilen 375–382). Das Expertengremium weist explizit auf die schöpferische und regulative Kraft der Selbstverwaltungsorgane hin. Gesetzlicher Druck oder ein Zwang der Vernetzung wird somit konsequent abgelehnt. „Also von Zwang halte ich eigentlich gar nix“ (Interview 13 Zeile 221). „Ich glaube nicht, dass das Sinn macht, dass man sozusagen sektorenübergreifende Versorgung per Gesetz verordnet, sondern es muss schon [...] auch von den Akteuren vor Ort kommen. Ich glaube, man würde dem Ganzen mehr Gutes tun, wenn man einfach die heutigen Hemmnisse [...] abbauen würde, weil also es gibt unglaublich viele Leute, die schon irgendwo vor Ort sind und da echt tätig und wahnsinnig viel machen und tun und man müsste einfach mal kucken, das denen nicht ständig irgendwie Steine in den Weg geworfen werden und sofern wäre das, glaub ich, das Hilfreichere, klar und da kann man natürlich sagen, da muss der Gesetzgeber kucken das irgendwie, was weiß ich, der G-BA tatsächlich seine Aufträge erfüllt und nicht irgendwie fünf Jahre lang an irgendwelchen Themen rumverhandelt, sondern auch ein Ergebnis macht“ (Interview 05 Zeilen 266–274). „Also ich bin, weil das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ja wirklich noch ein System [...] der Selbstverwaltung, ich bin eigentlich immer gegen bürokratische Einschnitte oder gesetzgeberische Ersatzvorgaben. Weil letztendlich funktioniert auch das nicht dauerhaft“ (Interview 07 Zeilen 213–215). „Ja also mit Zwang, glaub ich, kann man da nicht anfangen“ (Interview 16 Zeile 306). „Ich verstehe die Logik dahinter, aber ich bin halt sehr skeptisch gegenüber allen sozusagen Oktroyierungsversuchen. (...) also ich find das, glaub ich, keine vernünftige Idee“ (Interview 16 Zeilen 416–417). Einig ist man sich, dass auf dem Weg zu einer vollumfassenden sektorenübergreifenden Versorgung noch zahlreiche Hindernisse aus dem Weg zu räumen sind. Im nachfolgenden Kapitel geht die Expertengruppe daher verstärkt auf die größten ‚Baustellen‘ im Zusammenhang mit einer weiteren Verbreitung Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen ein.

### *11.3. Diffusionshindernisse*

Das deutsche Gesundheitswesen weist, aufgrund seiner vielschichtigen und historisch gewachsenen Strukturen, zahlreiche Widerstände auf, die sektorenübergreifende Vernetzungsaktivitäten von einer weiteren Verbreitung abhalten. Bislang sind erst wenige übergreifende, integrierte Versorgungsnetzwerke in Deutschland aktiv. Experteneinschätzungen gehen von deutlich unter 100 Netzwerken bundesweit aus. Die einzelnen Diffusionswiderstände können thematisch in verschiedene Themenfelder eingeteilt werden. Unter anderem können Diffusionshindernisse Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen grob in die Kategorien ‚Strukturen‘, ‚Finanzen‘, ‚Gesetze‘, ‚Aufsichtsregulatorien‘, ‚Technik‘ und ‚Partikular‘- sowie ‚Wettbewerbsinteressen‘ eingeteilt werden. Zum Teil sind die einzelnen Hemmschwellen Kategorien überlappend, ergänzen oder verstärken sich wechselseitig bzw. gegenseitig.

Als eines der größten Diffusionshindernisse sieht das Expertengremium die ‚silohaften‘ Strukturen des Gesundheitswesens an. „Auf das Gesundheitswesen bezogen bedeutet dies, u.a. die Zusammenführung der starren Sektorengrenzen aus ambulanter und stationärer Versorgung“ (Wiegand et al. 2008: 31). Neben unterschiedlichen Finanzierungssystemen und abweichenden Zugangsmöglichkeiten sind die Aufgabenbereiche der einzelnen Sektoren nicht scharf voneinander abgegrenzt (FES 2009: 6, Lungen 2014: 51). Finanzielle Partikularinteressen verhindern das Öfteren ein konstruktives Zusammenspiel zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen. Machtspiele, Eitelkeiten oder Unwissenheit der einzelnen Akteure gegenüber Personen bzw. Organisationen aus anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung erschweren zusätzlich eine kooperative Zusammenarbeit. Aber auch selbst innerhalb der einzelnen Sektoren treten verstärkt Problematiken auf. „Komplett also, auch das SGB V ist ja sozusagen aufgetrennt nach Sektoren, sagen wir mal. Genau das sind für mich einfach aus meiner Sicht ganz zentrale Diffusionswiderstände, die nicht von heute auf morgen aufgelöst werden“ (Interview 05 Zeilen 63–65). Auch die Art und Weise, wie die einzelnen Mediziner ihre Gelder von den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen bekommen, wird vom Expertenkreis kritisch reflektiert. Besonders die Kodierung der einzelnen Diagnosen wird infrage gestellt. „Ja das sind jetzt so ganz viele Einzelschlüsse. Also ich sag jetzt mal so: Ich halte nichts wirklich von der Erfolgs-, also bei der Einzelleistungsvergütung. Da machen die Ärzte alle krank und bei der Erfolgsvergütung machen die alle gesund“ (Interview 01 Zeilen 461–463). Alternative Vergütungsmodelle wie u.a. ‚Pay-for-Performance‘<sup>68</sup> werden in der Versorgungsliteratur als Alternativvorschläge angesehen. Die Experten sehen jedoch insbesondere zwischen dem fünften und

---

<sup>68</sup> „Unter Pay-for-Performance versteht man eine spezielle strategische Form der Vergütung. Pay-for-Performance-Verfahren koppeln die Vergütung von Versorgern im Gesundheitswesen an das von diesen erbrachte, durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau“ (Veit et al. 2012: A 17).



elften Sozialgesetzbuch zahlreiche Problematiken und Dysfunktionen. Es bestehen zahlreiche Schnittstellen „zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, weil es da Verschiebebahnhöfe gibt und z.B. die Krankenversicherung gar kein Interesse an der Verhinderung von Pflege hat, weil man das in die Pflegeversicherung abschieben kann [...]. Und dann müssen andere Anreize geschaffen werden das ist ein dickes Brett“ (Interview 13 Zeilen 296–299). „Also an der Grenzstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung und diesen Dyanreizen für eine sozusagen vernünftige und sinnvolle Rehabilitation und Versorgung, das ist nen echtes Problem im Gesundheitswesen. In der Demenzversorgung kann man das schön erkennen, wie negativ sich das dann niederschlägt“ (Interview 16 Zeilen 274–277). Gleichwohl Kranken- und Pflegekassen bei derselben Organisationseinheit untergebracht sind, kommt es immer wieder zu Fehlkommunikation und schlechten Absprachen zwischen den beiden Einheiten. Als ein möglicher Lösungsvorschlag wird seit vielen Jahren die Zusammenlegung beider gesetzlicher Sozialversicherungsträger debattiert. Hierzu beziehen die befragten Personen klar Stellung. Die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung ist historisch und politisch gewachsen. Ein Zusammenschluss könnte schon heute mögliche Verschiebebahnhöfe der Finanzströme zwischen Pflege- und Krankenkassen obsolet erscheinen lassen. Die neuen Organisationseinheiten könnten sich somit stärker auf die Versorgung der Versicherten konzentrieren. Eine Fusion beider Sozialversicherungszweige ist jedoch mit zahlreichen Herausforderungen und Unwägbarkeiten verbunden. Derzeit ist es so, dass die gesetzliche Pflegeversicherung „auch wieder ganz anderen Logiken folgt. Also sei es also allein die Sache, dass es nen Teilkaskoprinzip ist und kein Vollkostensachleistungsprinzip und dann so Sachen, dass die Pflegekassen selber ganz anders sich refinanzieren als es eine GKV tut, nicht [...] über den Risikostrukturausgleich, sondern eben quasi über [...] einen Vollkostenausgleich, das sind natürlich so grundsätzliche Hemmnisse. Ich glaube ansonsten ist es wahrscheinlich auch nen Stück weit ein praktisches Thema, dass wir bisher nen sehr fragmentierten Markt haben, was so Pflegeheime und auch ambulante Pflegedienste angeht. Also wir haben da noch nicht so die großen Player, die so etabliert sind und gerade sowas wie die Vernetzung und auch Vertragsverhandlungen usw., das birgt ja immer große Transaktionskosten, d.h. damit sich sowas lohnt, muss man auch ne bestimmte kritische Größe einfach erreicht haben“ (Interview 05 Zeilen 207–216). Unklar ist, ob durch eine Zusammenlegung eventuell mehr Schaden entstehen, als Synergien erzeugt werden. Eine Zusammenlegung „hätte man von vornherein machen sollen. Das war von vornherein ein Webfehler, der allerdings natürlich auch zum Teil seine Begründung hat. Die Krankenkasse ist Vollkasko, die Pflegeversicherung ist Teilkasko, das ist natürlich ein deutlicher Unterschied. Aber alleine an dem Aspekt, aus der [...] Verhinderung von Pflegebedürftigkeit wird schon deutlich, dass es da dringend einer Veränderung bedarf“ (Interview 12 Zeilen 241–245). Eine Verschmelzung alleine kann dabei jedoch nicht als Allheilmittel angesehen werden. „Das wäre ein

Modul von vielen [...]. So eine Maßnahme, die schon sehr revolutionär klingt, alleine auch nicht ausreichen würde. Wenn dann dieser Leistungsträger diese Versicherungsform, wie die auch immer aussehen würde, dann immer noch an jährlichen Budgets gemessen würde“ (Interview 06 Zeilen 258–261). Die unterschiedlichen Budgets gehen in diesem Zusammenhang mit entgegenlaufenden Partikularinteressen der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen einher.

Der Expertenkreis stellt klar, dass es sich dabei um eine nicht zu unterschätzende Herausforderung handelt. „Das Beharrungsvermögen solcher Standesinteressen ist ungeheuer groß und deshalb ist das eines der zentralen Hemmnisse an der Stelle“ (Interview 12 Zeilen 63–64). Im Gesundheitssektor ist das Spannungsverhältnis von Kooperation und Konkurrenz zwischen den einzelnen Akteuren besonders stark ausgeprägt, was oftmals zu Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsverlusten führt (Amelung et al. 2009: 16). Von diesem Phänomen sind nicht nur einzelne Akteure betroffen. Alle Organisationen folgen ihren eigenen Partikularinteressen. Eine Vernetzte Versorgung führt zu einem größeren Handlungsrahmen der einzelnen Leistungserbringer und schränkt Machtbefugnisse einzelner Organisationen ein. Besonders deutlich wird das bei den „institutionellen Interessen und da sind insbesondere die Kollektivvertragspartner“ (Interview 13 Zeile 195) betroffen. „Sprich Kassenärztliche Vereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, eher Institutionen, die eine solche Entwicklung, eine Vielfalt mit neuen Vertragspartnerschaften, Selektivverträge behindern“ (Interview 13 Zeilen 195–198). In der Vergangenheit wurde besonders den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV vorgeworfen eine Vernetzung der Gesundheitsakteure aktiv zu blockieren. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber diese bei Integrierten Versorgungsverträgen gemäß § 140 a–d SGB V ausgeschlossen. Zum Teil spiegeln einige Aussagen der Interviews diesen Aspekt wieder. „Und wenn Sie vorhin die KVn ansprachen, dann kommen die Verweigerer- und die Blockiererhaltung ja genau aus dieser Ständesicht heraus“ (Interview 02 Zeilen 239–240). „Da gibt’s Störfeuer der KVn, die da sagen [...] IV ist des Teufels, weil da dürfen wir nicht mitspielen, weil KVn sind ausgeschlossen an der Stelle. Insofern weichen wir auch immer wieder aus. Die Gefahr bei Vernetzter Versorgung ist jetzt momentan vielleicht nen bisschen, dass sie den 87b Arztnetze, die ja nun seit letztem Jahr auch gesondert gefördert werden sollen, vielleicht ein bisschen zu nah kommen“ (Interview 07 Zeilen 28–32). Eine derartige vereinfachte Sichtweise ist jedoch weder zielführend noch lösungsorientiert, da die KVn nicht alleinverantwortliches Diffusionshindernis sektorenübergreifender Vernetzungsaktivitäten sind. Auch Krankenkassen und die einzelnen Lobbygruppen der verschiedenen Leistungserbringer sowie einzelne Institutionen und Organisationen haben in der Vergangenheit ihren Anteil dazu beigetragen. „Und dann gibt’s sicherlich auch ne Reihe von getriebenen Menschen, die wissen, dass sie in verbesserten, besser aufeinander abgestimmten Strukturen deutlich weniger vom Kuchen hätten und damit

Grabenkämpfe führen, um gegen diese Veränderungen zu sein, einfach aus Eigeninteresse der bisherigen Position, die sie im etablierten System haben“ (Interview 06 Zeilen 116–119). Zudem „gibt es ja nicht die Ärzteschaft, sondern es gab immer innovative Ärzte und weniger innovative Ärzte und, wenn man zumindest den 10–20 %, die es bestimmt gibt, die was machen wollen, nen Anstoß gibt und ne gute Idee gibt und [...] sagt, wir haben im Grunde genommen standardisiert, was was ihr machen könnt, dann hab ich da keine Bange. Man darf halt nur nicht den Anspruch haben, dass das jetzt nach fünf Jahren dann schon irgendwie im [...] Kollektivvertrag verankert ist. Wie sollte das auch gehen?“ (Interview 09 Zeilen 105–110). Die Hoffnung liegt auch auf einer jüngeren Generation von Medizinerinnen, die bewusst in Netzwerken und sektorenübergreifend arbeiten wollen. Zwischen den einzelnen Kohorten gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede in den Bedarf- und Bedürfnisstrukturen. Voraussetzungen aufs Land zu ziehen sind nach einer Umfrage des Hartmannbundes nicht ausschließlich monetäre Gründe. Die Unterstützung bei der Kinderbetreuung, und der Arbeitsplatz für den Lebens- bzw. Ehepartner rangieren auf den Plätzen eins und drei der meist genannten Antworten (Hartmannbund 2012: 21). Darüber hinaus sind eine gute Infrastruktur sowie eine gute ‚Work-Life-Balance‘ äußerst wichtig für junge Mediziner (Hartmannbund 2012: 22). Dabei wünscht sich der Ärztenachwuchs vor allem Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten sowie einen Abbau der Bürokratie (Hartmannbund 2012: 38). Neunzig Prozent der jungen Ärzte streben bei der Form der eigenen Niederlassung eine Gemeinschaftspraxis bzw. Praxiskooperation oder ein MVZ an (Hartmannbund 2012: 16). Etwa 9 % der jungen Mediziner könnten sich vorstellen sich auf dem Land niederzulassen (Knieps et al. 2012: 10). „Insofern ja, ich glaube schon, dass wir die Ständeproblematiken haben, in gewisser Hinsicht wird sich das auch dadurch überholen, dass eine jüngere Generation drankommt und die schon ganz andere Ideen haben, aber nichtsdestotrotz so grundsätzliche Strukturen wie eine KBV auf der einen Seite und dem DKG auf der anderen Seite. Das ist, was man nicht [...] irgendwie schnell abschafft, sondern ja (...) in naher Zukunft nen bisschen weiter vorankommt“ (Interview 05 Zeilen 84–89). „Na ja ich glaube erst einmal [...], dass es [...] viele Partikularinteressen gibt, an denen sich die Akteure orientieren. Und [...] das sind erstmal [...] finanzielle Interessen bei Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Krankenkassen. Da würde ich auch gar keine Abstufungen vornehmen und dann sind es natürlich also institutionelle Eigeninteressen; also jeder Akteur möchte natürlich für sich bestehen bleiben und [...] hat von daher auch erst einmal ne gewisse Abneigung dagegen, sich mit anderen zusammensetzen“ (Interview 01 Zeilen 107–112). „Alle, die da Eigeninteressen verfolgen, haben sich bisher in der einen oder anderen Weise als Bremser erwiesen. Und dazu gehören auch die Kassenärztlichen Vereinigungen“ (Interview 13 Zeilen 179–180). „Also die KV sehe ich nicht mehr als Hauptproblem. Die war ja früher mal nen großes Problem, deswegen hatten wir sie ja aus dem 140a heraus geworfen, aber ohne KV geht es nun

mal auch nicht. Sie dürfen nicht das letzte Wort haben“ (Interview 09 Zeilen 103–105). Darüber hinaus sind keinerlei Unterschiede in der Wahrung von Partikularinteressen gegenüber anderen Akteuren des Gesundheitswesens feststellbar. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass z.B. die KVn explizit dafür geschaffen worden sind die Bedürfnisse und Interessenlagen der ambulanten Ärzteschaft zu vertreten und nicht um eine Vernetzung ins Leben zu rufen. „Was ich finde, was man den KVn und auch Krankenhausgesellschaften etc. nicht vorwerfen kann, also man kann es ihnen vorwerfen, aber ich finde das Quatsch, dass sie ihre Arbeit machen und, wenn die KVn nun mal neben mittelbarer Staatsgewalt auch noch Ärztevertretung sind, ja und es um irgendein IV-Modell gegen die Kassenärzte geht, dann ist doch klar, dass die dagegen sind“ (Interview 02 Zeilen 207–211). Die anfängliche Blockierhaltung hat sich in den letzten Jahren zunehmend gewandelt. Einzelne KVn, wie z.B. die KVWL oder die KV Brandenburg (siehe Kapitel 12.2 und 12.3), unterstützen zunehmend lokale Vernetzungsaktivitäten und versuchen die silohafte Struktur aufzubrechen. Die befragten Personen stellen klar, dass ohne den Einbezug der ambulanten Ärzteschaft und deren legitimierten verbandlichen Organisationen – die einzelnen KVn sowie die KBV – keine Vernetzung erfolgreich sein kann. „Ich glaube nicht unbedingt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen das totale Diffusionshemmnis sind, die machen das schon teilweise selbst. Die haben natürlich ihr eigenes Interesse und die kontraintuitive Frage, die man dann mal aufwerfen könnte, ist nochmal die, was könnte man denn mit denen zusammen machen, wenn man akzeptieren würde, dass es sie gibt und ja gut ihr habt den Sicherstellungsauftrag, der legitimiert sie auch ein Stück weit zu sagen wie kann man es mit euch zusammenmachen? Dann müsste man akzeptieren, dass sie nach wie vor sehr stark davon profitieren. Das könnte aber dazu beitragen, dass man nicht einen der mächtigsten Player sofort gegen sich hat“ (Interview 03 Zeilen 180–187). Neben den KVn muss auch immer die andere Verhandlungsseite der Sozialpartner berücksichtigt werden. Selbstverständlich treten auch bei der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen verschiedene Widerstände auf.

Im aktuellen System der gesundheitlichen Versorgung wird eine mangelnde Innovationsbereitschaft nur sehr selten zu einem Nachteil für die einzelnen Organisationen. Trägheit der einzelnen Organisationen ist somit eines der wesentlichen Hemmnisse einer Vernetzung im Gesundheitswesen. „Also der Kollektivvertrag ist ein Hemmnis, aber wir werden ihn nicht loswerden. Der Kollektivvertrag hat einfach seinen Charme für den einzelnen Anbieter“ (Interview 09 Zeilen 70–71). „Es spielt sicherlich ne Rolle, dass es immer wieder auch ja eher Einschätzungen und [...] der Schutz bestimmter Gruppen ist, der da im Wege steht, und das ist natürlich auch, ich sag mal, ein Stück weit behindert natürlich auch die [...] Situation, die wir heute haben, die Entwicklungen, weil man ja immer wieder feststellen kann, das System funktioniert heute relativ gut und warum soll man dann sowas ändern“ (Interview 12 Zeilen 411–415)? Viele Akteure sehen keinen Grund ein scheinbar

erfolgreich laufendes Modell zu verändern, auch wenn sicherlich der eine oder andere Ineffizienzen erkennt. „Bei den Leistungserbringern, (...) also fehlt aus meiner Sicht zum einen so nen bisschen der Handlungsdruck. Ich glaube nicht, dass es nen Wissens- oder Informationsthema so sehr ist“ (Interview 05 Zeilen 239–240). Ausreichende Anreize des Gesetzgebers für eine Umgestaltung sind vom Expertengremium nicht auszumachen. „Aber ich glaube, da ist es eher der Handlungsdruck. Ja, solange ich [...] ganz gut so mein Geld verdiene und mein Wartezimmer sowieso voll ist, wozu soll ich mich da irgendwie verändern“ (Interview 05 Zeilen 242–244). Veränderungen beinhalten oftmals auch eine Verschlechterung bestimmter Interessengruppen. Diese versuchen möglichst dieses zu verhindern. „Also kann es sein, dass man auf Widerstände trifft, weil es Besitzstände gibt, die man damit angeht, und damit ist es zwar für sich genommen ein wirtschaftlich erfolgreiches Modell. Aber es gibt Verlierer die blockieren. Und es könnten z.B. eben bestehende Strukturen sein. Niedergelassene, die sagen nö, dann mache ich nicht mit, vor allem auch Transparenz, was ja für sich auch gemeint ein wichtiger Punkt ist [...]. Will nicht wissen, ob ich gut oder ein schlechter Hausarzt bin. Ich bin immer gut, weil das keiner weiß, kann ich's auch behaupten. Und auch für manche Krankenhäuser, sagen nee ich mach mein Ding weiter, ich will auch nicht, dass wir stationäre Fälle vermeiden, weil das ist ja auch so ein Mehrwert von Netzwerken und auch ein Einsparungseffekt, dass ich sag, kann ich denn auch Krankenhausaufenthalte vermeiden [...]. Ob man dann immer alle dafür gewinnen kann mitzumachen, fraglich“ (Interview 15 Zeilen 172–181). Neben den Verlustängsten der einzelnen Verbände und Organisationen ist Unsicherheit stets ein nicht zu unterschätzender Belastungsfaktor. „Die haben Schiss davor. Da passiert etwas, was [...] sich sozusagen entwickeln könnte hin außerhalb ihrer Kontrolle. Nen bisschen so ne Sorge: Könnte [...] nicht diese neue Organisation irgendwelche Tricks machen, die gegen die Krankenkassen laufen. So ne Sorge und da sie es noch nicht richtig einschätzen können, nicht so richtig bekannt ist, ist man erst einmal zurückhaltend dann. Im Grunde glauben viele Krankenkassen gar nicht, dass es möglich ist das zu machen. Also da wird es auch schwer sich das überhaupt vorstellen zu können und dass das möglich ist, dass eine solche Organisation tatsächlich sozusagen Effektivität produziert für die Krankenkasse wie wir es da jetzt in der Presseerklärung mit der AOK zusammen ja vorgetragen haben. Also die sehen die Zahlen und sie glauben sie nicht. Also das ist so, weil im Grunde haben sie immer Gefahr erfahren, irgendwelche neuen Ideen haben meist nur mehr gekostet und nix gebracht. Und diese Misserfolgssicht sozusagen wird fortgesetzt, also auch sozusagen nach dem Motto Prävention, das bringt's doch alles gar nicht. Also hat sich so in den Köpfen verankert, dass man gar nicht sich das vorstellen kann. Also wir haben wirklich mit großen Krankenkassen gesprochen, die sagen: Was das geht doch alles gar nicht. Eure Kalkulation über zehn Jahre, zu welchen Ergebnissen ihr kommt, halten wir für völlig unrealistisch. Und deshalb sind wir da auch gar nicht bereit auch nur nen paar Euros

sozusagen in die Anfangsphase zu stecken, weil das wird nicht wieder rein kommen“ (Interview 16 Zeilen 353–369). Insbesondere in der Anfangszeit, mit unzähligen Verhandlungsrunden, wird deutlich, wie zäh ein Vernetzungsprozess im deutschen Gesundheitswesen sein kann. Erschwerend kommt noch hinzu, dass aufwendige sowie lange Verhandlungen mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Teilnehmern geführt werden müssen.

Der ambulante Sektor ist sehr kleinschrittig organisiert. Er zeichnet sich durch viele Einzelpraxen und begrenzte Managementfähigkeiten bei Ärzten aus. Auch die institutionelle Struktur tritt zum Teil als Problem in Erscheinung. Diese Kleinschrittigkeit betrifft nicht nur die verschiedenen Leistungserbringer. Sofern einzelne IV-Verträge bzw. andere Vernetzungsaktivitäten für bestimmte Indikationen nur von einer oder wenigen (kleineren) Krankenkassen durchgeführt werden, können gegebenenfalls bestimmte Mindestgrößen nicht erreicht werden. Je kleiner der betreffende Personenkreis ist, desto niedriger sind mögliche Skaleneffekte. „Dann ist das für den Arzt total aufwendig, weil er natürlich nur ein Bruchteil seiner Patienten überhaupt pro Jahr stationär schickt und die dann wahrscheinlich noch ein paar in das Krankenhaus und ein paar in das Krankenhaus und ein weiterer Teil geht irgendwo ganz anders noch hin, d.h. solche übergreifenden Geschichten sind dann für den, also aus der Perspektive des Hausarztes gesehen viel zu selten und dann kommt jetzt noch das nächste Einschlusskriterium dazu das ist dann wahrscheinlich auch nur von einer Krankenkasse und dann haben sie tatsächlich, also wie soll das denn attraktiv sein für einen Hausarzt“ (Interview 08 Zeilen 171–177). Bei der Ausgestaltung und Konzeption neuartiger, lokaler Vernetzungsaktivitäten muss es aus diesem Grund zu Veränderungen kommen. „Für solche Projekte braucht man ne gewisse Marktmacht. Selbst eine Krankenkasse wie die Techniker Krankenkasse, die jetzt die größte Krankenkasse Deutschlands ist, hat in manchen Regionen oder im Durchschnitt hat die 10, 11 % der Versicherten. Das reicht einfach nicht aus, um eine populationsorientierte Versorgung umzukrempeln“ (Interview 13 Zeilen 152–155). „Wenn 90 % der anderen Versicherten anders versichert sind, ja und dann lohnt es sich für die Region, für das Krankenhaus, für die Praxen nicht für 10 % der Versicherten alles umzuschmeißen“ (Interview 13 Zeilen 156–157). Aus diesem Grund sind größere Kohortengruppen und Versorgungseinheiten zu bilden. Hierzu sind bestimmte Voraussetzungen zwingend notwendig. Die im System behaftete Trägheit der einzelnen Organisationen und Leistungserbringer könnte sicherlich durch mehr Transparenz bekämpft werden.

Zurzeit wird eine bessere ‚Durchleuchtung‘ des Gesundheitswesens durch zahlreiche Gesetze, Richtlinien und übergeordnet allgemein mit der Thematik ‚Datenschutz‘ behindert. Leistungserbringer treten dabei in eine nahezu ‚natürliche‘ und selbstverständliche Blockadehaltung. „Aber was für die Ärzteschaft in dem Zusammenhang viel gefährlicher ist, ist ja nicht der gläserne Patient, sondern das ist der gläserne Ablauf. Die Transparenz im Geschehen, das ist für den Arzt das Gefährliche“

(Interview 02 Zeilen 260–262). „Es gibt zunächst mal ne Grundhaltung also von Leistungserbringern, Transparenz wollen wir nicht. Denn Transparenz heißt letztendlich immer mehr Wettbewerb. Und man kann sich so schön verstecken. Ja, das läuft doch das Geschäft, ich hab doch meine Praxis, die ist auskömmlich. Ich hab nette Patienten, ich bin auch nett zu denen, die kommen immer wieder, können es eh nicht beurteilen, ich kann denen irgendwas verkaufen und die nehmen das auch immer. Sie müssen das noch nicht mal zahlen, weil Krankenkasse zahlt’s ja, also dem kannste alles verkaufen. Und da fragt dann auch keiner so genau nach. Man fragt auch nicht nach, was auf der Rechnung steht, da kann man auch mal paar Dinge mehr draufsetzen. Da kann man, auch wenn man einen Kühlschrank kauft, eine ganze Küche draufsetzen und kriegt keiner mit. Das ist doch ein tolles System. Das hätten wir alle gern, dass man so Rechnungen schreiben kann, wo man eigentlich nicht weiter begründen muss, warum [...] man das halt macht. Und wo man auch über die Qualität danach, Produkte, die man auf die Rechnung schreibt, keine Rechenschaft hat. Und das ist [...] ein angenehmes System für die Leistungserbringer. Da geht man nicht weg “ (Interview 15 Zeilen 228–240). Ein hohes Maß an Kooperation und Transparenz würde dieses jedoch konterkarieren. „Es ist natürlich völlig absurd, wie das im Moment organisiert ist, aber was halt der [...] größte Widerstand dagegen ist und das wurde halt anfangs nicht verstanden, dass derjenige, der sozusagen seine Einträge reinmacht in seine Praxis-EDV, halt damit am Ende halt diese Einträge anschließend von jedem anderen sichtbar sind. Dann heißt, dass er produziert selber sozusagen ein offenes Bild auch seiner Fähigkeiten und Nichtfähigkeiten, seiner Fehler. Weil der andere Arzt, der rein guckt, der den Patienten behandelt, sieht dann, mein Gott wie veraltet ist denn dessen Medikationsregime. Der hat die und die Diagnose eingegeben, aber das Medikament gegeben, was für ein Schwachsinn. So, das heißt also, man macht sich wirklich transparent an der Stelle und das wurde bisher eher so diskutiert, die Ärzteschaft vermeidet halt Transparenz, weil sie halt Qualitätsprobleme befürchtet [...], da ist, das ist es, aber sozusagen so ganz einfach nur als Vorwurf geht das auch nicht. Weil wenn [...] jeder andere, ob es nun der Wissenschaftler ist oder ich oder Manager oder der Politiker, sozusagen transparent das darstellen würde, was er heute geleistet hat, würde er glaube ich auch ein bisschen Zuckungen kriegen. [...] das ist glaub ich eine Problematik, die bisher so nicht hinreichend begriffen worden ist“ (Interview 16 Zeilen 219–232). Auf Grundlage der Erkenntnisse müssen im Vorfeld zahlreiche Gespräche geführt werden, um die teilweise begründeten, teilweise irrationalen Befürchtungen und Vermutungen abbauen zu können. In einem ständigen Dialog ist eine Vertrauensbasis zu schaffen, „weil auch viele noch Angst davor haben. Also sowohl Leistungserbringer als auch Patienten, also auch natürlich Kostenträger“ (Interview 03 Zeilen 53–54). „Erstens wächst die Transparenz generell im Gesundheitswesen langsam, aber sicher, und wenn die Transparenz sowieso da ist, dann muss ich auch keine Angst mehr davor haben. Also dann bräuchte ich deswegen nicht mehr zu opponieren.

Dann bin ich irgendwann transparent. Dann wissen halt die Leute ob ich jetzt ein guter oder schlechter Arzt bin, und dann ist das Netzwerk auch nicht mehr so die Gefahr“ (Interview 15 Zeilen 183–187). Die Ärzteschaft fürchtet dabei insbesondere Einkommensverluste aufgrund eines höheren Grades an Transparenz.

Das Themenfeld der Finanzierung gehört sicherlich zu den großen Diffusionshindernissen Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen. Hierbei stellt der Expertenkreis mehrheitlich die Behauptung auf, dass die Organisationen im Gesundheitswesen in großen Teilen über eine ausreichende Kapitalausstattung verfügen und lediglich die Verteilung der Gelder geändert werden sollte. „Ich glaube nach wie vor im Gesamtsystem ist Geld genug drin. Es wird einfach nur falsch verteilt“ (Interview 07 Zeilen 507–508). Doppeluntersuchungen, eine schlechte Weiterleitung von Daten und mangelnde sektorenübergreifende Kooperationen führen zu erheblichen Ineffizienzen. „Diese Fehlversorgung kostet Milliarden und ich glaube, wenn das System die Ineffizienzen gezwungen halt mal raus arbeitet haben wir auch genug Geld im System“ (Interview 11 Zeilen 158–160). Die Verschlinkung der finanzbürokratischen Strukturen dient dabei als Grundsatz und Ziel. Neben der Herkunft des Startkapitals ist vor allem die Verwendung und Genehmigung bestimmter Mittel mit Problemen behaftet. Bei der Etablierung von Versorgungsstrukturen übersteigen aufgrund von Investitionen in die Netzinfrastruktur die getätigten Ausgaben in der Regel die Einnahmenseite. „Und da ist es absurd zu verlangen, dass man von Anfang an kostenneutral ist“ (Interview 13 Zeilen 113-114). Zurzeit ‚denken‘ und planen Sozialversicherungsträger noch in viel zu kurzen Zeitabständen und schauen nur auf das bestehende Haushaltsjahr mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Budget. „Wenn ich nicht reinkomme in diese investive Phase, dann wird auch nie was draus werden und das ist dann das Problem der Kurzfristdenke bei Krankenkassen, die dadurch herrührt, dass die zumindest bis vor Kurzem einem starken Wettbewerbsdruck ausgesetzt waren durch die Zusatzprämien“ (Interview 15 Zeilen 131–134). „Und mit dieser Daumenschraube hat man sehr viele Innovationen behindert, deshalb haben wir auch verlangt, dass das gestrichen wird, dieser Refinanzierungsvorbehalt“ (Interview 13 Zeilen 114–115). Gerade für den technischen Aufbau, Um- bzw. Neubau von Immobilien, Erwerb von Büromaterialien und medizinischen Gerätschaften sowie für eine Vielzahl weiterer Dinge muss in einem neu geschaffenen bzw. erweiterten Netzwerk zu Beginn Geld ausgegeben werden. Zu diesem Zweck sollten die „Buchführungsbestimmungen der Krankenkassen auch verändert werden, dass die tatsächlichen Abschreibungen auf solche Investitionen machen könnten. Diese Jahresbetrachtung ist tatsächlich eine Herausforderung für jedes Unternehmen im Grunde und Krankenkassen als Unternehmen begriffen [...] ist halt das Problem, [...] wenn sie die Ausgaben diesen Jahres halt rechtfertigen müssen gegenüber dem BVA, dann dass sie dann höhere oder niedrigere Beitragssätze nehmen können, [...] dann wird man natürlich knapp bleiben“ (Interview



16 Zeilen 256–261). Oftmals fehlen daher heutzutage noch die notwendigen Investitionsmittel. „Diese erste sozusagen Anschubfinanzierung auch [...] was die Strukturmerkmale betrifft, die [...] sind einfach im Moment nicht da und müssen aus Eigenmitteln aufgebracht werden und das ist vor allem eine Achillesferse. Das ist häufig ein Hemmschuh“ (Interview 10 Zeilen 416–419). „Insbesondere wenn man auf die finanzielle Ausgestaltung schaut. Hier haben wir Budgets für ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Reha-Versorgung: Diese Sektoren sind nicht durchlässig. Jeder schaut, dass sein Sektor vernünftig ausgestattet ist und will davon auch nix abgeben. Das verhindert ein bisschen die [...] Innovation“ (Interview 10 Zeilen 149–152). Dieses Diffusionshindernis ist vor allem auf die starren, historisch gewachsenen Strukturen zurückzuführen. „Das liegt daran, dass wir Budgets haben, die fest nach Sektoren verteilt sind und auch ihre ganz eigenen Logiken haben“ (Interview 05 Zeilen 62–63). „Wir haben einfach eine getrennte Vergütung. Die Budgets sind wie sie sind. Die Niedergelassen über die KVn, die Krankenhäuser und alle anderen und in diesen Budgets wird optimiert, aber nicht zwischen den Budgets so und solange das so ist, haben wir massive Barrieren“ (Interview 15 Zeilen 206–209). Hier sieht der Expertenkreis die größten Möglichkeiten für den Gesetzgeber durch Reformen Impulse für eine stärkere Vernetzung im Gesundheitswesen zu sorgen. „Heute geht’s eher da drum, dass man mehr ineinandergreift. Das geht auch in den vorhandenen Strukturen teilweise, wenn man sich ein bisschen bemüht. Vielleicht ist es auch von der Honorierung abhängig, in welcher Weise dann die Leute dann wirklich aus ihren kleinen Töpfen herauskommen“ (Interview 09 Zeilen 34–37). Zu diesem Zweck sind verschiedene Modelle und Möglichkeiten denkbar. „Man braucht entweder eine Art Fusion von verschiedenen Finanzierungstöpfen oder man braucht Ausgleichszahlungen, wobei das dann auch wieder sehr komplex werden kann, wie man die gestaltet. Sonst gibt es da keine vernünftige Zusammenarbeit. Aber natürlich [...], warum soll ich jetzt, wenn ich dem einen Topf angehöre, etwas tun, wo ich weiß, da gewinnt der andere Topf, aber ich hab ja nichts davon, weil ja der andere Topf gewinnt, dann machen sie es nicht“ (Interview 15 Zeilen 215–219). „Auf der anderen Seite wär’s sicherlich ein Anreiz sich darin zu engagieren. Die Frage ist immer, wie nachhaltig ist der Anreiz. Also ist so nen bisschen die Problematik, wie in der Anschubfinanzierung auch. Also wird man das auch dauerhaft bezahlen können? Ja/nein? Und wenn man das anschubfinanziert, welche Anreize setzt es dann, wenn das wieder zurückgezogen wird“ (Interview 06 Zeilen 226–229)? Die langfristige Sicherstellung derartiger Finanzanreize muss stets gewährleistet bzw. im Vorfeld die maximale Förderdauer klar kommuniziert werden, sodass lokale Vernetzungsinitiativen langfristig planen und Investitionen tätigen können. Hier gab es in der Vergangenheit mahnende Fälle, wo es auch zu negativ gesetzten Anreizsituationen gekommen ist. „Beispiel Steuerwegnahme: 2,5 Mrd. gehen aus dem GKV-System raus, wär der Druck gar nicht so groß wie er im nächsten Jahr sein wird“ (Interview 07 Zeilen 139–

140). Eine ausschließlich kurzfristige Bereitstellung von Kapital sowie der plötzliche Wegfall dieser Finanzmittel ist Gift für die Innovations- und Investitionsbereitschaft der Gesundheitswirtschaft. Dies kann folgenschwere Auswirkungen haben. „Also ich stelle Mitarbeiter ein. Ich bau irgendwas. Dafür habe ich vielleicht aus solchen Fonds Mittel bekommen. Joa, und dann geht es in den Routinebetrieb und dann muss ich die Betriebskosten decken und dann ziehen sich die Fonds zurück und sagen, das mach mal mit den Routinekostenträgern, den Krankenkassen aus, die sagen aber irgendwann mal, ich hab keine Lust mehr und kündigen vielleicht irgendeinen Versorgungsvertrag von irgendwas und dann sitze ich als Leistungserbringer auf meinen Strukturen und kucke dumm aus der Wäsche“ (Interview 02 Zeilen 136–142). Darüber hinaus stellt das Nebeneinander existieren von Regelversorgung und besonderen Versorgungsformen die Abrechnungs- und Finanzlogiken der gesetzlichen Krankenversicherung vor eine Vielzahl an Herausforderungen.

Die Bereinigung<sup>69</sup> der Gesamtvergütung wurde von nahezu allen befragten Personen als großes Diffusionshindernis genannt. „Es behindern natürlich auch die Finanzierungsströme [...] die Weiterverbreitung der Versorgung. Denn es müsste ja so sein, dass z.B. bei ambulanten Leistungen das KV-Budget entsprechend bereinigt werden müsste, damit die Krankenkassen nicht doppelt bezahlen“ (Interview 12 Zeilen 48–50). Dies hat neben organisatorischen auch wieder institutionell bezogene Partikularinteressen als Grundlage. „Bereinigung der Gesamtvergütung wird ganz systematisch verhindert, verzögert, weil man natürlich mit jedem Selektivvertrag, der außerhalb der KV geschlossen wird, ja selber an Einfluss und Macht verliert“ (Interview 13 Zeilen 199–201). Zahlreiche Experten und selbst der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die sich über einen längeren Zeitraum mit der Thematik auseinandergesetzt haben, tun sich selbst damit noch schwer Lösungsalternativen für dieses Problem zu benennen. „Also, ich hab mich da ja lange mit beschäftigt daran zwecks des Gutachtens und ich muss wirklich sagen man [...] kann da natürlich noch ne weitere Idee noch entwickeln, wie man das für bestimmte Verträge einfacher machen kann, ohne jetzt in die Details zu gehen, steht alles im letzten Gutachten drin. Am Ende bleibt das Grundproblem, sie müssten ja das rausnehmen, was sonst angefallen wäre, wenn der Patient weiterhin im Kollektivvertrag drin ist, das weiß natürlich nur der liebe Gott [...]. Also die Welt dreht sich weiter, er wird vielleicht besser [...] behandelt, deswegen hat er weniger Inanspruchnahme oder einfach sein Krankheitszustand ändert sich von [...] alleine. Also dann müsste man irgendwelche Kontrollgruppen haben, was im Grunde in dem Umfang ja gar nicht machbar ist. Also das ist ein im Grunde genommen

---

<sup>69</sup> Da die Zahlungen der Krankenkassen an die KVn unabhängig von der von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen geleistet werden, müssen bestimmte selektivvertraglich erbrachte Leistungen herausgerechnet werden, da die Kostenträger andernfalls quasi doppelt für dieselbe Leistung bezahlen würden (Deutscher Bundestag 2012: 320, Mehl/Weiß 2012: 474-476).

fast unlösbares Problem“ (Interview 09 Zeilen 484–492). Derzeit gehen viele Modellprojekte und Vernetzungsaktivitäten pragmatisch mit dem Problem um. „Pragmatismus bedeutet zurzeit, dass eben überhaupt nicht bereinigt wird. Das kann’s auch nicht sein. Also das ist der Tod auf Dauer von [...] einer wirklichen Integrierten Versorgung, die dann auch alternativ, zumindest für diesen Teilbereich, wie gesagt, zum Kollektivvertrag, ist“ (Interview 09 Zeilen 497–499). Das Grundproblem der Bereinigung scheint daher ohne eine gewisse Sonderfinanzierung nicht lösbar zu sein. „Oder ja [...] im IV-Bereich da haben sie ja fast alle [...] Möglichkeiten. Aber wenn man mit der Bereinigung nicht [...] klarkommt, dann machen wir mal eben ohne Bereinigung weiter oder wir [...] machen dann doch wieder bestimmte Anschubfinanzierung ähnliche Dinge, wo keine Bereinigung dann mehr notwendig ist. Einfach damit irgendwas vorangeht“ (Interview 09 Zeilen 515–518). Das weitere Voranschreiten sektorenübergreifender Versorgungsprojekte wird dabei oftmals zusätzlich von bürokratischen Hürden und gesetzlichen Winkelzügen behindert.

Neben der Finanzierung sowie den einzelnen Partikularinteressen sind sicherlich eine unsichere Rechtslage, die ständige Dokumentation des Versorgungsprozesses und zahlreiche vertragliche Vorschriften sowie bürokratische Gegebenheiten massive Widerstände für lokale Versorgungsnetzwerke. „Ja, das fängt an mit einem Einschreibeverfahren, was wir heute im selektiven Bereich haben. Man muss Patienten aufklären, sie überzeugen, es muss vielfach dokumentiert werden. Es müssen im Vorfeld Behandlungspfade entwickelt und dokumentiert werden. Viele Verträge, Kooperationsverträge, sind ja die, die bürokratischen Inhalt haben“ (Interview 10 Zeilen 212–215). Einige Interviewpartner bemängeln zudem die zu eng gefassten gesetzlichen Reglementierungen im fünften Sozialgesetzbuch. „Das sind sicher zunächst einmal [...] die mangelnden gesetzlichen Optionen“ (Interview 10 Zeile 148). „Ganz [...] zu Beginn ist es tatsächlich auch immer die Suche nach der richtigen Rechtsgrundlage. Ja also, wie gesagt, nicht nur der 140, sondern die ganzen anderen“ (Interview 03 Zeilen 314–315). Speziell auf die Vernetzung in ländlichen Gebieten ist keine der Vorschriften ausgelegt. „Wir haben eine Möglichkeit, den § 73, auch Strukturverträge abzuschließen. Sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich. Wenn man auf den 140er schießt, dann ist es so, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dort nicht Vertragspartner sein dürfen und das ist auch etwas hemmend, weil man [...] schließt sozusagen hier den ambulanten Sektor, der eben schwerpunktmäßig von den KVn repräsentiert wird, schließt man einfach aus und ich glaube, dass das halt auch ein Fehler ist der Politik, dass man hier die KVn an diesem Wettbewerb nicht teilnehmen lässt. Genauso bei den Hausarztverträgen darf die KV auch nicht Vertragspartner sein, sondern ein Monopol für den Hausarztverband zu organisieren. Ich glaube, dass durch kleine Veränderungen schon noch mal ein neuer Impuls kommt“ (Interview 10 Zeilen 226–234). Hierbei blockiert sich die gesetzliche Selbstverwaltung teilweise selbst. „Das sind also, das sind so Sachen,

wie dass die wesentlichen Regulierungsgremien besetzt sind durch Akteure, die per se für Sektoren stehen, also der G-BA ist ein Gremium, was Sektorengrenzen eher zementiert, als dass er sie auflösen kann, schon per Definition sozusagen“ (Interview 05 Zeilen 59–62). Eine ausufernde „Bürokratie behindert mit Sicherheit. Insbesondere, wenn ich mir die Bestrebungen des Bundesversicherungsamtes der letzten Jahre betrachte. Dass sie mit einer hohen Intensität die Verträge sowohl Zeit als auch Mitarbeiter also manpowerintensiv bearbeitet haben und auch entsprechend verlangsamt und verzögert haben“ (Interview 11 Zeilen 149–152). Dieser Aspekt muss jedoch differenziert betrachtet werden. „Blockade ist eher ein bisschen der Gesetzestext. Der uns daraus dann ein auf dem Gesetzestext beruhendes Urteil des BSG und darauf dann basierend eine Verhaltensweise des BVA und auch der Krankenkassen. Das halt eine vollständige Budgetausgliederung und zwar, ist ja nen witziger Begriff, der wird ja immer nur gedacht auf die vertragsärztliche Versorgung [...]. Und das produziert A Probleme und Herausforderungen, also technischer Art auch. Es produziert enorme Aufwände für alle Beteiligten, Kostenträger wie Provider, die so was machen“ (Interview 16 Zeilen 173–178). Die Aufsichtsbehörden verlangsamen dabei den Prozess weiterer sektorenübergreifender Versorgung erheblich. „Ja, also es gab diese Stagnation, die hat aber auch noch einen anderen Grund und zwar das Bundesversicherungsamt die gesetzlichen Vorgaben extrem restriktiv [...] auslegt. Man hat gesagt, wenn zwei Partner einen solchen Vertrag abschließen, dann müssen sie schon bei Vertragsabschluss die Beitragssatzneutralität nachweisen. Es darf also nicht mehr kosten und das ist natürlich absurd“ (Interview 13 Zeilen 106–110). Bei dem Themenfeld ‚Aufsicht‘ kommen demnach verschiedene Aspekte zum Vorschein.

„Ja das (...) ist ja nicht nur ein Hemmnis beim BVA. Die Aufsichtsfunktionen sind ja insgesamt in Deutschland sehr differenziert. Bundesweite oder regionenübergreifenden Krankenkassen sind beim BVA, regionale Krankenkassen sind bei den Ländern. Einige Länder haben schon gar keine oder nur ganz wenige regionale Krankenkassen, das heißt die jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten sind sehr unterschiedlich. Je näher die Aufsicht an der Realität ist, umso einfacher ist es im Grunde. Deshalb ist natürlich tendenziell eine Bundesaufsicht immer eine, die sich von der Versorgung [...] eher weiter entfernt, denn ich sagte ja bereits, ich sehe insbesondere die Chance für die Integrierte Versorgung tatsächlich kleinräumig, auf der regionalen Ebene und die Integrierte Versorgung wird z.B. die Ballungsräume sehr spät erreichen, [...] weil da die Notwendigkeit nicht so evident ist. Deshalb [...] für einzelne Krankenkassen ist sicherlich auch die Genehmigungspraxis des BVA relevant, was solche Entwicklungen angeht“ (Interview 12 Zeilen 150–160). Zum Teil besitzen daher kleinere, auf ein Bundesland beschränkte und lokal orientierte Krankenkassen einen erheblichen (Wettbewerbs-)Vorteil. „Es ist auf jeden Fall so, dass es da einen großen Unterschied gibt. Ob ich jetzt als AOK Baden-Württemberg im Grunde nur von dem Sozialministerium von Baden-Württemberg

geprüft werde und das Bundesversicherungsamt scheint nen großen Unterschied, in der Prüfungspraxis sehr unterschiedlich. Wir haben uns jetzt nicht dazu geäußert, ob man das dadurch löst, dass man einheitliche Prüfkriterien und Spielregeln macht, oder ob man alle dem BVA unterstellt sozusagen, dazu hab ich jetzt keine abschließende Position. Also in jedem Fall sollte man das auch aus Fairness, Wettbewerbsgründen, vereinheitlichen. Ob man das wie gesagt dadurch löst, dass man alle dem BVA unterstellt oder dass man nur die Kriterien klarer fasst und die Spielregeln einheitlich macht, das weiß ich nicht, da müsste man drüber nachdenken. Ich neige eher zum Zweiten. Wobei (...) der Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen ja darauf hinausläuft, ich glaube ab drei Länder sind Fusionen von drei von AOK z.B. immer einen länderumfassenden ist auch [...] das BVA wieder zuständig. Also [...] der ganze Konzentrationsprozess läuft sowie so darauf hinaus, dass immer mehr bundesunmittelbare Prüfungen dann anstehen müssen“ (Interview 13 Zeilen 366–378). Die Experten fordern, dass der Gesetzgeber schnellstmöglich für Klarheit sorgen sollte. „Also heute ist es ja so, dass die Krankenkassen ja auch über das SGB V sehr eng eingeschränkt sind in dem, was sie überhaupt an Rücklagen bilden dürfen, und auch natürlich mit diesem Wirtschaftlichkeitsgebot, was ja gerade auch sehr eng ausgelegt wird durch das BVA, und wenn man da also zum einen Mal Regulierungen mehr Flexibilität geben würde, bis man sagen könnte, ihr könnt auch mehr Rücklagen bilden, wenn ihr die dann auch mal investiert“ (Interview 05 Zeilen 125–129). „Ja auf jeden Fall das BVA, die alte Problematik, dass die zu [...] streng prüfen, das könnte man vom Gesetzgeber sicher entschärfen und das wird, glaub ich, auch irgendwann passieren. Also so geht das ja einfach nicht weiter. Man kann nicht einerseits sagen, dass die Krankenkassen alle wettbewerblichen Freiheiten haben und sie dann im Grunde genommen wie Kinder führen und sagen, wo man kucken muss, was ihr denn da für Verträge abschließt. Das kann ja wohl nicht sein, dass eben mit [...] dem Geld der Versicherten umgeht wie wir das gar nicht wollen oder so. Also [...] die müssen auch die Möglichkeit haben, vielleicht auch auf den ersten Blick, unsinnige Verträge mal auszuprobieren, einfach auch mal Dinge zu machen. Wenn da irgendwas nicht kosher ist, dann muss aufgedeckt werden. Also wenn man da den Schwager in einem Arztnetz unterstützt, das geht natürlich nicht. Aber solange es nur darum geht auch mal verrückte Ideen auszuprobieren die das BVA zurzeit rigoros ausbremsen würde, da halte ich gar nichts davon“ (Interview 09 Zeilen 113–123). Hierbei wird vom Expertengremium die allgemeine Frage aufgeworfen, warum es überhaupt eine weitere Prüfinstanz geben muss, da die gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz schon einer Vielzahl an Regulierungen und Vorschriften unterworfen sind. Ein Teil der befragten Personen würde „dafür plädieren überhaupt keine Instanz da rein zu bringen und die [...] Berechtigung einer Genehmigung haben muss. Wir sind als gesetzliche Krankenkasse eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und wir werden umklammert und gepudert, wenn wir irgendwelche schwachsinnigen, unsinnigen Verträge schließen würden. Dafür sind die finanziellen

Mittel eigentlich in der Verteilung viel zu knapp. Das heißt, ich muss doch an die Intelligenz der Verantwortlichen einer Krankenkasse appellieren können, dass die nur das machen, was für ihre Versicherten auch sinnvoll ist und dann brauche ich auch keine vollumfängliche Prüfung eines BVA oder der Landesversicherung oder wie auch immer diese Institution heißt“ (Interview 07 Zeilen 512–519). Allenfalls könnte der Auftrag im Sinne einer Zähl-, Informations- und Evaluationssammelstelle umgestaltet werden. „Aber z.B. diese Prüfvorlagenberechtigung oder Verpflichtung des BVAs mal ein bisschen abgeschwächt würde, weil das nimmt sich ja momentan vor voll inhaltlich zu prüfen. Die Idee war ja eigentlich eher mal so nen Institution einzuführen, die da nen gewissen Überblick hat, weil wir seit Wegfall der Anschubfinanzierung ja keinerlei Zähl- und Kontrollmechanismen mehr haben, was gibt’s überhaupt in Deutschland“ (Interview 07 Zeilen 57–62). „Ich halte es für sinnig und für richtig, dass es irgendwo eine gewisse Meldezentrale gibt, um irgendwo einen Überblick zu behalten, was läuft eigentlich in welcher Indikation bei wem, aber mehr nicht“ (Interview 07 Zeilen 519–521). Neben dem Missstand einheitliche Prüfkriterien der Aufsichtsbehörden sowie fehlender Zähl- und Kontrollmechanismen beinhaltet die fehlende Standardisierung technischer Gegebenheiten eines der großen Diffusionshemmnisse vernetzter Aktivitäten im deutschen Gesundheitswesen.

Es besteht geschlossene Übereinstimmung unter den Experten, dass „die Nichtstandardisierung technischer, also von Technik, also eine mangelnde Standardisierung ist ein Problem“ (Interview 06 Zeilen 174–175). Allgemein ist es auffällig, welche technologischen Rückstände die Gesundheitsversorgung auch heute noch aufzeigt. „Das Gesundheitswesen ist ja [...] eine der einzigen Branchen, die noch Fax benutzen“ (Interview 16 Zeile 372). Dabei gilt der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie als Schlüssel für eine leistungsfähige Vernetzte Versorgung (Pimperl et al. 2014: 85). Heutzutage verfügen viele Gesundheitsnetzwerke noch nicht über eine gemeinsame IT-Architektur oder ähnliches (Pimperl et al. 2014: 86). Der Einsatz moderner Technologien, wie Videokonferenzsysteme, Social Media oder Apps werden bestenfalls in größeren Einrichtungen oder Kliniken eingesetzt. Im ambulanten medizinischen Bereich herrschen hier zum Teil extrem große Unterschiede. „Dass man aber auch gerade bei Niedergelassenen, wenn man da so in die Praxen geht, man ist ja auch immer mal wieder Patient und schaut sich dann so an, das Gefühl hat, die sind einfach noch im letzten Jahrhundert mit ihrer Zettelwirtschaft und dann immer so Karteikärtchen und man geht zum anderen Arzt, der weiß dann gar nichts vom anderen und dann muss man Kärtchen hin und her schicken. Also völlig an den modernen Möglichkeiten haben die sich entkoppelt. Weil das einfach so ein Tante-Emma-Laden ist, der funktioniert ja. Da ist ja auch nicht unbedingt der Druck da besser zu werden. Die Wartezimmer sind ja oftmals voll. Also, es läuft irgendwie und da besteht kein Druck und Datenaustausch ist auch keine Standardisierung da, wo man sagt so das ist jetzt quasi der Standard, mit dem alle gleich arbeiten können. Da hat jeder so sein System. Das ist auch was für neue, kleine

Netzwerke erst mal so ne Einheitlichkeit zu schaffen und ich meine das kennt ja auch jeder bei sich selbst. Man hat meinetwegen sein Betriebssystem, mit dem kennt man sich aus und das zu wechseln, selbst, wenn das andere besser ist, macht man nicht, weil die Einarbeitungszeit ist viel zu groß“ (Interview 15 Zeilen 261–272). Besonders bei den technischen Möglichkeiten wird das bestehende Dilemma zahlreicher Widerstände von Innovationen im Gesundheitswesen deutlich. Hier gibt es ein Wechselspiel verschiedener Diffusionshindernisse, die sich zum Teil ergänzen bzw. die Blockadehaltung noch verstärken. „Also die technischen Möglichkeiten, die rennen einem davon, aber wir kommen nicht hinterher, weil die Rahmenbedingungen, all das von der Finanzierung über die Gesetzeslage, den Datenschutz, die Akzeptanz also Dinge, die wir vorhin schon ganz allgemein genannt haben, sind auch hier ein besonderes Problem. Also weil man eben auch gerade ältere Menschen anspricht und unser Projekt, wir haben eben auch ein Telemedizinprojekt und da geht es um eine Waage, Telemonitoring ist das, die Waage, die das Gewicht misst und übermittelt, das muss man erst mal älteren Menschen auch erst einmal begreiflich machen, warum sie das nutzen sollen“ (Interview 03 Zeilen 335–341). Wirtschaftliche Partikularinteressen sowie Gewinnmaximierung der einzelnen Softwarehersteller verstärken diesen Trend. „Natürlich ist die Schnittstellenproblematik im [...] EDV-Bereich immer noch virulent. Man hat versucht das durch Standards wegzubekommen aber auch da sind die Unternehmen natürlich relativ findig. Das geht dann einfach langsamer oder es [...] geht zwar, aber es ist EDV technisch kompliziert und schon ist so etwas wieder tot, weil da bei jedem Update haben sie dann wieder dasselbe Problem. Also ob man da ganz viel mehr machen kann regulatorisch, weiß ich nicht. [...] also das sehe ich fast als [...] schlimmer an derzeit als den Datenschutz“ (Interview 09 Zeilen 150–156). „Wir haben wenn ich mal so den ambulanten Teil sehe, Praxis-EDV-Hersteller, die 50, 60, 70 verschiedene Produkte auf dem Markt haben. Die sogar zum Teil bei den Quartalsupdates jeweils ein Bit an der Schnittstelle ändern, damit es keine Kompatibilität gibt und damit es keine Übertragung von Daten in andere Systeme gibt. Damit sozusagen [...] bei einem Provider, da also bei dem einen Softwarehersteller gefangen bleibt. Es gibt keine übergreifenden Kräfte, die darauf hinwirken, dass z.B. die elektronische Patientenakte standardisiert wird. Es wird eher das Gegenteil gemacht. Es gibt große Probleme in der Auseinandersetzung zu der Frage: Wer hält denn die Daten; wer hat die Kontrolle; wo werden die gespeichert? Dann kam sofort diese NSA-Befürchtung, die ja durchaus ernst zu nehmen sind, hinzu. Also, da das ist insgesamt total ernüchternd und enttäuschend und die elektronische Gesundheitskarte ist nen absoluter Papiertiger [...]. Da ist außer nem Foto bisher kein Fortschritt zu erkennen“ (Interview 13 Zeilen 165–175). Den mit zusätzlichem Aufwand verbundene Aufbau einer vernetzten EDV-Lösung scheuen viele eher kleinere Organisationen, die über wenig Manpower in diesem Bereich verfügen. Sektorenübergreifende Lösungen sind oftmals technisch kompliziert, da bei jedem Update neue bzw.

dieselben Probleme auftreten können. „Also wir haben unterschiedliche (...) PVS-Hersteller im ambulanten Sektor bei den Ärzten auf der einen Seite. Wir haben dann natürlich unterschiedliche Hersteller bei den Krankenhausinformationssystemen – bei den KIS-Systemen – und in der Pflege noch mal. Also es braucht einheitliche Schnittstellen. Es braucht einen einheitlichen Datenpool, um den Austausch zu gewährleisten. Dabei gilt es natürlich, den Datenschutz auch besonders zu berücksichtigen. Also man merkt schon, das ist nicht mal eben aus der Hüfte geschossen und dann funktioniert das. Technisch ist [...] vieles machbar (...). Allein auch hier muss der Wille da sein, auch vonseiten der IT-Industrie sich zu öffnen, Schnittstellen bereitzustellen, die eben sektorübergreifend den Datenaustausch ermöglichen. Das ist aus meiner Sicht bisher nur in geringem Umfang bisher erfolgreich gelungen“ (Interview 10 Zeilen 294–303). Andere Länder, zum Teil auch in Europa, sind bei der technischen Vernetzung im Gesundheitswesen schon viel weiter. Hierzulande ist die sektorenübergreifende Vernetzung „weit unterentwickelt, wenn man das mit anderen Ländern vergleicht wie Dänemark oder so“ (Interview 13 Zeilen 175-176). Die gesellschaftliche Digitalisierung schreitet stetig voran. Das Internet und mobile Dienste werden somit auch für das Gesundheitswesen immer wichtiger. Die technologische Transformation wird aber noch mindestens eine Generation an Zeit benötigen. „Also das Internet hat eher für Bevölkerungsgruppen ne Bedeutung, die jetzt [...] noch nicht ganz krankheitsaffin sind. Natürlich kucken auch die Älteren nach und googlen ihre Krankheit usw., das ist nicht die Frage. Aber jetzt sich umzuschauen nach [...] Versorgungslösungen, ich glaube, dass ist doch eher so, dass man kommt von dem, was man hat, aus dem Hausarzt wo man ist, von dem Spezialisten, wo man ist, dass der einen dann hinweist oder aber, was natürlich durchaus jetzt tatsächlich vorkommt, bei speziellen chronischen Erkrankungen, dass die sich untereinander austauschen, das hört man jetzt viel. Es sind dann eher, also es ist natürlich nicht [...] der normale Diabetiker, sondern das müssen dann schon schwere Verlaufsformen sein, die haben guten Kontakt miteinander, die sind gut vernetzt, zum Teil auch über das Internet. Aber es sind ja doch eher sozusagen Randerscheinungen“ (Interview 09 Zeilen 400–409). Allen voran müssen die technischen Systeme der einzelnen Versorgungssektoren aufeinander abgestimmt werden.

Für eine Kommunikation der einzelnen ‚Versorgungserbringer‘ innerhalb einer Vernetzungsaktivität werden einheitliche technische Standards sowie kompatible Schnittstellen benötigt. „Also es ist und das ist nicht nur diese IT-Plattform, die irgendwo da sein muss, diese Grundlage, die das erleichtert, sondern es muss vor allem akzeptiert werden von allen Beteiligten. Denke ich, ist auch noch ein großes Problem. Alle sagen zwar es ist [...] was Schönes, ist was Gutes, wollen se, aber so richtig ran trauen tut sich aber noch keiner“ (Interview 03 Zeilen 52–53). Es fehlt der Wille einzelner Organisationen sich in diesem Handlungsfeld klarer zu positionieren. „Dann [...] sind wir wieder an dem Problem KV oder KV Consult als Tochter der KV. Die KV selber darf’s nicht



machen und wir scheitern natürlich immer wieder an den Praxissoftwaresystemen. Es gibt ja rund 150 verschiedene Praxissoftwaresysteme. Gut, wenn wir die größten nehmen, haben wir eine Marktabdeckung von 70–80 %. Da hat jetzt insbesondere die KVWL einen Vorstoß unternommen um zu sagen, da schaffen wir mal eben eine Plattform. Aber uns wird natürlich eine funktionierende Technik mit Schnittstellen das Leben deutlich leichter machen“ (Interview 07 Zeilen 158–164). Zur Vereinheitlichung gibt es die Möglichkeit einer zentralen sowie einer dezentralen Datensicherung. Die zentrale Datensicherung bietet die Möglichkeit besserer Auswertungen und eines ständigen Zugriffs aller Leistungserbringer. Negativ ist jedoch die Angst einiger Menschen, Gesundheitsdaten irgendwo zentral zu sichern. Dezentrale Datenhaltung, z.B. über USB-Sticks, kann dieser Problematik entgegenwirken und ist zudem zu 100 % datenschutzkonform, da jeder Patient selbstständig und eigenmächtig über seine eigenen Daten entscheiden kann. „Auf der anderen Seite als Hausarzt weiß ich, dass das auch Grenzen hat, weil die Versorgung der älteren Dame, die nicht mehr weiß, wo ihr USB-Stick geblieben ist oder [...] die fest behauptet, dass sie nie einen gehabt hat. Die vielleicht auch diskontinuierlich dann Daten darauf gespeichert bekommt oder gar nicht, das sind alles praktische Probleme“ (Interview 13 Zeilen 441–445). Oberste Priorität muss dabei stets sein, dass „technische Hilfsmittel nur dann sinnvoll sind, wenn sie wirklich dem Menschen also den Patientinnen und Patienten nutzen, und wenn die Betroffenen auch tatsächlich Herr ihrer Daten bleiben. Also auch zwischen dem Risiko, dass die Daten verfügbar sind oder nicht verfügbar sind, abwägen können und viele Argumente sind sicherlich nur vorgeschoben, denn Datensicherheit kann realisiert werden“ (Interview 12 Zeilen 86–90). Das gilt insbesondere für den in der Bundesrepublik Deutschland stark ausgebauten Schutz der eigenen Datenhoheit. „Wir haben da erst mal dieses große Hemmnis des Datenschutzes. Der halt oder die Daten, die Gefahr von Datenweitergabe, die im Kontext technischer Unterstützungen nach wie vor gegeben sind“ (Interview 11 Zeilen 309–310).

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte versucht ein sektorenübergreifendes Tool bereitzustellen, damit eine Kommunikation und spätere Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen vollzogen werden kann. Dieses Projekt sieht sich einer jahrelangen Blockadehaltung verschiedener Organisationen und Einrichtungen gegenüber. „Die eGK ist momentan eigentlich ein ganz dummes Plastikding: Da steckt nix drin, da steht nix drauf. Sie könnte uns vieles erleichtern und helfen, scheitert aus Datenschutzgründen, die aber vorgeschoben sind“ (Interview 07 Zeilen 152–154). Die befragten Experten sehen das Themenfeld ‚Datenschutz‘ daher ebenfalls als eines der zentralen Hemmnisse von Versorgungsaktivitäten innerhalb lokaler Netzwerke. Hierbei spielt geografische Lage, Größe und Art der Vernetzung keinerlei Rolle. Die Interviewten sehen mehrheitlich den Schutz persönlicher Daten als lediglich vorgeschobenes Argument an, um Partikularinteressen durchzusetzen. „Datenschutz an sich ist überhaupt gar kein Diffusionshindernis.

Die Möglichkeit das Argument Datenschutz zu nutzen ist das Diffusionshindernis“ (Interview 06 Zeile 161). „Viele Argumente sind sicherlich nur vorgeschoben, denn Datensicherheit kann realisiert werden. Aber dennoch ist die Diskussion sehr stark politisch überlagert. Sie ist auch an dieser Stelle nicht rein fachlich inhaltlich begründet“ (Interview 12 Zeilen 89–91). Blockierer können dabei „die Vernetzte Versorgung in ein gewisses Licht stellen, weil man mit Worthülsen wie Datenschutz einfach so gewisse Alarmfunktionen, nenne ich es mal, auslösen kann“ (Interview 06 Zeilen 143–144). Datenschutz „erweist [...] sich als ganz erheblicher Hemmschuh, weil man braucht für sektorübergreifende Versorgung den Fluss von Daten über die Sektorengrenze, das ist zwangsläufig. Und damit treten natürlich neue Probleme auf. In Hinsicht, was passiert mit diesen Daten, wer kontrolliert die, wer kann die vielleicht hacken und abgreifen und missbrauchen usw. und da haben wir ne schwierige Diskussion gerade in Deutschland. Andere Länder wie Dänemark z.B. gehen da ganz anders mit um“ (Interview 13 Zeilen 413–418). „Ja man könnte sagen, immer wenn man etwas nicht will, dann schiebt man den Datenschutz da an und hat man das Thema negativ gelöst. Es ist mir, ist völlig klar, dass der Datenschutz bei Sozialdaten ein hohes Gut ist, das gilt es natürlich zu berücksichtigen. Auf der anderen Seite sollte man sich davon leiten lassen, dass die zur Verfügungsstellung dieser Sozialdaten für die Heilberufe [...] unerlässlich ist, und dass das im Sinne des Patienten [...] genutzt wird, um seine Versorgung zu verbessern und, wenn man sich von diesem Gedanken leiten lässt, hoffe ich, dass man den Datenschutz an der Stelle auch überzeugen kann, dass es hier nicht darum geht einen gläsernen Patienten zu bekommen, sondern eine für seine Situation bestmögliche Ausgangssituation für die unterschiedlichen Akteure, die ihn behandeln sollen, hin zu bekommen“ (Interview 10 Zeilen 305–313). Dabei wird dieser nach Aussage der Experten teilweise hierzulande bis an die Spitze getrieben. „Datenschutz und das hat auch Fritz Beske neulich mal gemeint, nimmt bei uns durchaus gesundheitsgefährdende Maßstäbe an. Der Datenschutz in Deutschland ist ein Monstrum“ (Interview 15 Zeilen 241–242), insbesondere da er von Bundesland zu Bundesland verschieden ist. Besonders die Versorgungsforschung würde von einer Lockerung des Datenschutzes profitieren. „Uns interessieren die Mengen, um da statistische Muster zu erkennen, aber keine Einzelfälle. Trotzdem klarerweise muss der Datenschutz Einzelfallinformationen unterbinden. Insofern ok und wir haben ja auch die Debatte mit ausspähen und was weiß ich. Aber wir haben ne zusätzliche Problematik, dass wir sechzehn Datenschutzgesetze in sechzehn Ländern haben und, wenn sie jetzt länderübergreifend arbeiten und das kann ja bei ner Netzwerksache auch wirklich passieren, dann haben sie immer mehr an der Backe und dann können sie nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner gehen. Also Datenschutz im Prinzip richtig, wir übertreiben es aber. Ich würde sogar sagen, wir übertreiben es massiv. Vor allem auch durch die föderale Struktur und dann haben sie also allein, ich bin mit Rhön-Klinikum da im Austausch, sie haben dann letztendlich mit 16 Bundesländern zu

kämpfen“ (Interview 15 Zeilen 246–255). Auch bei dieser Thematik wünschen sich die befragten Experten vom Gesetzgeber Veränderungen der gesetzlichen Regelungen und ein eindeutig vorgegebenes Rahmenkorsett, mit dem die einzelnen Vernetzungsprojekte arbeiten können. „Datenschutz, das Gesetz besteht aus ganz vielen Verboten. Aber steht nirgendwo klar, was wir denn jetzt dürfen. Es wird immer nur, da müsst ihr vorsichtig sein [...], aber mal klar zu definieren, das ist kein Problem, macht das doch mal so, da gibt’s irgendwie keinen Plan“ (Interview 03 Zeilen 59–62). Trotz der sicherlich vorhandenen Problematik verweisen die Experten darauf mehr Sachlichkeit und weniger Emotionen in die Diskussion zu bringen. „Datenschutz ist in Deutschland immer ein großes Thema (...). Ich persönlich sehe das [...] nicht ganz so dramatisch. Ich glaube, dass das wenig abgewogen wird“ (Interview 09 Zeilen 127–128). Die Gesundheit der jeweiligen Personen muss als Gut immer über der Sicherheit der persönlichen Daten stehen. Dabei gehen viele schwer erkrankte Menschen sehr offen mit ihren jeweiligen Beschwerden und Einschränkungen um. „Nur häufig ist es ja so, dass wenn sie mit Praktikern reden, die Praktiker die Erfahrung gemacht haben, wenn jemand beispielsweise an einer chronischen Krankheit leidet, dann ist es ja durchaus interessiert daran, dass die Daten ausgetauscht werden. Das ist ja keine Aushöhlung des Datenschutzes“ (Interview 06 Zeilen 163–166). Darüber hinaus vergessen viele im Alltag die konsequente Sicherstellung der eigenen Datensicherheit. „Weil immer wieder politische Akteure auf dem Thema Datenschutz rumreiten. Also, wenn ich sehe wie schmerzfrei Patienten im Urlaub mit ihrer EC-Karte umgehen, mit ihrer Kreditkarte, alles online digital machen. Aber sich weigern eine elektronische Gesundheitskarte, wo eventuell ein elektronisches Rezept drauf ist, wo man dann nachvollziehen kann, was hat der bekommen, an der Stelle freizugeben und zwar mit Datenschutzschlüssel mit allem drum und dran, ist nicht gewünscht und hat in Zeiten von NSA über Datenschutzreden eigentlich sowieso ne Farce“ (Interview 07 Zeilen 409–414). Mit einer strukturierten und ausreichenden Bearbeitung durch die Netzwerkgesellschaft oder einen durch die Providerorganisation engagierten Dienstleister sollten sämtliche Richtlinien im Rahmen der jeweiligen Datenschutzgesetze eingehalten werden können. Hierzu sind schon bei der Konzeption personelle und finanzielle Mittel einzuplanen. Leuchtturmprojekte, wie z.B. das Kinzigital, zeigen, dass auch schon heute (erfolgreiche) sektorenübergreifende Versorgung und die Einhaltung aller Datenschutzvorschriften Hand in Hand gehen können. „Also wir merken, dass das de facto alles händelbar ist, machbar ist. Aber es macht halt Aufwände. Und das [...] schafft, das ist eine der Herausforderungen, wenn man halt kein Geld hat zum Investieren in eine gute Datenschutzberatung, dann bleibt natürlich sozusagen ein bisschen entweder wie der Ochs vorm Berg stehen, traut sich nicht ran, oder man versucht gegen den Datenschutz unterirdisch seine Kanälchen zu bauen ne, mit höchsten Risiken, die nachher dann einem das alles zerschlagen können. Also es ist halt teuer. Also das ist halt das Problem. Das muss sozusagen

miteingepreist sein in die [...] Logiken der Gesellschaften“ (Interview 16 Zeilen 206–212), wenn sie lokale Vernetzungsaktivitäten aufbauen. Alleinverantwortlich für die Stagnation sektorenübergreifender Netzwerkaktivitäten kann nach Einschätzung des Expertenkreises der Datenschutz nicht angesehen werden. „Nee, also ausschließlich am Datenschutz nicht, das ist denke ich genau das, was wir auch noch hatten, dass der Wunsch Transparenz zu schaffen einfach nicht groß [...] ist, dass man da versucht zu bremsen“ (Interview 15 Zeilen 259–261). Insbesondere da Krankenkassen bzw. Leistungserbringer in einem Wettbewerb mit anderen Kostenträgern bzw. Organisationen der Gesundheitsversorgung stehen. Der Wettbewerbsdruck führt dabei tendenziell zu einer Verstärkung der Sektorengrenzen (Mahltig/Voermans 2011: 34).

Der Expertenkreis führt an, dass insbesondere in ländlichen Gebieten der Wettbewerb zum Teil schon heute nur noch rudimentär vorhanden ist, da z.B. die Facharztdichte ausgedünnt oder konkurrierende Leistungserbringer nicht in einer direkten geografischen Nähe vorhanden sind. Verträge gemäß § 140a–d SGB V wurden seinerseits als Wettbewerbs- und Differenzierungsinstrument für die einzelnen Kostenträger ins Leben gerufen, um sich im Markt der gesetzlichen Krankenversicherung stärker von Marktbegleitern abheben zu können. Die Expertengruppe hegt jedoch Zweifel an der Wertigkeit und Funktionalität derartiger Angebote. „Ich meine, es gibt ja immer so diesen Streit mit diesen Wettbewerbsgeschichten. Die Krankenkassen und der Wettbewerb. Ich würde jetzt nicht erwarten, dass die Landbevölkerung aufgrund eines supertollen IV-Vertrags jetzt, dass sie alle deswegen die Krankenkasse wechseln. Das ist auch, also ich mein grade jetzt auch, je älter die Leute werden, desto weniger würde ich das erwarten. Die Wechsler sind eher junge und urbane Menschen und nicht 60- bis 70-Jährige, die es dann plötzlich brauchen“ (Interview 08 Zeilen 202–207). „Aber ich denke, dass die Krankenkassen eher ne große Skepsis an den Tag legen. Dass sie sich vor allem nach ihrer Position im Wettbewerb fragen und danach fragen, was kann da uns am besten dienen und das ist, glaub ich, nicht die Integration zumal ja auch vieles an chronischen Erkrankungen über den erweiterten Morbi-RSA ausgeglichen wird [...]. Das nimmt natürlich auch einen Anreiz da stärker aktiv zu werden und ja, weil sich doch viele Anstrengungen der Kassen oft auf die Profilierung im Wettbewerb jetzt eben vor allem über Zusatzleistungen, wie ich das jetzt sehe, konzentrieren“ (Interview 01 Zeilen 82–88). Zurzeit besteht der Wettbewerb zwischen den Kostenträgern rein auf der finanziellen Seite und wird kaum über besondere Leistungen oder innovative Versorgungsangebote ausgetragen. Es kommt daher zu einem regelrechten Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Mitschuld daran trägt sicherlich auch der Gesetzgeber. „Das war ja immer nen großes Thema. Und demnächst wird es dann so sein, wie groß wird der Zusatzbeitrag sein, den man erhebt und es gibt einen Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ (Interview 13 Zeilen 148–150). „Nur es kommen nächstes

Jahr kassenindividuelle Beitragssätze, d.h. die Kassen stehen im Wettbewerb und momentan spielt sich Wettbewerb nicht über Leistungen, Qualität, sondern Wettbewerb spielt momentan einfach nur über Geld und Beiträge“ (Interview 07 Zeilen 140–143). Ausgelöst wird dieser da Krankenkassen bis vor kurzem einem starken „Wettbewerbsdruck ausgesetzt waren durch die Zusatzprämien, was im Prinzip auch erstmal richtig ist. Man will da auch einen Wettbewerb, aber was dazu führt, dass ne Kasse immer Angst haben muss, wenn ich investiere gehen kurzfristig meine Beiträge hoch und meine Mitglieder hauen ab und dann war’s für die Katz, also mach ich's nicht“ (Interview 15 Zeilen 133–136). „Da gibt es schon Unterschiede. Genau dann hatten sie gefragt [...] nach der Frage, wie viel Geld geben die Krankenkassen, das ist ja sozusagen nochmal ein anderes Thema eigentlich. Da haben wir ja in den letzten Jahren schon viel geredet über Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb, der natürlich dazu führt, dass die Investitionsbereitschaft bei Krankenkassen nicht gerade exorbitant ist. Ich glaube es wird ganz spannend sein zu sehen, was passiert denn jetzt mit dem Neuen. Also wir haben ja jetzt gerade das FQWG verabschiedet und was wird sich daraus ergeben, wenn man weggeht von diesem Zusatzbeitrag, den man bisher ja sehr sichtbar eingezogen hat, wieder ein Stück wieder zu der alten Logik, wo man einfach irgendetwas abgezogen bekommen hat, was man nicht direkt gesehen hat. Das heißt ja ich, also da weiß man ja einfach noch nicht, sind die Bürger oder sind die Versicherten jetzt grade sowieso viel stärker, sind die sensibilisiert dafür, was die früher nicht waren, und wird das weiter diese Extreme (...) ja Preissensitivität vonseiten der Versicherten geben oder entspannt sich dadurch jetzt auch nen bisschen vielleicht die Lage, sodass auch die Krankenkassen bisschen mehr ne Möglichkeit wieder haben auch mal Gelder in die Hand zu nehmen und auch in innovativere Sachen zu investieren, die sich eben nicht gleich über zwei, drei Monate hinweg schon wieder rechnen, und man da schon wieder einen Return hat, sondern auch vielleicht mal ein paar Jahre brauchen, bis man da tatsächlich aus der Investition wieder was rauszieht“ (Interview 05 Zeilen 104–120). Hierbei empfiehlt das Gremium eine starke Zusammenarbeit aller Kostenträger. „Es wäre sicherlich sinnvoll den 140er eher wieder irgendwie mit einer gemeinsamen Verpflichtung zum gemeinsamen Handeln der Krankenkassen zu verbinden“ (Interview 12 Zeilen 164–165). Der Expertenkreis deutet des Weiteren darauf hin, dass IV als Wettbewerbsinstrument, insbesondere in ländlichen Gebieten, nicht förderlich für die Ausbreitung sektorenübergreifender Versorgungsformen ist.

Für die meisten Leistungserbringer lohnt es sich in der Regel nicht, an einem Versorgungsvertrag teilzunehmen, der lediglich die Versicherten einer Krankenkasse beinhaltet. „Integrierte Versorgung als ein Wettbewerbsinstrument. Das ist ja ein Nachteil, denn das bedeutet ja, dass sie sich die Krankenkassen nur einzeln an solchen Versorgungsformen beteiligen und sogar eher ein Anreiz besteht sich nicht zu beteiligen, wenn der Konkurrent eine solche Versorgung organisiert“

(Interview 12 Zeilen 45–47). Dabei lassen sich die einzelnen Sozialversicherungsträger nur ungerne ‚in die eigenen Karten schauen‘. „Was ich verstehen kann. Das sind Betriebsgeheimnisse der Krankenkassen aber das ist sicherlich nen [...] wichtiger Punkt, wo man sagt im Grunde wissen wir seit [...] fünf Jahren ist nichts dazu gekommen an [...] allgemeinem neuem Wissen“ (Interview 09 Zeilen 94–97). Integrierte Versorgung „das war ja eher ein wettbewerblicher Gedanke. Aber natürlich [...] die Gedanken sind sehr ähnlich, dass man durch nen entsprechenden aufeinander Bezug und durch die Überwindung von Sektorgrenzen [...] auch Dinge, die vielleicht nicht so sinnvoll sind. Auch so ne Konkurrenzsituation zum Krankenhaus und Ähnliches, da wo sowieso keiner ist, dann doch bitte vermeidet. Also z.B. das Krankenhaus selber kann ja auch Nukleus davon sein. So nen kleines MVZ vor die Tür setzen, wo es vielleicht noch Fördermittel für bekommt und [...] da eben angestellte Ärzte reinsetzt. Also [...] das ist natürlich auch IV und wie gesagt das würde ich eher als Spezialfall für unterversorgte Gebiete sehen“ (Interview 09 Zeilen 307–314). Ein Teil der befragten Personen stellt daher die These, auf zukünftige Versorgungsprojekte so zu konzipieren, dass zumindest die regional vorhandenen größten Krankenkassen gemeinsam teilnehmen und die Versorgungslandschaft kooperativ gestalten sollten. Begleitend wären dazu wissenschaftliche Studien notwendig. „Müsste man mal bis zum Ende durchdenken, weil das bedeutet auch [...] wieder, weil man dann auch wieder eine Grenze setzt, das mit 70 % ist dann mit 60 % wieder nicht mehr oder wie oder wo ist die Grenze, wo man anfängt und es ist immer nen Problem“ (Interview 13 Zeilen 390–392). Genau an dieser Stelle ist wieder der Gesetzgeber gefragt, der hier eine Entscheidung treffen muss. Als ein weiteres Diffusionshindernis wird in der Gesundheitsliteratur eine zunehmende Privatisierung der Gesundheitsversorgung angeführt.

Eine Zunahme der Wettbewerbssituation führt auch im deutschen Gesundheitswesen zu einem immer stärker werdenden Konzentrationsprozess. Finanzschwache Kreise suchen oftmals private Investoren, um beispielsweise Räumlichkeiten für MVZ in ihrer Region zu errichten, Landärzte in die Region ‚zu locken‘ oder ihre defizitären Krankenhäuser zu übernehmen. Privatisierungen in einem sensiblen Umfeld, wie dem Gesundheitswesen, rufen dabei in der Bevölkerung zum Teil auch große Befürchtungen und Ängste hervor. Es wird allgemein angenommen, dass gierige Finanzinvestoren ausschließlich nach Profiten ‚schielen‘ und die Versorgung der Bevölkerung darunter leidet. Die ambulante Ärzteschaft hingegen wird nur in den seltensten Fällen als betriebswirtschaftlich arbeitende Organisationseinheit oder gierig angesehen. „Man muss ja auch auf der anderen Seite sehen, niedergelassene Ärzte, große Gemeinschaftspraxen sind auch private Unternehmen, die auf Profit aus sind. Also ich denke jetzt mal mit Privatisierung würde ich per se das nicht negativ sehen. Es ist natürlich klar, dass es sicherlich eine Hemmschwelle oder eine Aversion gibt, wenn man den Eindruck hat, da wird zu viel für Shareholder-Value getan. Also deswegen glaube ich, dass es da durchaus

Ängste gibt oder die gibt es ja auch und das die vielleicht nicht ganz unbegründet sind, weil man ja in allen anderen Branchen gesehen hat, sobald da Shareholder-Value im Vordergrund steht ist die Sache in den Hintergrund gerückt. Also diese Angst kann ich verstehen. Aber solange man die privaten letztendlich doch auch über die Transparenz kontrollieren kann, wo das Geld hinwandert, finde ich das per se nicht schlecht“ (Interview 08 Zeilen 247–256). „Das ist ja sehr ambivalent die Situation. Die Einzelpraxen sind ja immer schon private Einrichtungen gewesen, das wird aber in der Bevölkerung nicht so wahrgenommen. Die Einzelpraxis wird durchaus als eine Institution wahrgenommen, die sehr emphatisch ist und auch, ich sag mal so, als doch relativ selbstloser und sehr engagierter Helfer wahrgenommen. Das hat ja auch mit viel mit der Tradition zu tun. Dass die Praxisinhaber sich auch so verhalten haben. Es kommt natürlich berechtigterweise eine Angst hinzu, wenn z.B. private Klinikträger Geld aus dem System ziehen. Also für die Bevölkerung klar wird, [...] dass ein Krankenhaus mehreren Zwecken dient, sowohl der Versorgung als auch der Gewinnmaximierung der Anteilseigner, dann wird’s natürlich schwierig. Und an der Stelle macht sich natürlich die Angst und auch die Ablehnung solcher Strukturen fest, aber wie gesagt, das hat einfach, das ist nicht nur rational zu erklären“ (Interview 12 Zeilen 218–227). „Und ich glaube auch, dass das Problem mit der Privatisierung ist nicht, dass Privatisierung eigentlich schlecht wäre, dass sie (...) das Privatisierungsargument wieder total in ein gewissen Licht zieht, sondern es unterstellt, dass im jetzigen Gesundheitssystem keiner irgendeiner ökonomischen Interessen hätte und schauen Sie sich das System an, da haben sehr viele sehr ökonomische Interessen daran“ (Interview 06 Zeilen 324–328). „Also klar jetzt so, also so als Schlagzeile eignet sich das immer super und alle sagen, oh mein Gott, das ist ja furchtbar wenn man dann aber genau, ich finde, das ist so nen bisschen dieses ‚double standards‘, also wenn man abstrakt von Privatisierung im Gesundheitswesen redet, dann sagt jeder oh Gott das ist ja schrecklich und es geht ja alles gar nicht, wenn ich ganz konkret davon rede, wie ist denn mein Krankenhaus, was da vor Ort ist, dann glaub ich also spielt es erst mal gar keine Rolle ob das privat ist oder nicht, sondern die Leute erleben so wie sie es erleben, egal, ob das jetzt in kommunaler Hand ist oder nicht und gleichzeitig ist das wie das jeder niedergelassene Arzt ja auch ein Freiberufler ist und damit jemand ist, der Geld verdient mit dem, was er da tut. Da fragt ja auch keiner und da sagt ja auch keiner, mein Arzt darf ja auch gar kein Geld damit verdienen. Also insofern, ja das ist auch viel Ideologie mit im Spiel“ (Interview 05 Zeilen 389–398). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat hierzu bereits wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt. „Also ich glaube, dass die Angst größer ist als die tatsächlichen Folgen einer Privatisierung. Wir als Sachverständigenrat sagen, dass wir bisher und das ist auch durchgängig so nicht erkennen können, dass Privatisierung schlecht und öffentlich-rechtliche oder freigemeinnützige Trägerschaft gut sind. Es gibt in allen drei Sektoren gute und schlechte

Krankenhäuser. Es gibt auch miserable öffentlich-rechtliche Krankenhäuser und es gibt gute private und genauso geht's umgekehrt. Also die Trägerschaft alleine gleichzusetzen mit guter oder schlechter Qualität ist verkürzt, ist nicht richtig“ (Interview 13 Zeilen 402–407). Nichtsdestoweniger müssen insbesondere die Aufsichtsbehörden darauf achten, dass ausschließlich auf Profit ausgerichtete Investoren von Verträgen im Gesundheitswesen ausgeschlossen werden. „Auf der anderen Seite muss man auch sehen die privaten ziehen natürlich, und das ist das erklärte Ziel Dividende aus dem System und das ist Geld, was letztendlich für die Versorgung dann wieder irgendwo fehlt. Also von daher, ne gewisse Gefahr der Privatisierung ist da schon hinter“ (Interview 07 Zeilen 182–185). Nichtsdestoweniger müssen verstärkt auch private Unternehmen, Investoren und Kreditanstalten stärker für Versorgungskonzepte gewonnen werden. Hierzu sollte der Gesetzgeber verstärkt Anreize für die Ausweitung sektorenübergreifender Versorgungsformen setzen.

#### *11.4. Diffusionsanreize*

Die oben aufgeführten Diffusionshindernisse zeigen deutlich die unterschiedlichen Herausforderungen, Unwägbarkeiten und Problemfelder sektorenübergreifender Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen. Aufgrund einer ausufernden Bürokratie, teilweise entgegenlaufender Partikularinteressen, technischer Inkompatibilitäten sowie fehlender finanzieller Kapitalstrukturen weisen die einzelnen Akteure der Gesundheitsversorgung eher Ablehnungstendenzen gegenüber einer stärkeren Vernetzung auf. Die befragten Experten gehen jedoch davon aus, dass über den Wunsch vieler Organisationen und Unternehmungen wirtschaftlich erfolgreich zu sein, Verbesserungen im Bereich der Versorgung durch Netzwerke erreicht werden können. Es gilt nun von den handelnden Organisationen (Gesetzgeber, Selbstverwaltung usw.) verschiedene Anreizsysteme zu implementieren bzw. bestehende weiterzuentwickeln, um diese ‚wirtschaftliche Lust‘ zu fördern und auch um bestimmten negativen Tendenzen proaktiv entgegenzusteuern.

Zurzeit herrschen im Rahmen der deutschen Gesundheitsversorgung eher auf Krankheit ausgerichtete Finanzierungssysteme bzw. Anreize vor. Prävention und Gesundheitsförderung finden daher kaum Berücksichtigung. „Wir haben keine Belohnung für Gesunderhaltung, im Gegenteil: Die Anreizsysteme zielen auf Morbidität und da brauchen wir einen Wechsel“ (Interview 13 Zeilen 530–531). Um nachhaltig eine Änderung dieser Grundthematik bewirken zu können, müssen jedoch die starren, historisch gewachsenen Strukturen durchbrochen werden. Die Experten sind sich einig, dass zu diesem Zweck ein gewisses Startkapital, ähnlich der seinerzeit gezahlten 1%-Anschubfinanzierung, vonnöten ist. „Was wir bei allem, also nicht nur bei Vernetzter Versorgung, grundsätzlich, wenn ich eine Idee habe und möchte die umsetzen, irgendwas verbessern, dann brauche ich am Anfang auf jeden Fall mal Investitionsmittel. Kann mehr oder weniger sein, aber ich muss bereit sein, sage ich



mal, ein Jahr durchaus auch länger ne Phase durchzulaufen, wo ich definitiv mit den Ressourcen nicht hinkomme, also Verluste mache und da kann man auch drüber nachdenken, ob man da ne [...] vorübergehende Finanzierungsunterstützung [...] macht. Aber diese Phase, die kann ich nicht einfach wegdiskutieren“ (Interview 15 Zeilen 125–130). Für die Bereitstellung dieser Anfangsmittel gibt es unterschiedliche Möglichkeiten Netzwerke und Modellprojekte mit frischem Kapital zu versorgen. Die Palette an Vorschlägen reicht dabei über eine erneute Anschubfinanzierung, z.B. im Rahmen des Innovationsfonds, über die Finanzierung durch KfW-Kredite und Public Private Partnership sowie alternative Finanzierungsformen<sup>70</sup> oder bestimmte Finanzierungen in Form von Anleihen (Bürgeranleihen, Kommunalanleihen usw.) sowie eine stärkere Privatisierung bestehender Strukturen. Jede der aufgeführten Finanzierungsformen besitzt diverse Vor- und Nachteile, sodass abgewogen werden muss, welche neuen Anreizsysteme mit den innovativen Versorgungsformen am besten ‚harmonisieren‘ und die Vertragspartner in eine gemeinsame Richtung ‚lenken‘ können. „Aber ob ja also beides über den Innovationsfonds, oder sei es eben über sowas wie KfW-Kredite zumindest also genau, man muss natürlich immer sicherstellen, dass die so auch ausgerichtet sind, dass das für die Kassen nicht einfach leichtes Geld ist, was die da irgendwo ausgeben kann, sondern einfach aufgrund der Tatsache, was weiß ich, dass die nen relevanten Eigenanteil leisten müssen oder das die bei Krediten klar eh in der Rückzahlungspflicht sind usw., also dass da auch nen echter Anreiz ist genau zu überlegen, macht die Investition auch wirklich Sinn aus unserer Sicht und, wenn ja, dann gehen wir da rein“ (Interview 05 Zeilen 129–135). Hierbei muss explizit auf die Langfristigkeit bzw. Nachhaltigkeit der Incentives geachtet werden. Nur so können nachhaltige Investitionen realisiert werden. Es entsteht jedoch stets die Befürchtung, dass Anreizsysteme wie die Anschubfinanzierung oder der geplante Innovationsfonds als Stückwerk zu inkonsistenten Anreizen und Fehlinvestitionen verleiten. Viele Modellprojekte werden mit Auslaufen der Anschub- oder Zusatzfinanzierung wieder eingestampft. Aus diesem Grund sind neben den Kostenträgern auch die anderen Partner eines Versorgungsnetzwerks (finanziell) stärker in den Verbund miteinzubeziehen. „Im Innovationsfonds, da hätte ich eine Idee und zwar, dass Anträge, die für so regionale Versorgung bestellt werden, das sie nicht nur sozusagen Unterschriften der Krankenkassen und ner Providerorganisation brauchen, sondern auch ein Unterstützungsschreiben der kommunalen Ebene und vielleicht sogar so eine ganz winzige Mitfinanzierung. Winzig, weil die wirklich nicht viel Geld haben und wenn’s nur, dass irgendwie der Kreis oder die Kommunen da für 3.000 Euro sozusagen so ne Erklärung mit

---

<sup>70</sup> Hierzu können spezielle Finanzierungsfonds oder Mikrofinanzierungs- bzw. Crowdfinanzierungsmodelle gezählt werden (Hohnstein 2015: 13). KfW-Darlehen könnten eine ausreichende Kapitaldecke für nachhaltige Verdienstmöglichkeiten sicherstellen (Hildebrandt 2008: 29). Weitere Informationen zu Finanzierungskonzepten sektorenübergreifender Versorgungsformen siehe Greß 2010: 7-12 und Greß/Rothgang 2010: 9-24.

unterzeichnen“ (Interview 16 Zeilen 400–405). Die Experten zeigen anhand von Beispielen, dass gerade ländlich geprägte Gebiete im Grunde genommen gar nicht in der Lage sind zusätzliche Gelder bereitzustellen. „Wobei man sehen muss, dass z.B. so ne Stadt Marsberg mehr oder weniger pleite ist und dass so nen Landkreis wie der Hochsauerlandkreis wenig Geld hat“ (Interview 13 Zeilen 535–536). Nichtsdestotrotz kann eine stärkere Vernetzung ohne die Unterstützung der kommunalen Behörden und des Commitments der Lokalpolitik nicht funktionieren (siehe Kapitel 11.6). Als zusätzliche Unterstützung wären darüber hinaus negative Anreizsysteme für Kostenträger (z.B. Pflegekassen) zu setzen. Solange Kostenträger sich durch Nichtstun besser stellen, wird keine effiziente Versorgung der Bevölkerung erreicht. Eine „wechselseitige Mitfinanzierung bestrafen für nichttätig sein“ (Interview 16 Zeile 281) sollte aus diesem Grund etabliert werden. Die Versorgung des Patienten muss dabei stets im Mittelpunkt stehen und nicht das persönliche Budget einer Kranken- oder Pflegekasse. „Für die Entwicklung, Erprobung und Diffusion innovativer Angebote reicht eine Investitionsförderung alleine nicht aus“ (Greß 2010: 7).

Selbstverständlich ist natürlicherweise bei Start- oder Gründungsinvestitionen immer damit zu rechnen, dass nicht alle Marktakteure ehrbar und umsichtig mit den bezogenen Geldern umgehen. Nachhaltigkeit sollte daher bei der Vergabe von Investitionsgeldern stets oberstes Gebot sein. Aus diesem Grund darf das Geld nicht einfach mit dem Wunsch auf eine gute Versorgung quasi als ‚Gießkanneneffekt‘ an die unterschiedlichen Player ausgeschüttet werden. „Mitnahmeeffekte kann man natürlich nie ausschließen, [...] das ist immer so, wenn man extra Anreize schaltet“ (Interview 01 Zeilen 169–170). Dieses ‚Herdenverhalten‘ ist historisch belegbar. „Denn wenn ich 1%-Anschubfinanzierung mache, dann rennen alle los und wollen das Prozent haben. Da rennt keiner los und will tolle, gute IV-Verträge haben, sondern da rennt jeder los und will das Prozent haben. Dann muss ich eben in Kauf nehmen, dass in Gottes Namen ein Teil eben dieser dann erfundenen IV-Verträge dann halt Schrott ist“ (Interview 02 Zeilen 223–226). Ein Kontrollgremium sollte, z.B. beim G-BA eingerichtet werden, die Förderung der Projektmittel überprüfen und stets mit wissenschaftlichen Studien begleiten. Zu überlegen wäre ebenfalls, ob die Sozialversicherungsträger Akteuren der Gesundheitsversorgung „sogar bei positiver Evaluation auf die Rückzahlung verzichten“ (Interview 13 Zeilen 139-140). Hierbei bedarf es klar festgelegter Standards und regulatorischer Vorschriften.

Neben finanziellen Anreizen sind auch gesetzliche Regelungen und sozialversicherungstechnische Bestimmungen den einzelnen Vertragspartnern anzupassen. Paragraf 140 a–d SGB V wird nach Meinung zahlreicher Experten von vielen Kostenträgern als reines Wettbewerbsinstrument aufgegriffen. Die betreffenden Krankenkassen versuchen sich mit diesen besonderen Verträgen von Marktbegleitern abzuheben und bieten ihrer Versichertengemeinschaft

Alleinstellungsmerkmale an. Eigeninteressen der Krankenkassen müssten dabei gesamtgesellschaftlichen Interessen weichen. Eine zunehmende Populationsorientierung der einzelnen Leistungserbringer sollte zahlreiche Vorteile für die Versorgung der Bevölkerung liefern. Die Errichtung einer Einheitskasse hingegen wird vom interviewten Personenkreis konsequent abgelehnt. „Also dauerhafte Verantwortlichkeit für die Population auf Seite der Versicherung. Das muss nicht heißen, dass die alle gezwungen sind bei dieser Versicherung zu bleiben. Aber das jetzt andere Möglichkeiten gibt einen Wettbewerb zwischen den Versicherungen so auszugestalten, dass sie eine echte Kundenbindung auf verschiedenen Ebenen werden können. Also raus aus dieser kurzfristigen Hechelei für die Versichertenbeteiligten“ (Interview 06 Zeilen 402–407). In Teilen Deutschlands ist der Wettbewerb schon heutzutage stark eingeschränkt. Alte Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wechseln äußerst selten ihre Krankenkassen. Insbesondere in ländlichen Gebieten, mit einer Ausdünnung der Leistungserbringeranzahl, sinkt oftmals der Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander, da entweder mehr als genügend Patienten für alle Akteure zur Verfügung stehen oder z.B. kein weiterer Facharzt in direkter Umgebung existiert. In diesen Gebieten muss ein Umdenken stattfinden. Die Bildung ‚lokaler Allianzen‘, mit einer gemeinsamen Budgetverantwortung, erscheint unter der Prämisse der zukünftigen Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung als erstrebenswert. Auch ein regionales Präventionsbudget könnte in Erwägung gezogen werden (Burgi 2013: 115). „Der 140er muss meines Erachtens weg vom Wettbewerbselement und es muss einfache Lösungen geben, um ein regionales Budget zu bilden und sagen wir mal die [...] Tatsache, dass sich die einzelnen Patientinnen und Patienten einschreiben müssen, ist ja auch nicht gerade ein förderlicher Aspekt dafür. Weiß ich auch allerdings auch keine bessere Lösung, weil natürlich die Patientenautonomie gesundheitspolitisch natürlich einen sehr, sehr hohen Wert hat und von daher ich mir auch ne Zwangsmaßnahme an dieser Stelle nicht vorstellen kann“ (Interview 12 Zeilen 165–171). Eine starke Wechselbereitschaft der Versicherten aufgrund bestimmter IV-Verträge wird vom Expertengremium nicht bescheinigt. Bei den Krankenkassen muss daher ein Umdenkprozess stattfinden. Eine populationsorientierte Gesundheitsversorgung ländlicher Gebiete, gemeinsam mit den größten Wettbewerben, darf zukünftig kein Tabuthema mehr sein.

Insbesondere die organisatorischen Strukturen innerhalb der Akteurslandschaft sowie auch bei den Sozialversicherungsträgern müssen sich zukünftig noch stärker ändern, um sich besser an Vernetzungsprozesse anpassen zu können. HMO-Beispiele aus dem Ausland zeigen, in welche Richtung es zukünftig gehen könnte. Hierbei wird von den befragten Personen in Deutschland insbesondere die KBS als positives Beispiel angefügt. „Dass die Knappschaft-Bahn-See einer der aktivsten Akteure ist, jetzt bei der Realisierung von vernetzten Versorgungsstrukturen [...], weil die wissen, dass ihre Klientel nicht weggeht und die haben verschiedenste Leistungserbringer unter einem

Dach, die sie auch vertraglich über SGB hinaus in Konstrukte hineinbekommen kann, und siehe da, die sehen da eine große Gestaltungsmöglichkeit und da funktioniert es. Und ich glaube, dass Einzelmaßnahmen, die nichts an diesem Grundproblem ändern, immer wieder an neue Barrieren stoßen, immer wieder neue Probleme heraufbeschwören. Aber wie schwierig es wäre und es heißt ja auch nicht, dass alles jetzt Knappschaft-Bahn-See werden soll. Also ich sehe nicht, dass wir das Knappschaftssystem über die Lande nach Deutschland über ganz Europa ausfahren müssen, aber das zeigt zumindest in welche Richtung solche Überlegungen gehen müssen, damit man da die Balance hinbekommt“ (Interview 06 Zeile 266–276). Hierbei können neuartige Organisationsformen wie z.B. ACO ein Schlüssel zum Erfolg sein. Für einen Transformationsprozess im Sinne einer stärkeren Marktdurchdringung von Netzwerken und Kooperationsbündnissen für die Sicherstellung der Versorgung muss der Gesetzgeber klare Rahmenbedingungen vorgeben, diese müssen vor allem über einen längeren Zeitraum Bestand haben. Planungssicherheit ist für Leistungserbringer aber auch Krankenkassen die wichtigste Voraussetzung um die hohen Anfangsinvestitionen tätigen zu können bzw. überhaupt zu dürfen. Ein Umdenkprozess muss auch in diesem Bereich erfolgen. Hinderlich hingegen ist hierbei selbstverständlich das von Jahr zu Jahr denken (Budgetdenken) der Kostenträger sowie der vom Gesetzgeber angegebene ‚geringe‘ Planungszeitraum. In diesem Punkt wird von den Interviewten angemerkt, dass bei den Regulierungsanforderungen ein großer Nachholbedarf besteht. „Und ich weiß nicht ob man in fünf Jahren so weit ist auf ein Projekt zu skalieren“ (Interview 06 Zeilen 366-367). Größere Zeiträume erscheinen dabei vonnöten. „Solche Projekte und solche Finanzierungsrichtlinien sollten meines Erachtens nach zehn Jahren“ (Interview 16 Zeilen 125–126) erst beendet werden. Als Begründung wird stets der sehr lange Verhandlungs- Vertrags- und Eingewöhnungsprozess sektorenübergreifender Vernetzungsaktivitäten angeführt. Darüber hinaus existieren auch in der Kommunikation und Ansprache potenzieller Teilnehmer des Netzwerks Hemmnisse und Problematiken.

Neben den oben angeführten finanziellen, personellen und sonstigen Anreizen, ausgelegt für die verschiedenen Adaptoren (Organisationen, Leistungserbringer, Kostenträger und andere Akteure) ‚sich einem Versorgungsnetzwerk anzuschließen, sind selbstverständlich auch Menschen (bzw. Patienten oder Zulieferer oder Kunden) von den Vorteilen eines solchen Kooperationsverbundes zu überzeugen. Hierbei gibt es nach Expertenmeinung mehrere Wege, die letztendlich zum Ziel führen können. Lediglich bei der Form der Ansprache gibt es eine eindeutige Meinung. „Es geht häufig über die direkte Ansprache. Vielfach wird natürlich die Frage gestellt, warum soll ich da mitmachen? Welche positiven Aspekte hat die Kooperation für mich“ (Interview 10 Zeilen 273–274)? Dabei wird die herausragende Bedeutung der medizinischen (ambulanten) Mitglieder eines Netzwerks besonders hervorgehoben. „Der beste Kommunikationskanal mit weitem Abstand ist der Hausarzt. Ja also, der

hat zu 90 % der Patienten der Bevölkerung pro Jahr hat einen Kontakt“ (Interview 13 Zeile 453–455). „Das ist jetzt klassische Kennerarbeit, da muss der Arzt entsprechend Akquise betreiben. Das kriegen die meisten inzwischen hin. Die bekommen ihre Patienten schon davon überzeugt, dass sie so, schreib dich mal hier ein. Wir müssen deutlich mehr Öffentlichkeitsarbeit machen. Wir müssen auch in die Köpfe rein bzw. der Patient fragt sich ja in dem Moment, wo er eine Teilnahmeerklärung unterschreiben soll, was hab ich denn davon? Und damit fragt er in der Regel nach finanzieller Belohnung und darum geht’s ja gar nicht, es geht um abgestimmte Behandlungen, es geht um Qualität. Aber ich glaube, dass sich dieses Thema, Zweitmeinung ist so nen klassisches Feld dafür, optimierte Versorgung immer weiter durchsetzen wird“ (Interview 07 Zeilen 419–426). Ein anderer Hebel wäre es die Kostenträger, die eine breite Masse, auch an gesunden Personen, erreichen und per Gesetz (§ 13 SGB I) zur Aufklärung der Bevölkerung verpflichtet sind, als Plattform zu benutzen. „Dass z.B. von der Krankenkasse angesprochen werden oder die Krankenkasse dafür Werbung macht in ihren Geschäftsstellen oder der Arzt den Patienten, den er für geeignet hält, und bestimmte Dinge anspricht. Und dann gibt’s ja auch immer noch den Arzt, den wir wiederum informieren wollen, vielleicht über bestimmte Dinge und dann geht’s auch nur [...] über Kommunikation, über Gespräche“ (Interview 03 Zeilen 280–284). Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten zu einer stärkeren Professionalisierung der Vernetzungsaktivitäten beitragen. „Doch es gibt ja auch jetzt von der KV ne Auszeichnung, hätt ich jetzt schon fast gesagt, nen Zertifikat für anerkanntes Arztnetz. Ich weiß jetzt nicht wie es richtig heißt und ich denke, wenn man das anstrebt als Arztnetz und doch [...] man kann immer mehr. Es werden eigene Internetseiten gestrickt und Werbung gemacht für das Arztnetz. Ich denke, das motiviert auch schon zur Vernetzung und auch ein Arztnetz heißt ja auch Netz, ist ja ein erster Schritt zur Vernetzung“ (Interview 03 Zeilen 421–425). Zum Aufbau entsprechender Versorgungsnetzwerke könnten die KVn z.B. Sonderfinanzierungstöpfle zur Verfügung stellen. Aufgrund der besonderen Bedeutung finanzieller Gegebenheiten im Rahmen der Anreizgestaltung für die positive und nachhaltige Errichtung vernetzter Versorgungsformen befasst sich das nachfolgende Kapitel ausführlich mit dieser Thematik.

### *11.5. Finanzierungsformen*

Anpassungsprozesse bzw. Innovationszyklen sind stets eng mit Kapital verbunden. Ausreichende finanzielle Ressourcen sind daher für Wirtschaftsunternehmen und somit letztendlich auch für Sozialversicherungsträger erfolgsentscheidend. Der Bereich der Finanzen gehört nach Einschätzung der Experten sicherlich zu den weitreichendsten Diffusionshindernissen sektorenübergreifender Vernetzungsaktivitäten. Insbesondere bei der Verteilung der Gelder, der Innovationsbereitschaft, der Organisationen im Gesundheitswesen sowie bei Abschreibungs- und Rücklagenmodalitäten der

Sozialversicherungsträger sind Reformen dringend notwendig. Anpassungsbedarf wird von einem Teil der interviewten Personen, speziell im ambulanten medizinischen Bereich, gesehen. Daher plädieren sie dazu das Honorarmodell im ambulanten Sektor zu ändern und so mehr Transparenz zu schaffen. Eine Kompatibilität mit den im stationären medizinischen Teil eingesetzten DRG wäre wünschenswert. Darüber hinaus müssen (ländliche) Vernetzungsaktivitäten einen langfristigen Charakter aufweisen und auch die Bereiche Rehabilitation, Pflege und sonstige Leistungserbringer miteinbeziehen.

Nahezu einig sind sich die interviewten Personen darüber, dass es wieder einen Finanzierungstopf speziell für Vernetzungsaktivitäten geben sollte. „Und dann würde ich mir meinetwegen z.B. für IV-Verträge wünschen, dass es wieder einen Budgettopf gäbe als Beispiel“ (Interview 02 Zeilen 372-373). Ein ausschließlich auf einen Sektor beschränkter Finanztopf, ähnlich der Anschubfinanzierung, wird dabei von der Expertengruppe abgelehnt. „Also es gibt Möglichkeiten das auch anders zu regeln. Aber das wäre natürlich das Beste, wenn man von vornherein kombinierte Budgets hätte. Aber das geht ja in dem jetzigen System kaum“ (Interview 13 Zeilen 207–209). Hierzu sind Reformansätze mit unterschiedlichen Möglichkeiten denkbar. Diese können auf den unterschiedlichsten Wegen geschehen. Die Expertengruppe hat diesbezüglich zahlreiche Vorschläge aufgezeigt, um Stellschrauben im bestehenden System anzupassen, sodass eine stärkere sektorenübergreifende Netzworkebildung erleichtert wird. Hierzu könnten z.B. Komplexpauschalen – ähnlich den DRG im stationären Bereich – für die einzelnen Versorgungszweige eingeführt werden. So könnten Akteure der Gesundheitsversorgung Schnittstellen abbauen und Synergien erzielen. „Das wäre sicherlich nen ganz sinnvoller Aspekt, denn wenn man an der Schnittstelle ein Budget bilden würde, das wirklich beide Sektoren übergreift und das müsste man allerdings dann schon mit der Verpflichtung verbinden, dass dann auch dieses Budget, auch der ambulante und der stationäre Teil zugreifen kann, je nachdem welche Ärzte dann diese Versorgung durchführen“ (Interview 12 Zeilen 339–342). Ausgestaltungsformen dieses Änderungsvorschlags könnten ein kombiniertes Budget, Komplexpauschalen oder andere Finanzierungsvehikel sein. Dies hätte stets Kompensationsforderungen innerhalb aber auch außerhalb der Sektorengrenzen zur Folge. „Also ich nehme jetzt einfach mal nur ambulant und stationär, lass auch grad auch mal kurz Reha raus, aber das allein [...] durch die Finanzierung ein gemeinsames Interesse stattfindet. Es gibt quasi für die Hüfte, sag ich jetzt mal, ein Budget, da ist der Orthopäde, der Hausarzt am besten die Reha und das Krankenhaus, das behandelt, und das muss gut klappen, und wenn die sozusagen in einem Boot sitzen, was das Finanzielle anbetrifft, und ich mein dafür bin ich lange genug im Krankenhaus, dass das wirklich das intrinsische Interesse der Professionen ist ja in der Regel, die sind ja alle glücklich, wenn sie am Patienten arbeiten können und was Gutes dabei rauskommt“ (Interview 08 Zeilen 54–61).

Nichtsdestoweniger muss die finanzielle Ausgestaltung stets berücksichtigt bleiben. „Die Prinzipal-Agent-Theorie legt nahe, dass ein zweigeteiltes Vergütungssystem, das auf einer Pauschale und einer erfolgsabhängigen Komponente beruht, effizienter und effektiver ist als eine Vergütung auf Einzelfallbasis oder eine rein pauschale Vergütung“ (Güssow 2010: 168). Bei spezifischen und komplexen Krankheitsbildern sind Pauschalen sinnvoll, bei anderen Leistungen können sie Qualitätssteigerungen verhindern und sind somit nicht sinnvoll (Güssow/Gröbner 2009: 57). Die finanziellen Anreize sollten möglichst zu einem gemeinsamen Handeln und Versorgen durch die Leistungserbringer führen. Eine Providerorganisation verteilt anschließend die Gelder nach einem vertraglich festgelegten Schlüssel. Hauptaufgabe der Netzwerkarbeit ist es daher, zwischen den einzelnen Organisationen zu vermitteln und gegebenenfalls Ausgleichszahlungen vorzunehmen. Die Gelder zwischen den einzelnen Leistungserbringern sollten fair nach dem Aufwand der Behandlung verteilt werden. Wer 30 % des Gesundheitsprozess leistet, sollte auch 30 % der Vergütung bekommen. Hierzu sind einheitliche Bewertungskriterien zu schaffen. In der Realität ist das jedoch nur schwerlich abbildbar. Aus diesem Grund sind Ausgleichszahlungen nötig. Bei der Ausgestaltung ist insbesondere darauf zu achten, dass keine zu hohe Komplexität entsteht. Es muss ein klares Einschreibemodell her. Eine Pauschalvergütung ist dabei jedoch nie problemfrei, da diese Fehlanreize bieten könnte. „Also es gibt ja verschiedene Überlegungen, Pauschalierungen haben ja immer so den Nachteil, dass sie ja auch die weniger erwünschten Effekte manchmal sehr stark verstärken. Man kann das ja bei der Entwicklung des DRG-Systems feststellen. Da richtet sich die Versorgung sehr häufig nach den in den Prozeduren beschriebenen Mindestangaben. Wenn also mit einer bestimmten Diagnose sieben Tage verbunden sind, wird der Patient nicht nach fünf Tagen entlassen und ähnliche Dinge [...]. Also Pauschalierungen haben auch immer ihre wirtschaftlich getriggerten Nachteile. Was beispielsweise in der Psychiatrie Modelle sind, so dieses persönliche Budget“ (Interview 12 Zeilen 327–333) könnte auch für populationsorientierte Versorgungsnetzwerke interessant sein. Kopfpauschalen, Ausgleichszahlungen oder Sondervergütungen sind jedoch nur ein Teil der Diffusionshindernisse, welche mit finanziellen Fragestellungen verbunden sind.

Verteilung und Fusion bestehender Finanzierungstöcke werfen neben praktischen Herausforderungen auch eine Fülle an rechtlichen Fragestellungen auf. Darüber hinaus sollten diese Finanzierungsströme im bestmöglichen Fall nur für die Bezahlung von gesundheitsbezogenen Leistungen und nicht für Investitionsmittel genutzt werden. Hierzu könnte der Gesetzgeber besondere Finanzierungsmittel zur Verfügung stellen. Zu diesem Zweck wurden vom Expertengremium verschiedene Vorschläge diskutiert. „Sprich gibt es andere Finanzierungsmöglichkeiten. Es muss nicht immer zwangsläufig aus der GKV heraus kommen, sondern wir sprechen vielfach [...] über die Gesundheit als höchstes Gut der Menschen und was sind dann Menschen bereit dafür zu tun“

(Interview 10 Zeilen 201–204)? Neben KfW-Krediten oder speziellen Ausgleichszahlungen könnte auch der geplante Innovationsfonds speziell auf lokale Vernetzungsaktivitäten ausgelegt werden. Denn auch Krankenkassen brauchen eine bestimmte Größe, um bestimmte Projekte überhaupt (finanziell) stemmen zu können. Derzeit sind sie eher innovationsunfreundlich aufgestellt. „Sie haben vorhin nach KfW-Krediten gefragt. Da würde ich mal sagen, das könnte vielleicht was Sinnvolles sein. Ja, dass ich Kommunen sage, du kriegst KfW-Mittel für [...] Low-Zins, wobei Zinsen sind heutzutage sowieso niedrig, aber vielleicht für 50 Jahre, was weiß ich, zinsfrei oder was auch immer, und wenn du mit diesem Geld eine vernetzte Struktur aufbaust, die das Thema Transport, Elektronik, also Cloud und Leistungserbringung am Menschen miteinander kunstvoll verzahnt. Das halte ich schon für sinnvoll“ (Interview 02 Zeilen 415–421). Demgegenüber stehen steuerliche, rechtliche sowie weitere gesetzliche Fragestellungen. „Und dass Krankenkassen jetzt KfW-Darlehen in Anspruch nehmen können. Ich weiß gar nicht (...), ist das möglich? Heute nicht, ne? (...) und es wird ihnen auch nichts nützen, weil in ihrer Buchhaltungsverordnung würde ihnen das dann wieder negativ dargestellt werden. Wir hatten das auch gedacht so einen KfW-Stock zu machen für sozusagen Provider-Organisationen. Theoretisch geht das, aber man hat ja keine Assets und damit kommt man in die Problematik, dass man halt keine Besicherung hat. Und ne reine Dienstleistungsorganisation, was das ja ist, ist für die KfW da nen bisschen schwer“ (Interview 16 Zeilen 263–269). Zu diesem Zweck müssten Ärztenetze (oder einzelne Ärzte), stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser oder Pflegeheime), Unternehmen oder Kommunen bzw. die Bevölkerung Eigenmittel in das Netzwerk als Sicherheiten einbringen. Viele ländliche Regionen sind eher strukturschwach und daher ist Kapital in diesen Gebieten ‚eher rar gesät‘. Eigenkapital, welches aus Bundesmitteln oder anderen Finanzierungsformen zur Verfügung gestellt würde, könnte in diesen Gebieten Abhilfe leisten. Des Weiteren wären nach Meinung einiger Experten auch Finanzströme der gesetzlichen Sozialversicherung zu verändern, um gerade in den ländlichen Gebieten ein größeres Investitionsvolumen zur Bildung von Versorgungsnetzwerken zu erzeugen. Der SVR hat in seinem Gutachten aus dem Jahre 2014 die Vorschläge unterbreitet in unterversorgten Gebieten Landarztzuschläge oder einen, um bis zu 100 % erhöhten, KV-Anteil zur Verfügung zu stellen (Deutscher Bundestag 2014: 371–377), bzw. noch andere Finanzströme als Paket miteinbinden. „Dann für die gesamte Versorgung im Sinne von Capitation, populationsorientiert usw. und dann würde ich die 200 % aus der KV-Vergütung da rein tun, Sicherstellungszuschläge vom Land und noch Mittel aus dem Umwandlungsfonds, der jetzt möglicherweise in dieser Bund-Länder-Kommission beschlossen wird und dann hätte man plötzlich ne Menge mehr Geld, mehr als je zuvor in“ (Interview 13 Zeilen 236–240) den betreffenden Gebieten. Hierzu müssen in einem ersten Schritt die zahlreichen bürokratischen Hemmschwellen abgebaut werden. „Dann finde ich es wichtig, dass man diesen Innovationsfonds konsequent nutzt. Dass man das Instrument der Sicherungszuschläge vereinfacht,



transparenter macht, leichter erreichbar, dass man Landarztzuschläge ermöglicht, dann diesen Fonds [...] für die Überführung der Krankenhäuser in andere Versorgungskonzepte“ (Interview 13 Zeilen 520–523). Hierbei ist ebenfalls der Gesetzgeber gefordert, schnellstmöglich nachhaltige Reformen umzusetzen. Eine Kombination verschiedener Finanzierungstöpfe könnte genügend Ressourcen für Investitionsmittel in Vernetzungsaktivitäten zur Verfügung stellen.

Neben der Kombination bestehender Finanzierungstöpfe und der Bereitstellung von Investitionsmitteln bleibt die Frage offen, ob Netzwerkmanagement extrabudgetär vergütet werden sollte. Die Mehrheit der befragten Personen spricht sich dafür aus kein zusätzliches Geld für derartige Tätigkeiten in das System zu bringen. „Ich würde keine Strukturen extra vergüten, sondern ich finde, wenn ich der Überzeugung bin, dass ich irgendwo ne bessere Versorgung anbieten kann, dann muss eigentlich eher da rüberkommen, dass man, das meinte ich eben, auch mit diesem Thema Qualitätsanreize. Also ich würde immer eher über Outcomes gehen, also dann über den Input extra wieder nochmal neu zu vergüten“ (Interview 05 Zeilen 321–325). „Ansonsten würde ich immer eher dafür plädieren, dass das Geld aus dem vorhandenen System selber kommt und umgesteuert wird“ (Interview 02 Zeilen 145–146). Ein professionelles Management könnte des Weiteren Prozesse verschlanken. „Und die Einsparungen können genutzt werden um erstens das Management zu finanzieren und zweitens auch vielleicht über die Einsparungen Vergütungsanreize zu setzen. Ja also, wenn ich jetzt nicht das perfekte Vergütungsmodell festbasteln kann, dann brauche ich, dann muss ich vielleicht das Vergütungssystem, das mir der Gesetzgeber vorschreibt, nutzen und [...] irgendwie muss ich [...] nen Topf haben, wo die Einsparungen des Netzwerks reinfließen und mit diesem Topf kann ich dann vielleicht selbstständig auf der normalen GKV-Vergütung noch was draufsetzen, um die Anreize hinzukriegen und dazugehört eben Management finanzieren und Vergütungsanreize finanzieren. Wenn das nicht geht, dann ist das Netzwerk auch nicht nötig“ (Interview 15 Zeilen 112–120). Derartige Pauschalen könnten explizit für Versorgungsnetzwerke im ländlichen Raum eingesetzt werden um das Netzwerkmanagement zu finanzieren. „Bei einer populationsorientierten Vollversorgung im Sinne einer Capitation wäre das natürlich innerhalb der Capitation“ (Interview 13 Zeilen 81–82). „Besser ist also in der Endausbaustufe, sag ich mal, wäre eigentlich das Vollversorgungsmodell mit einer umfassenden, alle Leistungen enthaltenden Capitation das Richtige und da ist die Managementpauschale sozusagen mit drin“ (Interview 13 Zeilen 85–87). Für den Aufbau von innovativen Versorgungsnetzwerken ist aufgrund der hohen technischen Veränderungen und Anfangsinvestitionen der Einsatz von Fremdkapital zwingend notwendig. „Also was sie ansprechen ist Fremdkapitalgeber, der will eigentlich kein Risiko, der will seine Zinsen und die Tilgung und dann ist er wieder draußen. Aber das ist ja fast schon wie so Start-ups, die irgendwas probieren und wo vielleicht jeder Dritte oder aber was weiß ich mehr als jeder Zweite auf die Nase

fällt, ja, dass man dann mehr so ne Art Mischfinanzierung braucht, die man durchaus mit Bundesmitteln oder so nem Topf aus Kassenmittel, den man dann zwangsweise definiert, finanzieren kann“ (Interview 15 Zeilen 152–157). Aus diesem Grund sollten Kommunen und Krankenkassen stets mit eigenem Geld in dem Projekt involviert sein. „Vielleicht kann man auch sagen, das ist dann keine Fremdfinanzierung, sondern Mischfinanzierung, dass man mit ins Risiko geht, weil ja von vornherein nicht klar ist, dass sowas funktioniert, dann ist man schon Eigenkapitalgeber“ (Interview 15 Zeilen 150–152).

Neben der eigentlichen Finanzierung ist die Budgetbereinigung eines der zentralen Hindernisse im deutschen Gesundheitswesen. Die Expertengruppe macht deutlich, dass aufgrund der nicht praktikabel zu bewältigenden Herausforderungen aktuell von nahezu keinem Projekt eine Budgetbereinigung durchgeführt wird. „Es gibt praktisch keinen IV-Vertrag bei dem das schwierig ist, weil es gibt kaum welche, die bereinigen. Das war ja auch [...] eines unserer Erkenntnisse, dass fast alles Add-on also 99 % sind Add-on-Verträge“ (Interview 09 Zeilen 481–483). Viele Projektpartner planen auch viel zu kurze Investitions- und somit Return on Investment-Zeiträume ein. „Kurzfristig die Outcome-Erwartungen an vernetzte Versorgungsstrukturen, wie Sie es genannt haben, längerfristig setzen. Also ich glaub im letzten, im Koalitionsvertrag war vier Jahre, das finde ich schon sportlich. Prävention [...] oder die Vergütung von Prävention sehr viel stärker in die [...] Logik der gesetzlichen Krankenversicherung einbinden und das sind konkrete Maßnahmen und auf ner abstrakten Ebene alles, was das Thema Innovationsfreundlichkeit fördert. Endlich Innovationsfreundlichkeit schaffen wie in Bezug auf die Fristigkeit von Erwartungen und die zur Verfügungstellung von Budgets es Krankenkassen, Leistungserbringern sowie eventuellen Dritten die z.B. in Managementgesellschaften tätig werden können, tatsächlich erlaubt in diesen kreativen Suchprozess einzusteigen und der wird on the road zu Fehlern [...], dass man Projekte einstampft, Projekte rückgängig macht und das ist total normal. Sehen Sie mal bei Google wird jeder Fehler mit ner Party gefeiert, damit man was draus lernen kann und nicht, dass ich sage alles muss so sein, aber ein Schritt in diese Richtung, den würde ich mir wünschen“ (Interview 06 Zeilen 578–589). Eine vernetzte Versorgungsplattform dient dabei als Grundlage, um die Abrechnungen der einzelnen Versorgungsleistungen für das Netzwerk zu überwachen und zu steuern.

Eine weitere Möglichkeit der Steuerung der Finanzströme im Gesundheitswesen ist die im Gesunden Kinzigtal durchgeführte virtuelle Rechnung (siehe Kapitel 12.1). „Komplexpauschale denkt ja sozusagen, dass einer dann das Gesamtgeld bekommt, ne, davon finde ich, bin ich nicht Freund von. Also was unser Modell ist ja diese virtuelle Rechnung. Und ich find die viel einfacher, überzeugender, weil Komplexpauschalen muss man dann Abrechnungsinstitutionen neu gründen, dann hat man halt, man orientiert sich sozusagen auf Geldflüsse und all das und man orientiert sich ein Stück weg von

dem der Optimierung der Versorgung. Und mein Interesse wär immer, halte die Provider eher sozusagen an dem Thema dran, was kann klüger gemacht werden. Und sozusagen nimmt nicht in den Vordergrund das Thema Vergütung. Immer wenn das im Vordergrund ist, dann wird eine, ein Anreizverhalten produziert, was eher problematisch ist“ (Interview 16 Zeilen 316–324). „Lassen alle Vertragsbeziehungen wie sie laufen und bauen oben drüber eine virtuelle Abrechnungsebene auf“ (Interview 16 Zeilen 180–181). „Und wenn halt sich Kosten vermindert haben im stationären Bereich oder im niedergelassenen Bereich oder im Reha oder sonstwo, dann ist das dann auf der virtuellen Ebene in der aggregierten Form hier sichtbar. Und daraus da auf dieser aggregierten Ebene kann man das Vertragswerk aufbauen. Dann braucht man gar keine Budgetausgliederung“ (Interview 16 Zeilen 181–185). Egal in welcher Art und Weise die Finanzierung sichergestellt wird, ist es heutzutage nahezu Konsens der Expertengemeinschaft, dass die Gesundheitsversorgung nicht mehr ausschließlich von den Sozialpartnern getragen werden kann. Ohne das Commitment der Bevölkerung bei medizinischen Vorgängen oder im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung kann die Qualität der Versorgung langfristig nicht verbessert werden. In einigen ländlichen Gebieten unterstützen Unternehmen sowie Kommunen die Krankenkassen und KVn, da Gesundheitsförderung einer der wichtigsten Standortfaktoren ist.

### *11.6. Die neue(n) Rolle(n) von Kommunen und der Wirtschaft*

Der Sicherstellungsauftrag der Gesundheitsversorgung ist zurzeit Hauptaufgabe der Sozialverwaltung (KVn). Krankenkassen, KVn und Leistungserbringer versuchen, mit einem deutschlandweiten vollumspannenden Geflecht an Stützpunkten, Geschäftsstellen, Beratungseinrichtungen und mobilen Serviceleistungen, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten bzw. diese bestmöglich zu versorgen. Eine Ausdünnung der jungen Bevölkerungsgruppen in eher ländlich geprägten Räumen, die Alterung der Gesellschaft und längere Fahrtwege stellen große Herausforderungen für die Versorgungslandschaft dar. „Ländliche Gebiete [...] werden die Verlierer sein in den kommenden Jahren. Die werden Schwierigkeiten haben die Infrastruktur zu finanzieren, Thema Fixkosten. Zum Teil schrumpfende Bevölkerung. Trotz Alterung schrumpfende Patientenzahlen. Und jetzt haben sie [...] das Problem, dass sie die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen nicht aufrechterhalten können. Und deshalb wird die ganze Trendwende, das, was wir besprochen haben, wird von ihnen aufgezäumt. Von den ländlichen Regionen. Da wird's zuerst brechen. Und da wird man dann den Druck spüren und der ist auch heute in manchen schon da“ (Interview 15 Zeilen 283–289). Nach Vorstellungen verschiedener Expertengruppen soll zukünftig der Sicherstellungsauftrag nicht mehr bei der KV, sondern bei regionalen Versorgungskonferenzen (Kommune, KV, Kranken- und Pflegekassen usw.) liegen (Greß/Stegmüller 2011: 23). „Und das Ganze kann ich nur regional gestalten und regional heißt

noch nicht mal mehr auf Landesebene, sondern heißt tatsächlich irgendwo auf Kreis- oder kreisfreier Stadtebene“ (Interview 07 Zeilen 263–264). Kommunen als die Hauptakteure der Daseinsfürsorge sind am besten geeignet, um multiprofessionelle Angebote auf örtlicher Ebene zu realisieren (Klös/Naegele 2013: 138, Naegele 2009: 436). Derzeit wird das jedoch von kaum einer Kommune tatsächlich umgesetzt. Perspektivisch könnte somit der durch die Alterung der Gesellschaft entstehende ‚Druck‘ auch positive Auswirkungen auf Vernetzungsprozesse besitzen. Im Expertenkreis wird erwartet, dass eine Notsituation dazu führt, dass neue Versorgungsformen leichter diffundieren und etabliert werden können. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es in „vielerlei Hinsicht regionale Unterschiede und Ungleichheiten im Gesundheitssystem“ (Pfaff/Scholten: 2014: 24). Zwischen den einzelnen Regionen unterschieden sich aufgrund der regionalen Ungleichheiten bestimmte Bereiche. Aus diesem Grund sollten Kommunen sich zukünftig stärker im Handlungsfeld ‚Gesundheit‘ betätigen. Wenn man „diese Probleme produktiv anpacken will, muss ich die Gemeinde, die Gemeindeverwaltung miteinbeziehen“ (Interview 11 Zeile 85–86). Neben personellen und finanziellen Ressourcen sowie der Bereitstellung von Räumlichkeiten oder der Moderation bestimmter Themenkreise können Kommunen Kontakte knüpfen oder mit Absichtserklärungen der jeweiligen Bürgermeister ihre Bereitschaft signalisieren, aktiv Versorgungskonzepte zu unterstützen. Nahtlos alle befragten Experten befürworteten derartige Veränderungsprozesse. „Ich halte das (...) für sehr wichtig, dass die Kommunen [...], die Städte in diese Prozesse einbezogen werden. Weil wir können einfach nicht alles aufs Gesundheitswesen beziehen. Also bzw. das Gesundheitswesen kann auch nicht immer [...] die Krankheiten der anderen Bereiche ausgleichen“ (Interview 08 Zeilen 427–429). Selbstverständlich sind sie bei der Neuausrichtung bzw. Abstimmung der einzelnen Versorgungsbereiche miteinzubeziehen. „Also in unterversorgten Gebieten auf jeden Fall, da kriegen die jetzt eine ganz andere Verantwortung. Das macht entweder das Land oder die Kommune oder das Land delegiert das an die Kommune. Ich denke, da wird man vor Ort wesentlich mehr jetzt in die Bresche gehen als jetzt nur was weiß ich nen Haus zur Verfügung zu stellen und zu hoffen, dass dann irgendein Arzt kommt. Also das wird sich [...] wandeln und das wird bald auch zum normalen kommunalen Geschäft gehören“ (Interview 09 Zeilen 319–324). „Ich glaube man muss halt irgendwie auf ner Bundesebene immer den großen Rahmen vorgeben. Muss dann aber eben kucken, sei es eben bei, also ich finde grade sowas wie Planung und Versorgung also Versorgungsplanung, wo wie viele Ärzte brauche ich und so weiter, da macht es auf jeden Fall Sinn auch die Kommunen miteinzubeziehen und sei es in so Gesundheitskonferenzen oder ja gemeinsame Landesgremien oder Ähnlichem und da gibt’s ja schon einige Strukturen und genau das kann man aber eben, glaub ich, auch noch ausweiten, eben grade unter Einbeziehung der Pflege z.B. auch der ganzen Sozialdienste, die sich ja auch noch so drum rumranken“ (Interview 05 Zeilen 364–371). Es wird zukünftig essenziell wichtig sein, „dass die Kommunen sich bei der Daseinsfürsorge

auch dem Thema Gesundheit widmen, um damit die Überlebensfähigkeit entweder ihrer Kommune [...] sichern, beziehungsweise auch der Menschen, die in irgendwelchen abgelegenen Dörfern oder sowas hocken, die sonst null Anbindungsmöglichkeiten haben“ (Interview 02 Zeilen 405–408). Neuartige Versorgungsnetzwerke mit z.B. mobilen Angeboten und vernetzten Arbeitsabläufen können hierbei hilfreich sein.

Um das Bewusstsein der Bevölkerung zu stärken, muss die Bundesregierung noch viel deutlicher abgrenzen welche Bedeutung das Themenfeld Gesundheit für die Sicherstellung von Arbeitsplätzen sowie Lebensqualität in ländlichen Regionen hat. Hierzu wären großangelegte, deutschlandweite Aufklärungs- und Informationskampagnen zu starten. Jeder Einzelne kann bzw. sollte aktiv an seinem persönlichen Gesundheitsverhalten arbeiten. Wichtiger Erfolgsfaktor dabei ist die Mobilisierung und das Commitment eines Großteils der Bevölkerung. Es ist den Experten wichtig, „dass wir noch deutlicher machen müssen, welchen Stellenwert die Gesundheit für die Bevölkerung bedeutet. Und dass wir eine neue Sensibilität schaffen müssen, was dem Einzelnen die Gesundheit wert ist. Das darf der Gesetzgeber gerne aufnehmen und in regionale Versorgungsmodelle auch überführen und die Eigenverantwortung, die Eigenbeteiligung der Bevölkerung hieran [...]. Dem kann man auch Raum geben, weil das in vielen Fällen auch ein Schlüssel zum Erfolg ist“ (Interview 10 Zeilen 435–439). Selbstverständlich kann die kommunale Selbstverwaltung nicht damit beginnen eigene ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen zu gründen bzw. zu betreiben. Trotz sicherlich begrenzter Ressourcen in einigen Gebieten Deutschlands und teilweise eingeschränkter gesetzlicher Vorgaben können Städte und Gemeinden auch heutzutage schon mit einer Reihe an Möglichkeiten die Sozialversicherung entlasten und Leistungserbringer unterstützen.

Kommunen und Kreisen werden zukünftig vielfältige, weitreichende Funktionen bekommen, die zum Teil auch heute schon von einigen Gebietskörperschaften erfüllt werden. Sie können dabei als Moderator zwischen den einzelnen Sozialpartnern auftreten oder einzelne Räumlichkeiten oder ganze Immobilien zur Verfügung stellen, den Kommunikationsprozess antreiben und bündeln sowie in bestimmten Bereichen Beratungsleistungen aufbauen oder ausbauen. Des Weiteren sind sie hauptverantwortlich für die Sicherstellung der Mobilität der Bevölkerung. Zu diesem Zweck sind entweder gute Busverbindungen notwendig oder Shuttlebusse einzurichten. In den bevölkerungstechnisch eher ausgedünnten Gebieten Deutschlands stößt der ÖPNV bereits heutzutage an seine Grenzen und bedarf hoher Subventionen. Innovative Lösungen, wie zum Teil schon erfolgreich im benachbarten Ausland praktiziert, könnten Antworten auf die aufgeworfenen Problemfelder geben. Diese sind jedoch nur flankierend einsetzbar und ergänzen die Versorgung. „Dazu gehören dann beispielsweise [...] innovative Taxisysteme aber auch wieder [...], die Sache von vorhin von der Telematik und auch der Kümmerer, ja der Quartiermanager, der eben sagt, ich betreue

vier Dörfer und fahr da überall rum und sehe nach dem Rechten“ (Interview 02 Zeilen 408–410). Neben dem Bereich ‚Mobilität‘ können Kommunen Versorgungsverbände auch bei der Findung von Räumlichkeiten unterstützen. „Ja, sie haben natürlich auch einige [...] Möglichkeiten, sei es durch zur Verfügungsstellung von [...] Räumlichkeiten, von Verbesserungen der Infrastruktur, öffentlichem Personennahverkehr, aber auch durch Instrumente, wie schafft man es Patienten zum Arzt zu bringen? Kann eine Kommune hier etwas leisten für ältere, für immobile Patienten, dass sie [...] Ärzte aufsuchen können? Können Kommunen eben halt auch Arbeitsplätze schaffen können sie ihr schulisches Angebot erweitern? Also all diese Optionen gibt es und es ist regional natürlich zu prüfen, welche da zielführend umgesetzt werden können“ (Interview 10 Zeilen 358–364). „Es kommt auch noch darauf an bei welchen Erkrankungen Kommunen präventiv eingreifen können, z.B. sowas wie Depressionen oder so, das ja total das community health Thema oder Einbindung von Ernährungsaspekten in die Schulausbildung. Ich glaube auch, dass man da viel lernen kann, aber es ist eben wieder auf einer speziellen Ebene – der Kommunalebene – einfach ein Experimentierprozess, der, glaub ich, viele noch abschreckt, weil noch unklar ist, was es langfristig bringt. Oder stoppt, weil unklar ist, wie man an die entsprechende Vergütung kommen kann“ (Interview 06 Zeilen 512–517). Insbesondere im Bereich ‚Beratungsdienstleistungen‘ sollten Kommunen zukünftig noch stärker Präsenz zeigen. „Also gerade auch die Nutzer, Patienten, im Vorfeld abzufangen z.B. auch in Beratungsstationen oder wo auch ich sag jetzt mal Wohnheime für Arbeitslose oder was es alles gibt und Obdachlosenunterkunft usw. diesen ganzen Bereich, der ist ja auch unglaublich wichtig oder Beratung für arbeitslose, alleinversorgende Mütter oder so, das ist ja ein Bereich, der sich ja total überlappt und deswegen finde ich das einfach wichtig, dass die da natürlich auch drin sind und wenn man einfach im Gesundheitsbereich in einer Region ein Problem erkennt, dann muss da [...] aus meiner Sicht auch die [...] Gemeinde mit dabei sein“ (Interview 08 Zeilen 438–445). Neben Beratungsangeboten müssen Kommunen sich stärker in den Bereichen Versorgungsplanung sowie Notfallversorgung engagieren. Insbesondere die heutzutage noch dreigleisig agierende Versorgung bei Notfällen sollte zukünftig besser aufeinander abgestimmt werden. Die Experten weisen darauf hin, dass es zukünftig, insbesondere in ländlichen Gebieten, zwingend notwendig sei, dass man die „Notfallversorgung von vornherein in eine Hand gibt. Das man sagt ihr, macht keine KV-Notfallversorgung oder Krankenhaus, weil sie von vorneherein sagen, es gibt eine Notfallversorgung und dafür generieren wir Budgets“ (Interview 15 Zeilen 403–405). Und diese sollte dann im bestmöglichen Fall auch vollumfänglich ausgerichtet sein. „Sie müssen z.B. Notfallversorgung sektorenübergreifend anbieten. Rettungsdienst, ambulant und stationär aus einer Hand. Und die Daten übertragen lassen, dass man sofort weiß, was hat denn das Unfallopfer eigentlich für Probleme?

Elektronische Karte usw., das muss alles da sein“ (Interview 15 Zeilen 290–293). Die Kreise und Kommunen besitzen dabei eine Vielzahl an neuen oder sich verändernden Aufgaben.

Neben der Bereitstellung einer gut ausgebauten Infrastruktur und gegebenenfalls der Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten treten die Gebietskörperschaften wie Städte, Kommunen und Gemeinden als eher neutrale Partner im Rahmen des Gesundheitswesens auf. Für Mitarbeiter der Landkreise gehört das schon teilweise heute zum Arbeitsalltag, da sie für sämtliche dem Kreis angehörige Städte und Gemeinden verantwortlich sind und in nahezu allen Themenbereichen zwischen den Gebietskörperschaften vermitteln müssen. Aus diesem Grund „ist der Landkreis schon ein natürlicher Mediator“ (Interview 15 Zeile 303). Kreisverwaltungen können somit ein guter Unterstützer und Multiplikator für lokale Vernetzungsaktivitäten sein (siehe Kapitel 12.4). Hierbei kann es natürlich auch zu Interessenkonflikten kommen, sofern der Landkreis z.B. als Träger von stationären Einrichtungen auftritt. Dann wird auch der Kreis automatisch als Wettbewerber, der die eigenen Partikularinteressen verfolgt, wahrgenommen. „Landkreise, die was moderieren, aber vielleicht nicht selbst Player werden müssen, weil dann die Interessenlagen sich automatisch ändern“ (Interview 15 Zeilen 395–396). Denn ohne einen neutralen Vermittler bzw. Antreiber für Vernetzungsprozesse, egal, ob von wissenschaftlicher oder kommunaler Seite, erscheint eine Vernetzung im Gesundheitswesen nicht erfolgreich zu sein. Zusätzliche Gelder können dabei nicht nur von den Sozialversicherungsträgern, sondern auch von Gebietskörperschaften, Unternehmen, wichtigen Einzelpersonen usw. bereitgestellt werden. „Auch Kommunen sind natürlich ein wichtiger Akteur. In der Pflege wird denen ja jetzt schon ein bisschen mehr Rechnung getragen. Gut in der medizinischen Versorgung auch insofern, als die Länder da jetzt natürlich nen paar zusätzliche Kompetenzen bekommen haben. Aber generell sollte man vielleicht noch mal stärker hin also in Raumkategorien denken. Also welche Versorgungsräume haben wir es zu tun und welche Akteure spielen dabei eine Rolle und sollten mit so, als beratend oder entscheidungsrelevant miteinbezogen werden“ (Interview 01 Zeilen 291–297). Bislang sind Kommunen aufgrund der aktuellen Gesetzeslage im Bereich der Gesundheitsversorgung nahezu die Hände gebunden. „Die können [...] nicht viel tun. Sie sind auch von der Gemeindeverfassung von so her nur begrenzt bedingt in der Lage sich in gesundheitliche Versorgung einzumischen sag ich jetzt mal. Aber nichts desto trotzdem sollen sich die Gemeinden da engagieren, denn es ist eine Infrastrukturfrage“ (Interview 13 Zeilen 537–540). Vernetzungsaktivitäten könnten z.B. auch durch ein „Unterstützungsschreiben der kommunalen Ebene“ (Interview 16 Zeile 403) vorangetrieben werden. Darüber hinaus könnte eine kommunale Mitfinanzierung positive Signale aussenden. „Das würde bewirken, dass diejenigen, die das organisieren wollen, sich Gedanken machen, was die eigentlich brauchen, und würde sozusagen ne kommunale Orientierung mit befördern“ (Interview 16 Zeilen 405–407). Der Einbezug der

Bürgermeister z.B. hilft dabei örtliche Unternehmen für den Bereich der Gesundheitsversorgung zu sensibilisieren. Hierbei muss jedoch vor einer Überbelastung der heimischen Wirtschaft gewarnt werden, die neben Steuern und Abgaben, Stiftungen, Spenden und Hilfen z.B. für soziale Projekte, den Umweltschutz oder andere Themenkomplexe bereits zahlreiche Anfragen erhalten. Nichtsdestotrotz ist gerade eine gute medizinische Versorgung der eigenen Belegschaft sowie deren Familienangehörigen ein wichtiger Faktor für die Anwerbung und Sicherung von Fachkräften. Aus diesem Grund stellen bereits heute zahlreiche Firmen eigene Betriebsärzte ein oder quersubventionieren Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren oder einen Gesundheitscampus. Hierzu ist ein strukturiertes Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesen notwendig. Im nachfolgenden Kapitel wird daher das gebündelte Konzept der Vernetzten Versorgung vom Expertengremium begutachtet.

### *11.7. Vernetzte Versorgung*

Für eine Vernetzte Versorgung sind zukünftig verstärkt Investitionen und Innovationen nötig. Die Expertengruppe weist jedoch darauf hin, dass im deutschen Gesundheitswesen die allgemeingültigen Kräfte der Marktwirtschaft, zumindest in Teilen, außer Kraft gesetzt sind. Zahlreiche Gesetze, Vorschriften, Reglementierungen und andere Regularien verhindern ‚ein freies Spiel der Kräfte‘. „Sie müssen sich und das ist natürlich auch total wichtig, als Unternehmen klar sein, dass sie in dem Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Gebiet reinkommen, was mit normalen Marktprozessen gar nichts zu tun hat“ (Interview 06 Zeilen 212–214). Nichtsdestoweniger ist es gerade das ‚Soziale Netz‘ sowie die Soziale Marktwirtschaft, welche im Ausland ein hohes Ansehen genießen. Auswüchse des Kapitalismus, hervorgebracht durch einen vollständig liberalen Markt, können vor allem in der Gesundheitsversorgung Einzelschicksale bestimmen, aber auch gesamtwirtschaftlich gesehen großen Schaden anrichten. Aus diesem Grund muss zumindest ein Mindestmaß an Vorschriften existieren, um so den gesetzlichen Rahmen abzustecken. „Ohne Reglementierung geht es gar nicht. Ich glaube nicht, dass Gesundheit eine Leistung ist, die marktgängig ist, und da haben wir bestimmte viele, besonders die gesundheitsökonomischen Kollegen, viele berechtigte Anzeigen von Marktversagen. Also nur rein der Markt kann es nicht bringen. Und wir haben, egal welches System, wir leben, ob wir ne ganz starke Vergesellschaftlichung, stärkere Sozialisierung teilt aber nicht die politische Richtung darüber von denen, dann muss ich aufpassen, dass ich auch gewisse Anreize für bessere Leistungen, für [...] Wettbewerbselemente in Anführungszeichen drin habe. Wenn ich ne rein marktliche Leistung denke, habe ich viele [...] Anreize für Schlechtversorgung, auch große Probleme mit Qualitätssicherung, Qualitätssteuerung, Qualitätserkenntnissen“ (Interview 06 Zeilen 298–306). Mit dem Konzept der Vernetzten Versorgung (siehe Kapitel 13.) wird dieser sektorenübergreifende Rahmen aufgezeigt. In einem ersten Schritt beziehen die Experten zum Konzept und dem Namen Stellung.



Aufgrund zahlreicher, teilweise hitzig geführter Debatten wird in einem ersten Schritt die Namensgebung des neuen Handlungskonzepts diskutiert, um vorurteilsfrei und kooperativ arbeiten zu können. Die befragten Personen stellen fest, dass bislang unter sektorenübergreifender Versorgung eine Vielzahl an Begriffen inflationär benutzt und viele Definitionen nicht trennscharf im Gesundheitswesen verbreitet sind. Explizit sind sie dabei auf den Begriff der Integrierten Versorgung eingegangen. „Der Begriff der Integrationsversorgung ist meines Erachtens ob des politischen Missbrauchs leicht verbrannt“ (Interview 11 Zeilen 22–23). Schuld daran tragen verschiedene Seiten. „Da sind Krankenkassen auch selbst ein bisschen schuld gewesen, weil 2004, als die Integrierte Versorgung geöffnet wurde, war ja so en vogue, mach nen bisschen Endoprothetik, Krankenhaus und Reha. Also, das ist schnell und einfach mit quick and dirty. Damit haben wir sicherlich auch selbst viel kaputtgemacht. Ich glaub die dicksten Bretter, aber auch die nachhaltigsten Erfolge, sind tatsächlich in dieser vernetzten Verzahnung ambulant und stationär zu suchen“ (Interview 07 Zeilen 48–53). Eine geeignete Namensgebung für ein Zukunftskonzept, um Vorurteilen und einer Blockadehaltung schon gleich zu Beginn zu begegnen, ist zwingend erforderlich. Der Begriff und die Definition der Vernetzten Versorgung finden dabei beim Expertengremium Anklang. „Also ich finde es gut, dass sie diesen Namen so gewählt haben ‚Vernetzte Versorgung‘. Ja um dann auch sich abzusetzen von dem vielleicht besetzten Begriff ‚Integrierte Versorgung‘“ (Interview 15 Zeilen 25–26). „Also der Begriff der Vernetzten Versorgung ist nicht falsch oder ich kann auch umgekehrt sagen, ist gut, wenn klar definiert ist, was man darunter versteht“ (Interview 02 Zeilen 25–26). „Also wir verbinden damit die Hoffnung, dass sich da einiges verändert. Aber es ist natürlich wiederum ein System, was von oben nach unten entwickelt wird. Eigentlich eher ein Nachteil, denn eine Entwicklung von unten nach oben ist an der Stelle sinnvoller“ (Interview 12 Zeilen 365–368). Dabei wird stets der ‚unverbrauchte‘ sowie sektorenübergreifende Charakter als besonders wichtige Komponente betont. „Okay, sie können natürlich Vernetzte Versorgung sagen, ist politisch neutraler“ (Interview 11 Zeile 22). „Vernetzte Versorgung find ich grundsätzlich besser als Integrierte Versorgung, weil unter integrierte wird automatisch sofort wieder abgestempelt, 140 Punkt aus Feierabend“ (Interview 07 Zeilen 24–25). Dabei müssen jedoch immer die Ausgestaltung und das versorgungstheoretische Konzept mit festen Regeln und Rahmenbedingungen klar definiert sein. Die gemeinsame Vision bzw. der gemeinsame Versorgungsauftrag vereinen die wirtschaftlich selbstständigen Organisationen zu einem kooperativ tätigen lokalen Versorgungsverbund. „Naja zumindest sind das wichtige Merkmale. Kernmerkmale, wenn man sich an neuen Rahmenbedingungen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen in modernen Gesellschaften orientieren will. Also ich denke, dass es an der Vernetzung, also ich weiß jetzt nicht, das ist ja nen bisschen Semantik oder aber man kann sicher auch gute Gründe dafür benennen, weshalb man den Begriff Vernetzte Versorgung dem Begriff der

Integrierten Versorgung vorzieht. Sozusagen am Ende werden es natürlich immer noch eigenständige Segmente [...] oder Institutionen sein, die sich dann an der Versorgung beteiligen. Von daher und Integration tut immer so oder suggeriert dann immer so, dass dann alles ein bisschen eins würde. Aufgekauft und von daher [...] man kann man vielleicht sogar sagen, dass Vernetzte Versorgung vielleicht etwas adäquater ist. Aber in der Sache geht es ja einfach darum, naja, dass man sich auf chronische Erkrankungen einstellt, dass man dann sagt, dem Patienten soll da geholfen werden, wo ihm am besten geholfen werden kann, dazu muss es mehr Abstimmung geben“ (Interview 01 Zeilen 23–34). „Also ich glaube, dass es gut ist, wegzukommen von genau von einem Begriff, der quasi eine Doppelfunktion hat, weil in der Tat man das irgendwie leicht vermischt und weil wir sonst diese sehr starke Einschränkung also allein auf SGB V haben und rein immer mit dieser Denke, nur die, die da aber aufgezählt sind, dürfen teilnehmen und so weiter. Das [...] macht einfach wenig Sinn. Also ich mein eben gerade zurzeit haben wir ja die Diskussion: Was ist eigentlich mit dem Pflegesektor? Was ist überhaupt mit dem? Also auch Ärzte, was weiß ich, Wohlfahrtsdienste und, und, und. Auch das sind natürlich ganz wichtige Player“ (Interview 05 Zeilen 26–32). „Und so wird auch in der Medizin immer stärker nicht an den Symptomen herumgedoktert, sondern man versucht schon die Ursachen stärker zu bekämpfen. Das eine wäre Prävention, dass gar nicht so Krankheiten ausbrechen. Aber das hat ja die Vernetzte Versorgung auch irgendwie in sich, dass man sagt populationsbezogen. Dann hab ich nen Anreiz, möglichst keiner wird krank, also Prävention“ (Interview 15 Zeilen 327–331). Eine Ausweitung nebeneinander existierender Begrifflichkeiten und Abkürzungen sollte zwingend vermieden werden. „Das Problem ist wirklich, dass sie dann nach ner Weile eine Inflation von Begriffen haben in der Versorgungsforschung von ähnlichen Dingen, die dann auch nicht so wirklich viel weiterhelfen“ (Interview 09 Zeilen 22–24). Zum Teil begnügen sich Versorgungsforscher, unter der Prämisse des Pragmatismus, mit anderen Formen sektorenübergreifender Versorgung. „Wir haben uns dann, um diesem Wirrwarr bisschen zu entgehen, geeinigt, dass alles besondere Versorgungsformen sind, die dann nach SGB eben nach Vertragsarten unterteilt werden können“ (Interview 06 Zeilen 25–27). Nichtsdestotrotz wird das Konzept nahezu von allen Experten als chancenreich für zukünftige lokale Vernetzungsaktivitäten angesehen. „Also ich finde dieses Konzept ist umfassend und vollständig und bildet zumindest als theoretisches Gerüst das ab, was für die Versorgung der Bevölkerung sinnvollerweise organisiert werden sollte“ (Interview 12 Zeilen 18–19).

Beim Aufbau einer Vernetzten Versorgung müssen laut Meinung der Experten bestimmte Voraussetzungen gegeben sein bzw. bestimmte Merkmale eingehalten werden. „Optimal ist eigentlich, dass glaub ich, das, was wir da beschrieben haben, nämlich die Übernahme der Versorgungsverantwortung für eine Gesamtpopulation. Nicht nur für Kranke, die jetzt Institutionen wie Kliniken und Praxen aufsuchen, sondern für die gesamte Population. Eine gemeinsame

Budgetverantwortung, gemeinsame Controllinginstrumente, also Steuerung, Finanzierung, Planung unter einem Dach. Dann Versorgungspfade – klinische Versorgungspfade – die über die Schnittstelle hinausgehen“ (Interview 13 Zeilen 48–53). Ein System der regionalen Vernetzung benötigt dabei bundesweite Standards und Vorgaben, um den großen Handlungsrahmen abzustecken. Hierbei sind Überregulationen, z.B. die exakte Größe bestimmter Versorgungsprojekte, zu vermeiden. Stets ist festzuhalten, dass Gesundheit nicht unbedingt problemfrei behaftet ist. „Gesundheit ist überhaupt nicht politikerfreundlich. Sie gewinnen mit Gesundheit keine Wahl und verlieren jede Wahl. Und deswegen fasst kaum eine Partei Gesundheit als nen proaktives, kreatives Thema an. Weil keiner will daran erinnert werden, dass wenn man mich wählt, ich ein schöneres Alter im Siechtum ermögliche. Also damit holen die ihre Wählerschaft nicht ab. Das ist kein Thema, was ein Politiker nach vorn treibt. Der ist immer nur von Kosten getrieben und von den explodierenden Sozialkosten, aber auch nur, weil es andere Politikbereiche aufzehrt und ich glaube nicht, und ich könnte mich an keinen Gesundheitspolitiker erinnern, wo ich das Gefühl hatte, das er das als was versteht, womit er die nächste Wahl gewinnt. Weil er damit vermeidet, dass er an der Stelle nicht ein großes Problem hat“ (Interview 06 Zeilen 566–574). Bundesweit entdecken derzeit, vor allem Kommunalpolitiker, das Feld der Gesundheitsversorgung als wichtiges Wahlkampfthema. Gleichwohl der gesetzliche Rahmen stets vom Gesundheitsministerium in Berlin vorgegeben wird. „Also ich würde niemals die Durchführung standardisieren, sondern es sollte absolut die Kreativität der einzelnen Akteure sein wie die Antwort auszusehen hat, auf die regionalen Bedürfnisse, auf die Bedürfnisse der adressierten Zielgruppen und so weiter. Also da auf keinen Fall. So wie die Frage auch hier formuliert ist, ist Standardisierung nicht vorzuleisten. Was wir brauchen, ist [...] eine Standardisierung der Spielregeln und eine Prägung der Spielregeln und das bezieht sich auf sehr unterschiedliche Ebenen. Das bezieht sich auf Qualität und Outcome. Wenn im Outcome der wichtige Parameter sein soll oder eben der Gesundheitsoutcome in Konzepten oder was auch immer eine methodische Standardisierung der Evaluation. Wie messen wir eigentlich? Wie vergleichen wir eigentlich? Ein durchaus [...] kreatives Nachdenken über die Voraussetzung von Skalierbarkeit. Also wie kann ich technische Standards definieren? Was kann der Gesetzgeber und andere Akteure dazu beitragen, dass es sinnvoll ist auch skalierbare Standards auch tatsächlich zu verwenden und, und, und. Also das sind absolut notwendige Standardisierungen. Aber als Freund von Eigendynamiken und Kenner von kritischen Massensystemen, weiß ich, dass man solche Eigendynamik nicht erzwingen und nicht durch Standards vorgeben kann, sondern man muss es einfach sinnvoll machen sich an solchen Standards zu orientieren und die dann auch tatsächlich einzusetzen“ (Interview 06 Zeile 544–558). Der Expertenkreis verdeutlicht die Schaffenskraft der freien Marktwirtschaft und unterstreicht den Wandel und die Verbesserung bestehender Produkte und Prozesse durch Innovationen. „Aber nicht [...] die Ideenkraft aus den einzelnen Regionen hindern,

sondern sollten schon den [...] Rahmen abstecken und auch die Optionen für bestimmte Modelle beinhalten. Aber nicht ausschließlich jetzt alles aus Berlin vorgedacht für die Regionen hinzukriegen, sondern [...] sollten die regionalen Impulse auch berücksichtigt werden“ (Interview 10 Zeilen 368–372). „Ich würde nicht dazu übergehen, dass man noch mehr Regulierungen macht, sondern ich glaube eher, dass man grundsätzlich erst mal sagt, jeder, der meint er kann Innovationen beitragen, der soll das auch zeigen können und da auch mitmachen können und deswegen [...]. Ich würde nie oder nicht so sehr immer bei dem Input, wenn man es so nennen will, regulieren, sondern eher sagen, was sind denn eigentlich die zentralen Leitplanken, was wir bei den Outcomes haben wollen? Und das eher da drübermachen. Ja eher da drübersetzen“ (Interview 05 Zeilen 348–353). „Zumal dann wieder so nen BVA kommt und das dann alles kurz und klein prüft, weil man natürlich bei der Formulierung der Spielregeln nicht an alle Ausnahmen und Besonderheiten gedacht hat“ (Interview 13 Zeilen 349–350). Die Neugestaltung des deutschen Gesundheitssystems ist von allen Gruppen und Akteuren gemeinschaftlich anzugehen. Insbesondere die eGK dient den befragten Personen dabei als mahnendes Beispiel. „Der Fehler wurde meines Erachtens da darin gemacht, dass man sich zu stark auf die Krankenkassen konzentriert hat. Und zu wenig oder zu spät die Leistungserbringer mit ins Boot geholt hat“ (Interview 11 Zeilen 397–399). Aber auch innerhalb der Ärzteschaft kommt es zu Verteilungsdebatten und Spannungen. Grundsätzlich scheinen Ärzte, die im Krankenhaus arbeiten, teamfähiger und kooperativer zu sein. Doch die Experten mahnen, dass „sobald die nen paar Jahre niedergelassen sind, entsteht ein Grabenkampf, bedingt durch unser halt irgendwann mal gewolltes System mit ambulant und stationär und KVen“ (Interview 08 Zeilen 118–120). Hier gilt es vom Netzwerkmanagement einer Providerorganisation diplomatisch auf alle ‚Partner‘ zuzugehen und eine gemeinsame Vision zu erarbeiten. Insbesondere auch die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege sowie Ärzten und Krankenkassen muss verbessert werden. „Das [...] Problem ist, dass die Ärzte natürlich in der Vergangenheit so erzogen wurden, rede nie mit der Kasse, weil die Kasse ist des Teufels. Wir KV oder wir Kammer sind für dich da und wir regeln das alles für dich. Gut, da erkennen auch jetzt die Jungen, so geht’s nicht und wenn man den persönlichen Zugang findet, was die Schwierigkeit in diesem System ist, es läuft eigentlich alles irgendwie über Bekanntschaft über zufällige Kontakte. Es läuft aber nicht irgendwo strategisch, systematisch geplant“ (Interview 07 Zeilen 107–112). „Das Wichtigste sind dann in dieser Integration an der Stelle die Hausärzte und wenn man eine Zahl hat, die einfach zu groß wird, da kriegt man keine [...] Situation mehr hin, dass diese Ärzte ein gemeinsames Konzept vertreten. Dann vertritt jeder nur sein individuelles, wirtschaftliches unternehmerisches Interesse an seiner eigenen Praxis“ (Interview 16 Zeilen 92–95). Auch hierbei muss jedoch auf die richtige Mischung geachtet werden. „Eine zu kleine Zahl führt notwendigerweise zu einem Verzicht auf sozusagen gedankliches und finanzielles und organisatorisches Invest in

Ablaufveränderungen“ (Interview 16 Zeilen 104–105). Des Weiteren sollte man sich nicht ausschließlich auf die Mediziner konzentrieren. „Theoretisch wär's natürlich genauso möglich von der Pflege aus zu starten, nur eine Erwartung ist, die würden sich sehr schwer tun, vor allem die Ärzte an Bord zu kriegen. Weil es wird schon wahrscheinlich ein Pflgeträger sein, dann werden die Ärzte sagen, naja ich arbeite ja nicht nur mit denen, sondern auch mit anderen und schon tut sich das schwer. Insofern würde ich schon weiterhin sagen, der Aufbau zunächst über die Ärzteschaft ist der wahrscheinlich der Erfolg versprechendste“ (Interview 16 Zeilen 477–482). „Ich glaube ansonsten ist es wahrscheinlich auch nen Stück weit ein praktisches Thema, dass wir bisher nen sehr fragmentierten Markt haben, was so Pflegeheime und auch ambulante Pflegedienste angeht. Also wir haben da noch nicht so die großen Player, die so etabliert sind und gerade sowas wie die Vernetzung und auch Vertragsverhandlungen usw., das birgt ja immer große Transaktionskosten. Das heißt damit sich sowas lohnt, muss man auch ne bestimmte kritische Größe einfach erreicht haben“ (Interview 05 Zeilen 207–216). „Und es wird sinnvoll sein, dass man Ärzte primär mit der ärztlichen Heilkunst betraut. Also dem klinischen Blick auf der Zuwendung zu dem Menschen und da kann die sektorenübergreifende Vernetzte Versorgung helfen, den Arzt von dieser Managementaufgabe, Lotsenaufgabe zu entlasten“ (Interview 02 Zeilen 320–323). „Zum Teil ist also auch der ständische Konflikt ein sozusagen durchaus verständlicher. Da halt auch auf der anderen Seite Kompetenz fehlt. Nur nicht selten fehlt auch auf der ärztlichen Seite eine wichtige Kompetenz. Insofern gibt sich das und haben wir hinterher in einer produktiven, organisierten Form einer Projektgruppe, wo, was weiß ich, ein Sozialwissenschaftler oder andere Berufsgruppe dann auch diese Projektgruppe auch professionell managed, da kann sich das ergänzen. Da kann dann auch sozusagen die komplementäre Kompetenz aus unterschiedlichen Sektoren und Bereichen zusammengeführt werden“ (Interview 16 Zeilen 196–202).

Einig sind sich die befragten Personen in welcher Form ein professionelles Management für Vernetzungsprojekte aussehen sollte. Die Etablierung eines Netzwerkmanagements ist wichtiger Erfolgsbestandteil. „Zwingend, es kann nicht ohne funktionieren“ (Interview 13 Zeile 62). „Ja also, dass es auf jeden Fall Management braucht, ist für mich sicher. Also ohne geht definitiv nicht. Es muss sich jemand drum kümmern. Das kann auch nicht eine Person alleine, je nach Größe des Netzwerks und da sollten auch Profis ran, also das sollten jetzt nicht die allergünstigsten Arbeitsplätze sein“ (Interview 15 Zeilen 100–103). „Weil ich sag mal, was wir brauchen, ist auf jeden Fall irgendwo ne Managementfunktion innerhalb [...] eines Vertragskonsortiums, sei es in nem Arztnetz. Es kann also nicht sein, dass der Arzt so neben seiner Praxis irgendwo so nen bisschen Netzmanager spielt, dass da eine gewisse Professionalität und Verbindlichkeit hinter ist. Dass wir die heute aus der Honorierung der Regelversorgung bezahlt wird, ist ein Selbstgänger, weil die ist so knapp über diese

Regelleistungsvolumen gestrickt, da wird kein Netz bereit sein auch nur ein Cent irgendwo von abzugeben. Insofern muss [...] zusätzliches Geld her“ (Interview 07 Zeile 223–229). „Ich halte das, [...] sogar letztendlich am Ende des Tages, ich will nicht sagen für die fast einzig vernünftige Form aber, [...] eigentlich geht es in diese Richtung. Ich will das auch begründen. Ich habe einiges an IV-Verträgen erlebt und auch zig Abschlussarbeiten etc. in diesem Bereich betreut und auch Analysen gesehen, wo Krankenkassen ihre Sachen ausgewertet haben beispielsweise und dort konnte man feststellen, dass die originäre medizinische Leistungserbringung, ob ambulant oder stationär, sagen wir mal in der Qualität sich auf IV- oder Regelsystem nicht großartig voneinander unterschieden hat. Dass aber sehr wohl ein guter Effekt zu erzielen war, wenn es beispielsweise sowas wie einen Case Manager, einen Netzmanager oder sowas gab, der diese Schnittstellenproblematik irgendwie bearbeitet hat, der den Patienten gemanagt hat, der für reibungslose Abläufe gesorgt hat, für rasche Terminvergaben, für das Beschaffen der Informationen etc. und ich glaube inzwischen, dass das der eigentliche Benefiz von solcher meinerseits sektorenübergreifender Versorgung ist. Also im besten Sinne ein Case-Management, ein Disease-Management, ein Fallmanagement oder so etwas, von mir aus auch nennen Sie es Quartiermanagement“ (Interview 02 Zeilen 154–166). „Auch andere Funktionen wie übergreifendes Controlling, Evaluation, Personalentwicklung, [...] Vertragsschlüsse und Vertragsmanagement, Selektivvertragspartner wie Krankenkassen, das geht ja nicht nebenbei auch die ganze Praxis-EDV. Nicht nur Praxis-EDV. Es ist ja mehr eine sektorenübergreifende EDV erforderlich und das kann keiner nebenbei leisten. Also deshalb ist eine der Kernforderungen und auch der Schlüssel für eine erfolgreiche sektorübergreifende Versorgung, dass man so ne Managementstruktur hat“ (Interview 13 Zeilen 70–76). „Man kann natürlich darüber hinaus mit Öffentlichkeitsarbeit und mit entsprechenden Qualitätszirkeln, die dann auch in der Region dann sektorenübergreifend bestückt werden, Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Angehörige anderer Berufsgruppen mit Fallkonferenzen, mit Case-Management-Ansätzen, mit verschiedenen Dingen arbeiten“ (Interview 13 Zeilen 457–460). „Man sollte zum einen eine datengestützte Versorgungsplanung machen“ (Interview 13 Zeilen 462–463). Das Netzwerkmanagement muss hierbei stets zwischen den Partikularinteressen der einzelnen Partnerorganisationen verhandeln. „Ich glaube auf Ebene einzelner Netzwerke oder Projekte ist es ein Riesenproblem, dass sie oder eine riesen Herausforderung, sagen wir es mal so, ist ja auch lösbar, dass sie unterschiedliche Prinzipien unter einen Hut bringen müssen. Sie müssen die Prinzipien aus den drei Sektoren auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Sie müssen die Prinzipien aus allen drei Sektoren versus der Kassenperspektive unter einen Nenner bringen und sie brauchen, davon bin ich fest von überzeugt, eine Managementgesellschaft, die sich allein der Koordinationsaufgabe widmet, weil sich die Probleme der unterschiedlichen unter der [...] z.B. [...] mangelnden technischen Standardisierung natürlich darin

konkretisieren wird, dass sie überhaupt keine interoperablen Lösungen haben. Das heißt, sie brauchen Ressourcen, um die herzustellen“ (Interview 06 Zeile 187–195). Eine sektorenübergreifende EDV ist somit für die Konzeption einer Versorgungsbereiche übergreifenden Vernetzten Versorgung zwingend erforderlich.

Zu Beginn eines Versorgungsprojekts muss eine einheitliche Kommunikation-, Abrechnung-Übertragungs- und Informationsplattform erstellt werden. „Wenn ich eine Managementstruktur aufbauen muss, wenn ich EDV-Infrastruktur brauche, wenn ich in einer Region etwas aufbauen will, dann habe ich zunächst eine Investition“ (Interview 13 Zeilen 110–112). In diesen Fällen ist es nahezu unmöglich, gleich im ersten Jahr, eine ausgeglichene Bilanz zu erreichen. Neben der vernetzten Praxis und der netzweiten EDV-Lösung können auch die einzelnen Patienten und Teilnehmer der unterschiedlichen Gesundheitsangebote über innovative Programme via Smartphone oder Tablet miteinbezogen werden. Technische Applikationen „sind ne wertvolle Hilfe, wenn’s gescheite und sinnvolle, qualitätsgesicherte, zertifizierte Apps sind. Also nicht [...] jeder Müll, der da im Internet irgendwo rumläuft oder rumgeistert, ist [...] zu gebrauchen. Aber das ist für mich auch ein Teil von Telemedizin, wobei auch da müsste man sicher irgendwann mal definieren, was ist überhaupt Telemedizin. Aber wir werden ohne diese elektronischen Hilfen gar nicht mehr auskommen“ (Interview 07 Zeilen 441–445). Dies können u.a. Apps aus den Bereichen ‚Beratung/Ratgeber‘, ‚Überwachung von Vitalfunktionen‘ oder bestimmte Serviceangebote sein. „Dann machen wir vielleicht Facharztpraxen im Krankenhaus, machen mobile Hol- und Bringendienste, mobile Praxen, Hausarztprogramme“ (Interview 13 Zeilen 242–244) und zahlreiche weitere Serviceangebote. Dabei müssen alle Angebote und Dienstleistungen stets den Menschen bzw. Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Alle technischen, organisatorischen und menschlichen Abläufe sind zukünftig stärker auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patientenschaft abzustimmen. „Letztendlich muss diese Idee Vernetzte Versorgung immer so gedacht werden, dass ich im Mittelpunkt den Patienten stehen hab. Mich in den reinversetze und überlege, was braucht der jetzt für Bausteine“ (Interview 15 Zeilen 503–505)? Startpunkt muss immer sein, dass der Patient im Mittelpunkt steht und man daher sektorenübergreifend ein Konzept erstellt. „Also müsste man den Patienten oder den [...] Menschen viel mehr in den Mittelpunkt stellen und versuchen möglichst diese ganzen Sachen wie Bürokratie oder wie langwierige Prozesse dann doch in den Hintergrund zu stellen, weil ja die Versorgung eigentlich das Wichtige ist“ (Interview 03 Zeilen 377–379). „Die Frage ist ja eigentlich, [...] was heißt das eigentlich für die Versorgungsstrukturen? Und aber ich glaube trotzdem, dass man [...] quasi aus der Brille muss man sich es immer wieder anschauen, weil wo muss eigentlich der Patient hin, wie ist eigentlich die Versorgung des Patienten am besten gewährleistet und das finde ich, muss eigentlich so die

Benchmark sein, die über allem steht und insofern muss sich, müssen sich, quasi alle Themen, die wir so haben, also sei es irgendwie so die Planung von Versorgungsstrukturen sei es [...] die Vergütung, Qualitätssicherung, die also sämtliche Organisation von Prozessen, muss sich eigentlich am Patientenpfad ausrichten und eben nicht am Status quo von Leistungserbringer und Versorgungsstrukturen“ (Interview 05 Zeilen 38–46). „Ich stelle selber auch praktisch permanent fest, dass es einen aus meiner Sicht fast erschreckenden Gegensatz gibt, zwischen solchen Gesprächen wie wir sie führen im Moment und auch dem Beschäftigten damit und der Alltagsrealität aus Sicht und durch die Brille eines ganz stinknormalen Patienten. Das ist so weit voneinander entfernt, dass ich mir wünschen würde, wir würden es wirklich schaffen, die Menschen, meinerwegen bei einer Diskussion über sektorenübergreifende Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen und tatsächlich sehr streng patientenorientiert zu fragen, was kommt den Menschen denn tatsächlich zugute und zwar unmittelbar (...) und ich glaube, dass viele auch Ansätze und auch Fragen (...) nach diesem Kriterium ‚Patientenorientierung‘ sehr gut und leicht beantworten könnten“ (Interview 02 Zeilen 485–494). „Dass der Patient wie aus einer Hand für ihn medizinisch Schrägstrich seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten und das halt mehr als nur diese Hauptaufgaben also die technische Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, die Abstimmung, die Dokumentation, die Koordination der einzelnen Punkte“ (Interview 06 Zeilen 96–99). Hierbei ist die Compliance der Patientenschaft ein nicht zu unterschätzender Faktor. „Wir sehen im Moment, dass unsere Effekte zu einem sehr großen Anteil aus der Aktivierung der Patienten kommt und die Frage ist, wie kann auch der Patient den Arzt sozusagen verändern in seiner Art zu arbeiten. Und wir, da setze ich eigentlich relativ viel Hoffnung rein, dass das sozusagen diese Veränderung, die wir eigentlich brauchen, sozusagen von beiden Seiten aus sinnvoll gesteuert werden kann. Von der Ärzteseite aus, überzeugte Ärzte mitnehmen und halt aber auch von den Patienten aus. Und ich glaube, da ist in letzten Jahren nicht genügend Aufmerksamkeit drauf geflossen. Was kann der Patient bzw. die Gruppe von Patienten, [...] der lokalen der Vereine usw. auf der lokalen Ebene, wie können die eigentlich auch was an der Gesundheitsversorgung verändern? Gut, da ackern wir im Moment dran“ (Interview 16 Zeilen 486–495). „Und ich glaube, dass es vielleicht eine Lektion aus dem Marketing lernen kann, dass die Aktivierung der Patienten im positiven Sinne ist wahrscheinlich der Schlüssel, um sie dafür zu sensibilisieren, was sie von der Krankenversorgung oder von einer integrierten Krankenversorgung haben“ (Interview 06 Zeilen 532–535). Der in der Theorie abgesteckte Rahmen der Vernetzten Versorgung muss in einem zweiten Schritt mit Ansätzen aus der Praxis mit Leben und Struktur erfüllt werden. Aus diesem Grund werden im nachfolgenden Kapitel ausgewählte Projekte sektorenübergreifender Versorgung, unter Berücksichtigung des Konzepts der Vernetzten Versorgung, genauer untersucht.



## 12. Fallstudien

Bei den im Rahmen dieses wissenschaftlichen Vorhabens untersuchten Fallstudien, die bestehende innovative Lösungsansätze bzw. neue Versorgungsmodelle beinhalten, handelt es sich um ein populationsorientiertes, regionales Vollversorgungsmanagement (IVGK), zwei Ärztenetzwerke (Ärztetz Südbrandenburg und Gesundheitsregion Siegerland), die regionale, sektorenübergreifende Versorgungsvorhaben aufbauen, sowie um ein interkommunales Netz der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen (GPN). Der Fokus liegt dabei auf der Entwicklung von Netzwerken, die die Möglichkeiten ‚besonderer Versorgungsformen‘ für die Sicherstellung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung einsetzen. Wichtig hierbei ist zu bedenken, dass die vier im Rahmen dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung vorgestellten Fallstudien keinesfalls als Empfehlungen zu verstehen sind. Auch die Nicht-Berücksichtigung von anderer Projekte ist keine Abwertung. Die untersuchten Fälle wurden so ausgesucht<sup>71</sup>, dass die weiter oben aufgeführten Aspekte, die für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, vor allem in ländlichen Regionen, wesentlich sind, bestmöglich illustriert werden.

### *12.1. Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal*

Bei der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) handelt es sich um ein populationsbezogenes Vollversorgungsprojekt im gleichnamigen Tal, das auf Grundlage eines virtuellen Budgets versucht die Versorgung der Bevölkerung in der Region zu optimieren.

#### **12.1.1. Rahmenbedingungen**

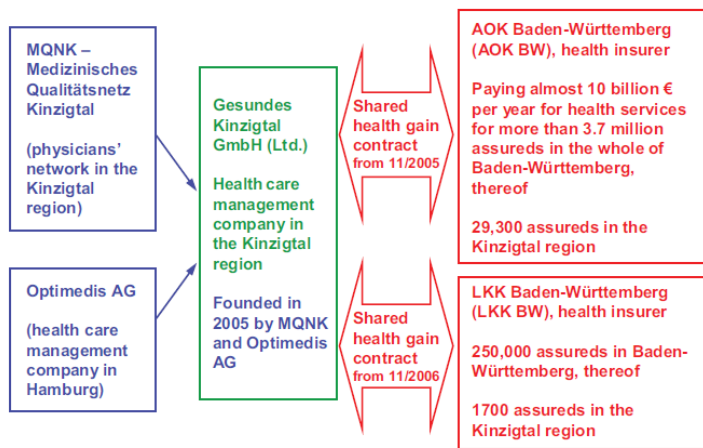
Im Jahr 2005 startete im südbadischen Kinzigtal ein populationsorientiertes Vollversorgungsprojekt gemäß § 140a–d SGB V (Hildebrandt et al. 2012: 87). Die Region Kinzigtal im Bundesland Baden-Württemberg besitzt eine Ausdehnung von 276 Quadratkilometern und eine Einwohnerzahl von ca. 60.000 Personen (Lupianez-Villanueva/Theben 2014: 7, Siegel et al. 2011: 6). Initiatoren des Modellprojekts waren die auf Integrierte Versorgung spezialisierte und gesundheitswissenschaftlich qualifizierte Hamburger Management- und Beteiligungsgesellschaft OptiMedis AG sowie die ortsansässige Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK), die nach § 87b SGB V als zertifiziertes Qualitätsnetz anerkannt ist (Hildebrandt et al. 2015: 2). Gemeinschaftlich wurde die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH gemäß § 140b SGB V gegründet (vgl. Abbildung 31). An dieser besitzen das norddeutsche Unternehmen ein Drittel und die ortsansässigen Mediziner

---

<sup>71</sup> Hierzu wurden vor allem Kriterien des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (u.a. in Deutscher Bundestag 2014: 561–602) sowie von Weatherly et al. 2007: 1–26 berücksichtigt.

zwei Drittel der Anteile (Seiler 2007: 139, 140, Siegel et al. 2012: 149). Vor der Gründung der GmbH hat das Ärztenetzwerk bereits seit über fünfzehn Jahren im Kinzigtal bestanden (Hermann et al. 2006: 11).

**Abbildung 31:** Rahmenbedingungen der IVGK



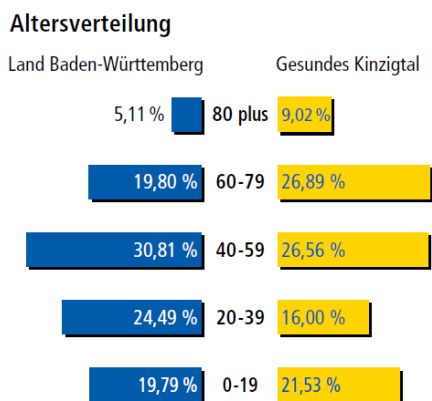
Quelle: Hildebrandt et al. 2010: 3.

Die Managementgesellschaft trägt dabei die Organisationsverantwortung sowie die Versorgungssteuerung der eingeschriebenen Versicherten. „Sie verhandelt mit den regionalen Leistungspartnern, schließt mit den Leistungserbringern Verträge ab und arbeitet an der Weiterentwicklung der beteiligten Praxen“ (Hildebrandt et al. 2012: 88). „Das Aufgabenspektrum reicht von der Datenanalyse und -auswertung, [...], Öffentlichkeitsarbeit, IT-Synchronisation“ (Hildebrandt et al. 2012: 88) über das Qualitätsmanagement bis hin zur stetigen Vermittlung zwischen allen Akteuren im Kinzigtal. Durch die Etablierung eines medizinischen Beirates, einer intersektoral zusammengestellten Arzneimittelkommission sowie der Bildung verschiedener Projektgruppen wird das medizinische und pharmazeutische Know-how sichergestellt (Hildebrandt et al. 2012: 88). Darüber hinaus versucht die IVGK, durch Initiierung verschiedener Programme, die Sicherstellung des medizinischen Nachwuchses zu erreichen. Die AOK Baden-Württemberg hat für den Aufbau des Netzwerks eine Anschubfinanzierung in Höhe von ca. 3,6 Mio. Euro geleistet (Kohlbeck 2009: 17, Seiler 2007: 140). Insgesamt wurden für die Managementgesellschaft zwölf Vollzeitstellen geschaffen, die von Personen mit den unterschiedlichsten Professionen (u.a. Fachleute aus der Verwaltung, Gesundheitsökonomie, Volks- und Betriebswirtschaft sowie aus den Bereichen Praxismanagement und Marketing) und Kompetenzen besetzt sind (Hildebrandt et al. 2012: 87, 88). Der mit der AOK abgeschlossene Vertrag bezüglich der ‚Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal‘ war ursprünglich auf zehn Jahre ausgelegt und ist zum Ende 2015 erstmalig kündbar (Hildebrandt et al. 2012: 2, 42, 88).

2006 wurde mit der LKK BW<sup>72</sup> ebenfalls ein Versorgungsvertrag abgeschlossen (Hildebrandt et al. 2012: 87). Insgesamt dauerten die Verhandlungen mit den beiden Krankenkassen über 1,5 Jahre (Lupianez-Villanueva/Theben 2014: 5). Die langfristig angelegten Verträge verstärken die Anreize für die Leistungserbringer in die IVGK zu investieren und keine, auf Kurzfristigkeit angelegte, Kostensenkungspolitik zu betreiben. Zu Beginn des Jahres 2015 wurde der Vertrag, aufgrund der guten Erfolgsaussichten, zwischen der IVGK und den Kostenträgern, nachverhandelt und unbefristet verlängert (Hildebrandt et al. 2015: 42). Bei der Konstruktion des Projekts wurde mithilfe des Versorgungsvertrags versucht „die drei problematischen Tendenzen älterer Managed-Care-Systeme – Risikoselektion, Unterversorgung älterer oder relativ kranker Patienten, Überversorgung relativ gesunder Patienten“ (Siegel et al. 2009: 224) – gar nicht erst aufkommen zu lassen. Von Anfang an wurde daher das Netzwerk gemeinschaftlich mit allen Leistungspartnern ausgehandelt (Pimperl et al. 2014: 96). Ziel ist es, Schnittstellenproblematiken zwischen den Sektorengrenzen abzubauen und so eine optimale Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Des Weiteren schließt der Vertrag eine umfangreiche Evaluation (siehe Kapitel 12.1.3) durch unabhängige Forschungsinstitute ein (Siegel/Stöbel 2014: 204).

Die IVGK hat sich dabei insbesondere auf ältere Menschen und Rentner konzentriert (vgl. Abbildung 32), da die Betreiber hier die größtmöglichen Einspareffekte erwarten (Siegel et al. 2008: 28). Im Jahr 2011 waren 54,6 % der Mitglieder weiblich (Hildebrandt 2012: 21). Für den Abschluss der Mitgliedschaft bei der IVGK gibt es keine materiellen oder finanziellen Vorteile (Siegel/Stöbel 2014: 197). Die Betreiber versuchen aufgrund der verbesserten Versorgung, die Menschen zu bewegen sich am Projekt zu beteiligen.

**Abbildung 32:** Altersverteilung der Mitglieder der IVGK

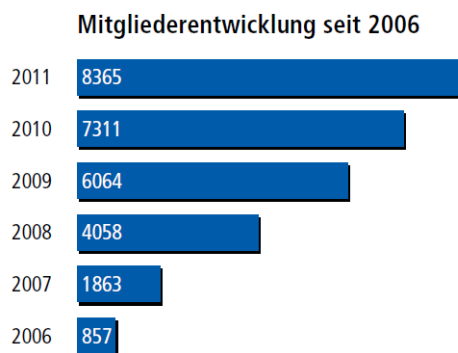


Quelle: Hildebrandt 2012: 20.

<sup>72</sup> Die LKK Baden-Württemberg wurde nach einem Zusammenschluss im Jahr 2013 in Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau umbenannt (Siegel/Stöbel 2014: 196). In der Region sind insgesamt ca. 2.000 Personen bei der SVLFG versichert (Hildebrandt et al. 2012: 87). Ab Juni 2016 können Versicherte der TK an den Versorgungsprogrammen teilnehmen.

Darüber hinaus steht allen Mitgliedern der IVGK die unentgeltliche Nutzung von speziellen Präventions- und Versorgungsprogrammen, ein sich alle zwei Jahre wiederholender großer Gesundheits-Check-Up sowie ein einmaliger Gutschein (anrechenbar auf die Mitgliedsgebühr von Kooperationspartnern) über 15,00 Euro zur Verfügung (Siegel/Stöbel 2014: 197). Für den Mehraufwand erhalten Leistungspartner u.a. für eine monatliche Visite oder die in Anspruch genommene Rufbereitschaft Sondervergütungen<sup>73</sup> von der Managementgesellschaft (Siegel/Stöbel 2014: 200). Mitte Mai 2013 waren bereits über 9.000 Versicherte<sup>74</sup> der beiden Kostenträger<sup>75</sup> Mitglieder der IVGK (Siegel/Stöbel 2014: 197). In den letzten Jahren wurde ein stetiger Zuwachs an Mitgliedern (vgl. Abbildung 33) verzeichnet.

**Abbildung 33:** Mitgliederentwicklung der IVGK



Quelle: Hildebrandt 2012: 20.

Die Einschreibung in das Projekt basiert auf der 100%-Freiwilligkeit der Versicherten (Siegel et al. 2008: 26). Einschreibebedingung ist, dass die Versicherten ihren Wohnsitz im südbadischen Postleitzahlenbereich (PLZ: 77709–77797, 78132) besitzen (Hermann et al. 2006: 14). Es besteht für sie zudem auch weiterhin die Möglichkeit stationäre Einrichtungen, Ärzte oder andere Dienstleister ihrer Wahl aufzusuchen, selbst dann, wenn diese sich nicht an der IVGK beteiligen (Hildebrandt et al. 2012: 90, Hildebrandt 2015: 41, Siegel et al. 2008: 26, Siegel/Stöbel 2014: 197). „Die Wahlfreiheit wird als ein produktiver Anreiz und Ansporn für die teilnehmenden Ärzte betrachtet, in die eigene Qualität zu investieren und den Patienten eine optimale Versorgung zu bieten“ (Hildebrandt et al. 2012: 90). Die Betreiber erwarten, dass aufgrund der besseren Versorgungsqualität die Mitglieder automatisch Leistungen der Verbundpartner der IVGK in Anspruch nehmen. Ein Austritt aus dem Programm kann jederzeit zum Ende eines Quartals geschehen (Siegel/Stöbel 2014: 197).

<sup>73</sup> Ein Hausarzt kann beispielsweise „in der Spitze zwischen 18.000 und 25.000 Euro pro Jahr zusätzlich zur Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (Kohlbeck 2009: 18) erhalten.

<sup>74</sup> Zum 31.12.2014 zählte die IVGK bereits 10.190 Mitglieder (Hildebrandt 2014: 11).

<sup>75</sup> Insgesamt sind in der Region Kinzigtal ca. 31.000 Personen Mitglieder der AOK und der SVLFG (Barnes et al. 2014: 3, Siegel et al. 2011: 6).

Wichtig für den Erfolg von Datensystemen sind unabhängige Netzwerkpartner, insbesondere im Falle der IVGK die mitarbeitenden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die in die netzeigene Datenverarbeitung angeschlossen werden müssen (Pimperl et al. 2014: 96). Mit der Einführung einer netzeigenen, elektronischen Gesundheitskarte ist die notwendige, sektorenübergreifende Infrastruktur sowie die organisatorische Voraussetzung für eine gemeinsame Zusammenarbeit geschaffen worden (Hildebrandt et al. 2011: 678). Insgesamt wurden für den Aufbau der elektronischen Vernetzung bereits mehr als 1 Mio. Euro von der Netzwerkgesellschaft investiert (Meißner 2012: 20). Zusätzlich erhält jedes Mitglied der IVGK einen Gesundheitspass. Die Ärzte können jedoch erst nach ausdrücklicher Erlaubnis der Versicherten die zentrale Akte einsehen. Der Pass enthält keine medizinischen Daten, kann aber die Daten des Patienten in der zentralen Akte für den Arzt entschlüsseln, der sie dann auf dem lokalen Server einsehen kann (Hildebrandt et al. 2011: 678). Seit Ende des Jahres 2009 sind mittlerweile ca. 95 % aller teilnehmenden Ärzte im Kinzigtal über die elektronische Gesundheitsakte miteinander vernetzt (Hildebrandt et al. 2012: 91). Um Ressentiments vonseiten der Ärzteschaft im Vorfeld abzubauen, wurde die elektronische Patientenakte von Beginn an gemeinschaftlich mit der ortsansässigen Ärzteschaft entwickelt (Hildebrandt et al. 2011: 679). Hier sind alle Daten der Ärzte und Therapeuten (bspw. Diagnosen, Therapien, Blutwerte, Rezepte oder Röntgenbilder) gespeichert (Hildebrandt et al. 2012: 91). Aufgrund dieser guten Vernetzung vermeidet die IVGK Doppelbehandlungen, Fehlmedikationen sowie eine unnötige Mehrdiagnostik (Siegel/Stöbel 2014: 199). Des Weiteren wurde ein gemeinsames Terminvergabemanagement eingeführt, das die Wartezeiten der Patienten für Facharzttermine oder spezielle Untersuchungen verkürzt. Um die konsequente Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, wurde eine Reihe von Kooperationen abgeschlossen.

### **12.1.2. Kooperationen und Unterstützungen**

Die IVGK schloss im Laufe der Jahre mit zahlreichen Kooperationspartnern gesonderte Verträge ab. Insgesamt nehmen über 250 Partner an dem IV-Modell teil (Hildebrandt et al. 2012: 90). Hierzu gehören neben den regionalen Ärzten auch „hospitals, psychotherapists, nursing homes, ambulatory home health agencies and physiotherapists“ (Busse/Stahl 2014: 1551). Zu den sicherlich wichtigsten Kooperationspartnern zählen die ambulant tätigen Ärzte im Kinzigtal. Hier wurden Übereinkünfte mit 23 Hausärzten, 24 Fachärzten und 5 Kinderärzten getroffen (Siegel et al. 2012: 150). Bis zum Jahr 2014 wuchs die Zahl bereits auf 57 Mediziner. Diese vertraglich gebundenen Ärzte stellen ca. 60 % der niedergelassenen Ärzteschaft im Einzugsgebiet dar (Siegel/Stöbel 2014: 198). Neben den Mediziner gibt es (Stand: 2014) noch 36 Leistungspartner sowie 56 Kooperationspartner (Siegel/Stöbel 2014: 198). Zu den Leistungspartnern gehören u.a. Krankenhäuser, Psychotherapeuten,

Pflegeheime sowie ambulante Pflegedienste. Bei den Kooperationspartnern handelt es sich vermehrt um Apotheken, Fitnessstudios sowie zahlreiche Vereine und weitere Organisationen. Verträge für Kooperationspartner besitzen einen deutlich geringeren Umfang und Anforderungen wie für die Leistungspartner (Siegel/Stöbel 2014: 198). Insgesamt sind sechs lokale Krankenhäuser, sieben Physiotherapeuten, elf Altenheime sowie vierzehn Apotheken und sechs Fitnessstudios im Netzwerk eingebunden (Lupianez-Villanueva/Theben 2014: 12, 22). Die Kommune ist nicht aktiv in das Netzwerk eingebunden. Räumlichkeiten oder zusätzliches Personal werden daher nicht von ihr zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich ist sie gegenüber der IVGK positiv eingestellt. Als gemeinschaftliches Netzwerk versuchen die Gesundheitspartner die Versorgung der Bevölkerung im Kinzigtal zu verbessern. Neben den zahlreichen Kooperationspartnern besitzt die IVGK eine Reihe innovativer Ansätze, um das Versorgungsnetzwerk erfolgreich zu gestalten.

### **12.1.3. Innovativer Charakter**

Neben dem Einsatz der elektronischen Vernetzung setzt die Managementgesellschaft verstärkt auf den Einsatz präventiver Maßnahmen. Der Patient wird vermehrt in den medizinischen und therapeutischen Prozess miteinbezogen. „Zu diesem Zweck werden zum Beispiel Gesundheitszielvereinbarungen zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient abgeschlossen, die die Motivation und Eigenverantwortung der Patienten erhöhen und deren gesundheitsfördernde Ressourcen aktivieren sollen“ (Siegel et al. 2006: 228). Sie werden nicht nach klassischen Mustern vorgegeben, sondern individuell aufgestellt. Immerhin ein Viertel der Mitglieder der IVGK gaben anlässlich einer Befragung an, mit ihrem persönlichen Vertrauensarzt konkrete Gesundheitsziele vereinbart zu haben (Schulte et al. 2015: 126). Ziel ist es die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten zu steigern und eine höhere health literacy zu erreichen (Siegel et al. 2012: 152). Des Weiteren soll die Compliance der Patienten gesteigert werden (Siegel et al. 2006: 228). Aus diesem Grund bietet die Netzwerkmanagementgesellschaft verschiedene Programme an. „Gesundes Kinzigtal offers gym vouchers to encourage people to stay active as well as dance classes, glee clubs and aqua-aerobics courses“ (Alderwick et al. 2015: 16). Außerdem wurden neben einem großen Check-up noch weitere interne Programme – ähnlich der DMP – aufgelegt. Das Netzwerkmanagement „also runs health promotion programmes in schools and workplaces and for unemployed people, and ‚patient university‘ classes to offer health advice to support prevention and self-management“ (Alderwick et al. 2015: 16). Die Optimierung der Versorgung sowie die Ausweitung der Prävention sollen dazu führen, dass der

Deckungsbeitrag<sup>76</sup> der Versicherten steigt, ohne dass die Qualität der Versorgung sinkt (Siegel et al. 2012: 152).

„Der Deckungsbeitrag einer Gruppe aus Versicherten errechnet sich aus den Normkosten<sup>77</sup> dieser Versicherten abzüglich ihrer tatsächlichen Kosten (Ist-Kosten)“ (Siegel et al. 2012: 152). Vergütungssysteme integrierter Versorgungsmodelle können teilweise problematische Auswirkungen aufweisen, da sie z.B. zu einer medizinischen Unterversorgung oder einer bestimmten Risikoselektion führen (Siegel et al. 2008: 26). Aus diesem Grund wurden als maßgebliche Kennzahl für die Managementgesellschaft nicht nur die eigenen eingeschriebenen Mitglieder, sondern die Durchschnittskosten aller Versicherten beider vertraglich angeschlossener Kostenträger ausgewählt. Die Gesellschaft finanziert sich dabei ausschließlich aus dem erzielten Gesundheitsnutzen (Einsparcontracting)<sup>78</sup> der Versicherten der beiden Vertragskassen durch ein ‚Shared-Savings-Modell‘ (Hildebrandt et al. 2015: 2). Basisjahr ist dabei 2004. „Die von der OptiMedis AG entwickelte Berechnungsmethode zur Ermittlung des Einsparvolumens nutzt die Referenzierung auf den Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen und die aggregierten RSA-Normkosten über die Gesamtgruppe der Versicherten“ (Seiler 2007: 141). Das heißt es gibt kein bereinigtes KV-Budget (Daul 2008: 33–42). „Die IVGK trägt eine virtuelle Budgetverantwortung für die aktuell ca. 33.000 Versicherten der beiden Krankenkassen in der Region Kinzigtal“ (Hildebrandt et al. 2015: 2). Dieses virtuelle Gesamtbudget ist an die Entwicklung der Gesamtkosten in Deutschland gekoppelt (Hermann et al. 2006: 12). Hierzu wurden aufwendige Controllingtools aufgebaut (Daul 2008: 33–42). „Da die Ergebnisse erst zum Ende des folgenden Jahres auf das Vorjahr valide berechnet werden können, einigten sich die Partner auf ein Abschlagverfahren, das unterjährig der Managementgesellschaft die Liquidität sicherstellt, mit der Abrechnung dann aber ‚hart‘ ausgeglichen wird“ (Siegel et al. 2006: 229). Die Managementgesellschaft übernimmt dabei aber nicht wie in amerikanischen Managed-Care Modellen (siehe Kapitel 5.3.1) die Funktion der Kostenträger (Seiler 2007: 141). „Das von der GmbH im Rahmen des IV-Vertrags gemanagte Volumen beträgt etwa 50 Millionen € pro Jahr“ (Seiler 2007: 140). „The company is not penalised financially for a loss, but is rewarded for a relative gain“ (Hildebrandt et al. 2012a: 208). Die üblichen Finanzströme zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern bleiben somit bestehen (Lupianez-Villanueva/Theben 2014: 24, Siegel et al. 2012: 155). Auch die Funktion der KV bleibt erhalten. Die Managementgesellschaft übernimmt lediglich die virtuelle Budgetvermittlung (Busse/Stahl 2014: 1552) gemäß Deckungsbeitrags-Contracting (Siegel et

---

<sup>76</sup> Für das Jahr 2013 kommt es zu einer Deckungsbeitragsverbesserung von 4,65 Mio. Euro (Hildebrandt 2014: 6). Das entspricht ca. 170 Euro oder 7,4 % der Kosten pro Versichertem der Region Kinzigtal (Hildebrandt 2014: 6).

<sup>77</sup> Unter Normkosten versteht man sämtliche Beträge, die eine Krankenkasse für eine Gruppe ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfond zugewiesen bekommt (Siegel et al. 2012: 152).

<sup>78</sup> Bezugsgröße für das Einsparcontracting sind die Kosten pro Versichertem in der Regelversorgung (Siegel et al. 2008: 26).

al. 2012: 155). Darüber hinaus beinhaltet das Vergütungsmodell der IVGK ein vierstufiges Modell (Hildebrandt et al. 2009: 59):

- Vergütung der erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen;
- Sondervergütungen (u.a. für Rufbereitschaft oder Check-ups);
- Erfolgsorientierte Boni von der Netzwerkgesellschaft an die Leistungserbringer;
- Gewinnausschüttung durch die Managementgesellschaft an die Gesellschafter.

„Die erwirtschafteten Ergebnisse (Überschüsse) können prinzipiell reinvestiert oder an die Beteiligten ausgeschüttet werden“ (Siegel et al. 2006: 227). Insofern haben die die Ärzte als Mitgesellschafter ebenfalls ein Interesse am langfristigen Erfolg (positive finanzielle Ergebnisse) der IVGK. Das Finanzierungsmodell besitzt den positiven Effekt, dass es zu einer Interessenübereinstimmung der Krankenkassen und der lokalen Ärzteschaft führt (Hildebrandt et al. 2012: 88). Ab Juli 2007 finanziert sich das Gesundheitsunternehmen der IVGK ausschließlich aus der Erfolgsvergütung und trägt sich somit seit dem dritten Jahr selbst (Seiler 2007: 140). Die positiven finanziellen Ergebnisse waren zu einem derartig frühen Zeitpunkt von den Initiatoren nicht erwartet worden (Siegel et al. 2012: 156). Sie sind insofern bemerkenswert, da durch die Managementgesellschaft eine Vielzahl zusätzlicher Elemente in den Themenfeldern Personal, Partizipation sowie in zusätzliche Programme investiert wurde.

Im Vergleich zu vielen anderen Projekten der Integrierten Versorgung ist die Managementgesellschaft der IVGK personell gut aufgestellt. Deshalb können auch Themenfelder gut bearbeitet werden, die oftmals zu den großen Problembereichen sektorenübergreifender Versorgungsansätze gehören. Datenschutz gehört dabei – neben der elektronischen Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer – bei vielen Verbänden und Netzwerken sicherlich mit zu den größten Herausforderungen. Datenschutz ist dabei immer Aufgabe der Bundesländer, sodass eine Multizipierbarkeit genehmigter Konzepte und Programme zusätzlich erschwert wird (Pimperl et al. 2014: 98). Aus diesem Grund besitzt die IVGK einen eigenen Datenschutzbeauftragten, um dieses Aufgaben- und Problemfeld proaktiv zu ‚bespielen‘ (Hildebrandt et al. 2011: 681). Hierdurch konnte eine schnelle und im Rahmen der Projektpartner flächendeckende elektronische Vernetzung erreicht werden. Neben einem gezielten Management versucht die GmbH das Commitment der Bevölkerung weiter auszubauen.

Im Kinzigtal gibt es eine Reihe beachtlicher Ansätze institutioneller Partizipation der Patienten. „Die angestrebte partnerschaftliche Rolle zu den Patienten mündet auch in einer Beteiligung über die Gründung eines ausgewählten Patientenbeirats und der Etablierung einer ‚Charta der Patientenrechte‘ (Hermann et al. 2006: 14). Der Patientenbeirat wird alle zwei Jahre von den eingeschriebenen Mitgliedern gewählt (Hildebrandt et al. 2015: 2). Dieser dient dabei quasi „als Berater der Managementgesellschaft“ (Siegel et al. 2006: 228). In einer siebenseitigen Charta sind die



Patientenrechte festgeschrieben (Siegel/Stöbel 2014: 201) und bei Verstößen gegen diese schlichtet ein neutraler Patientenombudsmann. Zweimal im Jahr treffen sich der Lenkungsrat<sup>79</sup>, der Ärztliche Beirat sowie die IVGK-Geschäftsführung mit dem Patientenbeirat und diskutieren über aktuelle Belange der Mitglieder (Siegel/Stöbel 2014: 202). Per Selbstverpflichtung müssen die Geschäftsführung und auch der ärztliche Beirat die eingebrachten Anregungen des Patientenbeirats aufnehmen und innerhalb eines Jahres umsetzen sowie der Mitgliederversammlung Bericht erstatten (Hermann et al. 2006: 12, Siegel/Stöbel 2014: 202). „Das es bislang noch kein Mitentscheidungsrecht von Patientenvertretern im obersten Entscheidungsgremium der IVGK – dem Lenkungsrat – gibt, verdeutlicht aber auch die bisherige Grenze einer Mitgestaltung des IVGK-Systems durch Patienten“ (Siegel/Stöbel 2014: 202). Neben der innerhalb der GKV über die herkömmliche Art und Weise hinausgehenden Mitbestimmung der Patienten wurden eine Reihe zusätzlicher Gesundheitsprogramme durch die Managementgesellschaft aufgelegt.

Bei der Einschreibung als Mitglied in die IVGK erfolgt innerhalb von drei Monaten eine große Check-up-Untersuchung (Seiler 2007: 143) auf Anzeichen möglicher Erkrankungen und anschließend wird mit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten eine sorgfältige Abstimmung über den Ist-Zustand einschließlich einer Selbstprognose durchgeführt (Hermann et al. 2006: 14). Dieser Check-up wird alle zwei Jahre wiederholt. Des Weiteren hat die GmbH die Programme ‚Psychotherapie akut‘<sup>80</sup> und ‚ÄrztePlusPflege‘<sup>81</sup> etabliert (Siegel/Stöbel 2014: 199). Darüber hinaus wurden neben den in Deutschland existierenden DMP zusätzliche Gesundheitsprogramme für herzinsuffiziente Patienten, Raucher sowie adipöse Personen aufgelegt wie ‚Starkes Herz‘, ‚Rauchfreies Kinzigtal‘ und ‚Gesundes Gewicht‘ (Sterly/Hasseler 2012: 497). Hierzu führt die Managementgesellschaft in Kooperation mit der Ärzteschaft Patientenschulungen zu aktuell fünfzehn strukturierten Gesundheitsprogrammen durch (Siegel/Stöbel 2014: 203). Die Etablierung neuartiger Programme ist sicherlich allein aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit sowie des Marketings eine gute Sache. Ob sie auch aus Sicht der Versorgungsforschung einen zusätzlichen Nutzen bringen, ist in unabhängigen Evaluationen und detaillierten Analysen nachzuweisen.

---

<sup>79</sup> Der Lenkungsrat ist paritätisch von Seiten der Geschäftsführung, der Krankenkassen sowie der Ärzteschaft besetzt.

<sup>80</sup> Das Programm ist auf Personen mit akutem psychotherapeutischem Konsultationsbedarf zugeschnitten (Siegel/Stöbel 2014: 199). Mithilfe des Programms sollen Wartezeiten im Notfall vermieden und so chronische psychische Störungen sowie stationäre Aufnahmen vermieden werden. Hierzu halten die an die IVGK angeschlossenen Leistungserbringer Notfalltermine vor, die extrabudgetär vergütet werden (Siegel/Stöbel 2014: 199, 200).

<sup>81</sup> Das seit 2007/2008 bestehende Programm versucht eine bessere medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu erreichen (Konnegen et al. 2013: 12e1). Dies soll durch ein geriatrisches Assessment aller Bewohner sowie durch fest vereinbarte monatliche hausärztliche Visiten erreicht werden (Konnegen et al. 2013: 12e1). Darüber hinaus sollen Fortbildungen für die Pflegekräfte u.a. zu altersgerechter Medikation oder Palliativmedizin eine hohe Qualität garantieren (Siegel/Stöbel 2014: 200).

#### **12.1.4. Evaluation und Analysen**

Im Rahmen der Vertragskonzeption wurde von Beginn an ein beachtlicher Betrag von ca. 1 Mio. Euro von den Krankenkassen für die Evaluation und somit für die Versorgungsforschung durch unabhängige Forschungsgruppen bereitgestellt (Kohlbeck 2009: 18). Neben zahlreichen internen Evaluationen hat die Managementgesellschaft parallel eine Reihe externer Auswertungen durchgeführt, und zwar durch eine eigene „Evaluationskoordinierungsstelle an der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Freiburg (EKIV), die u.a. ein Evaluationsmodell zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in der IVGK koordiniert, das von der PMV Forschungsgruppe der Universität Köln durchgeführt wird“ (Hildebrandt et al. 2015: 1). Die Evaluation ist modular aufgebaut und begleitet das Versorgungsprojekt über die gesamte Laufzeit (Siegel et al. 2011: 591). Ende 2012 wurde an 3.038 Mitglieder der IVGK ein standardisierter Fragebogen bezüglich der Patientenzufriedenheit versandt, und von 717 Personen (23,6 %) in einer auswertbaren Form beantwortet (Schulte et al. 2015: 125). Insgesamt ist festzuhalten, dass der überwiegende Teil mit der IVGK sehr zufrieden ist. 92,1 % der befragten Personen würden die IVGK ‚bestimmt‘ oder ‚wahrscheinlich‘ weiterempfehlen (Schulte et al. 2015: 125). Immerhin 26,1 % geben an, gesünder als vor Beginn der Mitgliedschaft zu leben (Schulte et al. 2015: 126). Über die Hälfte (58,8 %) der befragten Personen, die chronisch erkrankt sind, geben an ein größeres Wissen über ein effektives Gesundheitsverhalten zu besitzen, als vor der Mitgliedschaft (Siegel/Stöbel 2014: 222). Einer aufgrund von GKV-Routinedaten erstellten Kohortenstudie ist darüber hinaus zu entnehmen, dass Mitglieder der IVGK eine niedrigere Mortalität und weniger verlorene Lebensjahre aufweisen als Nichtmitglieder (Schulte et al. 2015: 128, 129, Schulte et al. 2012: 31–33). Zusammenfassend wird im nachfolgenden Abschnitt eine ausführliche Analyse über Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken bzw. Bedrohungen der IVGK durchgeführt.

#### **12.1.5. SWOT-Analyse**

Die Organisationsstruktur der IVGK weist zahlreiche Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Herausforderungen (Bedrohungen) auf. Die sicherlich größte Stärke der GmbH ist die professionelle Ausrichtung der eigenen Managementgesellschaft. Trumpf ist hierbei die mit zwölf Mitarbeitern große Anzahl des Teams, das zusätzlich noch durch seine Multiprofessionalität aus Ökonomen, Gesundheitswissenschaftlern und anderen akademisch gebildeten Fachleuten besticht. Ein eigener Datenschutzexperte unterstützt das Team in rechtlichen Fragen und sorgte gerade in diesem – zumindest in der Bundesrepublik Deutschland – heiklen Themenfeld für Rechtssicherheit. Darüber hinaus konnten die Betreiber im Kinzigtal, aufgrund der langen Vertragslaufzeit (ursprünglich zehn Jahre; mittlerweile Endlosvertrag), Investitionen und Versorgungsprogramme sicher und langfristig

planen und mussten sich nicht mit einem jährlichen Budgetdenken der Kostenträger befassen. Die Anschubfinanzierung von ca. 3,6 Mio. Euro stellte einen ausreichenden Rahmen zum Aufbau und der Finanzierung der benötigten Versorgungsinfrastruktur, der personellen Ressourcen sowie Gelder für eine notwendige, strukturierte Evaluation dar. Aufgrund der erstklassigen Planung, strukturierten Umsetzung sowie des guten Controllings trug sich das Modellprojekt bereits im dritten Jahr der Vertragslaufzeit selber, was sicherlich die weiteren Vertragsverhandlungen erheblich erleichtert hat. Der Versorgungsvertrag ist nach neuesten Erkenntnissen ausgestaltet und vermeidet bzw. reduziert deutlich eine Risikoselektion durch die Betreiber und behindert Anreize für eine Über- bzw. Unterversorgung. An dieser Stelle muss man den Einbezug einer unabhängigen Unternehmensberatung, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert hat, als positiven Faktor verzeichnen. Auch der starke Rückhalt der Kostenträger, die in der untersuchten Region eine herausragende Marktstellung (über 60 % der gesetzlich versicherten Personen) besitzen, half den Organisatoren bei der Errichtung des Versorgungsnetzwerks. Das seit über fünfzehn Jahren aktive Ärztenetz ist dabei als Keimzelle für die sektorenübergreifende Versorgung im Kinzigtal anzusehen. Aufgrund der guten Mitarbeit der ambulanten Ärzteschaft haben sich viele weitere Leistungserbringer und Dienstleister im Gesundheitswesen der IVGK angeschlossen. Die Vielzahl an unterschiedlichen Akteuren aus allen möglichen Sektoren und Bereichen des Gesundheitswesens ermöglicht es eine Vielzahl an unentgeltlichen, präventiven Programmen sowie umfangreicher Check-ups aufzulegen. Die Managementgesellschaft schüttet darüber hinaus, speziell für derartige Programme, über ein ausgeklügeltes Vergütungssystem finanzielle Sondervergütungen für die einzelnen Gesundheitspartner aus. Austausch und Datenübermittlung werden über ein speziell errichtetes EDV-System bzw. eine elektronische Plattform übermittelt. Sie optimiert die einzelnen Prozesse, verkürzt Wartezeiten, verhindert Doppeluntersuchungen, schafft eine bessere Kommunikation der einzelnen Ärzte untereinander, verschafft den Leistungserbringern überall Zugang zur medizinischen Akte der Patienten und unterstützt das Controlling. Eine eigene elektronische Gesundheitskarte, inklusive speziellem Verschlüsselungssystem, gewährleistet die Sicherheit der Sozialdaten der einzelnen Teilnehmer der IVGK. Zusätzlich wurde ein ‚Data Warehouse‘ geschaffen, das die gesammelten Daten aufbereitet, sodass ein kontinuierlicher Lern- und Verbesserungsprozess angestoßen wird (Pimperl et al. 2014a: 1, 2). Der direkte Einbezug der Ärzteschaft und andere Leistungserbringer von Anfang an wird von den Betreibern im Kinzigtal ebenfalls als ein entscheidender Faktor angesehen. Die strukturierte Evaluation durch unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen schafft eine gute Datenbasis und hilft den Betreibern erstklassige Versorgungsprogramme aufzulegen und organisatorische Fehlsteuerungen zu identifizieren. Kernstück des Erfolgs im Kinzigtal, zumindest im Rahmen der Vernetzung, ist sicherlich auch die virtuelle Abrechnungsebene der Netzwerkgesellschaft,

die eine Budgetbereinigung unnötig macht. Hauptvorteil der IVGK ist sicherlich die durch mehrere Studien und Evaluationen wissenschaftlich bewiesene bessere Versorgung, niedrigere Erkrankungsraten und somit eine höhere Lebenserwartung der Bevölkerung im Kinzigtal.

Schwachstelle nahezu sämtlicher Innovatoren in den unterschiedlichen Wirtschaftsbranchen ist eine gewisse Reserviertheit der Adaptoren vor Neuerungen. Die Betreiberorganisation bzw. der Erfinder oder Innovator muss stetig Aufklärungsarbeit leisten, Ängste nehmen und Schulungen anbieten. Bestimmte Fragestellungen, Themenkomplexe und Unklarheiten können nach teilweise jahrzehntelanger Debatte nicht mehr vorurteilsfrei von den einzelnen Leistungserbringern behandelt werden. Lange Verhandlungsrunden sind somit an der Tagesordnung. Die ländliche Region im Kinzigtal bietet, verglichen mit den anliegenden Ballungszentren, eine vergleichsweise zerklüftete Topografie sowie schlechte Infrastruktur, die zu längeren Anfahrtswegen für Krankentransporte, Ärzte und Patienten führt, was eine Verschlechterung der Versorgung zur Folge hat. Wie nahezu allen ländlichen Regionen fällt es der Netzwerkgesellschaft, aufgrund des ausgedünnten wirtschaftlichen und kulturellen Angebots, schwer ambulante Ärzte als Praxisnachfolger in die jeweilige Region zu bekommen. Aus diesem Grund kann es in den nächsten Jahren zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung kommen. Derzeit sind erst 60 % der Ärzteschaft im Kinzigtal aktiv. Hier besteht noch ein großes Potenzial weitere Ärzte für die IVGK zu gewinnen. Jedoch zeigt es auch, dass in der Ärzteschaft noch gewisse Vorurteile und Ressentiments vorhanden sind. Auch die Patienten sind noch stärker von den Vorteilen der Behandlungsprogramme und des Versorgungsnetzwerks zu überzeugen. In vielen anderen Projekten werden die Probanden mit finanziellen Anreizen, wie z.B. der Erstattung bestimmter gesetzlicher Zuzahlungen, angelockt. Eine Ausschüttung von Geldern erfolgt im Kinzigtal nicht. Da nur Patienten, die in einem bestimmten Postleitzahlbereich wohnen an der IVGK teilnehmen, ist der Radius des Netzwerks äußerst beschränkt. Als eine der großen Schwachstellen vieler Projekte im Gesundheitswesen ist die Bereitstellung der hohen Anfangsinvestitionen für IT, Personal und andere wichtige infrastrukturelle Gegebenheiten. Auch im Kinzigtal mussten zu Beginn hohe Summen investiert werden. Betreiber, Ärzte aber auch Kostenträger scheuen in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland derzeit noch derartige hohe Investitionen.

Die IVGK verfügt aufgrund der wissenschaftlichen Begleitung sowie verschiedener Beratungsunternehmen bereits über eine breite Basis an neuen organisatorischen und vertragsrechtlichen Gegebenheiten im Sinne einer ‚gesteuerten, vernetzten Versorgung‘. Potenziale in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung bestehen u.a. in der Etablierung neuer Gesundheits- und Präventionsprogramme, aufgelegt nach gezielter Auswertung der Gesundheitsdaten. Auch könnten durch ein verstärktes Marketing sowie die gezielte, direkte Ansprache bereits bestehender Kooperations- und Vertragspartner könnten weitere Leistungserbringer in das Netzwerk eingebunden

werden. Die stetige Professionalisierung und Weiterentwicklung der technischen Vernetzung sowie EDV-Standards ermöglichen zukünftig die Möglichkeit der Nutzung des ‚papierlosen Büros‘, was deutliche Kosten- und Zeitersparungen mit sich bringt. Bislang bietet das Netzwerk noch keinerlei Delegations- und Mobilitätskonzepte – wie z.B. einen Patientenshuttle – an, die die Versorgung verbessern und die ambulante Ärzteschaft zusätzlich entlasten. Auch der Aufbau eines Palliativnetzwerks wäre von der Betreiberorganisation zu prüfen. In einer professionalisierten Kooperation mit dem Kreis sowie den betroffenen Kommunen könnte ein ‚Gesundheitspakt‘ geschnürt werden, das die Infrastruktur, den Immobilienmarkt, Gesundheitsleistungen, Jobmöglichkeiten usw. beinhaltet, um die Versorgung der Region ganzheitlich und vollumfänglich auch für die Zukunft sicherzustellen. Insbesondere Kommunen könnten z.B. Räumlichkeiten für MVZ oder Filialpraxen zur Verfügung stellen und auch der Aufbau einer kommunalen Eigeneinrichtung unter Mithilfe der Ärzteschaft des IVGK wäre zu prüfen.

Ein Netzwerk aufzubauen stellt die Initiatoren oftmals vor große Hürden. Die eigentliche Herausforderung bleibt aber stets den Verbund mit ‚Leben‘ zu füllen und die konstruktive Zusammenarbeit auch über Jahre und Jahrzehnte sicherzustellen. Debatten und Partikularinteressen zwischen oder auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen (z.B. Pflege vs. Medizin oder Hausärzte vs. Fachärzte) führen schnell zu einer Auflösung des Versorgungsnetzwerks. Oftmals sind bestimmte Versorgungsvorhaben an bestimmte Personen (Persönlichkeiten) gebunden, deren Rückzug – z.B. aus privaten, gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen – das Netzwerk erheblich belasten kann. Für die IVGK stellt sicherlich die Nachfolgersuche und die Gestaltung der Versorgungsinfrastruktur trotz der ländlichen Umgebung die zukünftig größte Bedrohung der Versorgungssicherheit dar. Gleichwohl die Ergebnisse der GmbH sowie der zu versorgenden Population als positiv erachtet werden können sollte man doch stets die ‚Größe‘ der Interventionspopulation im Hinterkopf behalten. Oftmals droht auch der Ansatz der ‚Überforschung‘ der Datengrundlage durch das Wissenschaftsteam (Siegel et al. 2011: 593, 594).

### **12.1.6. Ausblick**

Die IVGK gibt Antworten auf die nach Hermann et al. vier herausragenden Fragen (starke Sektorsierung, mangelnde Präventionsorientierung, ein Vergütungssystem ohne erlebnisorientierte Anreize, mangelnder Bevölkerungs- bzw. Settingbezug) im Gesundheitswesen (Hermann et al. 2006: 24). Darüber hinaus werden Risikoselektion, Unterversorgung älterer und kranker Menschen sowie eine Überversorgung gesunder Personen vermieden (Siegel et al. 2009: 224). Die finanzielle Langfristigkeit und die gute Zusammenarbeit der Betreiberorganisation mit den zuständigen Krankenkassen sichern die notwendigen versorgungsinfrastrukturellen Ressourcen sowie die

personelle Ausstattung der GmbH. Deutschlandweite Diffusionswiderstände Sozialer Innovationen im Gesundheitswesen wie u.a. Bereinigung, Datenschutz, Aufbau einer Netzwerk-IT, Verteilung der Vergütung, Einbindung aller Player im Gesundheitswesen usw. wurde im Dialog mit den Leistungserbringern vor Ort debattiert, abgestimmt und umgesetzt. Zukünftig sollte noch stärker das Gespräch mit dem Kreis sowie den Kommunen gesucht werden, um ganzheitliche ‚Versorgungspakte‘ für die Region Kinzigtal anbieten zu können, damit die Region für junge Leute, vor allem für Fachkräfte, attraktiver wird. Innovative Delegations- und Mobilitätsangebote können Mediziner entlasten, den Versorgungsauftrag sicherstellen und zu einer stetigen Verbesserung der Qualität der Netzwerkgesellschaft führen. „Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal konnte auch im siebten Jahr hintereinander einen Gesundheitsgewinn erzielen“ (OptiMedis AG 2015: 1). Sie bietet daher trotz sicherlich vorhandener Herausforderungen und Schwächen, aufgrund des professionellen Managements, dem vollumfassenden und innovativen Versorgungs- und Anreizsystem sowie der ausgeprägten Evaluation, eine gute Grundlage für die Erstellung eines Handlungskonzepts ‚Vernetzte Versorgung‘ (siehe Kapitel 13.).

## *12.2. Ärztenetz Südbrandenburg*

Beim Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB) handelt es sich um ein multiprofessionell angelegtes Versorgungsnetz in der gleichnamigen Region, das versucht, durch den Einsatz besonderer Versorgungsformen, die Versorgung der Bevölkerung in der Region sicherstellen will.

### **12.2.1. Rahmenbedingungen**

Das Ärztenetz Südbrandenburg wurde im Jahr 2004 als GbR gegründet (Deutscher Bundestag 2014: 568). Insgesamt gibt es zurzeit (Stand: Juni 2014) gemäß der netzeigenen Website 63 freiberufliche Haus- und Fachärzte als Mitglieder. Initiiert worden ist der Zusammenschluss aufgrund der Bemühungen eines niedergelassenen Kardiologen, der einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz in der Region implementieren wollte (Jäger 2009: 142). Insgesamt befinden sich in der Region ca. 110 niedergelassene Mediziner, sodass die Netzabdeckung über 50 % der heimischen Ärzteschaft darstellt (Jäger/Weber 2013: 4). Grundsätzlich kann jeder örtliche Mediziner Partner im Netzwerk werden. Voraussetzung ist allerdings, dass er sich verpflichtet, die elektronischen Standards der ANSB einzuhalten. Hierzu sind teilweise hohe Investitionen notwendig. Die Büroräume des Netzwerks befinden sich in Elsterwerda. Das Vollversorgungsnetzwerk umfasst den brandenburgischen Kreis Elbe-Elster sowie den Altkreis Senftenberg (Deutscher Bundestag 2014: 568). Dabei sind die Landkreise flächenmäßig relativ groß. Zwischen einigen Facharztpraxen liegen teilweise mehr als 30 Kilometer. Die beiden Kreise grenzen an die Bundesländer Sachsen sowie Sachsen-Anhalt. Finsterwalde, Herzberg und Elsterwerda gehören dabei mit jeweils deutlich unter 20.000 Einwohnern zu den größten Städten. Bei der oben beschriebenen Region handelt es sich um eine ländliche und strukturschwache Region mit nur wenigen industriellen Betrieben. Aufgrund des vermehrten Fortzuges der jungen Bevölkerung – von 2000 bis 2011 nahm die Einwohnerzahl um 22 % ab – kommt es zu einer starken Überalterung (Deutscher Bundestag 2014: 568). Insgesamt leben im beschriebenen Gebiet ca. 185.000 Menschen. Bereits heute sind zahlreiche freie Zulassungen im ambulanten Bereich zu verzeichnen (Albrecht et al. 2014: 18, 24, 26, 29). Als zentrale Steuerungseinheit wurde 2006 die ANSB Consult GmbH als Managementgesellschaft gegründet (Jäger 2010: 212). Alleiniger Gesellschafter der GmbH ist das Ärztenetz Südbrandenburg (Jäger 2009: 142). Ziel ist es, alte Versorgungsstrukturen zu verbessern und neue aufzubauen. Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vollversorgung der Region erreicht werden.

Seit dem Jahr 2008 wurden mit der AOK Nordost sowie der Barmer GEK zwei populationsorientierte Vollversorgungsverträge mit partieller Budgetverantwortung abgeschlossen (Jäger 2010: 212). Vom ausgehandelten Vertrag ‚ProMedPlus‘ sind ca. 11.000 Personen der beiden Krankenkassen betroffen (Jäger 2009: 144). Kooperationspartner sind die Kliniken der Region,

Rehabilitationskliniken sowie ambulante Pflegedienste und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen im weitesten Sinne (Jäger 2010: 212). Rechtliche Grundlage für die Verträge ist der § 140a–d SGB V. Zusammen besitzen beide Krankenkassen in der Region einen Marktanteil von ca. 60 %. Darüber hinaus gibt es noch die Bundesknappschaft als weitere mitgliedstarke Krankenkasse in der Region. Da diese aber mit ihrem prosper-Modell<sup>82</sup> eine eigenständige sektorenübergreifende Versorgung aufgebaut hat, bestehen keine vertraglichen Übereinkünfte mit der ANSB. Vertragspartner vonseiten der Ärzteschaft im Rahmen der IV-Verträge ist nicht das Netzwerk, sondern die ANSB Consult GmbH. Darüber hinaus besteht ein sehr guter Kontakt mit der KV Brandenburg. Diese ist im IV-Vertrag über ihre Tochtergesellschaft KV COMM ebenfalls partnerschaftlich involviert. Gemeinschaftlich wird versucht, durch die Etablierung flexibler Anstellungsverhältnisse in Teilzeit oder Vollzeit, junge Ärzte für die Region zu gewinnen, um der Unterversorgung in der ambulanten medizinischen Versorgung proaktiv zu begegnen. Auch mit den beiden Krankenkassen besteht eine solide Arbeitsatmosphäre. Im Rahmen der Vertragsgestaltung und der entstandenen Investitionen für den Netzaufbau wurden keinerlei Gelder aus der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung genutzt und auch keine anderen Fördermittel akquiriert. Kooperierende Unternehmen, wie z.B. die für das Netzwerk arbeitende Steuerberatungsgesellschaft oder Anwaltskanzleien, haben zu Beginn der Laufzeit unentgeltlich gearbeitet. Die gestundeten Rechnungen beglich die Netzwerkgesellschaft später. Die Refinanzierung der GmbH erfolgt durch Einsparungen (z.B. eine Absenkung der stationären Aufnahmen), die vertraglich mit den Krankenkassen im Vorfeld fixiert worden sind. Die finanziellen Mittel werden für den weiteren Ausbau der elektronischen Vernetzung (siehe Kapitel 12.2.3) sowie für die personelle Ausstattung benötigt. Insgesamt sind mittlerweile 34 Leute beim Ärztenetz angestellt. Neben einem hauptamtlichen Geschäftsführer, netzeigenen Case-Managerinnen und Palliativkoordinatorinnen besitzt das Netzwerk auch ein eigenes Sekretariat (Netzwerkkoordination). Das professionelle Netzwerkmanagement beauftragt Betriebe und Organisationen aus der Region bevorzugt bei Beschaffungen, wirtschaftlichen Aufträgen und Dienstleistungen. Selbst dann, wenn Internetangebote günstigere Abwicklungen verheißen. Mit diesem Ansatz soll ein Schulterschluss mit der heimischen Wirtschaft erreicht und die lokalen Unternehmen gestärkt werden. Die fünf Case-Managerinnen beim Netzwerk sind in der Regel Krankenschwestern mit einer staatlich geprüften Zusatzausbildung als ‚Case-Manager‘. Sie füllen gemeinsam oder eigenständig Anträge mit bzw. für die Patienten aus, kümmern sich um eine zeitnahe Terminvergabe (z.B. bei Facharztterminen oder MRT-Untersuchungen), schicken gegebenenfalls eine AGnES (siehe Kapitel 12.2.3) vorbei, koordinieren die Einstufung in eine Pflegestufe oder besorgen eine

---

<sup>82</sup> Das 1999 gegründete Verbundsystem der Knappschaft ist u.a. in der Region Lausitz, im Saarland sowie in einigen Städten im Ruhrgebiet tätig (Müller et al. 2007: 131-150).



Tagespflege. Die direkte Betreuung durch die Case-Managerinnen kommt so gut an, dass die fünf Kräfte eine Vielzahl an Personen zu betreuen haben. Hier droht eine Überbelastung der Angestellten. Um Transparenz und eine gute Informationsbasis vor allem für Patienten zu sichern, gibt die Netzwerkgesellschaft einmal im Quartal eine eigene Zeitung heraus. In dieser wird über aktuelle Themen, neue gesetzliche Änderungen sowie wichtige Veranstaltungen berichtet. Des Weiteren gibt es vier Gesellschafterversammlungen im Jahr sowie zwei Wochenenden für eine gemeinsame Fortbildung der Ärzteschaft, um den Zusammenhalt im Netzwerk weiter auszubauen. Darüber hinaus versteht sich die Geschäftsführung als wichtiges Netzwerkorgan. Die ANSB ist aus diesem Grund als Gründungsmitglied in der deutschlandweiten Interessenvertretung für Arztnetze (Agentur deutscher Arztnetze e.V.) tätig.

Neben der Vernetzung der bestehenden ambulanten medizinischen (und auch der sektorenübergreifenden Vernetzung) Akteure der Region, liegt der Schwerpunkt der Netzwerkarbeit, aufgrund des hohen Altersdurchschnitts der örtlichen Bevölkerung, in der Versorgung von Personen mit demenziellen Erkrankungen. Angebote der Netzwerkgesellschaft hierzu sind, neben einem niedrigschwelligen Betreuungsangebot für Demenz-Patienten, ein Programm zur Weiterbildung zur Demenzfachkraft (DeFA) für Mitarbeiter der Netzpraxen (Deutscher Bundestag 2014: 569). „In zwei vom Netzmanagement angebotenen Kursen wurden insgesamt mehr als 20 MFA zur DeFA ausgebildet, um bereits beim ersten Kontakt in der Praxis sensibilisiert auf auffällige Verhaltensänderungen bekannter Patienten reagieren zu können“ (Jäger 2014: 50). Des Weiteren wurde für eine Demenzwohngemeinschaft mit 24 Plätzen, inklusive altersgerechter Wohnungen, eine Immobilie gebaut (Deutscher Bundestag 2014: 569). Hierzu wurden für eine Gesamtfläche von 1.600 km<sup>2</sup> ca. 3 Mio. Euro investiert (Jäger 2014: 52). Die ANSB ist darüber hinaus im Rahmen einer Tochtergesellschaft Betreiber einer Tagespflegeeinrichtung sowie eines ambulanten Pflegebetriebs. Auch die Palliativversorgung der Region erfolgt durch die Netzwerkgesellschaft. „Die Managementgesellschaft ist Träger der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (Deutscher Bundestag 2014: 569). Mehr als 60 ausgebildete Palliativ Care Pflegekräfte, zwei Palliativkoordinatorinnen, netzeigene Fallmanagerinnen (siehe Kapitel 12.2.3) sowie fünf Palliativmediziner betreuen schwerstkranke Personen in den eigenen vier Wänden (Deutscher Bundestag 2014: 568). Um dem Versorgungsauftrag für die Region gerecht zu werden, wurden zahlreiche Kooperationsverträge mit lokalen Akteuren abgeschlossen.

### **12.2.2. Kooperationen und Unterstützungen**

Das Ärztenetzwerk Südbrandenburg kooperiert mit diversen Akteuren der Gesundheitsversorgung aus der Region. Grundsätzlich sind hierbei keinerlei Restriktionen vorhanden, sodass Kooperationen

sektorenübergreifend und vollumfassend möglich sind. Einzig Kooperationen mit überregionalen pharmazeutischen Versorgungsketten oder Sanitätshäusern werden bewusst nicht eingegangen, da man Player aus der heimischen Region nicht schwächen will. Neben Verträgen mit allen Krankenhäusern der Region, sowie stationären pflegerischen Einrichtungen arbeitet das Netzwerkmanagement auch mit Apotheken, Physiotherapeuten, Sanitätshäusern, ambulanten Pflegebetrieben, Rehabilitationseinrichtungen und vielen weiteren Akteuren zusammen. Um einen guten Austausch zu gewährleisten, wurde „2007 der runde Tisch Elbe-Elster ins Leben gerufen, ein regionales Gesundheitsforum, in dem niedergelassene Ärzte, Mediziner aus Krankenhäusern sowie der ambulanten und stationären Rehabilitation, aus der Physiotherapie, der Krankenpflege, dem Wellnessbereich sowie Entscheider aus der Regional- und Kommunalpolitik zusammenwirken“ (Jäger 2009: 142).

Die Kommune ist darüber hinaus nicht aktiv in die Arbeit des Ärztenetzwerks eingebunden. Sie gibt jedoch moralische Unterstützung und versucht das Projekt nach Kräften zu unterstützen. Räumlichkeiten und Personal stellt sie jedoch nicht zur Verfügung. Diesbezüglich sind sowohl vonseiten des Projektträgers als auch von der Kommune keine weiteren Aktivitäten geplant. Die Zusammenarbeit mit dem Landkreis gestaltet sich hingegen wesentlich komplizierter und schwieriger. Als Träger der Elbe-Elster Klinikum GmbH – des Zusammenschlusses der Kreiskrankenhäuser Elsterwalde, Herzberg sowie Finsterwalde – und somit des größten Arbeitgebers in der Region, treten immer wieder Spannungen auf. Nachdem die stationäre Einrichtung selbst ein MVZ gegründet und im Anschluss Arztstühle aufgekauft hat, wurde der Kooperationsvertrag aufgelöst. Seitdem herrscht aufgrund der direkten Wettbewerbssituation ein eher angespanntes Verhältnis.

Neben detaillierten Verträgen mit lokalen Akteuren der Gesundheitsversorgung bestehen auch zahlreiche Kontakte und Kooperationen mit Vereinen, Verbänden und Unternehmen (u.a. Selbsthilfegruppen, Sportvereine, usw.). In gemeinschaftlicher Arbeit wurde ein Ehrenamtskreis von über 60 geschulten Leuten aufgebaut, der niedrigschwellige Angebote, vor allem im Bereich ‚Demenz‘, lokal lanciert (Jäger 2014: 51). Hauptziel der ‚Ehrenämter‘ ist es, dass vor allem hochaltrige Personen in der Region auch weiterhin am sozialen Leben teilnehmen, soziale Kontakte pflegen und so aktiv gegen Einsamkeit und Depressionen vorgehen können. Das Netzwerkmanagement verspricht sich durch den koordinierten Einsatz bürgerschaftlichen Engagements, neben einer Erhöhung der Lebensqualität der Bevölkerung, eine Absenkung stationärer Einweisungen. Außerdem bestehen Kooperationsvereinbarungen mit Betrieben der regionalen Industrie. Diese kommen vor allem aus den Bereichen Metall- und Elektrogewerbe. Gemeinsam werden Programme für eine bessere Vereinbarkeit von Pflgetätigkeit und beruflichen Verpflichtungen

sowie für ein strukturiertes betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut. Für die Verbesserung der lokalen Gesundheitsversorgung beschreitet das Netzwerkmanagement noch weitere innovative Wege.

### **12.2.3. Innovativer Charakter**

Das ambulante Ärztenetz investiert, um medizinischen Nachwuchs anzulocken, in neue Versorgungsformen sowie Organisationseinheiten. Seit dem Jahr 2012 betreibt das Netzwerk in Finsterwalde ein eigenes medizinisches Versorgungszentrum (Deutscher Bundestag 2014: 568), in dem Mediziner, die das Risiko der Selbstständigkeit scheuen, in einem Angestelltenverhältnis arbeiten können. Auch Teilzeitstellen werden so angeboten. Der innovative Charakter wird deutlich, da es das erste und bislang einzige Ärztenetzwerk in der Bundesrepublik Deutschland ist, das ein MVZ betreibt. Hierzu wurden im traditionsreichen ‚Ärztehaus Süd‘<sup>83</sup> Räumlichkeiten angemietet. Insgesamt arbeiten elf Angestellte (drei Ärzte, sieben MFA, ein Geschäftsführer), teilweise in Teilzeitstellen, im MVZ. Dabei ist es Ärztenetzwerken in Deutschland gesetzlich gar nicht gestattet Betreiber eines MVZ zu werden, da ihnen der Status eines ‚Leistungserbringers‘ fehlt. Einzig der Hartnäckigkeit der Initiatoren ist es zu verdanken, dass dieses deutschlandweit einzigartige Konstrukt entstehen konnte. Die Gemeinschaft der niedergelassenen Ärzte hat das MVZ als Schwestergesellschaft zum Netz gegründet und damit formal juristisch alles korrekt abläuft musste die angestellte Ärztin zuerst aus dem Netzwerk austreten. Um die zahlreichen rechtlichen Hürden zu bewältigen ging ist der Gründung des ambulanten Zentrums eine Planungs- und Konzeptionszeit von mehr als dreizehn Monaten voraus. Wichtiger Unterstützungspartner war die KV Brandenburg ohne deren Hilfe die Errichtung nicht möglich gewesen wäre. Ziel des MVZ ist es – paradoxerweise – den Erhalt der Freiberuflichkeit in Südbrandenburg zu sichern.

Um eine ausreichende Weiterleitung medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Daten von Patienten so zu gewährleisten, dass alle Kooperationspartner auf demselben Informationsstand sind, wurde eine gemeinsame EDV-Plattform<sup>84</sup> vom Netzwerk entwickelt. „Hierin integriert ist unter anderem eine zentrale Patientenakte“ (Jäger 2009: 144). Da es keine industriell fertigen Produkte am Markt gab, wurde eigenständig programmiert und eine passende Software entworfen. Drittanbieter wie Pflegedienste oder Apotheken wurden so ebenfalls in den Datenpool integriert (Jäger 2009: 144). Über einen eigenen Server sind die Praxen mit ihrer Praxisverwaltungssoftware an das CURANET angeschlossen (Meißner 2012: 19). Jedes Mitglied hat sich zu Beginn verpflichtet, die nötigen Ressourcen (z.B. für den Umbau) und zusätzliche Gerätschaften (z.B. Fingerabdruck-Terminals) für

---

<sup>83</sup> Das Ärztehaus ist aus einer ehemaligen Poliklinik der DDR hervorgegangen.

<sup>84</sup> Die eigenständig entwickelte elektronische Plattform ist unter dem Namen ‚Curanet Managed Care Solution‘ bekannt (Jäger 2010: 212).

die eigene Praxis zu investieren, um eine einheitliche elektronische Plattform zu schaffen. Somit läuft neben dem vertrauten Softwaretool parallel eine weitere Software, die jedoch über einen Button synchronisiert werden kann (Meißner 2012: 19). Als elektronischer Übermittlungsstandard für eine datenschutzgerechte Anbindung wurde das KV SafeNet vereinbart. „Es erhalten nur jene Ärzte Zugriff, die durch den Patienten per biometrischem Verfahren (digitaler Fingerabdruck) autorisiert sind – die Datenhoheit liegt somit immer beim Patienten“ (Jäger 2009: 145). Des Weiteren ‚unterschreiben‘ alle Ärzte mithilfe einer qualifizierten digitalen Signaturkarte alle Einträge in die elektronische Patientenakte (Jäger 2009: 145). „Darüber hinaus können Patienten einzelne Einträge in ihrer ePA sperren lassen“ (Meißner 2012: 21). Über die einheitliche Softwarelösung wurden netzinterne, integrierte und sektorenübergreifende Behandlungspfade („clinical pathways“) aufgebaut (Jäger 2010: 211). Hierbei wurden insbesondere regionale Besonderheiten berücksichtigt sowie der Abbau kognitiver Barrieren (gefühlte Bevormundung bestimmter medizinischer Leistungserbringer) betrieben. Um die verschiedenen ambulanten Behandlungspfade regional für das ANSB aufzustellen, wurden zu Beginn für bestimmte Themen Arbeitsgruppen gebildet (Jäger 2010: 215). Bislang wurden Patientenleitpfade für Diabetes, KHK und Rheuma entwickelt (Jäger 2009: 144). In der Gruppe ‚Diabetes‘ z.B. haben Hausärzte mit diabetologischem Schwerpunkt, diverse Fachärzte sowie Mitarbeiter aus den örtlichen Kliniken mitgearbeitet. Das Netzwerkmanagement hat stets versucht den einzelnen Arbeitsgruppen moderierend und beratend zur Seite zu stehen. Teilweise haben die einzelnen Arbeitsgruppen bis zu zwölf Monate gebraucht, um einen Patientenpfad zu entwickeln. Anschließend mussten diese elektronisch umgesetzt werden, um eine spätere Evaluation zu ermöglichen. Daraus resultieren zahlreiche Vorteile für Patienten sowie die beteiligten Mediziner und Gesundheitsakteure. Fachärzte werden so z.B. schon vor der Untersuchung von Patienten vom jeweiligen Hausarzt über Voruntersuchungen, medikamentöse Behandlung oder Unstimmigkeiten unterrichtet. Ein eigenständig entwickeltes Scoring-System errechnet ein patientenindividuelles Risiko und gibt Hausärzten Hinweise z.B. auf die Dringlichkeit der Vorstellung bestimmter Patienten bei einem Facharzt. Mithilfe dieser Maßnahme wird eine effektivere Steuerung der medizinischen Ressourcen erreicht.

Qualifizierungen und Fortbildungen des ärztlichen Fachpersonals konnten nur bedingt und punktuell für eine Entlastung sorgen. Aus diesem Grund mussten neue Ressourcen und Strukturen entstehen. „Arztentlastende Personalstrukturen in Trägerschaft des Netzes wurden eingeführt, was selbst in einem etablierten Praxisnetz nicht ohne Vorbehalte und Ängste bezüglich der berufspolitisch geführten Debatten um Substitution und Delegation vonstattenging“ (Jäger 2014: 50). Neben den bereits etablierten Case-Managerinnen wurden 2012 zwei AGnEs<sup>zwei</sup>-Schwestern eingeführt (siehe Kapitel 6.3.4). Sie führen Hausbesuche durch und arbeiten eng mit den betroffenen Hausärzten

zusammen. Mittlerweile sind aufgrund der gestiegenen Patientenzahlen der Delegationskonzepte fünf Schwestern AGnES im Einsatz. Darüber hinaus bietet das Netzwerkmanagement ein mobiles Angebot an. Über einen für das ANSB angeschafften Patientenkleinbus (8-Sitzer) werden Personen zur Tagespflege abgeholt und später wieder nach Hause gebracht. In den freien Zeiten kann der Bus für Fahrten zu den Arztpraxen bzw. zum MVZ gebucht werden. Die Kosten tragen die Patienten (Selbstkostenpreis) in Eigenleistung.

#### **12.2.4. Evaluation und Analysen**

Das Ärztenetzwerk Südbrandenburg wird nicht von einer unabhängigen externen, wissenschaftlichen Stelle evaluiert. Es werden jedoch interne Analysen und regelmäßige Patientenbefragungen durchgeführt. Bei einer internen Umfrage gaben 96 % der befragten Personen an, Freunden oder Verwandten das Netzwerk uneingeschränkt zu empfehlen. Laut Aussagen der Geschäftsführung schätzen viele besonders die enge Betreuung, vor allem durch das nichtärztliche Personal. Insbesondere die netzeigene Case-Managerin wird als äußerst sinnvoll erachtet. Darüber hinaus ist die Netzgesellschaft nach DIN EN ISO 9000 zertifiziert. Außerdem führen die beiden beteiligten Krankenkassen komplexe statistische Verfahren durch, um die Effizienz des Modells abzubilden. Zudem ermöglichen die internen, standardisierten Patientenleitpfade eine qualitativ hochwertige Datengrundlage, um Morbiditäts- und Populationsforschung innerhalb des Arztnetzes bzw. bestimmter Patientengruppen durchzuführen. Zusammenfassend werden im nachfolgenden Abschnitt Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken bzw. Bedrohungen des Ärztenetzwerks Südbrandenburg analysiert.

#### **12.2.5. SWOT-Analyse**

Die Organisationsstruktur der ANSB weist zahlreiche Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Herausforderungen (Bedrohungen) auf. Besonders hervorheben in Südbrandenburg muss man sicherlich die professionellen Strukturen sowie die jahrelange gute und konstruktive Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Die mit dem Netzwerk verbundenen beiden Krankenkassen besitzen mit 60 % der Versicherten in der Region über eine ausgezeichnete Marktmacht, um notwendige Änderungen durchzusetzen. Zwei populationsorientierte Vollversorgungsverträge mit partieller Budgetverantwortung geben dem Netzwerk die Möglichkeit eine eigene Geschäftsstelle, eine IT-Struktur sowie die nötigen personellen Ressourcen vorzuhalten. Schon heute bietet das Netzwerk innovative Lösungsmöglichkeiten für die Versorgung der heimischen Bevölkerung an, aber auch Mobilitätsangebote des ANSB und mit Schwester AGnES den Einsatz von Delegationskonzepten. Der Schulterschluss mit der heimischen Industrie sichert ein gutes Standing des Netzwerks in der Öffentlichkeit und bietet zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten. Aufgrund der

jahrelangen professionellen Aufklärungs- und Beratungsarbeit der Netzwerkgesellschaft wurden zahlreiche sektorenübergreifende Kooperationsbeziehungen aufgebaut. Durch die Errichtung des bundesweit einmaligen Vorfalls der Entstehung und des Betriebs eines netzangeschlossenen MVZ wurden (junge) Ärzte in einem Anstellungsverhältnis für die Region gewonnen. Das Netzwerk kann dabei auf ein seit vielen Jahren gut zusammenarbeitendes Ärztenetzwerk zurückgreifen, das ohne den Einsatz einer Anschubfinanzierung bereit war die (hohen) Investitionen für eine einheitliche EDV-Vernetzung aus Eigenmitteln zu tragen. Überhaupt scheint die Bereitschaft der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Region ausgeprägt, da viele Dienstleister zu Beginn des Netzwerks Rechnungen gestundet haben. Das Netzwerk ist professionell aufgestellt und bildet die Bereiche ambulante medizinische, pflegerische und -palliativmedizinische Versorgung und andere Bereiche ab und kann so ein vollumfassendes Versorgungsmanagement anbieten.

Die Region gehört u.a. aufgrund ihrer wirtschaftlichen und geografischen Lage nicht zu den Wachstumsregionen in Deutschland. Ein Wegzug von über 20 % der Einwohner (oftmals junge Menschen) stellt eine große Schwäche für die Region dar. Betrieben und Einrichtungen fällt es immer schwerer geeignete Personen für Ausbildungsplätze oder Fachkräfte für freiwerdende Stellen zu finden. Wie nahezu in allen ländlichen Regionen treten daher, trotz innovativer Lösungen wie der Errichtung des MVZ, insbesondere bei den Hausärzten, Nachwuchsprobleme auf. Trotz der Errichtung der IT-Netzinfrastruktur können Probleme mit dem Einsatz von Technik auftreten. Wenn in den Arztpraxen mit ihrer jeweiligen Software, die Synchronisation mit der Netzsoftware schlichtweg vergessen wird, kann es zu Informationsverlusten und einer Doppelbürokratie kommen. Die quartalsweisen Softwareupdates durch die Hersteller erschweren die netzwerkweite Weitergabe von Daten, sodass auch zukünftig viele Ressourcen in diesem Bereich gebunden werden. Des Weiteren beinhalten einige Bereiche des Netzwerks den Einsatz ehrenamtlichen Engagements, der hundertprozentig freiwillig und weder plan- noch duplizierbar ist.

Das ANSB beinhaltet ca. die Hälfte der niedergelassenen Mediziner in der betroffenen Region. Hier scheint noch ein großes Potenzial zu bestehen, die noch verbleibenden Ärzte von den positiven Eigenschaften des Versorgungsnetzwerks zu überzeugen. Zudem sollte das Netzwerk noch stärker die Zusammenarbeit mit Kommunen und örtlichen Verwaltungen suchen. Infrastruktur, Öffentlichkeitsarbeit und andere Bereiche wären so besser koordinierbar. Auch im Bereich von Räumlichkeiten oder Beratungsangeboten sollten noch interessante Kooperationen möglich sein. Gemeinsam mit Partnerorganisationen bzw. den Kommunen oder Wirtschaftsunternehmen wäre eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung auszuwählen, welche die vollumfängliche Evaluation der bereits bestehenden Leistungen und Angebote durchführt.

Das ANSB ist stark abhängig von der Investitionsbereitschaft der einzelnen Gesellschafter. Sofern die Zahlungsbereitschaft der Netzärzte geringer wird, wird es noch schwerer werden eine einheitliche Abrechnungs-, Austausch- und Informationsplattform für alle Netz-Mitglieder herzustellen. Insbesondere in der Verteilung der Zahlungsströme und bei medizinischen Fragen besteht innerhalb der Ärzteschaft stets ein gewisses Konfliktpotenzial. Der Wegfall wichtiger Kooperationspartner oder Mitglieder und Gesellschafter kann zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Auch die Tatsache, dass der Kreis alleiniger Gesellschafter eines direkten Konkurrenten ist, birgt ein großes Konfliktpotenzial für das Netzwerk.

### **12.2.6. Ausblick**

Aufgrund interner Dissonanzen und persönlicher Unstimmigkeiten bestimmter Gesellschafter innerhalb des ANSB ist eine größere Gruppe aus dem Netz ausgetreten. Es findet zurzeit (Stand: Februar 2015) ein Neuorganisationsprozess der Versorgungslandschaft in der Region statt. Dieses Zerwürfnis ist lediglich menschlicher Natur und erlaubt keinerlei negative Rückschlüsse auf die innovativen Angebote des Netzwerks. Trotz sicherlich vorhandener Herausforderungen und Schwächen bietet das ANSB, aufgrund seiner Delegations- und Mobilitätsangebote, mit der Vernetzung der einzelnen Sektoren, der Palliativversorgung, eine gute Grundlage für die Erstellung eines Handlungskonzepts ‚Vernetzte Versorgung‘ (siehe Kapitel 13.).

### *12.3. Gesundheitsregion Siegerland*

Bei der Gesundheitsregion Siegerland (GRS) handelt es sich um die Etablierung eines regionalen Versorgungsmanagements in Westfalen-Lippe (Südwestfalen), das versucht, durch den Einsatz besonderer Versorgungsformen, die Versorgung der Bevölkerung in der Region sicherzustellen.

#### **12.3.1. Rahmenbedingungen**

Rückwirkend zum 01.10.2013 wurde zwischen vier regional stark vertretenen Krankenkassen (AOK NordWest, Barmer GEK, DAK Gesundheit und Techniker Krankenkasse) und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ein Strukturvertrag nach § 73a SGB V geschlossen (Weber 2014: 8). Kurze Zeit später trat auch die Bundesknappschaft diesem bundesweit einmaligen Vertrag bei (Weber 2015: 29). Alle Patienten der teilnehmenden Krankenkassen sind automatisch in diesen Vertrag eingebunden (Weber 2013: 10) und betrifft nach einem Schätzwert der Geschäftsführung der GRS ca. 80 % aller Kassenmitglieder der Region. Eine Einschreibung der Patienten erfolgt nur bei den einzelnen Modulen des Versorgungskonzepts (siehe Kapitel 12.3.3). Ziel war der Aufbau eines regionalen Vollversorgungsmanagements für die Region Siegerland (Müller 2014: 4). Diese bzw. der dazugehörige Kreis umfasst etwa 280.000 Einwohner (Naegele et al. 2013: 5). Ein wichtiger Aspekt für die Etablierung des Pilotprojekts war die bestehende Praxisnetzstruktur. Die Gesundheitsregion Siegerland, als vertraglich gebundene Gemeinschaft (GbR), ist aus dem seit 1999 bestehenden Praxisnetz Siegerland GbR (PNS) hervorgegangen (Weber 2015: 28). „Zwischen 2000 und 2008 war das PNS eines der drei Honorarnetze der KVWL“ (Weber 2015: 28). Bei Honorarnetzen wird aufgrund der Basis der Jahresfallzahlen und Jahreshonorare eines bestimmten Jahres eine Fallpauschale ermittelt und abgerechnet (Beckmann et al. 2007: 189, 190). Damit ist die Einzelleistungsvergütung außer Kraft gesetzt und egal, ob nur eine einzelne Leistung an einem Patienten erbracht worden ist oder mehrere, es wird je Quartal pauschal vergütet. Seitens der Vertragspartner wurde eine praxisindividuelle Fallzahlbeschränkung vereinbart (Beckmann et al. 2007: 190). Mitglieder dieses neuen Netzwerks können alle niedergelassene Ärzte werden, die ihren Arztsitz in Siegen-Wittgenstein haben (Weber 2013: 10). Hierfür zahlen sie eine monatliche Gebühr (Goldmann et al. 2015: 78).

Gegründet wurde das Netz von insgesamt 79 Mitgliedern, die in 52 Praxen tätig sind (Weber 2014: 6). Mittlerweile sind es sogar 81 Personen aus insgesamt 56 Praxen (Goldmann et al. 2015: 78). Bislang sind weniger als 50 % der ambulanten Haus- und Fachärzte im Netzwerk, sodass hier noch Wachstumsreserven vorliegen. Übergeordnetes Ziel des Zusammenschlusses ist es, die ambulante Versorgung in der Region zu verbessern und die Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzten zu stärken. Die Bündelung des Schnittstellenmanagements, resultierend aus der starken Fragmentierung



des deutschen Gesundheitswesens, im Rahmen einer professionellen Leitung (Geschäftsführung), wird von vielen Medizinerinnen und Psychotherapeuten in der Region als erheblicher Vorteil gegenüber der konventionellen Regelversorgung angesehen. Die GRS unterhält in eigenen Räumlichkeiten eine Geschäftsstelle mit einem 7-köpfigen Kernteam sowie einen ärztlichen Leiter und eine kaufmännische Geschäftsführung (Weber 2014: 6). Unterstützung erhalten sie dabei von Teilzeitkräften die, aufgrund zahlreicher Verwaltungsangelegenheiten, als Assistenz der Geschäftsführung dienen sowie in Gesprächen dabei helfen MFA mit den netzeigenen IT-Systemen vertraut zu machen. Die Geschäftsführung versucht über den kontinuierlichen Austauschprozess mit den Praxismitarbeitern die Motivation und Zustimmung für das Netzwerk hoch- bzw. aufrechtzuerhalten. Dazu werden einmal je Quartal Informations- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Mit durchschnittlich ca. 30 Personen sind diese seit Anfang an gut besucht. Gemeinsam mit der KVWL wurde an einer nachhaltigen Kommunikations- und Datenplattform für eine IT-Vernetzung gearbeitet, unter Nutzung des ‚sicheren Netzes der KVn‘ (KVSafeNet), als Verbindung für alle Netzwerkmitglieder. Per ‚KV-Connect‘ können sowohl ein eArztbrief übermittelt, als auch eine elektronische Patientenakte genutzt und für das strukturierte Überleitungsmanagement die regionalen Krankenhaus-Portale angeschlossen werden (Müller 2014: 28, 29). Für das ‚Workflowmanagement‘ (z.B. für das Behandlungsmodul ‚chronische Wunde‘) bietet die KVWL mit dem zentralen Hosting einer Webbrowserbasierten-Lösung eine neue Dienstleistung für das Netzwerk an (Müller 2014: 29). Eine zusätzliche Software ist daher in den Arztpraxen nicht erforderlich. So können sämtliche Behandler gleichzeitig die Dokumentation für jeden Behandlungsfall anschauen. Des Weiteren wurde die GRS zum 01.01.2014 als erstes Praxisnetz nach § 87b SGB V in Westfalen-Lippe anerkannt (Weber 2015: 28). Dafür sind acht vorgegebene Strukturvorhaben einzuhalten sowie bestimmte Versorgungsziele und Kriterien zu erfüllen<sup>85</sup>. Es gibt verschiedene Stufen der Anerkennung<sup>86</sup>. Die Anerkennung führt nicht automatisch zu einer finanziellen Förderung durch die KV (Müller 2013: 4). Für das Jahr 2015 wurde vonseiten der KVWL jedoch bei den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen ein Sonderbudget in Höhe von ca. 5 Mio. Euro verhandelt. Es darf Add-on für die Förderung von Ärztenetzen und innovativen Versorgungskonzepten verteilt werden. Aus diesem Grund können bei einer Zertifizierung Ärztenetze bis zu 100.000 Euro als Fördersumme erhalten. Je nach Stufe der Zertifizierung können weitere 100.000 Euro fließen. Darüber hinaus kann jedes Netzwerk für maximal zwei innovative

---

<sup>85</sup> Für die Anerkennung müssen mindestens 20–100 Arztpraxen, bestehend aus Hausärzten und mindestens zwei weiteren Fachgruppen, als Mitglieder in einem zusammenhängenden Gebiet, gebündelt unter einer Rechtsform, mit klar definierten Versorgungszielen, kooperierend arbeiten (Weber 2013: 17). Darüber hinaus muss das Ärztenetz bereits drei Jahre bestehen, einen ärztlichen Leiter und eine Geschäftsstelle sowie einen hauptamtlichen Geschäftsführer aufweisen sowie bestimmte rechtliche Formalitäten einhalten (Weber 2013: 18).

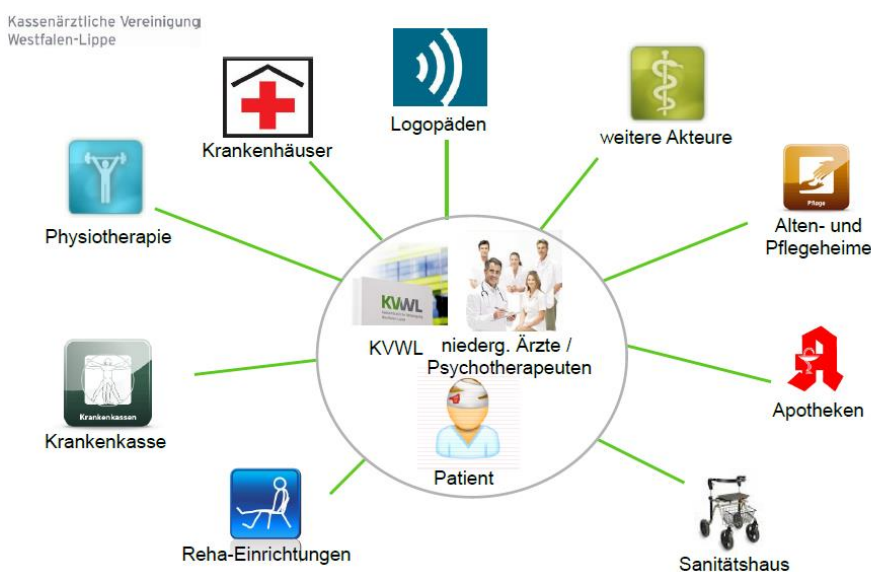
<sup>86</sup> Neben der Basis-Stufe können auch die Stufen I und II erreicht werden (Weber 2013: 16).

Versorgungsprojekte eine Förderung erhalten. Zurzeit (Stand: Mai 2015) existieren in Westfalen-Lippe elf zertifizierte Praxisnetze. Nach fünf Jahren erfolgt eine erneute Prüfung der Zertifizierung (Weber 2014: 16). Zur Umsetzung der weitreichenden Netzwerkangelegenheiten im Siegerland wurden diverse Kooperationen geschlossen.

### 12.3.2. Kooperationen und Unterstützungen

Neben der umfassenden strukturierten ambulanten medizinischen Vernetzung soll eine breite Kooperation zwischen Ärzteschaft, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie zahlreichen weiteren Gesundheitsakteuren aufgebaut werden (Müller 2014: 8). Die Netzwerkgesellschaft versteht sich dabei als Moderator, Initiator, Schlichter, Bindeglied und Wegbereiter. Kernziel ist der Aufbau eines regionalen Versorgungsmanagements. Die GRS profitiert dabei von der sehr guten Kooperation mit der KVWL. Sie unterstützt die Geschäftsführung durch diverse Analysen und Beratungsleistungen, der Werbung auf deutschlandweiten Informationsveranstaltungen im Rahmen von Messen und Kongressen usw., bei den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen sowie bei Gesprächen mit (politischen) Entscheidungsträgern (Weber 2014: 26). „Die KV ist daher als Innovationstreiber maßgeblich am Diffusionsprozess beteiligt“ (Goldmann et al. 2015: 78). Die Geschäftsführung der GRS erstellt jährlich einen Qualitätsbericht für die KVWL (Weber 2015: 29). Auch der Einbezug einer unabhängigen Unternehmensberaterin (spezialisiert auf das Gesundheitswesen) bei der Konzeption des Versorgungsnetzwerks war laut Netzwerkgesellschaft förderlich. Insgesamt arbeitet die GRS mit 17 Heimen, mehreren Krankenhäusern sowie MVZ und zahlreichen weiteren Gesundheitsakteuren zusammen (vgl. Abbildung 34).

**Abbildung 34:** Kooperationspartner der GRS



Quelle: Weber 2013: 5.

Die Dauer des Strukturvertrages ermöglicht längere Verhandlungsrunden mit den Krankenkassen, sodass sich alle Beteiligten kennenlernen konnten und man besser versteht, wie die andere Seite arbeitet und welche Wünsche und organisatorischen Herausforderungen damit verbunden sind. Der Kreis sowie die Städte und Kommunen sind noch nicht konzeptionell in das Versorgungsnetzwerk eingebunden. Es besteht lediglich ein loser Austausch mit den verantwortlichen Personen, die in den betroffenen Bereichen der Verwaltung arbeiten.

### **12.3.3. Innovativer Charakter**

Der innovative Charakter des Modells wird durch die umfassenden fach- und sektorenübergreifenden Versorgungsabläufe für die Bevölkerung deutlich (Weber 2013: 9). Getreu dem Motto ‚ambulant vor stationär‘ werden Versorgungsprozesse neu ausgerichtet und modifiziert. Hierzu wurde ein strukturiertes Überleitungsmanagement entwickelt. Zur Vereinfachung und für einen allgemeinen Bürokratieabbau wurde ein neues Formular erstellt, das die wesentlichen Informationen für die zu überleitende Stelle aufweist (Weber 2013: 13). Die vier Schwerpunkte des Netzwerks sind (Adam 2013: 1, 2, Müller 2014: 24, Weber 2015: 29):

- die Etablierung eines Wundmanagements für die Region;
- die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen;
- Arzneimittelsicherheit;
- Delegation ärztlicher Tätigkeiten.

Ziel der systematischen Behandlung chronischer Wunden ist eine frühzeitige Wundheilung zu erreichen, weshalb Patienten, nach einem vorgefertigten Muster, schneller ein Termin in einer spezialisierten GRS-Praxis vermittelt wird. Die Versorgung der Menschen wird so verbessert und gleichzeitig werden Folgekosten durch eine stationäre Aufnahme vermieden. Der zweite Schwerpunkt befasst sich mit der medizinischen Versorgung älterer Menschen in Pflegeheimen. Das neu aufgelegte Modul soll zu mehr Stabilität und Kontinuität bei der Behandlung und vor allem zur Versorgungssicherheit führen. Das Pflegeheim-Modul wird zeitgleich in fünf<sup>87</sup> weiteren Regionen umgesetzt und wurde durch die Gesundheitsministerin NRW sowie das Landesgremium nach § 90a SGB V ins Leben gerufen (Weber 2015: 29). Außerdem wird von der Ärzteschaft das Themenfeld Polypharmazie strukturiert angegangen, indem die Ärzte in Absprache mit den Apotheken in der Region bei bestimmten Personen<sup>88</sup> eine gezielte Arzneimittelberatung durchführen. Haus- und Fachärzte erhalten für diesen Service eine Zusatzvergütung. Im vierten Modul versuchen EVA (insgesamt 1,5 Vollzeitstellen), die im Netzwerk angeschlossene Ärzteschaft durch Hausbesuche zu

---

<sup>87</sup> Die anderen Regionen befinden sich in Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna (Müller 2013: 20).

<sup>88</sup> Hierbei handelt es sich um Patienten, die über mindestens zwei Quartale fünf oder mehr (verschiedene) Wirkstoffe verschrieben bekommen. Wenn erforderlich kann es auch zu (telefonischen) Fallkonferenzen kommen.

entlasten. Sie führen ein gezieltes Fallmanagement durch und füllen bei jedem Besuch einen standardisierten Bogen im Rahmen einer Din-A-4-Seite aus, sodass jeder Netzarzt stets die gleichen Informationen erhält. Die EVA sind beim Netz angestellt und werden zentral von der Geschäftsstelle aus gesteuert. Aufgrund einer Neufassung der EBM-Regelungen ist es mittlerweile auch für die Einzelpraxen lukrativ eigene Mitarbeiter zu einer EVA weiter zu qualifizieren. Aus diesem Grund kann es zu wirtschaftlichen und organisatorischen Konflikten zwischen dem Netz und der Einzelpraxis kommen. Darüber hinaus ist noch ein Programm für chronische Schmerzen im Aufbau.

Neben neuen Versorgungsprogrammen wurden mit dem Aufbau der GRS auch, durch Einführung neuer Dokumentationsbögen (siehe weiter oben) und Implementierung eines elektronischen Terminmanagements, organisatorische Änderungen vorgenommen. Des Weiteren gibt es speziell für Berufstätige angepasste Öffnungszeiten, von einmal wöchentlich von 7:00 – 20:00 Uhr (Weber 2013: 11). Außerdem werden von einigen Arztpraxen Samstagssprechstunden angeboten. Derzeit befindet man sich noch in Verhandlungen, um für die Netzwerkgesellschaft einen eigenen PKW anzuschaffen, den die EVA für Hausbesuche nutzen können. Langfristig wird von der Geschäftsführung angestrebt für das Netzwerk einen Leistungserbringerstatus zu erhalten, um weitere innovative Konzepte zu etablieren. Hierzu sind in den kommenden Monaten die zahlreichen bestehenden Angebote und Module zu analysieren.

### **12.3.4. Evaluation und Analysen**

Da die Gesundheitsregion Siegerland erst Ende 2013 ihren Dienst aufgenommen hat wurden bislang noch keine ausführlichen Analysen und Evaluationen durchgeführt. Im Rahmen der jährlichen Versammlungen werden von der Geschäftsführung Befragungen durchgeführt und ausgewertet. Standardisierte Evaluationen durch unabhängige Forschungseinrichtungen sind zurzeit nicht geplant. Zusammenfassend wird im nachfolgenden Abschnitt eine ausführliche Analyse über Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken bzw. Bedrohungen der GRS durchgeführt.

### **12.3.5. SWOT-Analyse**

Die Organisationsstruktur der GRS weist zahlreiche Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Herausforderungen (Bedrohungen) auf. Der ausgezeichnete Kontakt zur Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe war eine der großen Stärken bei der Gründung des Netzwerks. Mit zusätzlich bereitgestellten personellen Ressourcen der KVWL wurde ein professionelles Management, eine Geschäftsstelle, eine Netz-IT-Struktur (KV-Safenet) sowie ein landesweites Marketing und die Aufklärung innerhalb der Ärzteschaft der Region erreicht. Sie tritt dabei auch als Vertragspartner mit den größten ortsansässigen Krankenkassen auf. Durch den Einbezug verschiedener Kostenträger wird eine große Marktmacht (ca. 80 % Marktanteil) innerhalb der Gesundheitsregion erreicht, sodass es für

die Mediziner der Region attraktiv ist sich an dem Netzwerk zu beteiligen. Der Strukturvertrag dient dabei als Grundlage für Investitionen und bietet absolute Rechtssicherheit. Das Gesundheitsnetzwerk soll als Marke aufgebaut und deutschlandweit bekannt gemacht werden. Hierbei helfen die zahlreichen bislang aufgelegten innovativen Versorgungsprogramme. Zur Entlastung der Netz-Ärzte werden zusätzlich EVA eingesetzt (Delegationskonzept). Abgerundet wird das Angebot durch ein breites Spektrum an medizinischen Fortbildungen.

Die GRS existiert erst seit wenigen Jahren, sodass der Vernetzungsprozess, vor allem im Rahmen einer Sektorenübergreifung, bei Weitem nicht abgeschlossen ist. Stationäre medizinische Einrichtungen, MVZ oder Pflegeanbieter, Apotheken sowie andere Gesundheitsdienstleister sind bislang erst rudimentär in die Netzprozesse eingebunden. Hier ist noch eine Menge Aufklärungsarbeit zu leisten, um Vorurteile und Partikularinteressen der einzelnen Akteure abzubauen. Auch bei der ambulanten Ärzteschaft sind über 50 % noch nicht dem Netzwerk angeschlossen. Viele der konzipierten Versorgungsprogramme befinden sich noch in der Startphase, sodass noch keinerlei strukturierte Auswertungen über den Erfolg dieser erstellbar waren. Außerdem fehlt es dem Netzwerkmanagement noch an einer ausreichenden Controlling- und Auswertungsplattform.

Bislang gibt es nur zaghafte Kontakte zu den örtlichen Verwaltungen. Hier besteht noch ein großes Potenzial Erfolg versprechende Kooperationen aufzubauen, mit deren Hilfe weiteres Engagement in und aus der Region geweckt werden kann. Auch die Wirtschaftsunternehmen aus Siegen könnten noch stärker in die Netzwerkarbeit eingebunden werden, da der Bereich ‚Gesundheit‘, insbesondere für die Anwerbung von Fachkräften, enorm wichtig ist. Zukünftig wird ein großer Teil der jungen Ärzte in innovativen Organisationseinheiten wie z.B. MVZ arbeiten. Aus diesem Grund sollte die Netzwerkgesellschaft in der Gesundheitsregion Siegerland schon frühzeitig eine engere Zusammenarbeit mit den örtlichen Einrichtungen starten und Partikularinteressen sowie Vorurteile ad acta legen. Die Anschaffung eines eigenen PKW vergrößert zukünftig die Flexibilität der Versorgungsangebote. Sofern dem Netzwerk der Status eines Leistungserbringers zugesprochen wird, kann das Netzwerkmanagement zahlreiche innovative Organisations- und Versorgungsformen etablieren.

Die weitere Entwicklung der noch jungen GRS steht und fällt mit dem Engagement der lokalen Ärzteschaft. Die Netzwerkgesellschaft muss daher die Motivation und den Anfangsschwung auch weiterhin hochhalten. Bislang gibt es noch eine Menge Ressentiment in der Ärzteschaft gegenüber angestellten Ärzten in den Siegener MVZ. Hier muss die GRS aktiv auf die Mitglieder zugehen und Lösungsmöglichkeiten anbieten. Gesetzliche Änderungen können negative Auswirkungen auf Investitionen und somit die Entwicklung von (jungen) Projekten haben. Insbesondere die Änderungen

der ärztlichen Gebührenordnung bei Delegationsangeboten stellt das Netzwerk vor neue Herausforderungen.

### **12.3.6. Ausblick**

Der Schulterschluss mit der KVWL bietet für die GRS die Möglichkeit professionelle Strukturen in der Gesundheitsregion Siegerland aufzubauen. Die große Marktmacht der Vertragsparteien schafft die Grundlage, zukünftig die aktive Gestaltung der Gesundheitsversorgung voranzutreiben. Ständige ‚Querschläger‘ vonseiten der alteingesessenen Ärzteschaft machen es der Betreibergesellschaft schwer eine vollumfassende sektorenübergreifende Versorgung aufzubauen. Trotz sicherlich vorhandener Herausforderungen und Schwächen kann die GRS somit eine gute Grundlage für die Erstellung eines Handlungskonzepts ‚Vernetzte Versorgung‘ (siehe Kapitel 13.) sein.

### *12.4. Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid*

Beim Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid (GPN) handelt es sich um die Optimierung und langfristige Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in den beiden oben genannten Orten. Erreicht werden soll dies durch eine strukturierte interkommunale Zusammenarbeit.

#### **12.4.1. Rahmenbedingungen**

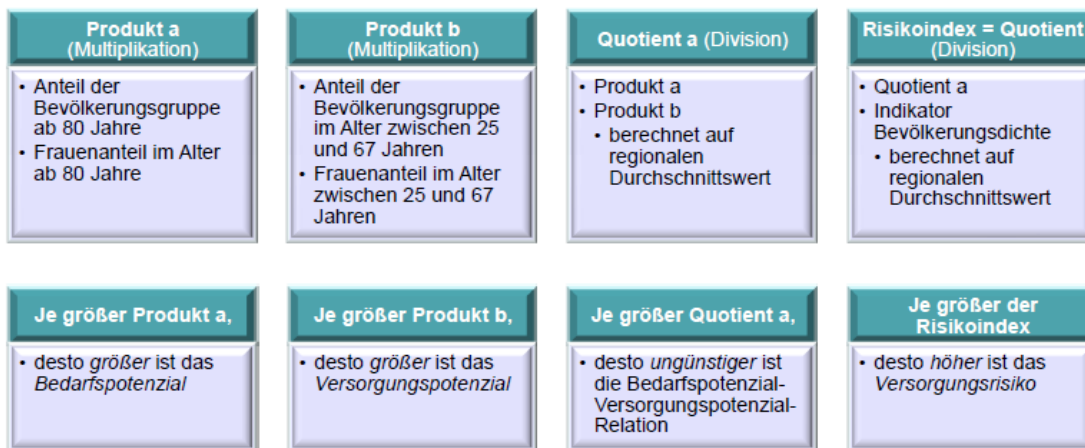
Im Märkischen Kreis wurde in der Stadt Plettenberg sowie der Gemeinde Herscheid gemeinsam mit den vor Ort ansässigen Akteuren der Versorgung ein interkommunales Gesundheits- und Pflegenetzwerk aufgebaut und von Wissenschaftlern der TU Dortmund im Rahmen des Projekts StrateG!N unterstützt. Initiator war die Kreisverwaltung<sup>89</sup>. Bereits im Jahr 2010 hat der Kreistag beschlossen ein neues, umfassendes Konzept für die Pflegeberatung zu erstellen (Giesecking/Gerling 2015a: 18). Ziel war es, Menschen einen möglichst langen und selbstbestimmten Aufenthalt in der eigenen Häuslichkeit, gemäß dem Motto ‚ambulant vor stationär‘ zu ermöglichen (Giesecking/Gerling 2015a: 18). Hierzu sind kleinräumig Case- und Care-Management-Strukturen, die zu einer institutionalisierten Vernetzung der lokalen Akteure führen aufzubauen. Den Anstoß für die Etablierung des Netzwerks haben Analysen des Forschungsprojekts StrateG!N gegeben. Die Wissenschaftler der TU Dortmund bildeten einen demografisch induzierten Risikoindex<sup>90</sup> (vgl. Abbildung 35), der für die Gemeinde Herscheid stark erhöht war (Gerling/Giesecking 2015: 57). „Ein hoher Index ist nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit der Erwartung von Versorgungsdefiziten, aber es ist ein erster Hinweis darauf, dass in einer betreffenden Stadt oder Gemeinde besonders dringlich ist, sich mit der Frage der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen“ (Gerling/Giesecking 2015: 57).

---

<sup>89</sup> Neben der Pflegeberatung tritt der Märkische Kreis auch als Gesellschafter der Märkischen Gesundheitsholding GmbH mit insgesamt drei Krankenhäusern, einem MVZ, einer ambulanten Reha-Klinik sowie drei Seniorenheimen und zwei Dialyseeinrichtungen auch als wichtiger Akteur der Gesundheitsversorgung auf (Giesecking/Gerling 2015a: 19).

<sup>90</sup> Der vom Institut für Gerontologie an der TU Dortmund entwickelte Risikoindex stellt die Alterung der Bevölkerung als bedarfsgerechte Größe und den Bevölkerungsrückgang als versorgungsrelevante Größe nach bestimmten Parametern in einen Bezug. Somit dient der Index als ‚Diagnose-Tool‘ um einzelne Kommunen einer bestimmten Region (im Projekt die Region Südwestfalen) in ein Verhältnis zu setzen und Städte sowie Gemeinden mit einem ungünstigen Bedarfspotenzial-Versorgungspotential zu identifizieren. Als Datengrundlage dienten in allen Fällen amtliche Daten. Weitere Informationen zum Risikoindex siehe Gerling/Giesecking 2015: 57, Schmidt 2013: 12, 13, Uner 2013: 22–23.

**Abbildung 35:** Komponenten des StrateG!N-Risikoindex



Quelle: Schmidt 2012: 17.

Schon im Vorfeld gab es mit der Stadt Plettenberg verschiedenartigste (oftmals lose) Kooperationen. Das Forschungsprojekt verband durch den Einsatz zusätzlicher Ressourcen alle Handlungsstränge miteinander.

Wichtige Grundvoraussetzung für eine gelungene Implementierung des Netzwerks war der Einbezug der beiden Bürgermeister. Beide waren direkt zu Beginn des GPN involviert und haben das Thema als gemeinsame Herausforderung aller Akteure erkannt. „Das Netzwerk ist ‚von oben‘ implementiert worden und wurde gleichzeitig ‚von unten‘ gewollt, unterstützt und ausgebaut“ (Gerling/Giesecking 2015: 68). Unter Zuhilfenahme zusätzlicher personeller und finanzieller Ressourcen durch die Wissenschaftler sowie bestehender Ressourcen (u.a. Mitarbeiter der Kreisverwaltung sowie die Demografiebeauftragte der Stadt Plettenberg) wurde gemeinsam mit den lokalen Akteuren der Region ein gemeinsamer Projektfahrplan erstellt. Hierzu wurde ein Projektsteuerkreis gebildet mit Beteiligung beider Bürgermeister, Wissenschaftler der TU Dortmund, Mitarbeiter der Kreisverwaltung sowie der kommunalen Verwaltungen, der lokalen Seniorenvertretung und Akteure aus der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (Giesecking/Gerling 2015: 15). Durch das GPN wurden in den beiden Kommunen zahlreiche Kooperationen und Vernetzungsprozesse angestoßen.

#### 12.4.2. Kooperation und Unterstützungen

Im Rahmen des Gesundheits- und Pflegenetzwerks sind zahlreiche Akteure beteiligt. Neben den Verwaltungsmitarbeitern von Plettenberg und Herscheid sowie die des Kreises, waren Wissenschaftler der TU Dortmund sowie zahlreiche Akteure der Gesundheitsversorgung beteiligt. Insgesamt bestehen die Mitglieder des GPN aus über vierzig unterschiedlichen Organisationen (Gerling/Giesecking 2015: 63). Sie kommen beispielsweise aus den Bereichen Seniorenvertretung, stationäre sowie ambulante



Pflegebetriebe, stationäre medizinische Einrichtungen, ambulante Haus- und Fachärzte, Pharmazie, Politik, Freiwilligenzentrale, Selbsthilfe- und Sportgruppen, von Krankenkassen oder Wohnungsunternehmen (Gerling/Giesecking 2015: 63). Hierbei spielte das zum Teil erstmalige Kennenlernen eine wichtige Rolle. Viele Personen kannten sich zum Teil nur über das Telefon, sodass durch den direkten Kontakt auch ein besseres Verständnis für die Verhaltensweisen, Problemlagen und organisatorischen Unterschiede geschaffen werden konnte (Giesecking/Gerling 2015a: 18). Zu den fördernden Bedingungen zählt ebenfalls, dass es zwischen den einzelnen Akteuren in Plettenberg und Herscheid nahezu keinerlei Konkurrenzdenken und Missgunst gibt (Giesecking/Gerling 2015a: 20). Aus diesem Grund ist eine produktive Arbeitsatmosphäre entstanden. Potenziell neue Mitglieder können sich am Netzwerk beteiligen, ohne Verpflichtungen eingehen zu müssen (Goldmann et al. 2015: 83). Der Einbezug der ambulanten Ärzteschaft ist für eine langfristige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung enorm wichtig. Bislang unterstützen nur wenige Mediziner direkt das GPN. Aus diesem Grund soll im dritten Quartal 2015 gemeinsam mit den Vertretern eines ortsansässigen Ärztenetzes<sup>91</sup>, beiden Bürgermeistern, Vertretern der Kreisverwaltung sowie wissenschaftliche Unterstützung durch die TU Dortmund ein gemeinsames Treffen initiiert werden, um eine bessere und vor allem strukturierte Zusammenarbeit herzustellen.

Ende 2014 verließen die Wissenschaftler der TU Dortmund den Projektsteuerkreis und übergaben die Verantwortung in die Hand der Akteure im Märkischen Kreis. Auch die Kreisverwaltung kann ihr personelles Engagement nicht ausschließlich auf zwei Kommunen konzentrieren. Hier muss zukünftig mehr von den beteiligten Kommunen investiert werden. Auch beim GPN besteht weiterhin das Problem der fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten für die Netzwerkarbeit durch die engagierten Akteure. Trotz der bestehenden Hindernisse gibt es im Märkischen Kreis Kommunen, die bereits an den Kreis herangetreten sind und auch ein Gesundheits- und Pflegenetzwerk initiieren möchten. Darüber hinaus haben auch Städte und Gemeinden in benachbarten Kreisen Interesse gezeigt, ebenfalls durch den Einsatz innovativer Ansätze, eine ganzheitliche Betrachtung von Pflege- und Gesundheitsversorgung aufzubauen.

### **12.4.3. Innovative Ansätze**

Hauptziel des GPN war es, unter Einbezug aller relevanten Akteure, eine auf die regionalen Gegebenheiten angepasste Sicherstellung und Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu erreichen. Hierzu gab es im Oktober 2013 eine über die Medien angekündigte Auftaktveranstaltung, auf der die Ergebnisse der wissenschaftlichen Analysen der TU Dortmund sowie

---

<sup>91</sup> Bei dem Ärztenetz handelt es sich um die Lennetz GmbH. Neben 57 Ärzten und Psychotherapeuten ist auch ein Krankenhaus Gesellschafter des Netzwerks. Nähere Informationen zum Lennetz befinden sich unter [www.lennetz.de](http://www.lennetz.de).

Möglichkeiten, Chancen und Handlungsansätze für die teilnehmenden Akteure aufgezeigt wurden. Im Rahmen der Auftaktveranstaltung (mit über 70 Teilnehmern) wurden drei Themenfelder von den anwesenden Personen identifiziert, die für die beiden Kommunen als äußerst wichtig erachtet werden (Gerling/Giesecking 2015: 61):

- Vermeidung von Einsamkeit und Isolation im Alter;
- Angebote zur Demenzversorgung;
- Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Für die Themenfelder wurden ‚Runde Tische‘ etabliert. „Runde Tische sind als ein auf Konsens angelegter Prozess definiert worden: In einem professionell moderierten Verfahren bemühen sich die Teilnehmenden – die nach Möglichkeit alle für das jeweilige Thema relevanten Interessen repräsentieren – gleichberechtigt und kooperativ, ein für alle akzeptables Ergebnis zu erreichen“ (Gerling/Giesecking 2015: 61). Die professionelle Moderation wird sowohl von den Wissenschaftlern als auch von Mitarbeitern der Kreisverwaltung übernommen. Die Versammlungsrunden dienten als eine Plattform für den Erfahrungsaustausch, um bereits existierende Angebote, Produkte und Dienstleistungen bekannt zu machen und alltägliche Problematiken anzusprechen (Gerling/Giesecking 2015: 61, Sauer 2013: 3). Sie dienen der Entwicklung passgenauer Angebote, für die lokalen Bedürfnisse, eines betroffenen Personenkreises. Nach einer Ist-Analyse bereits bestehender Angebote der beiden Kommunen (Gerling/Giesecking 2015: 61) wurde von den lokalen Akteuren der jeweilige Bedarf identifiziert. Hierbei halfen die von den Wissenschaftlern der TU Dortmund erstellten Kommunalprofile aller 59 südwestfälischen Gemeinden und Städte sowie für die fünf Kreise, die für verschiedene Themenbereiche wichtige Versorgungsangebote im Rahmen einer ‚Infrastrukturanalyse‘ aufführen (Gerling/Giesecking 2015: 56, 57). Zu Beginn der Arbeit einigte man sich beim gemeinsamen Umgang auf ‚Spielregeln‘. Gegenseitiger Respekt, die Respektierung anderer Sichtweisen, das Gegenseitige-sich-ausreden-Lassen sowie die Trennung von persönlicher und sachlicher Ebene und die Vermeidung von ‚Killerphrasen‘ gehörten zu diesen Regeln (Gerling/Giesecking 2015: 62). Nach jeder Sitzung wurden Ergebnisprotokolle, für eine größtmögliche Transparenz im Netzwerk, angefertigt (Giesecking 2014: 12). Den einzelnen Runden Tischen arbeiteten jeweils kleinere Projektgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (u.a. Diabetes, ehrenamtliche Seniorenbegleitung, Überleitungsmanagement ins Krankenhaus, usw.) zu (Giesecking/Gerling 2015: 16). Deren Vorschläge gingen dann jeweils zurück an die Runden Tische, dort diskutiert und verabschiedet. „Als Ergebnis der Runden Tische wurden kurz- und mittel- und langfristige Handlungsempfehlungen erarbeitet, die in eine regionale Roadmap eingeflossen sind“ (Gerling/Giesecking 2015: 61). Beispielsweise wurde mit dem Aufbau eines Demenznetzwerks begonnen (Gerling/Giesecking 2015a: 4).

Im Rahmen des GPN wurden durch eine breit angelegte Medienkampagne, möglichst viele Akteure auf das Netzwerk aufmerksam gemacht. Nach einem Jahr sind die ersten Ergebnisse der Öffentlichkeit im Rahmen einer großen Fachtagung vorgestellt worden (Giesecking/Gerling 2015: 16). Des Weiteren erstellte eine ortsansässige Agentur ein eigenes Logo sowie ein Corporate Design. Auch wurde ein Flyer geschaffen, der die konkreten Aktivitäten (Runde Tische), den Steuerkreis sowie die einzelnen Akteure auflistet. Als erstes ‚Produkt‘ der Öffentlichkeitsarbeit ist ein gemeinsamer ‚Wegweiser‘ (‚Gut informiert älter werden in Plettenberg und Herrscheid‘) entstanden, der im Rahmen diverser Kategorien (u.a. Pflege, Wohnen im Alter, Mobilität, Vorsorge, gesundheitliche Versorgung usw.) die verschiedenen Angebote gebündelt und detailliert darstellt. Ermöglicht worden ist die Erstellung und der Druck des Wegweisers durch den finanziellen Einsatz von Sponsoren (Giesecking/Gerling 2015a: 20). Wissenschaftliche Untersuchungen müssen zukünftig zeigen, ob das Netzwerk einen Mehrwert für die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der beiden Kommunen erbringen kann.

#### **12.4.4. Evaluation und Analysen**

Da das Gesundheits- und Pflegenetzwerk erst Ende 2013 initiiert worden ist, waren noch keine ausführlichen Analysen möglich. Evaluationen der TU Dortmund zeigen insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Akteure (Gerling/Giesecking 2015a: 3). Selbstverständlich besteht bezüglich der Umsetzung der Maßnahmen noch eine große Erwartungshaltung. Unabhängige Studien über versorgungsrelevante Schwerpunkte und Neukonfigurationen des Netzwerks wurden noch nicht durchgeführt. Zusammenfassend wird im nachfolgenden Abschnitt eine ausführliche Analyse über Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Risiken bzw. Bedrohungen des GPN durchgeführt.

#### **12.4.5. SWOT-Analyse**

Die Organisationsstruktur des GPN weist zahlreiche Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Herausforderungen (Bedrohungen) auf. Besonders herausragend ist sicherlich die ausgezeichnete Zusammenarbeit und Stimmung zwischen den einzelnen Teilnehmern des Netzwerks. Bislang sind noch keinerlei Konflikte aufgrund von Partikularinteressen aufgetreten. Besonders ausgeprägt ist die Zusammenarbeit der Netzwerkgründer mit den Mitarbeitern der lokalen Verwaltung sowie mit dem Kreis. Der Einbezug der kommunalen Politik, insbesondere der Einsatz beider Bürgermeister, diente dabei als Katalysator, Motivationspunkt und besondere Hilfe. Gemeinschaftlich konnten Sponsoren gefunden und bereits erste Marketingaktionen durchgeführt werden. Die wissenschaftliche Unterstützung diente dabei als neutraler Moderator, Antreiber sowie Bindeglied, um das lokale Engagement weiter voran zu bringen. Die Auswertungen und Untersuchungsergebnisse führten zu einem gemeinschaftlichen ‚Fahrplan‘, den das GPN in den kommenden Jahren abarbeiten muss. Die

Offenheit des Netzwerks allen relevanten Akteursgruppen gegenüber ermöglichte eine produktive Arbeitsatmosphäre.

Das Netzwerk kann nicht auf ein bereits bestehendes Ärztenetz zurückgreifen. Aus diesem Grund fehlt es gerade bei Fragen rund um die medizinische Versorgung an einer bestehenden ‚Hausmacht‘ aus den Reihen der Ärzteschaft. Das Netzwerkmanagement wurde bislang immer von den Wissenschaftlern der TU Dortmund sowie von Verwaltungsmitarbeitern betrieben, die sich jedoch zu einem Teil zurückziehen mussten. Ohne professionelle Strukturen scheint ein weiterer positiver Verlauf des Netzwerks äußerst schwierig. Des Weiteren stehen dem Netzwerk keine direkten finanziellen Ressourcen zur Verfügung, was Investitionen in Räume für eine Geschäftsstelle oder den Aufbau einer IT-Struktur undenkbar erscheinen lassen. In allen Punkten muss das noch sehr junge Netzwerk in den kommenden Monaten und Jahren professioneller und ‚breiter‘ aufgestellt werden.

Das GPN sollte seine weitere Professionalisierung vorantreiben. Neben einem hauptamtlichen Geschäftsführer, einer professionellen Managementgesellschaft, zentralen Räumlichkeiten und einem festen Budget sind weitere feste Strukturen aufzubauen. Der Einbezug der heimischen Politik und Wirtschaft könnte hierbei ebenfalls von Nutzen sein. Gemeinsam mit wissenschaftlichen Einrichtungen oder Landesbehörden kann man die Idee der GPN im Rahmen von Ausschreibungen weiter vorantreiben und Fördergelder beantragen. So könnte der Märkische Kreis in noch weiteren Kommunen ähnliche Strukturen aufbauen und Netzwerkmanager speziell für diese Verbünde einstellen, und der Schulterschluss mit einem bereits bestehenden Ärztenetz (z.B. der Lennetz GmbH) gesucht werden, um eine stärkere Vernetzung der medizinischen Akteure mit dem Netzwerk zu fördern. Gemeinsam wäre es möglich ein vollumfängliches, sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk aufzubauen.

Es bleibt abzuwarten, ob der positive Schwung und die Motivation der einzelnen Teilnehmer auch zukünftig bleibt. Ohne den Einsatz der Wissenschaftler aus Dortmund fehlen dem GPN wichtige personelle Ressourcen. Der Kreis und die Kommunen müssen noch eine Vielzahl weiterer Städte und Gemeinden bzw. Themenfelder im Blick haben. Noch besitzt das GPN ein Alleinstellungsmerkmal. Jedoch ist es möglich, dass sich die Mitarbeiter des Kreishauses zukünftig auch stärker um andere Projekte kümmern müssen. Ohne den stärkeren Einbezug der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung erscheint das GPN zwar homogen, aber noch nicht ausreichend breit aufgestellt, um die Versorgung der Bevölkerung langfristig zu sichern.

### **12.4.6. Ausblick**

Das GPN zeigt deutlich, wie hoch das Engagement der lokalen Akteure, der Verwaltungen, Wirtschaft sowie der Bevölkerung ist, um die gesundheitliche Versorgung vor Ort sicherzustellen. Unter

Zuhilfenahme eines neutralen Moderators erscheint es möglich die Partikularinteressen der einzelnen Akteure diplomatisch steuern zu können und eine konstruktive, kooperative Arbeitsatmosphäre zu erreichen. Das GPN bietet somit trotz sicherlich vorhandener Herausforderungen und Schwächen Teilaspekte, die als Grundlage für die Erstellung eines Handlungskonzepts ‚Vernetzte Versorgung‘ (siehe Kapitel 13.) dienen können.

Schon heute existieren in der Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Leuchtturmprojekten innovativer Versorgungsgestaltung. IVGK, GPN und ANSB sowie GRS zeigen, wie durch den Einsatz innovativer Versorgungskonzepte, neuartiger Gesundheitsprogramme und technischer Hilfsmittel sowie veränderter Organisationsmodelle eine populationsorientierte und somit vollumfängliche lokale Gesundheitsversorgung erreicht wird. Diese ‚Modellprojekte‘ sind dabei jedoch eher als Versuchsreihen anzusehen. Eine konzeptionelle Grundordnung, Koordination oder Kooperation ist nicht feststellbar. Bei der Errichtung eines lokalen Gesundheitsnetzwerks kommt es somit immer wieder dazu, dass die einzelnen Akteure ‚das Rad neu erfinden‘ und eigene Versorgungskonzepte auflegen. Ein Handlungskonzept der ‚Vernetzten Versorgung‘ soll möglichen neuen Zusammenschlüssen im Gesundheitswesen als Blaupause dienen, um bestmöglich mit den unterschiedlichen Diffusionshindernissen einer sektorenübergreifenden Versorgung umzugehen, die Stärken der jeweils aufgezeigten Fallstudien im Vorfeld bereits zu berücksichtigen und mögliche Fehlerquellen und Hindernisse zu vermeiden. Dabei wird das Konzept ‚offen‘ ausgelegt, sodass stets auf die lokalen und topografischen Verhältnisse, Akteursanzahl sowie Infrastruktur Bezug und Rücksicht genommen werden kann.

### 13. Das Konzept der Vernetzten Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem unterliegt, aufgrund der durch den demografischen Wandel ausgelösten Veränderungsprozesse, einem zunehmenden Anpassungsdruck. Insbesondere in den eher ländlich geprägten Gebieten stößt das traditionelle System des Kollektivvertrages zukünftig an seine Grenzen. Die Behandlung einer zunehmenden Anzahl chronisch kranker Patienten wird durch eine starke Versäulung der einzelnen Sozialversicherungsbereiche erschwert. Nach Experteneinschätzungen sind eine stärkere Fokussierung auf eine sektorenübergreifende Versorgung sowie ein Populationsbezug auf lokaler Ebene alternativlos. Bei der Errichtung neuartiger Versorgungskonzepte werden IV-Verträge heutzutage oftmals als Wettbewerbselement der Krankenkassen aufgegriffen, was einen vollumfänglichen Populationsbezug unter Einbezug mehrerer Kostenträger nahezu unmöglich macht. In diesem Handlungsfeld muss es zu einem Umdenkprozess der Sozialpartner kommen. Zukünftig sollten sie gemeinsam innovative Versorgungskonzepte auflegen, um eine lokale, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten und die Versorgung älterer, chronisch kranker Menschen zu verbessern. „Durch die Zusammenarbeit aller Gesundheitsprofessionen können brachliegende präventive und rehabilitative Ressourcen sowie Potenziale gehoben werden“ (Naegele 2009: 434). Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen müssen sich in diesem Veränderungsprozess in Zukunft von Verwaltern zu Gestaltern der gesundheitlichen Versorgung wandeln. Hierzu sind insbesondere die unterschiedlichen geografischen Verhältnisse sowie die individuellen Lebensstile<sup>92</sup> und Versorgungsbedürfnisse zu berücksichtigen. „So reflektiert die Befähigung des Einzelnen die Lebensbedingungen, wie sie aus historischen Konstellationen und politischen Bedingungen ergeben“ (Hüther/Naegele 2013: 368). Es sind aus diesem Grund sektorenübergreifende „Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke“ (Gensichen et al. 2006: 365), gemäß eines Chronic-Care Konzepts<sup>93</sup>, zu implementieren. Eine ‚vorbeugende Versorgungslandschaft‘ soll zur ‚vierten Säule‘ im Gesundheitswesen werden (Schnabel 2009: 50). Primärfrage eines jeden neuen Versorgungskonzepts muss daher lauten: Wie kann ich besser auf die Versorgung chronisch kranker Menschen reagieren? Gelingen kann dies, wenn das lokale Gesundheitsnetzwerk nach dem von Berwick et al. entwickeltem Triple-Aim-Ansatz<sup>94</sup> aufgebaut ist. Nach diesem sollte ein Netzwerk folgende Anforderungen erfüllen (Hildebrandt et al. 2012a: 206, Hildebrandt et al. 2015: 1):

---

<sup>92</sup> Weitere Informationen zu Lebensstilen und Lebensläufen siehe Naegele 2010.

<sup>93</sup> Weitere Informationen zum Chronic-Care-Konzept siehe Wagner et al. 1996, Wagner et al. 2001 sowie Deutscher Bundestag 2009: 428-430.

<sup>94</sup> Weitere Informationen zum Triple-Aim-Ansatz siehe Berwick et al. 2008.

1. Der Gesundheitsstatus einer Population soll verbessert werden;
2. Der individuelle Patient soll eine bessere Versorgung erleben;
3. Diese Ziele sollen unter bestmöglichem bzw. effizientem Ressourceneinsatz erreicht werden.

Die Zielsetzungen sind nicht unabhängig voneinander zu verwirklichen, sondern sie beeinflussen sich gegenseitig und wechselseitig (Hildebrandt et al. 2015: 1). Aus diesem Grund muss stets eine Balance aller drei Zielsetzungen angestrebt werden. Die Zieltrias meint dabei die gleichzeitige Generierung von mehr health outcome in Form eines verbesserten Gesundheitsstatus der betreffenden Population, einer besseren gesundheitlichen Versorgung und Erfahrungen sowie Kompetenzen durch die Versicherten und geringere Gesamtversorgungskosten für die Allgemeinheit zu einer risikoadjustierten Vergleichspopulation (Ballast/Hildebrandt 2014: 266). Es wird verdeutlicht, welche Kernmerkmale bei zukünftigen Versorgungsmodellen auftreten müssen. Ein Leitgedanke als verbindendes Element muss immer vorliegen, d.h. eine anzustrebende Zielstellung bzw. Wunschvorstellung mit koordinierten Prozessen und einem möglichst minimalen Ressourcenaufwand (Ballast/Hildebrandt 2014: 266). Der Fokus sollte dabei stets auf präventiven, integrativen sowie ressourcenorientierten Versorgungsansätzen sowie dem Bedarf der betreffenden Population liegen (Ballast/Hildebrandt 2014: 266). Hierbei sind stets als Handlungsansätze ‚Reha vor Pflege‘, ‚Prävention im Alter‘ (besser über den gesamten Lebenszyklus), ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘, ‚Aufklärung‘ und ‚technische Unterstützungen‘ zu berücksichtigen. Nur so ist eine zunehmende ‚Krankenlast‘ auch zukünftig durch die sozialen Sicherungssysteme abbildbar. Expertenschätzungen zufolge wird sich eine alternde Gesellschaft Medizin zukünftig nur noch durch eine stärkere ‚Industrialisierung des Gesundheitswesens‘ leisten können (Münch/Scheytt 2014: 22). Das Konzept der Vernetzten Versorgung dient unter dieser Prämisse als zielführendes Handlungskonstrukt.

### *13.1. Definition*

„Es gibt unter dem Oberbegriff ‚sektorenübergreifende Versorgung‘ zahlreiche Ansätze unterschiedlicher Güte, welche die Sektoren stationäre und ambulante, medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung zusammenführen“ (Lauven/Block 2014: 29). Die Vernetzungs-Idee basiert dabei auf der Annahme, dass „die gemeinsame Leistungsfähigkeit größer ist als die Summe der Einzelleistungen“ (Georg 2007: 181). E-Health Anwendungen implizieren dabei in einem großen Maße die Vernetzung und Kooperation der verschiedenen beteiligten Akteure (Gersch et al. 2011: 159–161). Diese Vernetzung kann sich entweder auf das gemeinsame Erbringen von Dienstleistungen und Produkten oder lediglich den ‚technischen Austausch‘ von Daten entlang der Wertschöpfungsprozesse beziehen (Gersch/Rüsike: 2011: 16). Im Rahmen einer alternden Gesellschaft

müssen neuartige Versorgungskonzepte zwingend über eine technische Vernetzung als sektorenübergreifende Kooperations-Infrastruktur verfügen. Ausschließlich reduzieren auf eine technische Vernetzung dürfen sie sich jedoch nicht. Ohne EDV-Plattform ist weder eine reibungslose Kommunikation, noch der ständige Austausch von Daten möglich. Controlling und Evaluation der eingesetzten Produkte und Dienstleistungen werden so erleichtert und es besteht eine höhere Transparenz für die Bevölkerung. Der Aufbau gilt als erster Schritt zur Etablierung eines lokalen Gesundheitsnetzwerks. Auch Arbeitsschritte, Versorgungskonzepte sowie Modelle und Gesundheitsangebote müssen lokal miteinander vernetzt und aufeinander abgestimmt sein. „Vernetzung ist der Prozess hin zu einem stabilen, funktionsfähigem Versorgungsnetzwerk“ (Bühler 2012: 32). „Dieses größere Ganze wird als Versorgungskontinuum von der Prävention bis zur Rehabilitation betrachtet“ (Menning 2006: 90). „Bei fortschreitender Integration wird die wirtschaftliche Selbstständigkeit der Partner sukzessive eingeschränkt“ (Menning 2006: 90). „Ihre rechtliche Selbstständigkeit bleibt davon unberührt“ (Menning 2006: 90). Hierbei kann sich eine spezialisierte Managementgesellschaft als entscheidender Erfolgsfaktor erweisen (Kohlbeck 2009: 17). Sie dient als Bindeglied für die Errichtung eines Versorgungsnetzes.

Im Rahmen dieser Ausarbeitung wird Vernetzte Versorgung somit als ‚besondere‘ Versorgungsform mit einem multi- bzw. interdisziplinären, sektorenübergreifenden, populationsbezogenen und patientenorientierten sowie geplanten Set von Versorgungsleistungen angesehen. Ziel ist es, unter Leitung einer federführenden Organisation (Managementgesellschaft/Providerorganisation), die starren Sektorengrenzen (u.a. Medizin, Rehabilitation und Pflege) zusammenzuführen, umso eine bessere Verzahnung aller Akteure des Gesundheitswesens zu etablieren, die eine höhere Effizienz und Effektivität der eingesetzten Mittel ermöglicht und ‚health outcomes‘ der Bevölkerung bei zumindest gleichbleibenden oder sinkenden Gesundheitsausgaben erhöht. Vernetzte Versorgung als Begriff wird dabei von einer Vielzahl der Experten als geeignet und trennscharf angesehen, da er im Gegensatz zur Integrierten Versorgung bewusst die verschiedenen Gesundheitssektoren konzeptionell von vornherein miteinschließt und ebenfalls die kommunale Verwaltungsebene berücksichtigt (siehe Kapitel 13.3).

Da eine Vernetzte Versorgung vor allem auf einer lokalen Ebene wirken kann, kommt den Kommunen bei der Initiierung, Förderung und Organisation einer angemessenen sozialen und pflegerischen Versorgung hilfebedürftiger Personen eine Schlüsselfunktion zu (Goldmann/Köhler 2010: 260). Die Kommunen müssen daher „als eine Spinne innerhalb des Netzes Gesundheitsversorgung“ (Burgi 2013: 102, 103) agieren. Oftmals werden sie als ‚neutrale Stelle(n)‘ angesehen und dienen somit als Koordinatoren neu zu gestaltender Versorgungsprozesse. Hierbei sind stets ökonomische, historische, regulatorische, organisatorische sowie gesetzliche Restriktionen zu



berücksichtigen. Gesundheit gehört zu den meritorischen Gütern. Eine reine Marktsteuerung mittels des freien Spiels der Kräfte kann daher im Gesundheitswesen keine zufriedenstellende Lösung sein (Straub 2012: 241). Aus diesem Grund müssen innovative Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, um ein Netzwerk zu etablieren. In das nachfolgende Handlungskonzept sind neben den Erkenntnissen der Literaturanalyse und Expertenaussagen sämtliche Ergebnisse der Fallstudien sowie der anderen wissenschaftlichen Dokumente mit eingeflossen.

### *13.2. Merkmale*

Das Konzept der Vernetzten Versorgung soll lokal, vor allem in ländlichen Regionen, implementiert werden und durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und Rahmenbedingungen, Menschen ermöglichen mehr Einfluss auf ihre Lebenswelten zu nehmen (Altgeld/Kolip 2004: 45). Verschiedene ‚Settings‘<sup>95</sup> konkretisieren dieses Konzept. „Die Gesellschaft ist durch entsprechend konfigurierte Angebote der Bildung und der Unterstützung, der Prävention und der Kuration gefordert“ (Hüther/Naegele 2013: 370). Die Fokussierung auf bestimmte lokale Sozialräume ermöglicht es adäquate Zugangswege zu definieren, Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen und vorhandene Ressourcen zu nutzen. Hierbei wird das eigene Zuhause als weiterer ‚Gesundheitsstandort‘ zunehmend wichtiger.

Beim Aufbau eines lokalen, vernetzten Versorgungsvorhabens sind von Anfang an klare Absprachen als Kernmerkmale zu treffen und eine klare Hierarchie- und Führungsstruktur zu etablieren. Vernetzung beruht stets auf der Existenz eines vorherrschenden Beziehungsnetzes (Bühler 2012: 31). Ein gemeinsam geschlossener Versorgungsvertrag bzw. Kooperationsabkommen dient dabei als Grundlage der Zusammenarbeit. Diese können beim Ausbau des Netzwerks auch durch Teil- bzw. Nebenverträge erweitert und so eine höhere Anzahl an Kooperationen und Partnerorganisationen ermöglicht werden. Als Schlüsselfaktoren dienen dabei der lokale Populationsbezug sowie der stetige Einbezug der Patientenschaft. Das Wegbrechen bestimmter Leistungserbringer in den ländlichen Gebieten, insbesondere die schrumpfende Anzahl an Hausärzten, fördert den Versorgungsdruck in diesen Regionen und ‚entschärft‘ den Wettbewerb der einzelnen Akteure der Gesundheitsversorgung untereinander. Dies schafft in der Regel die Basis für eine zukünftige Zusammenarbeit auf regionaler Ebene. Ein geschaffenes Netzwerk sollte jedoch zwingend die freie Arztwahl bestehen lassen, sodass Menschen sich auch außerhalb der neu geschaffenen Strukturen behandeln lassen können, da die Arztwahlfreiheit in der Bundesrepublik Deutschland als hohes Gut angesehen wird. Darüber hinaus fördert dieser Mechanismus die Bereitschaft der angeschlossenen Netzärzte, eine bessere Versorgung

---

<sup>95</sup> Unter einem Setting versteht man „überschaubare soziale Einheiten/Organisationen [...], in denen [...] Gesundheitsförderung gezielt durchgeführt werden kann“ (Schnabel 2009: 43).

der Population anzustreben, um mehr Patienten für sich zu gewinnen. Ziel sollte es eher sein eine bestmögliche Behandlung, zusätzliche Serviceleistungen und eine erstklassige Versorgung anzubieten, sodass die Behandler aus dem Versorgungsnetz stets ‚erste Wahl‘ bei der Patientenschaft sind. Fokussieren sollte man sich bei der Etablierung neuer Versorgungsvorgaben, neu zu schaffender Leitlinien oder Präventionsprogrammen stets an den in der Region am stärksten verbreiteten chronischen Erkrankungen. Hierzu müssen im Vorfeld eine Reihe von Analysen, Befragungen und Untersuchungen durchgeführt werden.

Ausschlaggebendes Erfolgskriterium für die Vernetzte Versorgung ist die Etablierung eines sektorenübergreifenden Leistungsangebotes, um das gesamte Versorgungskontinuum – bestehend aus Akteuren der ambulanten sowie stationären medizinischen und pflegerischen sowie rehabilitativen Versorgung sowie Heil- und Hilfsmitteldienstleistern und zahlreichen weiteren Gesundheitsanbietern – abzudecken. Die niedergelassene Ärzteschaft dient dabei, in den meisten Fällen, als Keimzelle für den Aufbau dieses Netzwerks. Auch ein MVZ, Krankenhaus oder ein anderes Konsortium können als Nukleus für die Vernetzte Versorgung dienen. Schon beim Aufbau der organisatorischen, personellen und öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen sollten sämtliche Leistungserbringer ‚mit ins Boot‘ geholt werden, damit es lokal zu einer größeren Bereitschaft kommt das Netzwerk zu unterstützen. Merkmale eines solchen Netzwerks sind eine fortwährende Kommunikation, offene bzw. dynamische Strukturen sowie keine Per-se-Dominanz eines Partners und ein einheitliches Erscheinungsbild (Killich 2011: 15). Neben Medizin ist auch unbedingt Pflege oder soziale Arbeit einzubinden (Walter/Naegele 2012: 7). Um bestmögliche Anreize zu setzen, sind möglichst viele ambulante Ärzte und andere Leistungserbringer finanziell an dem Netzwerk zu beteiligen. Darüber hinaus ist zwingend ein professionelles, aktives Netzwerkmanagement zu etablieren, das sich hauptsächlich und hauptberuflich um den Aufbau und die Existenz des Netzwerks (Motivierung der Kooperationspartner) kümmert. Des Weiteren gehören die Themenbereiche Marketing (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungsmanagement, Promotion usw.) Controlling (Data-Mining<sup>96</sup>, Produkt- und Prozessanalysen usw.) sowie die Durchführung der Akquise neuer Vertragspartner, Kostenträger sowie ‚Kunden‘ (also Teilnehmer bzw. Patienten) zu den Haupteinsatzgebieten der Providerorganisation und, um eine ausreichende Finanzierungsbasis zu sichern, wäre es wünschenswert möglichst alle Krankenkassen im Einzugsgebiet miteinzubeziehen. Eine ‚Unique Selling Proposition‘ für eine Krankenkasse ist zwingend zu vermeiden (Hildebrandt 2015: 42). Mit diesem Schritt lassen sich ausreichende Fallzahlen und somit Mengen- bzw. Skaleneffekte erzielen. Dank der sich verändernden gesetzlichen Lage sind seit Kurzem auch reine Managementverträge abschließbar, sodass der Aufbau

---

<sup>96</sup> Weitere Informationen zu Data-Mining siehe Petersohn 2005.

innovativer Organisationsformen (ähnlich den amerikanischen ACO) auch hierzulande möglich ist (Häussler 2014: 13, Wille 2014: 13). Zukünftig wird es, den aktuellen Trends folgend, auch im ambulanten medizinischen Sektor, vermehrt größere Praxiskonstellationen (u.a. Gemeinschaftspraxen, MVZ, andere Praxiskonstrukte usw.) geben. Durch den Aufbau einer modernen IT-Infrastruktur wird eine ausreichende Datendurchlässigkeit sowie Kommunikation und Koordination der einzelnen Netzmitglieder erreicht. Zwingend notwendig und oberstes Ziel muss hierbei stets die Sicherstellung des Patientenschutzes, vor allem auch des Datenschutzes, sein. Großbritannien z.B. hat das Problem des Schutzes der persönlichen Daten so gelöst, dass der Patient selbst entscheidet, wer Zugriff auf seine Patientenakte haben darf (Zweifel/Schoder 2008: 42). Dies wäre sicherlich auch hierzulande vorstellbar. Strukturierte Reportings und Analysetools helfen dabei die aufgelegten Gesundheitsprogramme und Versorgungsmaßnahmen langfristig und standardisiert zu evaluieren. Hierbei können die Providerorganisationen auf die Expertisen zahlreicher Beratungsunternehmen, die sich auf den Gesundheitsmarkt spezialisiert haben, zurückgreifen. Bei der Etablierung neuer Strukturen sollten insbesondere die bisherigen Finanzströme nicht angetastet werden, um nicht gleich die KVn als wichtige Player im Markt als ‚Gegner‘ des Netzwerks zu positionieren. Somit erscheint die Errichtung einer ‚virtuellen Abrechnungsebene‘ ein logischer und konsequenter Schluss zu sein, um die Finanzströme zu steuern. Darüber hinaus können die Netzmitglieder Sonderkonditionen und Anreize für Mitglieder festlegen, wenn diese z.B. bestimmte Dienstleistungen anbieten oder bestimmte Kriterien (Erfolgparameter) erfüllen.

Mit der Errichtung eines Gesundheitsnetzwerks in Zusammenhang mit einer professionellen Providerorganisation, verbunden mit einer unterstützenden IT-Infrastruktur, sollte es möglich sein, die Versorgung der Bevölkerung lokal besser aufzustellen. Insbesondere der Einsatz von Case Managern, die Patienten mit chronischen Krankheitsbildern eine bestmögliche Vernetzung und Versorgung ermöglichen, scheint ein aussichtsreiches Medium, um Versorgungsprozesse neu zu gestalten. Die Etablierung einer elektronischen Patientenakte gilt dabei als zwingendnotwendiges Medium. Unterstützend wären in besonders großflächigen Regionen punktuell mobile Dienste einbaubar. Hierunter sind Sammel- bzw. Ruftaxen, mobile ärztliche Stationen, Bringdienste oder andere Serviceleistungen zu verstehen. Moderne Kommunikationsmittel haben längst Einzug in die Gesellschaft gefunden. Der Einsatz von Apps, verbunden mit telemedizinischen und gesundheitsmedizinischen Anwendungen, könnte mittelfristig eine verbesserte Datenbasis ermöglichen und aus diesem Grund wären Gesundheitsprogramme gezielt und effektiv aufbaubar. Neben den bereits etablierten und bundesweit ausgerollten DMP sind zusätzlich, je nach Bedarf der Region, eigens konzipierte Gesundheitsprogramme zu etablieren. Themenbereiche könnten hier z.B. ‚Stress‘, ‚Rückenbeschwerden‘ oder ‚Demenz‘ sein. Dabei stellen mobile Kommunikationsmittel (u.a. Social

Media) den Austausch zwischen der Bevölkerung (Kunden) und der Netzwerkgesellschaft sicher. Auch wenn heutzutage sicherlich ein Großteil des vulnerablen Personenkreises noch nicht (ständig) online ist, oder derartige Devices bzw. Kommunikationsmittel nutzt, muss schon heute der Grundstein für die Versorgung der Zukunft gelegt werden. Die deutliche Mehrheit der interviewten Personen stellt klar, dass diese vernetzt, digital und kooperativ aussehen wird.

Hierbei ist insbesondere auch der Gesetzgeber gefordert (siehe Kapitel 14.). Vor allem die Anreizstrukturen und Finanzierungsmöglichkeiten sind heutzutage noch unzureichend ausgeprägt. Der Innovationsfonds oder auch bestimmte bundesweite Finanzierungsmöglichkeiten könnten so ausgestaltet werden, dass es auch für Kommunen leichter ist, sich an vernetzten Versorgungsprojekten zu beteiligen. Insbesondere der Einbezug der Lokalpolitik (Kreise und Kommunen) ist von Berlin aus stärker zu unterstützen. Ein großer Diffusionswiderstand bedeutet die Verteilung der Gelder, weshalb zukünftig sektorenübergreifende Budgets mit einheitlichen Standards zu schaffen sind. Lokalversorgung sollte dabei stets so individuell wie möglich, jedoch so standardisiert wie nötig bleiben. Letztendlich müssen die in diesem Kapitel aufgezeigten Merkmale in ein Handlungskonzept mit einem Business-Modell einfließen, das Über- und Unterversorgungsanreize über den Verdienst am mehrjährigen Gesundheitsgewinn ausbalanciert (Hildebrandt 2015: 41).

### *13.3. Konzept*

Vernetzte Versorgung bedeutet eine vorgegebene Grundstruktur einer lokal sektorenübergreifenden Versorgung im ländlichen Raum mit dem Grundsatz von flexiblen Strukturen, damit Initiatoren die jeweiligen regionalen Unterschiede berücksichtigen können. Die Aufstellung des nachfolgenden Konzepts der Vernetzten Versorgung bezieht sich auf die in den Kapiteln 13.1 und 13.2 aufgezeigten Merkmale und Grundsätze. Darüber hinaus orientiert sich die Grundstruktur an den organisatorischen Ansätzen der vorgestellten Fallstudien und Leuchtturmprojekte (siehe Kapitel 12.). Vernetzte Versorgung dient dabei als Weiterentwicklung des vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aufgestellten Konzepts (vgl. Abbildung 36) der ‚Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum‘ (Deutscher Bundestag 2014: 612–614).

Abbildung 36: Lokale Gesundheitszentren (LGZ)

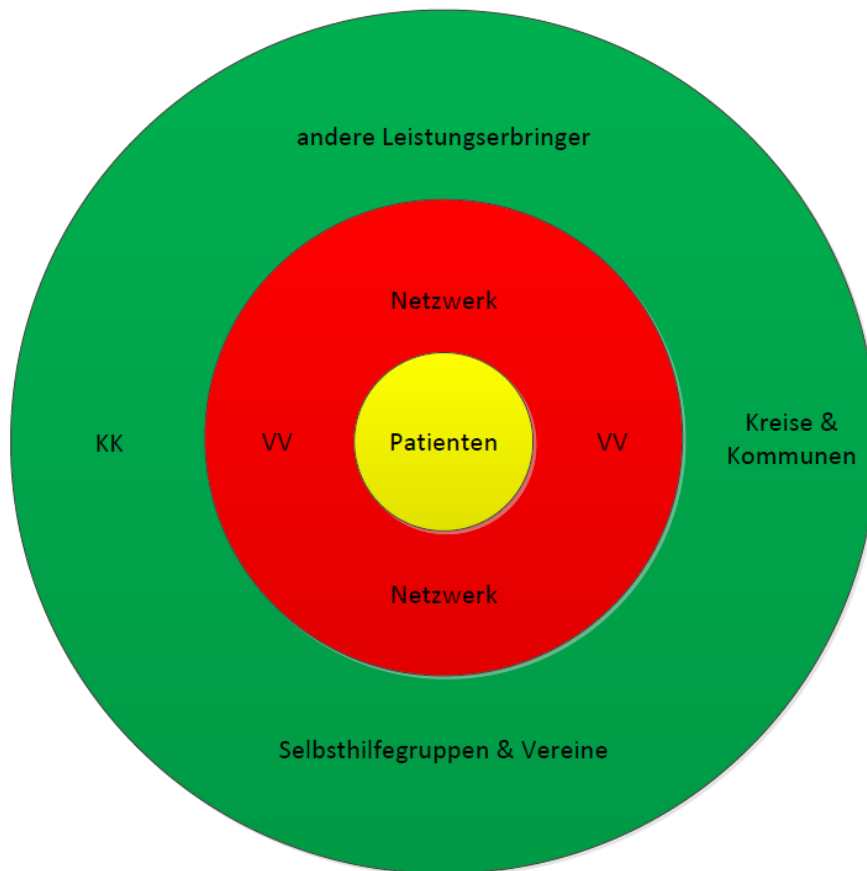


Quelle: Deutscher Bundestag 2014: 613.

Kernmerkmale hierbei sind eine datengestützte Versorgungsplanung, die durch ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V organisiert und durch verschiedene Versorgungstypen koordiniert wird (Deutscher Bundestag 2014: 613). „Je nach lokal vorherrschendem Versorgungsangebot kann es unterschiedliche Kristallisationspunkte und Ausprägungen eines LGZ geben“ (Deutscher Bundestag 2014: 613). Neben einem praxisgestützten Typ, der ambulante, ärztliche und pflegerische Angebote verbindet, ist eine klinikgestützte Ausprägung (Typ B) denkbar (Deutscher Bundestag 2014: 613). Management, Finanzierung oder organisatorische Ausprägungen werden vom SVR jedoch nicht aufgezeigt.

Das Konzept der Vernetzten Versorgung gibt (zum Teil) Antworten auf die vom SVR offen gelassenen Fragestellungen. Konzeptionell beinhaltet das in dieser Ausarbeitung aufgeführte Modell einen modifizierten und weiterentwickelten Ansatz. Eckpfeiler sind der lokale Populationsbezug, eine Sektorenübergreifung und der Einbezug der Lokalpolitik. Ausgangslage ist dabei stets der im Mittelpunkt stehende Patient (vgl. Abbildung 37) als wichtiges Entscheidungskriterium für eine Umstellung der Versorgungsprozesse.

**Abbildung 37:** Grundkonzept der Vernetzten Versorgung

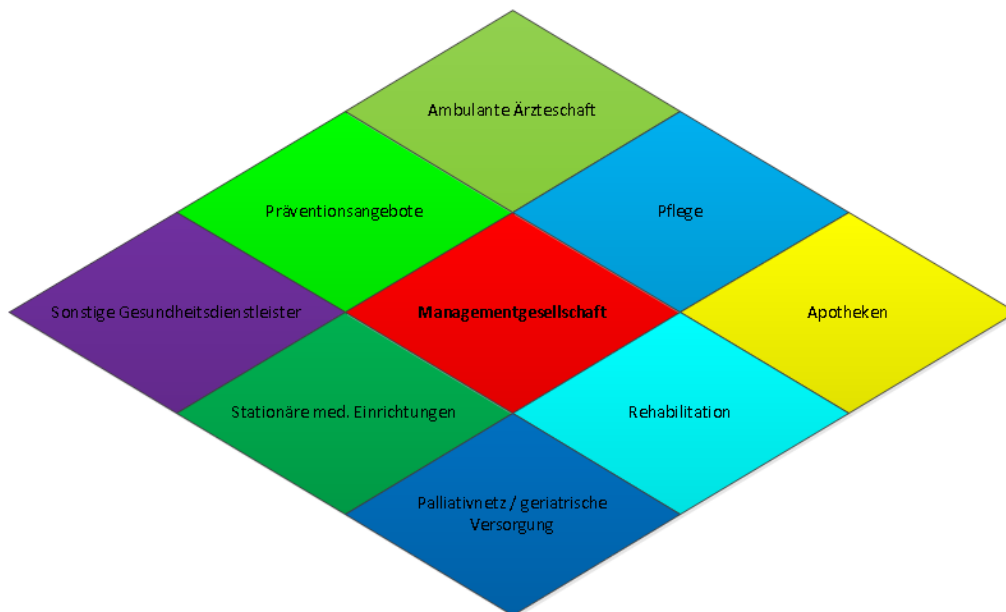


Quelle: Eigene Darstellung.

Er wird dabei lokal von einem vernetzten Versorgungsnetzwerk betreut, das ganzheitlich seine versorgungsrelevanten Bedürfnisse in einer ersten Betreuungsebene erfüllt. Dieser Ebene übergeordnet sind Angebote von Leistungserbringern, Gesundheitsdienstleistern und privaten Unternehmen, die nicht dem Netzwerk angeschlossen sind. Zusätzlich gibt es Angebote und Dienstleistungen von Kreisen, Kommunen oder Krankenkassen, die das Netzwerkangebot ergänzen. Selbsthilfeorganisationen, Sportgruppen und Vereine runden das Gesundheitsangebot ab. Der Gründungsprozess kann, ebenso wie die Ausgestaltung des Gesundheitsnetzes, vielfältig sein und die individuellen Voraussetzungen und Gegebenheiten der Region berücksichtigen. Lokale Gesundheits- und Pflegekonferenzen, Ärztestammtische oder eine speziell einberufene Kommunalversammlung sind Möglichkeiten einer ersten konstituierenden Sitzung zur Gründung eines Versorgungsnetzwerks. Im Sinne eines gemeinschaftlich organisierten Koordinations- und Kooperationsprozesses sind eine gemeinsame Vision und ein Leitbild für die jeweilige Region zu erarbeiten. Grundsätze wie eine lebenslange Prävention, eine bessere health literacy sowie der Einsatz moderner technischer

Hilfsmittel, müssen Inhalte dieser Diskussion sein. Der Kreis bzw. eine Kommune können hierbei moderierend unterstützen und gegebenenfalls organisatorische Prozesse lenken und Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Eine Managementgesellschaft dient dabei im neu gegründeten Netzwerk als ‚Spinne im Gesundheitsnetz‘, die sämtliche Bereiche der Gesundheitsversorgung miteinander verbindet und koordiniert (vgl. Abbildung 38). Ziel muss es sein, über ein definiertes, strategisches Chronic-Care-Programm, insbesondere die Versorgung bestimmter Personengruppen, im Blick zu behalten.

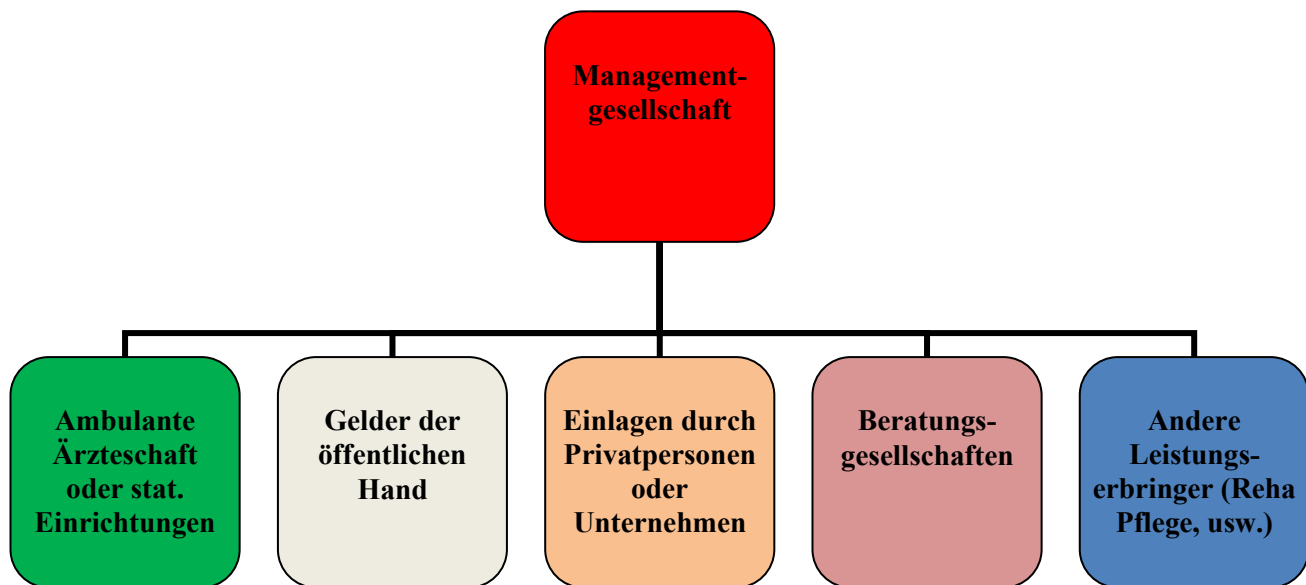
**Abbildung 38:** Aufbau der Vernetzten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Haupttreiber in der Gründungsphase sollte, das hat die Vergangenheit mehrheitlich gezeigt, der ambulante medizinische Sektor sein. Oftmals docken andere Sektoren an, sobald die niedergelassenen Mediziner vernetzte Strukturen aufbauen. Um eine vollumfängliche Vernetzte Versorgung zu erreichen, müssen daher auch die Bereiche Pflege, Krankenhauswesen, Rehabilitation und andere schnellstmöglichst in die Netzwerkinfrastruktur eingebaut werden. Die Managementgesellschaft stellt den Erhalt des Netzwerks und den zügigen Ausbau der Kooperationsbeziehungen sicher. Die Netzwerkorganisation ist dabei ähnlich einer ACO aufgebaut, um größtmögliche Flexibilität zu besitzen. Sicherzustellen ist die Gründung durch den Einbezug verschiedener Finanzierungsquellen.

**Abbildung 39:** Finanzierungsquellen lokaler Vernetzungsinitiativen



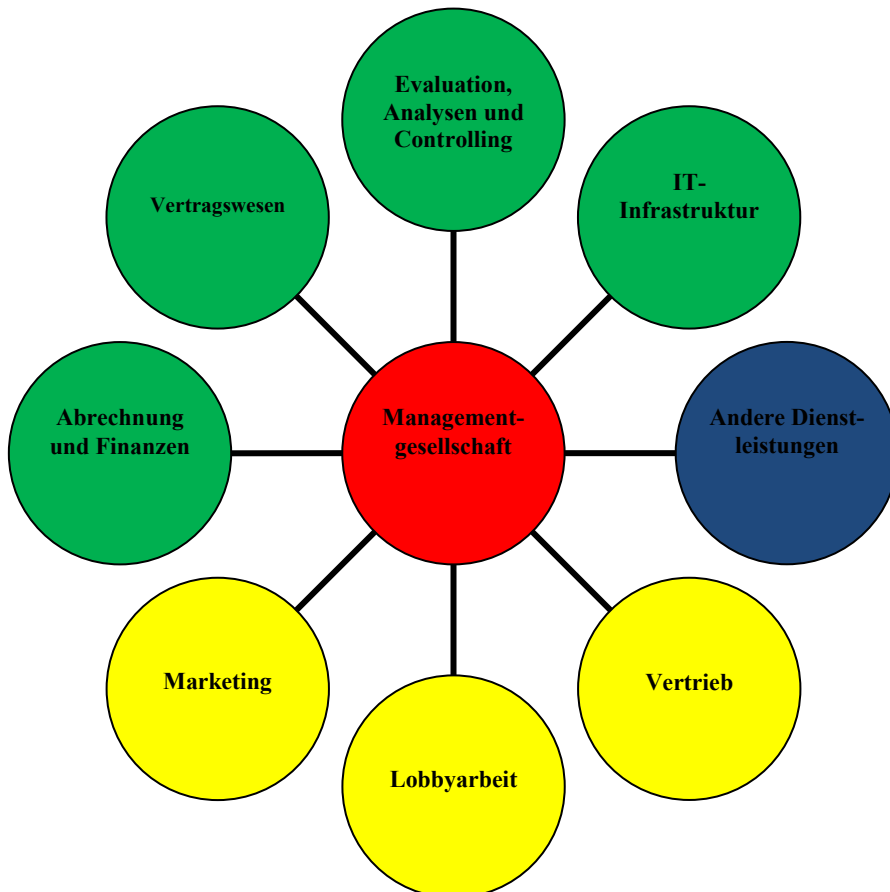
Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der finanziellen Ausgestaltung und dem Aufbau der Managementgesellschaft kann es große regionale Unterschiede geben. Nicht alle in Abbildung 39 aufgeführten Finanzierungsquellen müssen beim Aufbau der Providerorganisation in Betracht gezogen werden. Hierbei scheint es aufgrund der Datenlage der Fallstudien jedoch sinnvoll zu sein, dass ca. zwei Drittel der Anteile dieser Gesellschaft bei lokalen Playern liegen sollten, um den Bezug zur Region und die Unterstützung der Bevölkerung sicherzustellen. Zu einem Teil sollten ebenfalls der Kreis oder die betroffenen Kommunen an einem Versorgungsnetz beteiligt sein, da ihnen die Sicherstellung der Daseinsfürsorge obliegt. Bislang sind diesen im Bereich der Gesundheitsversorgung, noch gänzlich die Hände gebunden, weshalb diesbezüglich noch gesetzliche Änderungen erforderlich sind (siehe Kapitel 14.). Da der Aufbau eines vernetzten Versorgungsnetzwerks äußerst kostspielig ist, ist die Anfangszeit durch finanzielle Darlehen bzw. Kredite sicherzustellen. Aus Einsparungen gegenüber der Regelversorgung sind später die laufenden Betriebskosten der Netzwerkgesellschaft und Tilgung von Krediten von Krankenkassen, Verwaltungsorganen oder privaten Geldgebern zu decken. Nach Expertenschätzungen ist eine Laufzeit für die Finanzierung von mindestens fünf Jahren erstrebenswert. Ergebnisse von Leuchtturmprojekten haben gezeigt, dass sieben Jahre realistisch sind, um geeignete Aussagen, Analysen und Evaluationen zu treffen. Das erste Jahr wird allein für den Aufbau der Kooperationsbeziehungen sowie der Verhandlungen und vertraglichen Grundlagen mit den Krankenkassen sowie anderen Organisationen und den KVn benötigt. Auch der Aufbau der IT-Infrastruktur, der Abbau bestehender Ängste in der Bevölkerung sowie die gemeinsame Erarbeitung eines Leitbilds benötigen Zeit. Aus diesem Grund bedarf es zunächst einmal Kapitalzuschüssen durch die Netzwerkpartner, die im Gegenzug für ihre Einlagen am wirtschaftlichen Erfolg des Netzwerks beteiligt werden. Gegebenenfalls zahlt das



Netzwerk am Ende des Geschäftsjahres Zulagen (Boni) an Kooperationspartner aus. Die Managementgesellschaft wickelt dabei alle organisatorischen und verwaltungstechnischen Herausforderungen ab. Sie ist außerdem für eine Vielzahl an weiteren Aufgabenbereichen zuständig (vgl. Abbildung 40).

**Abbildung 40:** Dienstleistungsangebot der Vernetzten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Aufgabenfelder der Managementgesellschaft werden dabei in drei Kategorien eingeteilt:

- Grün: Kernaufgaben, die zwingend erfüllt werden müssen, um den Erhalt und die laufende (erfolgreiche) Arbeit des Netzwerks sicherzustellen;
- Blau: Darüber hinaus gehende Dienstleistungen, Produkte und Angebote, die die Versorgung der Bevölkerung verbessern und somit die Performance des Netzwerks erhöhen;
- Gelb: Sekundäre Aufgaben, die den weiteren Erfolg und die Ausweitung des Netzwerks betreffen.

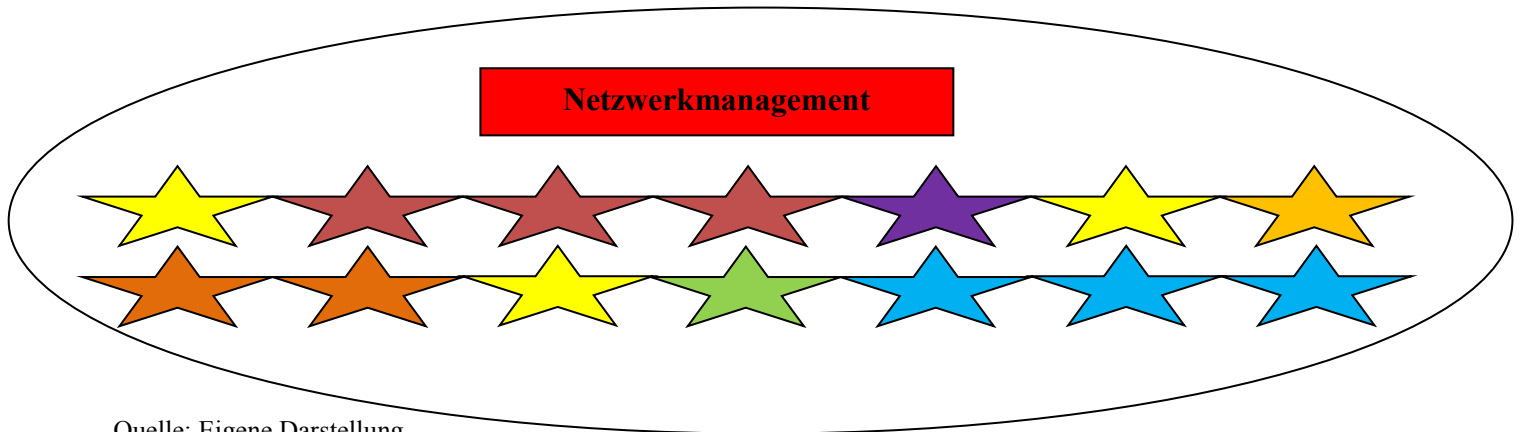
Das Netzwerkmanagement muss in einem ersten Schritt das Konstrukt vertraglich aufbauen sowie die Netzwerkinfrastruktur zur Verfügung stellen. Hierzu sind mit mehreren Krankenkassen Vereinbarungen abzuschließen, um Skaleneffekte zu erhalten. Die untersuchten Modellprojekte zeigen, dass, für eine gewisse Marktmacht, mindestens 40,0 % aller Personen der betroffenen Region

Versicherte einer der angeschlossenen Krankenkassen sein sollten. Nach Gründung des Netzwerks muss zuerst einmal eine gründliche Datenanalyse durchgeführt werden, um Anforderungen, Chancen und Herausforderungen kennenzulernen. Hierzu sind sämtliche von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Kommunen, Landes- sowie Bundesbehörden zur Verfügung stehenden Datensätze auszuwerten. So lassen sich bestimmte Risikofaktoren, Muster und Auffälligkeiten des Krankheitsspektrums erkennen. Darauf anknüpfend ist eine alle Organisations- und Kooperationsbereiche umfassende IT-Infrastruktur aufzubauen, die die Weiterleitung von Untersuchungsergebnissen, Diagnosen und eine ausführliche elektronische Patientenakte beinhaltet. Darüber hinaus kann das Netzwerk – in einer weiteren Ausbaustufe – auch Apps und telemedizinische Dienste anbieten. Das Finanzwesen sowie die Abrechnung der Leistungen sollten auf einer virtuellen Abrechnungsebene vonstattengehen und die bisherigen Finanzlogiken und -ströme der Sozialversicherung nicht verändern. Bestimmte zusätzliche Leistungen und Angebote können Add-on vergütet und das Netzwerk über den Einsatz besonderer Dienstleistungen und Angebote attraktiv für die infrage kommende Population gemacht werden. Hierzu wären neben verlängerten Öffnungszeiten, strukturierten Urlaubs- und Krankheitsvertretungen innerhalb der Ärzteschaft, ein elektronisches Terminmanagement, die Optimierung der Vergabe von Facharztterminen, mobile Arztpraxen, Shuttle-Serviceleistungen, eine verbesserte Dokumentation und schnellere Kommunikation sowie technische Hilfsmittel, besondere Versorgungsprogramme, vergünstigte Sport- und Fitnessmöglichkeiten sowie der Einsatz von Case Managern zu zählen. Die Gründungsmitglieder bzw. Initiatoren des Versorgungsnetzwerks (Innovatoren) müssen dabei stets die von Rogers aufgestellten fünf Attribute für einen Diffusionsprozess im Hinterkopf behalten. Nur wenn das Netzwerk sowohl neuen Kooperationspartnern als auch der Bevölkerung einen relativen Vorteil bzw. Mehrwert bietet, dabei mit den eigenen Normen und Werten kompatibel ist, eine nicht zu hohe Komplexität aufweist sowie von potenziellen Partnern und ‚Kunden‘ getestet werden kann, wird das Netzwerk erfolgreich sein. Dieses Arbeitsfeld beinhaltet die hohe Kunst einer Vielfalt an Herausforderungen für die Providerorganisation.

Zu den eher untergeordneten, aber nichtsdestotrotz wichtigen Aufgaben, zählen das Marketing und alle damit verbundenen Maßnahmen, wie u.a. Werbung in Social Media, Zeitungskampagnen oder Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Stets sollte Kontakt mit der regionalen Verwaltung gepflegt und die Anzahl der Netzwerkpartner ausgebaut werden. Darüber hinaus besteht eine der Hauptaufgaben (diplomatisch) mit Krankenkassen und KVn zu verhandeln. Insbesondere da die Rolle der KV im Bereich der besonderen Versorgungsformen äußerst delikate und somit schwierig ist. Mit jedem ausgehandelten Selektivvertrag tritt sie in einen direkten Wettbewerb zum Kollektivvertrag und entmachtet sich im Grunde selber. Aus diesem Grund tritt das Konzept der

Vernetzten Versorgung eher in ländlichen Gebieten auf, in denen der Versorgungsdruck („Not zur Vernetzung“) ausgeprägt ist. Für all diese Anforderungen bedarf es einer Vielzahl an unterschiedlichen Kompetenzen, die das Netzwerkmanagement aufweisen muss.

**Abbildung 41:** Kompetenzfelder eines lokalen Netzwerkmanagements



Quelle: Eigene Darstellung.

Neben hauptamtlichem Geschäftsführer bzw. Geschäftsführern des Netzwerkmanagements bedarf es einer Vielzahl an unterschiedlichen Berufsfeldern, die in einem Team gemeinsam für die Sicherstellung der lokalen Versorgung arbeiten (vgl. Abbildung 41). Neben Gesundheitswissenschaftlern, Informatikern und medizinischen Fachangestellten könnten auch Ärzte, Wirtschaftswissenschaftler, Soziologen, Raumplaner, Statistiker, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Berufsfelder tätig sein. Netzwerkmanager sind exzellente Allrounder mit einem medizinischen und betriebswirtschaftlichen sowie rechtlichen Background und verfügen über eine ausgeprägte Sozialkompetenz (Knorr 2009: 129). Das Netzwerkmanagement entscheidet, ob und in welchem Umfang Aufgaben outsourct werden. Hier bieten sich private Dienstleister für die Bereiche Datenschutzberatung, rechtliche Unterstützung, steuerliche Angelegenheiten und Abrechnungen an.

Bei allen wirtschaftlichen und rechtlichen Restriktionen, Prozessoptimierungen und Effizienzsteigerungen darf stets der Faktor Mensch nicht vernachlässigt werden. Die Ergebnisse der Fallstudien haben gezeigt, dass eine erhöhte Compliance sowie die Steigerung der health literacy der betroffenen Population zu einer Vermeidung von Erkrankungen und somit zu Kosteneinsparungen führt. Der Einbau von Sport, Gesundheitsförderung und Prävention in den persönlichen Lebensstil ist nicht aufoktroyierbar. Hierzu muss sich die Bevölkerung aufgrund des eigenen Gesundheitsbewusstseins freiwillig entscheiden. Nicht alle Angelegenheiten sind lokal lösbar. Der Gesetzgeber sollte die Rahmenbedingungen festsetzen und den Sozialversicherungsträgern und Aufsichtsbehörden ausreichend personelle, finanzielle und rechtliche Mittel zur Verfügung stellen, um eine bestmögliche Sicherheit und Qualität der Versorgung der Patienten in der Bundesrepublik Deutschland zu gewährleisten. Nicht zu vergessen ist, dass Innovationen der Versorgung, egal in

welchem Wirtschaftszweig, stets mit gewissen Risiken behaftet sind und man sich dessen auch im deutschen Gesundheitswesen auch bewusst sein muss. Eine zunehmende Akademisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist hierbei nur von Vorteil. Zukünftig muss der Gesetzgeber weitgehende, nötige Reformen durchführen und Anreize setzen, um dem Ziel einer Vernetzten Versorgung näher zu gelangen.

## 14. Flankierende Maßnahmen

Das oben skizzierte Konzept fußt auf den Prinzipien, Grundsätzen und Voraussetzungen, dass es in vielen, überwiegend ländlich geprägten Gebieten, zu einer Abschwächung des Wettbewerbsdrucks zwischen den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens und aus diesem Grund zu einer allgemeinen Bereitschaft sich mit anderen Organisationen in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten und dem Willen sowie der wirtschaftlichen Lust der Einzelnen, notfalls auch eigene Investitionen zu tätigen, kommt. In den letzten Jahren wurden die starren Strukturen des deutschen Gesundheitswesens bislang lediglich in (kleinen) Teilbereichen aufgebrochen. Mit den gesetzlichen Änderungen Selektivverträge u.a. nach den Paragraphen 73 und 140 abschließen zu können sowie einer damit verbundenen Anschubfinanzierung wurde zu Beginn der 2000er erstmals ‚Bewegung‘ in das System gebracht<sup>97</sup>. Ähnliche Effekte erhofft sich der Gesetzgeber vom GKV-VSG und dem damit verbundenen Innovationsfonds. Das Konzept der Vernetzten Versorgung ist in der praktischen Anwendung nur erfolgreich, sofern der Gesetzgeber die hierfür nötigen ‚Weichen‘ (Anreizsysteme) stellt und die Gesetzes- und Verfahrenslage ändert. Nach einhelliger Meinung der interviewten Experten sollte Berlin lediglich klare gesetzlichen Leitplanken und keine festen, starren Regelungen setzen, da sonst weitere Diffusionswiderstände aufträten, die eine sektorenübergreifende Kooperation der Organisationen im Gesundheitswesen behinderten. Für den Aufbau derartiger Versorgungsnetzwerke müssten flexible Startbedingungen herrschen, um die jeweiligen lokalen Besonderheiten und Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Den verschiedenen im Rahmen der Analyse dieser Ausarbeitung aufgeführten, Diffusionswiderständen Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen entsprechend, sind in den folgenden Legislaturperioden im Sinne des Konzepts der Vernetzten Versorgung vor allem die Bereiche:

- gesetzliche Gestaltungsmöglichkeiten;
- Wettbewerbsanreize;
- Organisationsformen;
- Budgetverteilung;
- Finanzierungsformen;
- Einbau kommunaler Partner;
- technische Möglichkeiten;
- Datenschutz;
- Aufsichtsbehörden;

---

<sup>97</sup> Paquet 2011 setzt sich intensiv mit der Rolle der Selektivverträge innerhalb des Vertragswettbewerbs der GKV auseinander.

zwingend zu reformieren, anzupassen und/oder zu verändern. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber eine Meldezentrale für besondere Versorgungsformen einführen, damit eine Übersicht über innovative Versorgungsprojekte zur Verfügung steht.

Im Zuge des VSG ist der Gesetzgeber bereits einem Teil der von den interviewten Personen im Rahmen dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung geäußerten Wünsche und Forderungen nachgekommen. Neben zusätzlichen wirtschaftlichen Stimuli durch den Innovationsfonds, der Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung sowie der Vereinfachung der Budgetbereinigung (von Kleinstbeträgen) bei Selektivverträgen und Änderungen bzw. Vereinfachungen bei den Aufsichtsbehörden wurden eine Reihe weiterer Maßnahmen zum Abbau von Diffusionswiderständen umgesetzt. Die Reformierung der gesetzlichen Optionen für die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens verschafft potenziellen Netzwerkpartnern eine größere Flexibilität und gewährleistet rechtliche Klarheit. Auch die Erstellung und den Ausbau einer ersten sektorenübergreifenden Verknüpfung im Rahmen der ASV gibt deutlich die Richtung vor, in der sich das Gesundheitswesen zukünftig bewegen soll. Die bereitgestellten finanziellen Mittel sind jedoch noch besser an die Voraussetzungen und Merkmale von vernetzten Versorgungskonzepten (siehe Kapitel 13.) anzupassen, um insbesondere ländliche Gebiete, als die ‚großen Verlierer‘ des demografischen Wandels, besser zu unterstützen. Die geförderten Projekte sollten, das haben die Experten mehrheitlich festgestellt, immer zwingend eine professionelle Netzwerkgesellschaft aufweisen. Auch der Aufbau der IT-Infrastruktur ist schon gleich zu Beginn der Förderphase zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde mit dem Entwurf eines ‚Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen‘ (Deutscher Bundestag 2015a) ein erster Schritt getan, um eine Telematikinfrastruktur in diesem Bereich aufzubauen. Durch eine gezielte, technisch unterstützte Aufbereitung und Analyse der erfassten Gesundheitsdaten, sollte die Netzwerkgesellschaft weitere DMP, speziell auf die jeweilige Population angepasst, entwickeln. Aber auch sind Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren oder ähnliche Einrichtungen, z.B. kommunale Zusammenschlüsse zu erleichtern, um geeignete Organisations- und Versorgungseinheiten aufzubauen.

Bislang sind diese Reformen Stückwerk und nicht als langfristig ausgelegtes Strategiekonstrukt anzusehen. Eine Ausweitung der Vernetzten Versorgung bedarf hierbei verschiedenster Modifizierungen und Erweiterungen. Das weiter oben beschriebene Handlungskonzept für die zukünftige Versorgung in Deutschland ist auch weiterhin nicht existent. Insbesondere die Finanzierungszeiträume und -möglichkeiten müssen weiter ausgebaut werden, sodass Initiatoren, Investoren und Innovatoren aus einer ganzen Bandbreite von Handlungsoptionen auswählen können. Auch die Abschaffung des Refinanzierungsvorbehalts für Krankenkassen, dass Projekte in jedem Jahr

eine ausgeglichene Bilanz ausweisen müssen, ist zu begrüßen. Der Gesetzgeber muss, um eine wirkliche lokale Vernetzung aller Gesundheitsakteure zu erreichen, gesetzlich verankern, dass Kommunen in diesem Bereich einen größeren Handlungsspielraum bekommen und gegebenenfalls, z.B. bei bestimmten Versorgungsgraden (Unterversorgung), aktiv(er) in das Geschehen eingreifen können. Dies wäre über die direkte finanzielle Beteiligung an Netzwerken, der Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten, der Errichtung kommunaler Gesundheitseinrichtungen oder der Besicherung von Kreditlinien und Darlehen lokal tätiger Providerorganisationen möglich. Anstelle kommunaler Finanzmittel oder Landesgelder hätte der Gesetzgeber auch die Möglichkeit KfW Darlehen, die durch Krankenkassen oder Kommunen besichert werden zu vergeben und, insbesondere für ländliche Gebiete, höhere Anreize für Vernetzung durch zusätzliche finanzielle Vergütungen für Mediziner zu gewähren. Datenschutz, EDV-Infrastruktur und Aufsichtsregularien müssen dringend und schnellstmöglich bundesweit vereinheitlicht bzw. standardisiert werden, sodass nicht jedes Bundesland eigene Vorschriften erlässt und überregional tätige Krankenkassen oder Netzwerkgesellschaften Länder abhängigen bürokratischen Hürden (Diffusionswiderstände) gegenüberstehen. Gleichzeitig sind auch die heutzutage existierenden Notfalldienste (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser) zusammen zu legen. Diese Vereinfachungen führen zu klaren Kommunikationsmöglichkeiten und bauen eine Vielzahl an Vorschriften und damit unnötige Bürokratie ab. Durch den Aufbau elektronischer Gesundheitsakten können darüber hinaus gezielt Daten ausgewertet und bundesweite Präventionsprogramme aufgelegt oder in die bereits bestehenden DMP integriert werden. Als weiterer wichtiger Schritt sind gemeinsame, sektorenübergreifende Budgets zu definieren, sodass alle Kooperationspartner transparente Vergütungswege und Strukturen erhalten. Wichtig ist, seitens des Gesetzgebers lokale Versorgungskonzepte zu fördern, um die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu stärken. In diesen Bereichen besteht sicherlich noch großer Handlungsbedarf.

Die Bundesregierung muss der Bevölkerung noch viel bewusster machen, wie wichtig das Themenfeld Gesundheit für die Sicherstellung von Arbeitsplätzen sowie Lebensqualität in ländlichen Regionen ist, wozu groß angelegte, deutschlandweite Aufklärungs- und Informationskampagnen notwendig wären. Jeder Einzelne kann bzw. sollte aktiv an seinem persönlichen Gesundheitsverhalten arbeiten. Wichtiger Erfolgsfaktor dabei ist die Mobilisierung und das Commitment eines Großteils der Bevölkerung. Flankierende Maßnahmen des Gesetzgebers tragen jedoch maßgeblich dazu bei, dass eine sektorenübergreifende Vernetzte Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland etabliert wird.

## 15. Zusammenfassung und Ausblick

Der demografische Wandel wirkt in der Bundesrepublik Deutschland als tiefgreifender makroökonomischer und sozioökonomischer Strukturwandel. Die bislang getrennten, starren und somit unflexiblen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens führen im Transformationsprozess einer alternden Gesellschaft, mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität, zu Brüchen in der Versorgung der Bevölkerung. Der historisch ‚gewachsene‘ Kollektivvertrag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ist dauerhaft, zumindest in den eher ländlich geprägten Gebieten der Bundesrepublik Deutschland, in seiner bisherigen Form, nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die sich verändernde Morbiditätsstruktur der Bevölkerung, mit einer Zunahme alterstypischer Erkrankungen, dient als Ausgangspunkt für die Forderung nach sektorenübergreifenden (integrierenden bzw. vernetzten) Versorgungskonzepten. Zukünftig wird ein Nebeneinander von Kollektivvertrag und frei auszuhandelnden, individuell angepassten Selektivverträgen existieren müssen, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bundesweit aufrechtzuerhalten. Im Zuge des demografischen Wandels, mit einer Schrumpfung und Alterung sowie ethnisch-kulturelle Differenzierung der Gesellschaft, wird dies auch auf Seiten der handelnden Akteure zu zahlreichen Zusammenschlüssen und größeren organisatorischen Konstrukten führen. Die Anzahl der Kostenträger sowie Leistungserbringer wird somit tendenziell eher abnehmen, aber auch zukünftig verbleiben noch eine Vielzahl an einzelnen, selbstständig agierenden Organisationen. Der Koordinations- und Steuerungsprozess dieser Vielzahl an einzelnen ‚Unternehmen‘ erscheint ohne ‚ordnende Hand‘ im Sinne eines professionellen Managements nicht möglich. Die Gesundheitswirtschaft gehört dabei schon heute in Deutschland zu einer der wichtigsten Branchen für Wachstum und Beschäftigungssicherheit. Zukünftig gehört sie, aufgrund der oben beschriebenen demografischer Indikatoren, sicherlich auch weiterhin zu den Wachstumsbranchen. Gesundheitsausgaben sollten daher nicht als Konsum, sondern als Investitionen in die Zukunft der Bundesrepublik Deutschland angesehen werden. Innovationen im Rahmen der Gesundheitswirtschaft erzeugen zudem branchenübergreifend Wachstum und einen Wandel der Strukturen. Deshalb muss der Gesetzgeber der Bevölkerung deutlicher machen, welchen wichtigen Stellenwert das Themenfeld Gesundheit für die Sicherstellung von Arbeitsplätzen und Lebensqualität besitzt.

Das deutsche Gesundheitswesen ist von diesem Strukturwandel in doppelter Hinsicht betroffen. Zum einen erhöht sich, aufgrund einer alternden Bevölkerung, der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen sowie Versorgungsleistungen und zum anderen erodiert die Einnahmebasis der gesetzlichen Sozialversicherung. Die Sicherstellung der gesundheitlichen



Versorgung, vor allem in ländlichen Gebieten, rückt dabei immer mehr in den Mittelpunkt der handelnden Akteure und Personen. Gebiete abseits der Ballungszentren und Städte, mit einer vergleichsweise geringen Infrastruktur und ausgedünnter Landschaft an Leistungserbringern, verfügen tendenziell, aufgrund des Wegzugs der jungen und eher gebildeten Kohorten, über eine ältere Population („**Vernetzungsdruck**“). In diesen Teilen der Bundesrepublik Deutschland wird es zukünftig, in Teilen ist das in einigen Gebieten der neuen Bundesländer schon erkennbar, zu Versorgungsengpässen und einer ‚Schlechterversorgung‘ der ortsansässigen Bevölkerung kommen. Die befragten Experten, sowie zahlreiche Expertisen und Gutachten, sehen die Bildung von Netzwerken und Versorgungsverbänden als bestmögliche Alternative an, um in einer alternden Gesellschaft eine finanziell stemmbare Versorgung sicherzustellen. Kürzungen des Gesundheitskatalogs oder eine Privatisierung des Gesundheitssystems<sup>98</sup> sowie andere weitreichende Möglichkeiten sind einerseits politisches Harakiri und andererseits finanziell nicht realisierbar. Der Ausweg aus diesem Dilemma wird in einer stärkeren Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung gesehen. Managementansätze und innovative Organisationsmodelle aus dem Ausland – Managed Care als gesteuerte bzw. gelenkte Versorgung – senken Behandlungs- und Versorgungskosten, ohne die Qualität der Versorgung zu mindern. Seit Anfang der Jahrtausendwende hat der Gesetzgeber daher versucht, durch eine Reihe von Gesetzesinitiativen, die verkrusteten Strukturen des Gesundheitssystems aufzubrechen. Dies hat eine Reduzierung des Kollektivvertrags und somit einer Ausweitung selektivvertraglicher Modelle zur Folge. In der Bundesrepublik Deutschland wird dieses an den ‚besonderen bzw. neuen Versorgungsformen‘, u.a. Integrierte Versorgung, DMP, oder HzV ersichtlich. Deshalb wird es zunehmend wichtiger Gesundheitseinrichtungen an ‚zentralen Orten‘ zu bündeln und diese mit Mobilitäts- und Delegationsleistungen sowie weiteren Serviceangeboten zu koppeln. Hierzu sind gemeinschaftlich innovative Lösungen gefragt.

Neben technischen Innovationen – wie z.B. neuen Medikamenten, Hilfsmitteln oder anderen Produkten – sind es insbesondere Soziale Innovationen, die auf der Ebene sozialer Praktiken neue Organisationsformen, Maßnahmen, Berufsbilder, Lebensstile oder Regulierungen etablieren. Soziale Innovationen sind nicht bloße Anhängsel technischer Neuerungen, sondern vielmehr Voraussetzungen, Begleitumstände oder Folgen dieser. Sie sind gesellschaftlich folgenschwere Entwicklungen, die im Prozess einer kollektiven Zerstörung neue Spielweisen für die Zusammenarbeit finden und festlegen. Soziale Innovationen sind die eigentlichen Motoren der Innovationsdynamik moderner Gesellschaften, um qualitative Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen vorzunehmen. Hierbei werden sie oftmals von change agents begleitet, welche die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen sowie

---

<sup>98</sup> Walenzik 2009 und Walenzik 2009a setzen sich intensiv mit der Thematik der Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung auseinander.

Möglichkeiten die neuen Praktiken wahrzunehmen, aufweisen. Bei der Diffusion, also dem gesellschaftlichen Verbreitungsprozess, Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen, liegen die größten Hoffnungen auf der Etablierung und Unterstützung von Versorgungsnetzwerken. Um einen erfolgreichen Diffusionsprozess zu garantieren, müssen Soziale Innovationen einen klar erkennbaren Vorteil (sowohl für die Adaptoren als auch für den Rest der Gesellschaft) gegenüber der bisherigen Lösung, eine geringe Komplexität sowie hohe Kompatibilität mit vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen der (potenziellen) Nutzer aufweisen. Es muss auch stets möglich sein, die neuartigen Angebote zu testen. Chancen einer Diffusion sind in der Regel dort am größten, wo etablierte Institutionen unter dem Gesichtspunkt der Problemlösung nur marginal agieren oder gänzlich versagen. Aus diesem Grund fokussiert sich das entwickelte Konzept der Vernetzten Versorgung auf eher ländliche, oftmals strukturschwache Gebiete in der Bundesrepublik. Change agents, wie z.B. KVn, Krankenkassen, private Unternehmen oder Kommunen stellen dabei Ressourcen und Kompetenzen zur Verfügung, um die Diffusion zu erleichtern. Insbesondere gesetzliche Krankenkassen müssen zukünftig beim Ausbau von Gesundheitsnetzwerken eine zentralere Rolle einnehmen. Verträge sind möglichst mit einer Vielzahl an Krankenkassen abzuschließen, um eine hohe ‚**Marktmacht**‘ und somit Veränderungsbereitschaft von Leistungserbringern zu erzeugen. Die Ergebnisse der Literaturanalyse und Experteninterviews sowie die Auswertung der Fallstudien haben klare Abgrenzungen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen aufgezeigt, wie ein vernetzter Versorgungsverbund etabliert und aufgestellt werden sollte. Ein Schema X, das allgemeingültig in allen Regionen etabliert werden kann, ist jedoch nicht möglich. Geografische, infrastrukturelle und indikationsspezifische Unterschiede müssen beim Aufbau eines Gesundheitsnetzwerks stets berücksichtigt werden. Bei der Etablierung gibt es sicherlich eine Vielzahl an unterschiedlichen, teilweise ergänzenden, jedoch auch zum Teil gegenteiligen Handlungsansätzen. In einem Punkt sind sich die Experten jedoch einig. Eine sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens erscheint alternativlos zu sein.

Das im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung entwickelte Konzept der Vernetzten Versorgung gewährleistet in seiner Ausgestaltung den nötigen Grad an Offenheit, sodass es in allen Teilen des Bundesgebiets anwendbar ist und gleichzeitig klare Handlungslinien, Rahmenbedingungen und Kernelemente vorgibt, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung im Zeichen des demografischen Wandels zu garantieren. Das Rahmenkonstrukt wird dabei durch ein Geflecht aus Verträgen gebildet. Moral Hazard oder Adverse Selektion sowie Hold-up können dabei nie gänzlich ausgeschlossen werden, da Prinzipal und Agent in der Regel über einen unterschiedlichen Informationsstand verfügen. Kernmerkmale eines vernetzten Versorgungskonzepts sind ein **hauptamtliches, professionelles Netzwerkmanagement**, das u.a. Verträge

aushandelt/umsetzt, Gesprächsrunden moderiert, die einzelnen Partner motiviert und mögliche Störfaktoren beseitigt, Daten auswertet, die Finanzströme verteilt oder Vorträge hält und Veranstaltungen organisiert. Hauptaufgabe ist es, stets zwischen den einzelnen beteiligten Organisationen zu vermitteln. Hierzu wären im Vorfeld gemeinschaftlich eine umfassende **Vision** sowie ein **Leitbild** des Gesundheitsnetzwerks zu schaffen. Vergütungen und deren jeweilige Verteilung sind durch den Aufbau einer **virtuellen Abrechnungsebene** zu erweitern und abzurechnen. Im bestmöglichen Fall sollten Ärzte, Leistungserbringer und andere Kooperationspartner möglichst **finanziell an der Netzwerkgesellschaft beteiligt** sein. Auch die Bildung einer Bürger- bzw. Gesundheitsanleihe bei der Bevölkerung für die Etablierung des Versorgungsnetzes sind denkbar. Darüber hinaus könnten kombinierte Sondertöpfe und Zulagen, z.B. eine 200 %ige Finanzierung der KV Vergütung, angedacht werden. Langfristig sollten für lokale Netzwerke sektorenübergreifende (kombinierte) Budgets für die jeweilige Bevölkerung geschaffen werden.

Als geeignete Organisationsform für die Netzwerkgesellschaft bietet sich hierzu die Form einer **Accountable Care Organization** an, die lokal ausgerichtet ist und eine bestimmte, klar definierte Population abdeckt. Der Patient und seine Bedürfnisse stehen dabei stets im Mittelpunkt der handelnden Organisationen. Die **Arztfreiheit** als sollte dabei stets erhalten bleiben, sodass auch Ärzte außerhalb des Netzwerks aufgesucht werden können. Zentrum aller Bestrebungen müsste es sein, die gesundheitliche Versorgung sowie alle damit verbundenen Prozesse und Informationen so einfach wie möglich und unter allen Umständen sektorenübergreifend anzulegen. Insbesondere in den ländlichen Regionen ist ein Wettbewerb der einzelnen Leistungserbringer kaum ausgeprägt, da Konkurrenzsituationen aufgrund von Fachärztemangel etc. fehlen, weshalb möglichst viele örtliche Krankenkassen gleich von Beginn an am Aufbau des Netzwerks zu beteiligen sind. Nur so werden Skaleneffekte erzielt. Aus diesem Grund sollten ebenfalls gleich zu Beginn alle Leistungserbringer (**sektorenübergreifend**) mit ins Boot geholt und gemeinsam ein Gesundheitsnetzwerk aufgebaut werden. Überzeugungsarbeit wird, genau wie später bei den Teilnehmern, am besten per **Direktansprache** (insbesondere durch Hausärzte) geleistet. Der Aufbau ist dabei kein Prozess, der von heute auf Morgen möglich ist, sodass gerade die Errichtung und die Etablierung einer Versorgungsinfrastruktur mindestens ein Jahr dauert. Auch für die Rückzahlung von Darlehen oder Krediten für den Aufbau ist ein **längerer Zeitraum** (fünf bis zehn Jahre) notwendig, um die einzelnen Leistungserbringer und das Netzwerk nicht zu überfordern. Hier sind insbesondere Abschreibungsmodalitäten für Netzwerkgesellschaften vom Gesetzgeber zu reformieren. Der Aufbau einer technischen Vernetzung (**standardisierte IT-Infrastruktur**) mit elektronischen Patientenkarten, virtuellen Akten und sektorenübergreifenden Leitfäden dient als Schlüssel für eine erfolgreiche Versorgung und Kooperation des Netzwerks. Auch ist die Bevölkerung frühestmöglich

miteinzubeziehen, da sie letztlich die angebotenen Leistungen und Produkte nutzt. Um eine maximale Transparenz, aber noch viel wichtiger, eine umfassende Kooperation zu erreichen, müssen Kreise und Kommunen viel stärker mit in das Netzwerk eingebaut werden (**kommunale Einbindung**). Neben der Bereitstellung von Räumlichkeiten, der Moderation bestimmter Themenkreise (aufgrund ihrer Neutralität) sollten sie sich auch (zumindest in einem kleineren Umfang) an den Versorgungsnetzwerken (finanziell) beteiligen, um die Gesundheitsversorgung ihrer Region aktiv zu gestalten. Denn schlussendlich obliegt ihnen die Daseinsfürsorgepflicht und eine hochwertige Gesundheitsversorgung gehört mehr und mehr zu den herausragenden Standortfaktoren. Neben innovativen Organisationsformen, einer sektorenübergreifenden Ausprägung sowie prozessoralen Änderungen kommt der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung eine große Bedeutung zu. Eine gesundheitsbewusste Ernährung, ausgewogene Lebensweise, Prävention und Gesundheitsversorgung müssen in die persönlichen Lebensstile und Settingwelten eingebaut werden (**Ausweitung** der persönlichen **health literacy**). Darüber hinaus sollte das Netzwerkmanagement im Sinne einer Spezialversorgung für die lokal ausgeprägtesten chronischen Erkrankungsbilder eigene DMP (**Präventions-** und **Gesundheitsprogramme**) aufbauen. Die eigenen vier Wände sind dabei zum dritten Gesundheitsstandort auszubauen (**Settingbezug**). Flankiert werden diese Maßnahmen durch eine Reihe von technischen Ansätzen wie Telemedizin und/oder Apps, mit **Mobilitäts-** und/oder **Delegationskonzepten** sowie **Case-Managern**, um die Bevölkerung bestmöglich zu unterstützen. Der Gesetzgeber hat noch eine Reihe offener Fragen zu lösen und muss Änderungen ermöglichen, wie bei der sektorenübergreifenden Vergütung, aufsichtsrechtliche Bestimmungen, dem Umgang mit Delegationskonzepten, Standards der technischen Vernetzung im Gesundheitswesen sowie der Beteiligung von Kommunen an Gesundheitsnetzwerken, wo noch große Handlungslücken und eine Vielzahl an Fragezeichen bestehen. Auch der Innovationsfonds muss erst noch zeigen, ob er geeignete Anreizbedingungen schaffen kann, um erfolgreiche, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte anzustoßen. Hoffnungen ruhen in der Zukunft ebenfalls auf einem kommenden, standesgemäßen E-Health-Gesetz durch den Gesetzgeber. Ohne politische Änderungen und klar definierte Rahmenbedingungen, hier sind sich alle (befragten) Beteiligten einig, kann der demografische Wandel im Zeichen einer alternden Gesellschaft nicht erfolgreich gestaltet werden. Krankenkassen und auch Kassenärztliche Vereinigungen müssen in diesem Zuge auch verstärkt aktiver an der Ausgestaltung einer ‚neuen Gesundheitsversorgung‘ teilnehmen.

Innovationen sind dabei immer mit gewissen Risiken verbunden. Eine Neuordnung der Gesundheits- und Versorgungsprozesse ist jedoch, aufgrund des demografischen Wandels, zwingend notwendig. Da aufgrund der beschriebenen Wandlungsprozesse und Gegebenheiten Vernetzung als unabdingbar anzusehen ist, möchte ich mich Bühler anschließen, der feststellt, dass Vernetzung

anfangs erst einmal Zeit bindet, langfristig jedoch Reibungsverluste beseitigt sowie somit schlussendlich allen Betroffenen und Beteiligten hilft (Bühler 2012: 32). Das Konzept der Vernetzten Versorgung schafft, unter Berücksichtigung Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen, die Grundlage für eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung und eine Diffusion innovativer Lösungsansätze. Es trägt entscheidend dazu beitragen die starren, unflexiblen Strukturen der deutschen Versorgungslandschaft aufzulösen. Die Neuausrichtung der deutschen Gesundheitsversorgung, vor allem in ländlichen Gebieten, funktioniert dabei nur, wenn alle Sozialpartner, Organisationen und Vereine kooperativ und gemeinschaftlich im Sinne einer **populations-** und **patientenorientierten Netzwerkbildung** zusammenarbeiten. „Insofern sollte Demografiepolitik sehr bewusst die drei Handlungsbereiche individuelle Verantwortung, staatliche Vorleistung und bürgerschaftliches Engagement im Zusammenspiel adressieren“ (Hüther/Naegele 2013: 377).

## 16. Anlagen

Unter dem Bereich ‚Anlagen‘ werden zum einen die beiden Fragebögen für die verschiedenen Interviews sowie die einzelnen Transkriptionen aufgeführt. Insgesamt besitzt diese schriftliche Ausarbeitung drei Anlagen.

### *16.1. Expertenfragebogen*

Anlage 1 beinhaltet den Fragebogen für die sechszehn Experteninterviews:

#### **Interviewleitfaden ‚Vernetzte Versorgung‘**

- 1) Fragen zur Person des Experten bzw. der Expertin.
- 2) In der Literatur steht der Begriff der Integrierten Versorgung in einer Doppelfunktion (§ 140a–d SGB V und sektorenübergreifende Versorgung im Allgemeinen). Im Rahmen dieser Ausarbeitung soll ein Sektoren- und Versicherungszweige (amb. und stat. Bereiche von Medizin/Rehabilitation/Pflege/usw.) übergreifendes, populationsbezogenes Set von kooperierenden Versorgungsleistungen, welches patientenorientiert und regional arbeitet, als Vernetzte Versorgung verstanden werden. Wie beurteilen Sie diese Definition bzw. Bezeichnung?
- 3) Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht das Idealbild einer Vernetzten Versorgung. Welche zwingend notwendigen Voraussetzungen bzw. Merkmale müssen Ihrer Meinung nach vorhanden sein?
- 4) Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen fristen in der Bundesrepublik Deutschland ein Nischendasein. Wie beurteilen Sie die zukünftige Verbreitung (Diffusion) dieser Versorgungsform?
- 5) Welches sind Faktoren, an denen die Diffusion einer sektorenübergreifenden Versorgung (bzw. der besonderen Versorgungsformen) in der Bundesrepublik Deutschland scheitert (welche Hemmnisse sind dabei die Gravierendsten)?
  - a. In wieweit behindert die aktuelle Gesetzeslage eine weitere Verbreitung?
  - b. Welche Auswirkungen haben ‚Ständeproblematiken‘ auf die Diffusion besonderer Versorgungsformen?
  - c. Inwieweit behindert die bestehende Konstellation bzw. Existenz von Institutionen die Diffusion vernetzter Versorgungsstrukturen?
  - d. Inwieweit behindert die finanzielle Ausstattung die Diffusion?

- e. Warum wurde aus Ihrer Sicht die vom Gesetzgeber gewährte Anschubfinanzierung nicht gänzlich ausgeschöpft?
  - f. Welche bürokratischen Hürden verhindern eine weitere Diffusion?
  - g. Welche Widerstände sind mit technischen Hilfsmitteln, wie z.B. der elektronischen Gesundheitskarte verknüpft?
- 6) Welche Vorteile gegenüber der Regelversorgung motivieren Leistungserbringer, sich an einem vernetzten Versorgungsnetzwerk zu beteiligen? Wie können Leistungserbringer Ihrer Meinung nach besser (jenseits der Finanzierung/Budgetierung) für eine Mitarbeit in einem integrierten Versorgungsnetzwerk bewogen werden?
  - 7) Gibt es aus ihrer Sicht Alternativen für eine sektorenübergreifende Versorgung? Welche Nachteile würde das beinhalten?
  - 8) Inwieweit würden insbesondere ländliche Gebiete von einer Vernetzung im Gesundheitswesen profitieren?
  - 9) Wenn Sie gegenüber dem Gesetzgeber Wünsche äußern dürften, welche Änderungen sollte dieser durchführen?
  - 10) Sollte es Ihrer Meinung nach bundesweite Standards (Größe, Art, Definition, Ziel, Kapitalausstattung, Finanzierungsform, Leitbild) für die sektorenübergreifende Versorgung geben?
  - 11) Wie sollten andere Akteure, wie z.B. Städte, Kreise, Kommunen und private Unternehmen, in die Gesundheitsversorgung eingebaut werden?
  - 12) Mit welchen Möglichkeiten bzw. Instrumenten können Ihrer Meinung nach Pflege und Rehabilitation besser in vernetzte Versorgungsstrukturen einbezogen werden?
  - 13) Über welche Kommunikationskanäle sollte ein Netzwerkmanagement andere Leistungserbringer sowie die Bevölkerung auf neue Versorgungsformen bzw. vernetzte Versorgungsstrukturen aufmerksam machen?
  - 14) Was möchten Sie uns abschließend noch zur sektorenübergreifenden Versorgung mitteilen, was bislang noch nicht angesprochen worden ist?

### *16.2. Fragebogen für die Fallstudien*

Anlage 2 beinhaltet den Fragebogen, der für die telefonischen Interviews für die vier Fallstudien benutzt worden ist:

#### **Interviewleitfaden ‚Fallstudien‘**

- 1) Fragen zur Person des Experten bzw. der Expertin:
  - a. Name und Art des Unternehmens,
  - b. Position innerhalb der Organisation bzw. des Unternehmens,
  - c. Erfahrungen mit sektorenübergreifender Versorgung,
  - d. Beschreibung des Projekts,
  - e. Leitbild und Ziel des Vorhabens,
- 2) Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht das Idealbild integrierter und vernetzter Versorgungsstrukturen (Voraussetzungen/Merkmale/Rahmenbedingungen/Finanzen/usw.).
  - a. Wie haben Sie die Voraussetzungen im Projekt umgesetzt?
  - b. Welche Akteure sind als Partner mit dem Projekt verbunden?
  - c. Wie sieht das langfristige Ziel aus?
  - d. Inwieweit kann das Projekt auch in anderen Regionen adaptiert werden?
  - e. Beschreiben Sie den innovativen Charakter bzw. innovative Produkte und Dienstleistungen des Projekts.
- 3) Wie beurteilen Sie die zukünftige Verbreitung (Diffusion) sektorenübergreifender Versorgungsformen?
- 4) Welche Hemmnisse waren die größten Startschwierigkeiten für Ihr Projekt?
- 5) Welche Hemmnisse erschweren Ihnen (aktuell und in Zukunft die Aufrechterhaltung) einer vernetzten Versorgungsstruktur?
- 6) Welches sind Faktoren, an denen eine Verbreitung (Diffusion) einer sektorenübergreifenden Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland scheitert?
- 7) Von den von Ihnen genannten Hemmnissen, welches sind dabei die Gravierendsten?
- 8) Mit welchen Maßnahmen bzw. Instrumenten haben Sie die Hemmnisse und Diffusionswiderstände überwunden?
- 9) Welche (Anreiz-)Möglichkeiten sehen Sie, um eine weitere Diffusion voranzutreiben?
- 10) Was möchten Sie abschließend noch zum Gesundheitswesen bzw. zu integrierten Versorgungsstrukturen mitteilen, was noch nicht im Rahmen dieses Fragebogens angesprochen worden ist?



### *16.3. Transkriptionen*

Anlage 3 beinhaltet sämtliche Transkriptionen der sechszehn durchgeführten Interviews mit insgesamt siebzehn beteiligten Personen:

#### **Interviewpartner 01 (20.05.2014)**

1 **I:** (...) ja fangen wir erst einmal an, ich gebe Ihnen das, dann können Sie die Fragen vielleicht auch ein  
2 bisschen mitlesen, falls ich zu schnell sein sollte. Es soll ja hauptsächlich über sektorenübergreifende  
3 Vernetzung gehen. Sie sind Prof. hier an der Universität Bielefeld für Gesundheitswissenschaften und  
4 beschäftigen sich mit im Rahmen ihrer Professur mit der Thematik. Welche Erfahrungen haben Sie  
5 denn so mit sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen gemacht? #00:00:31-0#

6 **B:** (...) naja also vielleicht kann man generell sagen das sehr viel davon geredet wird und nicht ganz so  
7 viel in die Tat umgesetzt wird, also ich denke, dass die Gründe die jetzt genannt werden für ne bessere  
8 Vernetzung, Integration von Versorgungsverläufen, Strukturen, dass die sehr einleuchtend sind das ist  
9 das aber offenbar vieles in der Implementation hakt und das die eigentliche Absicht so in Bezug auf  
10 chronische Erkrankungen also sektorenübergreifend abgestimmte Versorgungsprozesse durchzuführen  
11 noch nicht in die Tat umgesetzt worden ist und man sogar sagen kann, davon sind wir noch relativ weit  
12 entfernt und hat, haben alle bisherigen Maßnahmen eher geringe Fortschritte gebracht, wenn man  
13 vielleicht von Disease Management Programmen in Teilen absieht und wobei auch da ja die  
14 Meinungen über die Wirksamkeit dieser Programme sehr weit auseinandergehen. #00:01:45-1#

15 **I:** Kommen wir einmal ganz kurz noch ein bisschen auf einen theoretischen Teil es wird ja immer viel  
16 von Integrierter Versorgung gesprochen, ich hab es jetzt im Rahmen meiner Ausarbeitung den Begriff  
17 Vernetzte Versorgung genommen, weil Integrierte Versorgung immer ja so nen so nen zweideutigen  
18 oder ne mehrdeutige Bedeutung hat, weil es ja einerseits im SGB V verhaftet ist und andererseits  
19 überhaupt für allgemeine Sektorenübergreifung steht, das Konzept der Vernetzten Versorgung soll  
20 populationsbezogen sein, Sektoren- Versicherungszweige übergreifend sein und alle und der Patient  
21 soll im Mittelpunkt stehen nicht der Patient, der Mensch soll im Mittelpunkt stehen, wäre das so das  
22 Bild, was das zukünftige Gesundheitssystem ausmacht? #00:02:31-2#

23 **B:** Naja zumindest sind das wichtige Merkmale. Kernmerkmale, wenn man sich an neuen  
24 Rahmenbedingungen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen in modernen  
25 Gesellschaften orientieren will. Also ich denke, dass es an der Vernetzung, also ich weiß jetzt nicht,  
26 das ist ja nen bisschen Semantik oder aber man kann sicher auch gute Gründe dafür benennen, weshalb  
27 man den Begriff Vernetzte Versorgung dem Begriff der Integrierten Versorgung vorzieht. Sozusagen  
28 am Ende werde es natürlich immer noch eigenständige Segmente sein, oder Institutionen sein, die sich  
29 dann an der Versorgung beteiligen. Von daher und Integration tut immer so oder suggeriert dann

30 immer so, dass dann alles ein bisschen eins würde. Aufgekauft und von daher von daher kann man  
31 kann man vielleicht sogar sagen, dass Vernetzte Versorgung vielleicht etwas adäquater ist. Aber in der  
32 Sache geht es ja einfach darum, naja, dass man sich auf chronische Erkrankungen einstellt, dass man  
33 dann sagt, dem Patienten soll da geholfen werden, wo ihm am besten geholfen werden kann, dazu  
34 muss es mehr Abstimmung geben und dazu muss es vor allem, ich weiß nicht ob Sie das jetzt eben  
35 erwähnt haben, noch ne stärkere Orientierung an Leitlinien geben, das ist ja auch ein wichtiger Punkt  
36 von Integrierter Versorgung und das und das, ich denke ich mein die die ganzen Rahmenargumente  
37 Multimorbidität, chronische Erkrankungen, demografische Alterung, das muss ich hier ja nicht zu  
38 sagen, das ist ja, ich denke das ist, dass das stimmt und dass das deutsche Gesundheitssystem da nen  
39 Rückstand hat, das denke ich auch, wobei aus meiner Sicht ist es nicht nur sind es nicht nur die  
40 Besonderheiten des ja hochgradig segmentierten deutschen Gesundheitssystems mit seiner ganzen  
41 Geschichte, die dazu geführt hat wo wir jetzt stehen und es ist ja generell sag ich mal nen Problem  
42 modernen Gesellschaften wie sie fortschreitende Differenzierung und Integration miteinander in  
43 Einklang bringen. Also auf der einen Seite ist natürlich auch die Differenzierung von Wissen und und  
44 Interventionsmethoden ist natürlich nen großer Fortschritt und kann natürlich dazu beitragen, dass das  
45 vielmehr von dem Wissen auch vom Patienten, am Patienten anlangt aber auf der andere Seite braucht  
46 man eben dafür ne Integration und und irgendjemanden der lenkt, leitet und koordiniert und und das  
47 denke ich, das alle Gesundheitssysteme haben, also ich finde es ist sozusagen generell nen Problem  
48 aus sich ausdifferenzierender Gesellschaften, das sich jetzt an diesem kleinen Beispiel jetzt zeigt.  
49 #00:05:11-3#

50 **I:** Was ist denn aus Ihrer Sicht welche Merkmale oder Voraussetzungen sie hatten eben Leitlinien  
51 schon angesprochen, was müsste denn eine integrierte oder Vernetzte Versorgung noch so für  
52 wesentliche Kernmerkmale besitzen? #00:05:23-4#

53 **B:** Naja ich denke einfach mal, dass der Hausarzt als Akteur wichtig ist für eine Integrierte  
54 Versorgung, zumindest, wenn Sie sich auf auf auf chronische Erkrankungen bezieht. Ich sagte bereits  
55 die sektorenübergreifende, der sektorenübergreifende Charakter und natürlich die Orientierung an  
56 Leitlinien, eine externe, interne Qualitätssicherung wichtige Instrumente und natürlich dann auch naja  
57 geeignete Anreize für Ärzte, Ärzte, Krankenhäuser und auch Patienten also dem was da als Leitbild  
58 entworfen wird im Netzwerk oder der Versorgungseinrichtung, dem auch tatsächlich zu folgen in der  
59 eigenen Praxis. Also es ist jetzt erstmal allgemein aber ich denke diese sind wichtige, wichtige  
60 Merkmale die dann noch ne Rolle spielen sollten. #00:06:18-5#

61 **I:** Sie hatten eben schon gesagt, dass es irgendeine Instanz geben muss, die das koordiniert, also so ne  
62 Netzwerkgesellschaft oder Managementgesellschaft aus Ihrer Sicht zwingende Voraussetzung, dass  
63 solche regionalen Netze überhaupt funktionieren? #00:06:32-6#

64 **B:** Das kann ich Ihnen, dazu hab ich zu wenig Einblick in die Praxis, das ist so etwas, was man den  
65 Herrn Hildebrandt wahrscheinlich gut fragen, dafür bin ich zu wenig Praktiker um das zu sagen, also  
66 ich denke ich denke erst einmal das ja wahrscheinlich viele technische und ökonomische und sonstige  
67 praktische Voraussetzungen gegeben sein müssen, die gut von einer Gesellschaft getragen werden  
68 können. Und unter fachlich medizinischer Perspektive denke ich schon das zumindest wenn man  
69 chronische Erkrankungen heranzieht man doch so ne gute Primärversorgung also ne gute hausärztliche  
70 Versorgung schon sehr wichtig ist, ich meine das Problem mit vielen, mit vielen §, mit vielen  
71 Projekten nach § 140 a–d ist ja z.B. dass die, dass sie sich eben nicht auf chronische Erkrankungen  
72 beziehen, dass da irgendwelche invasiven Techniken gehen, mit Vor–und Nachbehandlungen und das  
73 und das ist ja auch schön und gut aber das ist ja nicht der Sinn den man mit der Integrierten  
74 Versorgung bezweckt hat. #00:07:43–7#

75 **I:** Wie beurteilen Sie denn eine zukünftige Verbreitung solche Systeme, solcher Versorgungsformen  
76 bleibt es jetzt dabei, das es unter 1% in Deutschland ausharrt oder sehen Sie jetzt in naher Zukunft  
77 irgendwelche Impulse dass das sich verbessern könnte? #00:08:01–8#

78 **B:** Ja (...) viel also viele Impulse sehe ich nicht, es müsste vor allem es müsste vor allem Akteure  
79 geben, die das tragen und ich sag mal so ich sehe nicht wirklich das die Krankenkassen ein starkes  
80 Interesse an solchen Versorgungsmodellen haben, punktuell tritt das auf ja Stichwort AOK Baden–  
81 Württemberg ist ja das bekannte Beispiel mit der Hausarztzentriertenversorgung ist ja letztendlich  
82 auch ein ganz gutes Beispiel, aber ich denke, dass die Krankenkassen eher ne große Skepsis an den  
83 Tag legen. Das sie sich vor allem nach ihrer Position im Wettbewerb fragen und danach fragen, was  
84 kann da uns am besten dienen, und das ist, glaub ich, nicht die Integration zumal ja auch vieles an  
85 chronischen Erkrankungen über den erweiterten Morbi-RSA ausgeglichen wird ne. Das nimmt  
86 natürlich auch einen Anreiz da stärker aktiv zu werden und ja, weil sich doch viele Anstrengungen der  
87 Kassen oft auf die Profilierung im Wettbewerb jetzt eben vor allem über Zusatzleistungen, wie ich das  
88 jetzt sehe, konzentrieren. Also ich sag mal so ich sehe ich sehe nicht wirklich den Akteur, ich sehe  
89 nicht also die Krankenkassen bestenfalls eingeschränkt und und ich meine die Institutionen der  
90 Ärzteschaften haben ja im Großen und Ganzen doch nach meiner Wahrnehmung eher hinhaltenden  
91 Widerstand geleistet, also es ist doch niemand, der also vom Hausärzterverband jetzt im Bereich der  
92 hausärztlichen Versorgung, mal abgesehen da ist doch niemand, der Hurra geschrien hat bei der  
93 Integrierten Versorgung, die KVn sind ja bei 140 a–d ganz Außen vor, und und und da und auch bei  
94 den Disease Management Programmen stören die sich doch schon an diesen ganzen Leitlinien, diesen  
95 Qualitätssicherungen, bei all dem was da Bürokratie genannt wird, also ich sehe nicht so richtig den  
96 Akteur ich sehe dass die Politik das will, aber dass sie auch selber kein richtiges Konzept hat, wie man  
97 das jetzt in der Praxis befördern kann. Es soll jetzt ja wohl gibt ja jetzt diesen Plan mit dem dem

- 98 Umbau von Krankenhäusern zu integrierten Gesundheitszentren das mag so ein Ansatz sein, dann jetzt  
99 aber wirklich flächendeckend ist das ja auch nicht. #00:10:31–9#
- 100 **I:** Eher so für kleinere Regionen? #00:10:33–10#
- 101 **B:** Ja in der Region, das macht hier und da wahrscheinlich auch Sinn, aber das ist ja jetzt nicht, nichts  
102 worauf man das Gesundheitssystem drum herum neu aufbauen könnte, also #00:10:46–11#
- 103 **I:** Ich würd jetzt gerne noch ein bisschen konkreter auf die Widerstände eingehen, also warum das  
104 nicht sich so durchsetzt, da haben Sie jetzt schon viele gesagt was glauben Sie denn sind die die  
105 gravierendsten Hemmnisse außer das jetzt so ein Player fehlt? Fehlt einfach schlichtweg das Geld oder  
106 ist es einfach so dass die Institutionen mehr verwalten anstatt gestalten oder? #00:11:07–12#
- 107 **B:** Na ja ich glaube erst einmal dass die, dass es das es viele Partikularinteressen gibt, an denen sich  
108 die Akteure orientieren. Und und das sind erstmal erst mal finanzielle Interessen bei Ärzten, bei  
109 Krankenhäusern, bei Krankenkassen. Da würde ich auch gar keine Abstufungen vornehmen und dann  
110 sind es natürlich also institutionelle Eigeninteressen; also jeder Akteur möchte natürlich für sich  
111 bestehen bleiben und und hat von daher auch erst einmal ne gewissen Abneigung dagegen, sich mit  
112 anderen zusammenzutun die KV sagte ich schon sind ja teilweise sogar schon institutionell außen vor  
113 und und generell ist es natürlich so, dass das Selektivvertragsgeschäft in diesen ganzen  
114 Handlungsfeldern ja auch dazu führt, dass die KVn das glaube ich nicht mit so großer mit so großem  
115 Enthusiasmus betreiben und bei den Krankenhäusern denke ich spielt ne ganz große Rolle, dass die  
116 versuchen sich vor allem auf die DRG-Anreize einzustellen und sich da zu positionieren durch ihre  
117 Rationalisierungsmaßnahmen ihre internen voran zu treiben oder auch zu kucken, wo sind wir  
118 besonders gut, wo können wir über economy of scale unter den unter den den DRG-Erlös bleiben mit  
119 unseren Kosten und und das sind doch Dinge, die die umtreiben, ich glaube nicht wirklich, dass das es  
120 vielen vielen Akteuren da eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung wirklich am  
121 Herzen liegt. Die anderen Dinge sind wichtiger. #00:13:03–13#
- 122 **I:** Würden es denn helfen, wenn die DRGs z.B. einfach Netzwerkarbeit als irgendeinen Faktor  
123 aufnimmt, dass es einfach bezahlt würde, weil immer kommt die die Aussage wir würden das gerne  
124 machen aber wir kriegen es nicht finanziert. #00:13:15–14#
- 125 **B:** (...) ja das fällt mir jetzt schwer darauf ne Antwort zu finden, also sicherlich sind bei den DRGs  
126 jetzt viele Dinge die notwendig sind nicht aufgenommen, adäquat das betrifft ja auch pflegerische  
127 Leistungen aber ne kann ich habe ich jetzt keine richtige Antwort da drauf, da kann ich jetzt irgendwie  
128 nichts Richtiges zu sagen. #00:13:46–15#
- 129 **I:** Was glauben Sie warum die Anschubfinanzierung damals nicht gänzlich ausgeschöpft waren das  
130 einfach zu hohe bürokratische Hürden oder? #00:14:00–16#

131 **B:** Ja Bürokratie spielt sicherlich ne Rolle, ich denke aber auch ich denke auch das Krankenhäuser,  
132 also das es auch eine Überlastung von von von mit Aufgaben gibt ich denke auch das man, das man  
133 nicht nicht zu viel auf einmal von den Akteuren erwarten darf und ich denke, dass ja diese  
134 Anshubfinanzierung auch direkt dann bis 2008 oder 10 ging sie dann das sie das sie die  
135 Anshubfinanzierung auch direkt in die DRG–Vorbereitungen fiel und das einfach andere Prioritäten  
136 da waren, also das ja letztendlich für das Überleben der Krankenhäuser von zentraler Bedeutung und  
137 nicht nicht da nicht dieser 1% des Gesamtvolumens die da bereitgestellt wurden ne, also ich glaube  
138 auch, dass man sich immer gut überlegen muss auch in welchen Sequenzen, welchen Schrittsequenzen  
139 man vorgeht und das glaube ich auch bei bei so legislativen Schwung den es ja durchaus in den  
140 2000er–Jahren gegeben hat was Versorgungsformen angeht, muss man auch immer kucken, dass man  
141 Akteure nicht überfordert, also und ihnen auch Zeit geben bestimmte Dinge zu machen, das ist jetzt  
142 also ein etwas allgemeiner Eindruck. #00:15:14–17#

143 **I:** inwieweit behindert denn die aktuelle Gesetzeslage es ist ja Integrierte Versorgung ist ja nur im  
144 fünften Sozialgesetzbuch, würde es denn helfen, das in die anderen Gesetzbücher mit aufzunehmen  
145 oder zweiter Teil der Frage wäre es nicht vielleicht besser Kranken– und Pflegeversicherung aus  
146 diesem Aspekt zusammennehmen und das als als das überhaupt diese Versicherungszweige mal  
147 wieder mal wieder zusammen wären? #00:15:39–18#

148 **B:** (...) nein die Kranken– und Pflegeversicherung da habe ich große Probleme da ne  
149 Zusammenlegung zu befürworten, einfach weil die Ordnungsprinzipien ganz unterschiedlich sind, man  
150 müsste das geht ja so einfach auch gar nicht, man müsste dann ja erst mal kucken wie ist denn das mit  
151 dem Bedarfsprinzip in der Krankenversicherung in der Pflegeversicherung und da sehe ich doch  
152 erhebliche Probleme und das würde das würde nur gehen, wenn man dieses Thema vereinheitlicht und  
153 und da ist ja immer die Frage auf welcher Grundlage und ob es eine Bereitschaft gebe das  
154 Bedarfsprinzip jetzt auf die Pflege auszudehnen, würde ich jetzt nicht so sehen. #00:16:17–19#

155 **I:** Es würde also mehr Probleme schaffen, als als es lösen würde? #00:16:20–20#

156 **B:** Zumindest würde das ganz viele grundsätzliche Ordnungsprobleme mit sich bringen, ich finde ja  
157 das Bedarfsprinzip in der Pflege gut, aber ich sehe nicht, dass das umgesetzt wird und die anderen  
158 Träger, naja ich denke, ich weiß nicht ob ob da soso legislative Maßnahmen so entscheidend sind, ich  
159 meine im Grunde genommen können die das ja alle machen, die könne ja alle auch die Rehakliniken,  
160 die machen es ja teilweise auch können ja, können ja IV–Verträge abschließen oder sich auch an an  
161 DMP–Managementprogrammen beteiligen aber ich denke, das ist jetzt nicht so der der vorrangige  
162 Punkt jetzt eine Bestimmung aufzunehmen, ich wüsste auch gar nicht wie die aussehen könnte oder  
163 sollte. Also ich denke da sind einfach die Häuser gefordert und ja also da will ich das jetzt große

164 ordnungspolitische Veränderungen in Sachen Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder so da  
165 zielführend sind. #00:17:25–21#

166 **I:** Es ist ja jetzt wieder ein Innovationsfonds in den Köpfen der Politiker, wäre das denn ne  
167 Möglichkeit über so ein Anreizsystem wieder nen bisschen Schwung in den sektorenübergreifenden  
168 Versorgungsformen zu bringen oder ist es auch wieder nur so nen Mitnahmeeffekt? #00:17:39–22#

169 **B:** Gut Mitnahmeeffekte kann man natürlich nie ausschließen, das hat immer, das ist immer so, wenn  
170 man extra Anreize schaltet, aber ne ich denke mir, wenn man erst mal auf dem Einzelwirtschaftlichem  
171 Interesse der Kranken also der einzelnen Akteure aufbaut, dann muss man denen, dann müssen die  
172 Anreize haben es ist ja wenn man was macht, womit ich schon Probleme habe, aber das ist ja die  
173 Politik die betrieben wird, dann dann würde ich sagen, dann muss man natürlich auch also Mittel  
174 bereitstellen, die verhindern das diejenigen die da jetzt investieren und erst in ich sag mal nen  
175 zeitverzögernden Nutzen drauf haben auch diese diese zeitliche Kluft überbrücken können also es gibt  
176 ja heutzutage geht es ja bei den Krankenkassen um Zusatzbeiträge, wenn die sowas finanzieren  
177 wollten, denn die wollen ja Zusatzbeiträge vermeiden und was helfen, und und und die unterlassen  
178 wahrscheinlich auch Investitionen kurz, wenn die erst langfristig Gewinn versprechen, dann kann es  
179 sozusagen schon zu spät sein, wer weiß was man aufgrund von Kosten die man zusätzlich hat dann in  
180 der Zwischenzeit an Mitgliedern verliert, wenn an Zusatzbeiträge z.B. anheben wird, also anheben  
181 muss dieser Druck der wird ja größer werden, der wird ja mit der jetzt anstehenden Reform größer  
182 werden, weil der Beitragssatz wird ja wieder von 15,5 auf 14,6 reduziert und und alles dann über 14,6  
183 was man an Kosten hat muss über nen Zusatzbeitrag finanziert werden und das erhöht ja eher sag ich  
184 mal das kurzfristige denken, also ich finde generell gesagt könnte man vielleicht sagen es muss mehr  
185 Gedankenschmalz darauf verwendet werden, wie man in so einem wettbewerblichen System auch  
186 langfristiges, mittel- und langfristiges Denken sag ich mal und Handeln fördern kann. Das finde ich  
187 einfach wichtig ne. #00:19:33–23#

188 **I:** Also eine extrabudgetäres ein Bereich für die Krankenkassen, das sie z.B. auf fünf Jahre z.B.  
189 #00:19:40–24#

190 **B:** Z.B. sowas, das man also das man also gut wobei dann natürlich wofür wird das Geld dann  
191 ausgegeben? Wird es denn dann auch sinnvoll ausgegeben werden das es aber aber das denke ich  
192 könnten könnten geeignete Mechanismen sein oder darüber müsste man grds. mal nachdenken.  
193 #00:20:00–25#

194 **I:** Nen anderes Beispiel war die KfW-Bank wurde mal als Beispiel genannt, das sie zinslose Darlehen  
195 für Krankenkassen oder Träger gibt. Wäre das ne Möglichkeit um zusätzliche Investitionen, weil es ist  
196 ja oft im Gesundheitswesen, wird ja bemängelt, dass nicht viel Kapital also außerhalb der Beiträge in  
197 in das System fließt. #00:20:25–26#

198 **B:** Ja das wäre, das könnte eine Möglichkeit sein, das würde ich für eine, für einen Denkansatz  
199 zumindest Darlehen müssen natürlich auch auch zurück gezahlt werden von daher bleibt das Risiko bei  
200 den Kassen aber das wäre ja auch immerhin ok, man würde ja was man damit erreichen könnte, das  
201 wäre eben das man kurzfristige Nachteile erst mal vermeidet und so somit nen Investitionshindernis  
202 aufhebt. Insofern wäre, könnte sowas wie nen zinsloser Kredit schon ne geeignete Maßnahme sein.  
203 #00:20:56–27#

204 **I:** Man sieht es ja am Kinzigtal, das erste, das zweite Jahr war ja massiv Minus und dann wurde es ja  
205 dann, ist auch glaube ich gar nicht anders möglich, weil ja der Aufbau technischer Hilfsmittel das ist ja  
206 gerade einer der größten Kostenfaktoren #00:21:08–28#

207 **B:** Es könnte könnte auch sein, das aus Bundesmitteln nen Fond bereit gestellt wird, was immer man  
208 da auch macht, aber jedenfalls diese Grundschiene, diese Grundfigur, das man so sagt man man muss  
209 irgendwie den Akteuren sag ich mal die Angst nehmen, das sie dann wenn sie jetzt in Innovationen  
210 investieren kurzfristige Nachteile erleiden, also da muss man ran. #00:21:28–29#

211 **I:** Spielt ja auch oft die die Angst irgendwie dass das Gesundheitswesen zur Privatisiert wird eine  
212 Rolle? Also ich meine ja man hatte ja jetzt wieder den Aufschrei als das Rhön–Klinikum jetzt an  
213 Helios verkauft worden ist dass das gesamte Krankenhauswesen privatisiert wird, das ist ja auch so  
214 auch gerade im Gesundheitswesen großes Problem #00:21:45–30#

215 **B:** Da sehe ich jetzt nicht, da sehe ich nicht das im Zusammenhang mit solchen, mit solchen  
216 Innovationsinvestoren gebracht wird, ich meine es gibt ja ohnehin weitgehend jenseits staatlicher  
217 Steuerungsmöglichkeit, denn was da privatisiert wird sind ja das sind ja meistens kommunale oder  
218 oder Landes, kommunale Krankenhäuser eigentlich, also da und die Kommunen handeln einfach  
219 deshalb so weil die Häuser so defizitär sind und sie so defizitär nicht mehr tragen wollen oder im  
220 Zeichen der Schuldenbremse auch nicht mehr tragen können, so und deshalb veräußern die, also das ist  
221 ja so so etwas was sich so, also diese Privatisierung ist glaube ich etwas was sich jenseits sag ich mal  
222 der politischen Steuerung vollzieht, das ist von vielen nicht unerwünscht aber auch nicht so wirklich  
223 beabsichtigt und und an wen jetzt so ein Innovations, also die Mittel aus so einem Innovationsfonds  
224 gehen, ob das jetzt nen privater oder nen öffentlicher ist wäre dann ja auch relativ egal. Obwohl ich  
225 meine man könnte vielleicht immerhin verhindern, über über so einen Fond das die da auch vielleicht  
226 vielleicht den Vorteil den die privaten bei der Kapitalbeschaffung haben das man den gewissermaßen  
227 nen bisschen kompensiert. Insofern dürfte es sogar ein Interesse daran herrschen jetzt von Seiten der  
228 Politik, der kommunalen Verantwortungstreiber das man jetzt sagt, warum nicht dann können wir  
229 darauf zurückgreifen und dann ja und dann Modernisierungen vornehmen, die uns vielleicht bisher  
230 eben besser in Konkurrenz mit den privaten treten zu können. #00:23:24–31#

231 **I:** Welche Vorteile gegenüber der der Regelversorgung motivieren denn überhaupt Leistungserbringer  
232 sich an so einem Netzwerk zu beteiligen? Mal fernab von, dass es vielleicht ein bisschen mehr Geld,  
233 nen bisschen mehr Geld bekommen. #00:23:39–32#

234 **B:** (...) das das also natürlich die Vergütung aber Sie haben ja jetzt nach den anderen gefragt, naja ich  
235 denke ich kann jetzt nur aus Gesprächen so allgemein benennen, ich hab darüber jetzt keine  
236 empirischen Studien oder dergleichen gemacht aber ich denke, dass natürlich ein wichtiger  
237 Antriebsfaktor bei vielen Ärzten ist, ne gute Medizin machen zu können, also das man das doch also  
238 viele Ärzte sich auch in der Einzelpraxis und mit den Dingen der Beschränkungen ihrer disziplinärer  
239 Orientierungen auch überfordert sehen und das sie glaub ich, dass sie das das auch etwas ist, was die  
240 Kooperationsbereitschaft fördert, wobei ich auch denke, das auch dass die Feminisierung da auch ne  
241 Rolle spielt, ich glaube das das Frauen also gegenüber den medizinischen Notwendigkeiten offener  
242 sind, auch gegenüber Kooperationen offener sind also da wird man abwarten müssen ob sich das für  
243 die Ärzte in der Struktur der Ärzteschaft sich nicht auch in den nächsten 10, 20 Jahren auch einiges  
244 verändert und dieses Bild, das des freien Einzelunternehmers oder so, das ist ja auch so ein ähnliches  
245 Bild, das viele nicht mehr soweit trägt und viele viele Ärzte wollen einfach eine gute Medizin machen  
246 und das können sie nur in sehr engen Grenzen. #00:25:08–33#

247 **I:** Also würden sich das Problem der Ständeproblematiken die Ärzte, die quasi das Gesundheitswesen  
248 so nen bisschen also oben stehende und den den Pflegekräften quasi so sagen, was sie machen sollen,  
249 das würde sich quasi schon alleine aus den demografischen Sachen ändern, weil dann immer mehr  
250 Frauen nachrücken und mehr junge Leute nachrücken, die vielleicht dieses Bild von diesem Chefarzt  
251 gar nicht mehr so haben? #00:25:30–34#

252 **B:** (...) tja das ist dann die Frage. Ob die dann Chefarzte werden. #00:25:08–35#

253 **I:** Bzw. dass sich die Ärzte immer mehr in einem Team arbeiten auch sehen. #00:25:40–36#

254 **B:** Naja das zumindest würde ich, gibt es ja so nen Paar Tendenzen nicht also in die Richtung, das das  
255 glaube hat etwas mit der Generation zu tun auch also das die jüngere Generation erst einmal etwas  
256 anders ist als die ältere und das sie gegenüber Kooperationen offener sind und auch größere  
257 Abneigungen haben gegenüber diesen diesen all diesen bürokratischen und und und sonstigen  
258 ökonomischen Zwängen, die mit dem, die mit der freien Niederlassung verbunden sind und dann wird  
259 es nochmal verstärkt dadurch, dass die Frauen bei denen auch, die auch so stärker auf Kooperationen  
260 ausgelegt sind, von daher denke ich die subjektiven Voraussetzungen die werden sich, die könnten sich  
261 schon in den nächsten 10, 20 Jahren verbessern, also wenn diese ganzen Gruppen den den Kern der  
262 Ärzteschaft stellen, aber damit sind natürlich noch nicht die die die fehlenden Anreize oder so aus der  
263 Welt, die die der Integration oder Vernetzung oder wie immer man auch will Grenzen auferlegt, also  
264 und und ich meine also die also die auch die die auch die am Patienten orientierten Ärzte werden



265 natürlich auch wert darauf legen das sie, das sie irgendwie Geld verdienen und das das man auch  
266 Kooperationen oder so dann nicht bestraft werden, dann und ja darüber hinaus, ich meine was eine  
267 weitere, ein wichtiger Grund ist natürlich diese ganze Bereinigungsbürokratie die ja, ich kenn das weil  
268 ich selber auch in so ner Schiedsstelle bin auch natürlich ein ein ein gigantisches Nebeneinander von  
269 Regelversorgung und und und und Selektivverträgen, das ist natürlich auch ein großes bürokratisches  
270 Hindernis ne, also ich meine dass die Bereinigung, das es getan werden muss ist auch ersichtlich aber  
271 das geht dann natürlich hinterher derart komplizierter und vielfältiger Fragen, die natürlich nur mit  
272 nem immensen Aufwand wirklich geklärt werden können und das oftmals auch nur zum Verdruss aller  
273 Beteiligten also Freunde macht diese Bereinigung niemandem. #00:28:11–37#

274 **I:** Gibt's denn ne Möglichkeit dieses ganze System nen bisschen zu vereinfachen? Also das die  
275 Bereinigung, ich glaube ist mit eines der größten Probleme, was gerade bei den finanziellen Sachen  
276 immer aufgeführt wird. #00:28:13–38#

277 **B:** Kann ich jetzt nichts zu, kann ich jetzt nichts zu wirklich sagen, was da Modelle wären, die dieses  
278 Verfahren, da bin ich überfragt mit der Frage. #00:28:33–39#

279 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht Alternativen für ne sektorenübergreifende Versorgung für die Zukunft  
280 für Deutschland oder (...) gibt's da keine Möglichkeiten, wenn jetzt z.B. wie jetzt gerade mit Brillen  
281 oder Kontaktlinsen Leistungen gekürzt werden und welche Nachteile sehen Sie in solchen Modellen?  
282 #00:28:53–40#

283 **B:** Na ja Sektoren, also ich meine es ist sicherlich auch aus Sicht der Patienten, wenn man wenn man  
284 eine optimale Versorgung von Patienten will, dann ist eine sektorenübergreifende Versorgung  
285 sicherlich ohne Alternative. Egal wie man die dann ausgestaltet. Es ist die Frage ob man ob man ob die  
286 die Formen in denen das geschieht, ob die so angemessen sind das würde mich als  
287 Gesundheitssystemforscher treibt dann schon eher die Frage um, sind Entscheidungen immer richtig  
288 aufgehoben bei Krankenkassen, KV und Landeskrankenhausgesellschaft oder Krankenhäuser oder  
289 müsste man nicht auch stärker kucken, das man Gesundheitskonferenzen, Mitbestimmungen von  
290 Bürgerinnen und Bürgern nen Stück stärker nutzt um Bedarfe vor Ort zu identifizieren und darauf  
291 dann Schlussfolgerungen für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen zu zu ziehen, auch Kommunen  
292 sind natürlich ein wichtiger Akteur. In der Pflege wird denen ja jetzt schon ein bisschen mehr  
293 Rechnung getragen. Gut in der medizinischen Versorgung auch insofern, als die Länder da jetzt  
294 natürlich nen paar zusätzliche Kompetenzen bekommen haben. Aber generell sollte man vielleicht  
295 noch mal stärker hin also in Raumkategorien denken. Also welche Versorgungsräume haben wir es zu  
296 tun und welche Akteure spielen dabei eine Rolle und sollten mit so, als beratend oder  
297 entscheidungsrelevant miteinbezogen werden? #00:30:33–41#

298 **I:** Also auf jeden Fall viel regionaler gehen, also. #00:30:35–42#

299 **B:** Das wäre so eine Option, das man im Prinzip sich darum wirklich viel mehr kümmert als es in der  
300 Vergangenheit der Fall war und ja (...) das wäre, das denke ich wäre eine Option, also stärker zu  
301 regionalisieren aber auch vielleicht Entscheidungen zu verbreitern, im Moment also ich sag jetzt mal  
302 so gerade wenn wir jetzt mal in Versorgungsstrukturen denken da ist die Kommune wahnsinnig  
303 wichtig und und auch so so Untergliederungen wie jetzt meinetwegen hier in Hessen in in NRW die  
304 Regierungsbezirke oder so, das sind ja schon ne wichtige Untergliederung ne und die haben ja aber die  
305 ganzen öffentlichen Gebietskörperschaften haben ja sozusagen da gar nichts gar nichts zu sagen, bei  
306 der bei der Mittelverteilung oder die können da irgendwie auf Gesundheitskonferenzen sagen was sie  
307 gerne hätten, aber die Musik spielt woanders, weil das Geld woanders ist und am Ende sitzen die  
308 Kassen und die KV und die und die sitzen auf dem Geld, das man auch braucht um  
309 Versorgungsstrukturen zu verändern. #00:31:43–43#

310 **I:** Wie könnten den Kommunen oder kreisfreie Städte, Kreise besser eingebunden werden? Müssten  
311 die von vornherein in das Konzept miteingebunden werden? #00:31:50–44#

312 **B:** Naja in dem sie zumindest, sie zumindest institutionalisiert beraten und doch auch so das wäre also  
313 die unterste Form, das man Mittel und Wege findet, also sich, sich als die Körperschaften in der in der  
314 Krankenversicherung mit den Gebietskörperschaften, mit den hoheitlichen Gebietskörperschaften auf  
315 Bundes- und Landesebene stärker miteinander, sie stärker zusammenzubringen, ne also also d.h. eben  
316 auch, das natürlich es gilt dieser Landesausschuss nach 91a glaube ich ist es, das ist so nen bisschen  
317 nen Hauch davon. Das ist ja die, da können die Länder ja jetzt mitreden bei der bei der beim oder  
318 werden angehört oder können beraten bei der regionalen Versorgungsplanung im ambulanten Bereich,  
319 vertragsärztlichem Bereich. Und also diese Richtung müsste wahrscheinlich mehr gestärkt werden,  
320 wahrscheinlich auch unter Heranziehung von von Patientenvertretern, Pflegebeiräten sowas ja, das  
321 würde ich mir wünschen, also also also ne stärkere Demokratisierung, ne Regionalisierung von von  
322 Entscheidungen, vielleicht auch erst einmal der Problemrezeptionen. #00:33:11–45#

323 **I:** Jetzt habe ich auch schon aus anderen Gesprächen auch schon von mehreren gehört, dass die KV oft  
324 als großer ja als, das haben Sie ja eben auch schon teilweise gesagt, dass sie in einigen Sachen so nen  
325 bisschen als Blockierer gegenüber stehen wie sehen Sie das, sollte die KV dann einfach vielleicht  
326 abgeschafft werden oder hat sie so eine wichtige Funktion, dass man ohne sie das System gar nicht  
327 aufrechterhalten könnte? #00:33:00–46#

328 **B:** (...) ja, naja daran sind jetzt ich glaube, dass die KVn in der Tat Blockierer waren in vielen  
329 Punkten, gerade auch was Integration anging, das (...), das also (...) ob man sie jetzt deshalb  
330 abschafft, das ist so ne komplexe Frage, da hängen natürlich ganz viele Dinge mit dran, da hängt also  
331 ich sag mal so ich hab die KVn immer kritisch gesehen und würde das auch nach wie vor tun, aber auf  
332 der anderen Seite muss man natürlich auch sagen, das Gesundheitssystem sich sehr wettbewerblich

333 entwickelt und irgendwie braucht es ja auch in so nem System irgendeine Instanz oder eine  
 334 Organisation, die für die Sicherstellung insgesamt da ist, wenn ich jetzt wenn ich jetzt, wenn jetzt nur  
 335 noch Krankenkassen mit ihren Einzelinteressen nach einzelner Rationalität so ihre  
 336 Versorgungsverträge abschließen und da kein übergreifender Zuständigkeiten mehr für die Versorgung  
 337 in einer bestimmten Region insgesamt vorhanden ist, dann finde ich das auch nicht gut und das sind,  
 338 das sollten die KVn zumindest sein, wenn gleich da wiederum das Problem auftritt, das ambulant und  
 339 stationär so strikt getrennt voneinander sind, es gibt ja auch keine integrierte Planung, also zumindest  
 340 wäre mir das, wüsste ich jetzt nicht, wo die von wem getragen würde. Ja also naja also was will ich  
 341 damit sagen ich sehe die KVn kritisch aber sie abzuschaffen, das ist natürlich auch schwierig, daran  
 342 hängen dann auch Fragen natürlich der Ganzen, also man hat dann sozusagen ja keine auch die die  
 343 Ärzte körperschaftlich nicht mehr eingebunden, die sind ja im Moment kann man sagen die Ärzte  
 344 werden ja in gewisser Weise diszipliniert durch die KV-Zugehörigkeit und die werden da  
 345 Bedingungen auferlegt, die sie selber ja auch selber kritisch sehen und was ist wenn es sozusagen ein  
 346 freies Aushandeln von Interessen gibt, das ist ja also die ganze Konfliktregulierung oder wird damit ja  
 347 auch ausgehebelt werden, also das finde ich schwierig jetzt so ausm Stand heraus zu sagen schafft die  
 348 KVn ab. #00:35:51–47#

349 **I:** Wenn Sie jetzt Wünsche offen hätten was der Gesetzgeber dann auch relativ zügig umsetzt, um  
 350 sektorenübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung von chronischen Erkrankungen weiter zu  
 351 fördern, was sollte denn als nächstes getan werden? #00:36:06–48#

352 **B:** (...) tja, was sollte als nächstes getan werden? Das ist vielleicht wichtig erst mal (...) nen (...)  
 353 Investitionsmittel bereitzustellen, die auf eine Weise bereit zu stellen müsste man sagen, die die  
 354 Akteure dann ermuntert das Geld tatsächlich für Innovationen einzusetzen, also sowas wie nen  
 355 zinsloses Darlehen oder sowas könnte sowas sein. (...) naja und dann ist es generell natürlich das  
 356 Problem, das das schon finanzielle Interessen da im Moment eine große Rolle spielen und auch und  
 357 auch das Ganze so nen bisschen überdeterminieren, also ich denke an die DRGs auf die sich alles  
 358 konzentriert, die die so wahnsinnig wichtig sind, also da vielleicht so so etwas an ökonomischen  
 359 Anreizen zurück zu nehmen wäre meine Vorstellung. #00:37:17–49#

360 **I:** Sollte es in ihrer Meinung nach bundesweite Standards für den Aufbau solcher Netzwerke geben im  
 361 Moment steht ja im im 140er eher drin, es ist ja eher so ein Laissez-faire ihr dürft euch die  
 362 Ausgestaltung selber machen, sollte es vielleicht Art, Größe, Ziel, Leitbild vielleicht vorgegeben  
 363 werden, oder auch vielleicht die Kapitalausstattung oder die Finanzierungsform um um dann einfach  
 364 nen besseren, ein besseres Konzept dahinter zu haben? (...) z.B. dass immer Pflege miteinbezogen  
 365 werden muss, also oftmals steht's ja nur auf dem Papier. #00:37:56–50#

366 **B:** (...) naja so also ich denke auf der Ebene kann man das befürworten ja. Also also solche  
367 allgemeinen Vorgaben wären sicherlich, oder könnten positiv sein also wenn gleich, muss es aber ja  
368 konkret vor Ort aufgestellt werden, aber so in der Art wie Sie es beschrieben haben würde ich mir  
369 vorstellen ja das sowas kann, steht ja auch ähnlich drin bei den MVZs und ähnliches, also ähnliche  
370 Vorgaben, das könnte man wahrscheinlich, könnte man befürworten. #00:38:30–51#

371 **I:** Gerade Pflege und Reha sind ja in integrierten Versorgungsstrukturen relativ klein oder also es gibt  
372 glaub ich nur gibt relativ wenig Verträge in den Pflege überhaupt sich beteiligt, welche Möglichkeiten  
373 oder was für Instrumente gibt's denn das solche Träger sich auch viel mehr in solchen Projekten  
374 beteiligen? Würde da ein einfacher Finanzierungsanreiz schon reichen oder sollte das vielleicht auch  
375 wie gesagt vom Gesetzgeber schon vorgegeben sein? #00:39:02–52#

376 **B:** (...) ja kann ich jetzt irgendwie, fällt mir auch irgendwie schwer jetzt darauf eine Antwort zu  
377 geben. (...) kann ich jetzt im Moment, kann ich irgendwie fällt mir nichts zu ein Herr Urner, kann ich  
378 jetzt nicht so richtig. #00:39:21–53#

379 **I:** Das ist überhaupt kein Problem. Welche Kommunikationskanäle könnte denn so ein  
380 Netzwerkmanagement, wenn es denn aufgebaut ist überhaupt die Bevölkerung oder andere  
381 Leistungserbringer dazu ermuntern, sich dann an so ner Versorgungsreform zu beteiligen? #00:39:38–  
382 54#

383 **B:** Sie meinen jetzt bei der also bei der der regionalen Ausgestaltung von Integrationsstrukturen oder?  
384 #00:39:48–55#

385 **I:** Wenn gehen jetzt einmal davon aus, das es im im Sauerland ist, wird so etwas aufgebaut werden,  
386 ähnlich wie das Kinzigtal und die Projektträger versuchen neue Ärzte oder neue Pflegebetriebe sich  
387 das zu ermutigen, sich daran zu beteiligen, könnte das über die herkömmlichen Wege sein, wir  
388 schalten irgendwelche Spots oder wird das Internet immer wichtiger gerade auch im  
389 Gesundheitswesen? #00:40:160–56#

390 **B:** (...) nee ich glaube wenn man sowas auf den Weg bringen will, dass man den persönlichen Kontakt  
391 braucht, natürlich sowas wie das Internet würd nicht schaden aber ich sag mal so, da ist ja so, dass wir  
392 alle genug zu tun haben und alle haben genug zu meckern und und und sind in der Tendenz immer fort  
393 und ich denke, dass man da das man da wirklich dann von einem Management aus also ja einfach den  
394 persönlichen Kontakt suchen muss über Informationsabende oder so das auch so Internet und auch  
395 bedrucktes Papier ist nicht so, dass es darauf am Ende nicht ankommt, zu überzeugen, das denke ich,  
396 das würde ich schon sagen, dass das wichtig ist. #00:41:02–57#

397 **I:** Inwieweit könnte denn überhaupt ne sektorenübergreifende Ausbildung der ganzen  
398 Gesundheitsberufe das sich auch alles nen bisschen vereinheitlicht würde helfen das solche Netzwerke  
399 besser bestehen? #00:41:13–58#

400 **B:** (...) ich glaube ehrlich gesagt, also (...) das so differenziert das im Moment gar nicht also und ich  
401 würde einfach sagen was diese Differenzierung angeht ist das Maß bisher erreicht worden, eigentlich  
402 ganz angemessen also ich wüsste jetzt, denke auch das man nen gewissen Maß an Spezialisierung  
403 braucht um um das Wissen in der eigenen Disziplin für den Patienten nutzbar machen zu können, sonst  
404 also weiß ich glaube ich nicht das so etwas wie eine (...) sektorenübergreifende Ausbildung, naja gut  
405 das man was heißt das dann, in der Pflege sind die Personen ja ohnehin dann allen  
406 Versorgungseinrichtungen über das sie dann stärker, dass man Altenpflege und Krankenpflege stärker  
407 integriert oder? #00:42:11–59#

408 **I:** Z.B. oder aber auch dass der Arzt vielleicht, das Ärzte in ihrem Studium in Pflegebetrieben  
409 hospitieren müssen und um einfach auch #00:42:21–60#

410 **B:** Das würde ich gut finden. #00:42:23–61#

411 **I:** Um einfach dann auch im Kopf zu wissen, was machen die da und wie können wir voneinander  
412 profitieren. #00:42:28–62#

413 **B:** Also insofern ja, also insofern, also sage ich mal wechselseitig stärker voneinander Kenntnis nimmt  
414 und weiß was die anderen tun, das find ich in jedem Fall auch wichtig auch für die Ausbildung.  
415 #00:42:37–63#

416 **I:** Möchte ich einmal noch auf technische Hindernisse kommen, also es ist ja das große, die  
417 Gesundheitskarte, die ja alles vernetzen soll. Was für Probleme kommen denn überhaupt mit so  
418 technischen Hilfsmitteln aufs Gesundheitswesen zu? #00:42:58–64#

419 **B:** Also wenn man die Datenschutzprobleme nimmt ja den Datenschutz als Kernproblem eigentlich  
420 und naja es ist dann die Frage werden überhaupt die Daten, die können die ausgewertet werden und am  
421 Ende müssen ja auch Menschen aufgrund von Daten Behandlungsentscheidungen oder auch nicht  
422 Entscheidungen fällen also wird das überhaupt, oder kann das so genutzt werden, dass das unmittelbar  
423 handlungsrelevant ist, das finde ich jetzt wichtig. Datenschutz ist wichtig und ansonsten weiß ich jetzt  
424 nicht was die technische Bewältigbarkeit welche Verfahren angeht, dazu weiß ich jetzt nichts.  
425 #00:43:37–65#

426 **I:** Also z.B. auch es ist ja oft so, dass sich die verschiedenen Programme der Krankenhäuser und der  
427 Ärzte dass die nicht kompatibel sind, würden Sie da vielleicht schon helfen, wenn man z.B. über nen  
428 System was einen USB-Stick beinhaltet das , das gibt's z.B. ein Modell aus Siegen, das alle  
429 Gesundheitsakteure über diesen USB-Stick auf die Daten zugreifen können, das ist ja nicht wie die  
430 Gesundheitskarte, das wäre dann eine dezentrale Akte, die aber über einen USB-Schnittstelle allen zur  
431 Verfügung stellenden Informationen #00:44:08–66#

432 **B:** Also zu der Technik kann ich nichts sagen, das weiß ich jetzt nicht, was da für nen geeignet ist, da  
433 müsste man schon wahrscheinlich auch wirklich dann irgendwie ne EDV, EDV-Kenntnisse haben um

434 da so, aber natürlich ist es wichtig, das die das alle Personen, die die Behandlung, oder  
435 versorgungsrelevant sind über die über die Informationen verfügen die sie brauchen, um optimal zu  
436 versorgen nen und auf welchem Wege das jetzt auch geschehen kann, wie das mit dem Schutz des  
437 Patienten dann noch vereinbart werden kann, das weiß ich nicht genau also zu USB-Stick oder sowas  
438 kann ich nichts zu sagen. #00:44:42–67#

439 **I:** (...) hätten Sie denn nen Gedanken oder sehen Sie nen Finanzierungsmodell, das für die meisten  
440 Leistungserbringer als positiv erachtet werden kann in so nem vernetzten System? Ohne jetzt  
441 irgendeinen, einen z.B. die Krankenkassen oder die Krankenhäuser zu benachteiligen. #00:45:05–68#

442 **B:** (...) naja am am Ende läuft natürlich manches hinaus auf eine auf so sektorenübergreifende  
443 Fallpauschalen, die so, also so also (...) die also das dieses die DRG–Systeme dann ausweiten und  
444 einen größeren Teil für das Fallmanagement das also sag ich jetzt mal das den Patienten über den  
445 gesamten Versorgungsweg hinweg vergüten, nur damit werden, also das ist natürlich ein schönes Ideal  
446 nur dadurch werden natürlich nicht die Schnittstellen und die Bereinigungsfragen nicht weniger, deren  
447 ich denke, dass man da ganz realistisch dran muss, dass das auch das Maß an Bürokratie das jetzt in  
448 solchen Neuerungen wie in Integrierter Versorgung verbunden ist, auch aus dem Grunde also nicht  
449 einfach drastisch reduziert werden könnte, dass würde wahrscheinlich eher mehr Bürokratie auch mit  
450 sich bringen. Aber ich denke ich meine an dem Modell einer sektorenübergreifenden Fallpauschale sag  
451 ich mal, das wäre vielleicht schon schon ganz schön wobei man auch da dann kucken muss, das dieses  
452 System auch ne hinreichende, auch ne hinreichende Erfassung von Besonderheiten des Einzelfalls  
453 ermöglicht, ich meine das würde ja wiederum nah dran von der Fallpauschale hin zur  
454 Einzelleistungsvergütung überzugleiten ne, also das ist und und das ist ja immer bei den DRGs nen  
455 Problem also so wie wie inwiefern lege ich jetzt wirklich wert darauf homogene Kostengruppen zu  
456 schaffen und und und und das und je mehr Informationen ich dann da drin habe, desto schwerer  
457 handhabbar ist das dann auch das Problem, also ist auch das System weil ich dann einen solchen  
458 Dokumentationsaufwand habe das das selber zum Problem wird. #00:47:12–69#

459 **I:** Wird es denn vielleicht helfen so ne Komplexpauschale und dann noch so ne Erfolgsabhängige  
460 Pauschale, also das es der Gesundheitsprozess also vergütet wird? #00:47:24–70#

461 **B:** Ja das sind jetzt so ganz viele Einzelschlüsse. Also ich sag jetzt mal so: Ich halte nichts wirklich  
462 von der Erfolgs, also bei der Einzelleistungsvergütung. Da machen die Ärzte alle krank und bei der  
463 Erfolgsvergütung machen die alle gesund. Und und das ist eben das generelle Problem, wie kann ich  
464 sag ich jetzt Mal verschiedene Logiken sag ich jetzt Mal medizinische Versorgung, oder  
465 Gesundheitsversorgung auf der einen Seite und dann und dann finanzielle Logiken also das eben das  
466 von mir aus auch legitime Interesse auch mehr Geld zu verdienen, wie kann ich das möglichst  
467 unfallfrei miteinander in Einklang bringen? Und und ich halte ich glaube auch nicht, dass das kommen

468 wird ich glaube, man wird aller Voraussicht nach versuchen diese das zu machen, was jetzt im  
469 Koalitionsvertrag drin steht, dass man an den DRGs festhält und versucht so identifizierte  
470 Fehlsteuerungen die sag ich jetzt mal nen bisschen zu korrigieren. #00:48:24–71#

471 **I:** Was möchten Sie noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur sektorenübergreifenden  
472 Versorgung sagen, was bislang noch nicht angesprochen worden ist? #00:48:35–72#

473 **B:** (...) fällt mir eigentlich jetzt nichts mehr ein, so also ja. Ja ist jetzt, ich hab nix, fällt mir nichts zu  
474 ein. #00:48:50–73#

475 **I:** Gut, ja Herr Prof. Dr. Dr. [...] danke für das Gespräch #00:48:54–74#

476 **B:** Ja ich weiß nicht ob ich Ihnen jetzt wirklich helfen konnte aber. #00:48:57–75#

**Interviewpartner 02 (22.05.2014)**

1 **I:** Herr Dr. [...] sie sind Prof. am RheinAhrCampus in Remagen und haben dort das Lehrgebiet der  
2 Integrierten Versorgung. Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit sektorenübergreifender  
3 Versorgung gemacht? #00:00:13-0#

4 **B:** (...) in meinem Erstberuf war ich zu dem Zeitpunkt als ich mit der Professur begonnen habe  
5 Mitarbeiter in der Zentrale der Marienhaus GmbH in Waldbreitbach bzw. später dann auch  
6 Verbunddirektor eines unserer Krankenhäuser und habe selber mit als Krankenhausdirektor mit vielen  
7 Ansätzen zur sektorenübergreifenden Versorgung unmittelbar zu tun gehabt. (...) wenn ich jetzt  
8 antworte, habe ich zwangsläufig natürlich die von mir erfundene Definition von  
9 Versorgungsintegration im Kopf und wenn ich diese durchscanne und auch die Themen die ich meinen  
10 Studenten unter dieser Überschrift vermittele, dann habe ich mit fast allen Teilthemen unmittelbar oder  
11 mit vielen Teilthemen zu tun gehabt. IV-Vertrag, DMP, spezielle ambulante Palliativversorgung,  
12 ambulantes Operieren, Ärztehaus, Ärztenetz, Ermächtigung für Krankenhausärzte, Belegarztwesen.  
13 #00:02:02-1#

14 **I:** Auch mit anderen Versicherungszweigen also Reha- und Pflegeträgern oder eher? #00:02:07-2#

15 **B:** Es kommt drauf an wie man es definiert ich selber subsumiere ja auch das Bilden von, ich hab es  
16 jetzt bei meinem Unterricht irgendwann einmal, Klinikketten genannt, ich subsumiere die Idee von  
17 Kettenbildung auch unter diesem Oberbegriff und da wir bspw. ein Standort übergreifendes Geriatrie-  
18 Zentrum entwickelt haben mit dieser Versorgungskette Konzil, akut, Reha, bis hin zum Pflegeheim  
19 kann man das auch darunter subsumieren ja. #00:02:46-3#

20 **I:** Ich habe mich jetzt für den Begriff der Vernetzten Versorgung entschieden, weil Integrierte  
21 Versorgung ja immer eine Doppeldeutigkeit hat, das haben Sie in Ihrem Artikel auch schön dargelegt.  
22 Jetzt soll die Vernetzte Versorgung Sektoren- und Versicherungszweige übergreifend sein, also  
23 Medizin, Pflege, Reha, populationsbezogen, patientenorientiert und möglichst regional arbeiten. Was  
24 halten Sie von dem Konzept bzw. von der Bezeichnung Vernetzte Versorgung? #00:03:18-4#

25 **B:** (...) also der Begriff der Vernetzten Versorgung ist nicht falsch oder ich kann auch umgekehrt  
26 sagen, ist gut, wenn klar definiert ist, was man darunter versteht. Ich sehe die Definition noch nicht.  
27 Ich versuche das jetzt einmal für mich zu übersetzen. Hier müsste jetzt also stehen unter Vernetzter  
28 Versorgung versteht Herr Uner ein Sektoren- und Versicherungszweige übergreifendes,  
29 populationsbezogenes Set von kooperierenden Versorgungsleistungen, welches patientenorientiert und  
30 regional arbeitet Punkt so. Würde ich sagen, kann man so machen. #00:04:12-5#

31 (...) kann man deswegen auch gut machen, weil hier schon ein inhaltlicher Schwerpunkt gesetzt ist.  
32 Nämlich die Populationsbezogenheit und wenn ich da auch wieder so die verschiedenen Sachen



33 durchscanne, die ich kenne, dann würde meinerwegen sowas wie Gesundes Kinzigtal als quasi  
34 Blaupause gelten? #00:04:47–6#

35 **I:** Unter anderem ja. #00:04:49–7#

36 **B:** Ja, aber ich sag das mal ein IV–Vertrag für Hüftpatienten, die hier operiert und dann dort in der  
37 Reha versorgt werden nicht oder nicht so sehr. #00:05:02–8#

38 **I:** Das könnte man z.B. als ein Programm in diesem ganzen Konzept dann unterbringen. #00:05:08–9#

39 **B:** Genau. Also insofern kann man diesen Begriff Vernetzte Versorgung für das so wie sie es hier  
40 beschreiben (...) den kann man dafür gelten lassen ja. #00:05:25–10#

41 **I:** Wenn Sie jetzt ein Idealbild von sektorenübergreifender Vernetzung aufzeigen müssten, welche  
42 Voraussetzungen oder Merkmale muss denn eine sektorenübergreifende Versorgung auf jeden Fall  
43 beinhalten? #00:05:36–11#

44 **B:** (...) also mal ganz kurz versprochen das gibt's so nicht und das ist auch eine Frage von Sichtweise.  
45 (...) weil (...) der Begriff einer, also der Versorgungsbegriff, ist ja schon einer der zu hinterfragen ist.  
46 Den könnte man auch in meiner eigenen Definition hinterfragen, aber wir reden ja hier über ihre  
47 Sachen. Weil dieser Versorgungsbegriff implizit eine Hierarchie beinhaltet, nämlich die Hierarchie  
48 von einem der versorgt und einem der versorgt wird. Das Füllhorn von sozialen Wohltaten wird  
49 ausgegossen oder so etwas. Und deswegen kann man bei dieser Frage Nr. 3 eigentlich nur ein Idealbild  
50 definieren, wenn man klärt aus welcher Sichtweise, aus welcher Interessenslage heraus, das denn zu  
51 definieren sei. Und wenn ich bspw. sage, ich betrachte das von oben von Verantwortlichen, die für ein  
52 meinerwegen Gesundheitssystem zuständig sind, dann fällt meine Antwort anders aus, als wenn ich  
53 bspw. als privater Bürger versichert bin und sollte mal Ideal beschreiben wie es aussehen muss.  
54 #00:07:34–12#

55 **I:** Wenn Sie jetzt mal davon ausgehen, Sie sollten als Bundesregierung oder als Gesundheitsminister  
56 sagen, wie solche Netze aussehen sollten, also schon aus Sicht wie das System funktionieren könnte  
57 und nicht aus Bürgersicht. #00:07:45–13#

58 **B:** (...). #00:07:57–14#

59 **I:** Braucht es da vielleicht unbedingt. #00:07:59–15#

60 **B:** Nein das ist schon d'accord ich kuck hier nur ihre eigene Definition an. (...) effizient, effektiv,  
61 patientenorientiert. Diese Regionalität sehe ich deswegen als nicht zwingend an für das Idealbild, weil  
62 ich glaube das durch IT, Internet, e–Health die Frage von Regionalität vermutlich weniger wichtig  
63 werden wird. Ja da kann ich mir auch vorstellen vernetzte Angebote zu kreieren, die mit Regionalität  
64 nicht zu tun haben. #00:08:50–16#

65 **I:** Also eher kleinere Krankenhäuser, die mit ner großen zusammenarbeiten und dann zum Beispiel  
66 über Telemedizin bestimmte Angebote anbieten? #00:08:56–17#

67 **B:** Ja oder auch ich sag das mal so ich kann mir ja auch Vernetzte Versorgung meinetwegen  
68 bundesweit für ein bestimmtes Krankheitsbild vorstellen. Das ist in Zeiten von e-Health ist das  
69 möglich es muss nicht unbedingt regional sein. Ja und wenn ich den Transrapid hätte in Deutschland,  
70 dann könnte ich auch eine spezielle Krankheit locker vom Hocker nur noch in Heidelberg behandeln,  
71 dann bräuchte ich mir hier um die Ecke herum keine Gedanken machen. Ja also insofern schränke ich  
72 aus meiner Sicht diese zwingend (...) also diesen Begriff von Regionalität als zwingende ich sag das  
73 mal Kriterium, zwingendes Kriterium für das Idealbild ein bisschen ein. Ansonsten effektiv, d.h. eine  
74 gute Qualität zu vertretbarem Ressourcenaufwand, Effizienz, was den Menschen der Probleme hat,  
75 den Patienten, so wie Sie in hier beschreiben ins Zentrum stellt. Deswegen diese drei Aspekte.  
76 #00:10:10–18#

77 **I:** Zurzeit ist ja die sektorenübergreifende Versorgung noch eher in einem Nischendasein in  
78 Deutschland, woran, glauben Sie das es in Zukunft eine weitere Verbreitung dieser Form geben wird  
79 und woran machen Sie das fest? #00:10:24–19#

80 **B:** Ich glaube, dass die Frage ob sich sektorübergreifende Versorgungen weiter entwickeln können  
81 oder nicht im Wesentlichen, das geht dann schon in die weiteren Fragen über aber trotzdem eine Frage  
82 des Anreizes ist. Ich behaupte, das wir zwar immer das Wort Qualität und so etwas im Munde führen  
83 je abstrakter die Diskussion geführt wird, je professoraler, dass es aber in Wirklichkeit, was die  
84 Anreize angeht, in aller erster Linie ums Geld geht. D.h. wenn ich die wirtschaftlichen Anreize ob  
85 positiv oder negativ gesetzt in Bezug auf sektorenübergreifende Versorgungsansätze um sie mal so zu  
86 bezeichnen entsprechend platziere, dann erziele ich auch damit eine Wirkung das diese Sache nämlich  
87 gefördert oder nicht gefördert behindert werden. Ich kann Ihnen da jetzt gerne ein paar Beispiele  
88 aufzählen. #00:11:50–20#

89 **I:** Sehr gerne. #00:11:51–21#

90 **B:** Dann fangen wir mal mit dem Klassiker an. IV-Verträge 2003 Anschubfinanzierung 1% bis 2008.  
91 Die Folge waren 7.000 IV-Verträge. Seit 2009 keine Anschubfinanzierung mehr, die Anzahl der  
92 verbliebenen IV-Verträge kann ich Ihnen nicht sagen, obwohl ich meines Wissens nach der einzige  
93 Professor in Deutschland bin, der auf seiner Visitenkarte Integrierte Versorgung stehen hat. Ich weiß  
94 es nicht. Niemand weiß es. #00:12:23–22#

95 **I:** Es zählt keiner mehr. #00:12:24–23#

96 **B:** Ja, das ist ein Jammer, dass keiner mehr zählt. Ich schätze mal es werden unter 1.000 sein. Aber das  
97 ist jetzt wirklich reines Ratespiel. Ich war so ein ganz klein bisschen seinerzeit 2005/06 als die  
98 entsprechenden Gesetze und ne Reform war mal wieder dran, verhandelt wurden in Berlin, wirklich so  
99 ein bisschen am Rande auch an Gesprächen beteiligt wo es eben um diesen Aspekt des  
100 Gesetzgebungsverfahrens ging. Und ich habe mich z.B. damals dafür starkgemacht, das exakte

101 Gegenteil zu tun, ich habe gesagt nicht 1% abschaffen, sondern jedes Jahr 1% dazu tun. 2%, 3%, 4%  
102 und zwar auch immer gegenfinanziert aus den eigenen Budgets. Dann wären wir heute bei 15%  
103 ungefähr. Ob das alles so politisch durchsetzbar gewesen wäre, mag mal dahingestellt sein, aber dann  
104 hätten wir definitiv 15% Marktanteil integrierter Versorgungsverträge an der ambulanten und  
105 stationären Versorgung in Deutschland. Zweites Beispiel FDP Gesundheitsminister Bahr, der eine  
106 Höhervergütung bei der hausarztzentrierten Versorgung abgelehnt hat und in irgendein  
107 Gesetzesvorhaben den Passus eingebracht hat wonach die Vergütung in den Hausarztverträgen nicht  
108 mehr höher sein durfte als in der Regelversorgung. Da war eigentlich in dieser Sekunde die  
109 hausarztzentrierte Versorgung tot. So und dann können sie hingehen und können eigentlich alle diese  
110 Ansätze durchdeklinieren, wobei es allerdings auch welche gibt, Ansätze zur sektorenübergreifenden  
111 Versorgung, die wo sie keine Extraverträge brauchen, wo es aber trotzdem, wo sie aber Anreize setzen  
112 können, z.B. in denen sie Krankenhäusern ermöglichen ein MVZ zu besetzen oder indem sie  
113 Krankenhäuser über das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ermöglichen Ärzte in Teilzeit anzustellen.  
114 Wenn sie solche auch wirtschaftlich spannende Anreize setzen und sie gewähren, laufen lassen, dann  
115 entwickeln die sich auch automatisch. #00:15:30–24#

116 **I:** Automatisch? Oder muss es irgendeine Organisation geben, die so etwas macht? Also ich hab in  
117 anderen Interviews kam immer auf, die Player fehlen, also wer es machen könnte. #00:15:37–25#

118 **B:** Die Player sind alle vorhanden. Ich baue dann eher auf die auf wirtschaftliche oder auf die Lust der  
119 Menschen und auch der Institutionen wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Und wenn man diesen Playern  
120 grade den Leistungserbringern, aber auch teilweise den Kostenträgern diese Anreize überlässt und  
121 richtig setzt und auf Dämlichkeiten verzichtet seitens der Politik, dann entwickelt sich das schon. Ja  
122 Dämlichkeiten als Beispiel die Regel, die man seinerzeit den ganzen DMPs auferlegt hat, ja dass das  
123 Bundesversicherungsamt jedes Komma prüfen musste und 7.000 dieser DMPs ein Schwachsinn  
124 sondergleichen, bei sieben Krankheitsbildern, ich hab ja nichts gegen Konkurrenz von guten Produkten  
125 aber dann hätten vielleicht ich sag das jetzt mal 10 DMPs pro Krankheitsbild Konkurrenz zueinander  
126 schon getan. #00:16:49–26#

127 **I:** Könnte es denn z.B. über zinslose Darlehen der KfW-Bank funktionieren, dass man den  
128 Krankenkassen ein bestimmtes Budget zur Verfügung stellt, was sie erst in 5 Jahren wieder  
129 zurückzahlen müssen? #00:17:02–27#

130 **B:** Nein, das glaube ich nicht. Ich glaube das Geld muss aus dem System selber kommen oder ich bin  
131 als Politik bereit für dieses Thema bewusst Geld in das System herein zu geben. #00:17:17–28#

132 **I:** Also wie der Innovationsfonds zum Beispiel? #00:17:20–29#

133 **B:** Sowas in der Art. Das könnte ich mir vorstellen, das man sagt es gibt für zusätzliche gute Ideen  
134 zusätzliches Geld, da muss ich natürlich für Nachhaltigkeit sorgen. Weil wenn ich Geld für ich sag

135 einmal einmalige Aktionen bereitstelle, dann verführe ich ja bei dem Leistungserbringerbereich dazu  
136 das Leistungserbringungsressourcen aufgebaut werden, also ich stelle Mitarbeiter ein. Ich bau  
137 irgendwas. Dafür habe ich vielleicht aus solchen Fonds Mittel bekommen. Joa, und dann geht es in den  
138 Routinebetrieb und dann muss ich die Betriebskosten decken und dann ziehen sich die Fonds zurück  
139 und sagen, das mach mal mit den Routinekostenträgern, den Krankenkassen aus, die sagen aber  
140 irgendwann mal, ich hab keine Lust mehr und kündigen vielleicht irgendeinen Versorgungsvertrag von  
141 irgendwas und dann sitze ich als Leistungserbringer auf meinen Strukturen und kucke dumm aus der  
142 Wäsche. #00:18:18–30#

143 **B:** Weil das Geld einfach nicht mehr das ist. #00:18:20–31#

144 **I:** Wie das Geld nicht mehr da ist. D.h. wenn man so etwas mit zusätzlichem Geld in die Wege leiten  
145 will, ja aber dann bitte nachhaltig. Ansonsten würde ich immer eher dafür plädieren, dass das Geld aus  
146 dem vorhandenen System selber kommt und umgesteuert wird. Jetzt muss man dazu sagen, ich habe  
147 früher auch in Waldbreitbach ja für letztendlich Krankenhausunternehmen gearbeitet und tue das ja  
148 hier in Essen auch und wenn ich Ihnen diese Antwort gebe, dann ist dass die Antwort des Professors,  
149 wenn ich als Krankenhausmanager antworte, dann hätte ich natürlich gerne für meinen Bereich mehr.  
150 Ja aber so differenziert will ich hier wirklich auch mal sein sagen, aus der Idee heraus tut es die in den  
151 Budgets mögliche Umverteilung. #00:19:17–32#

152 **B:** Könnte es denn z.B. sein das Netzwerkmanagement als Solches vergütet wird? Z.B. das es in den  
153 DRGs beinhaltet wird oder extra pauschal vergütet? #00:19:27–33#

154 **I:** Ich halte das, ich halte das sogar letztendlich am Ende des Tages, ich will nicht sagen für die fast  
155 einzig vernünftige Form aber, aber eigentlich geht es in diese Richtung. Ich will das auch begründen.  
156 Ich habe einiges an IV, Verträgen erlebt und auch zig Abschlussarbeiten etc. in diesem Bereich betreut  
157 und auch Analysen gesehen, wo Krankenkassen ihre Sachen ausgewertet haben beispielsweise und  
158 dort konnte man feststellen, dass die originäre medizinische Leistungserbringung, ob ambulant oder  
159 stationär, sagen wir mal in der Qualität sich auf IV- oder Regelsystem nicht großartig voneinander  
160 unterschieden hat. Dass aber sehr wohl ein guter Effekt zu erzielen war, wenn es beispielsweise sowas  
161 wie einen Case Manager, einen Netzmanager oder sowas gab, der diese Schnittstellenproblematik  
162 irgendwie bearbeitet hat, der den Patienten gemanagt hat, der für reibungslose Abläufe gesorgt hat, für  
163 rasche Terminvergaben, für das Beschaffen der Informationen etc. und ich glaube inzwischen, dass das  
164 der eigentliche Benefiz von solcher meinerwegen sektorenübergreifender Versorgung ist. Also im  
165 besten Sinne ein Case-Management, ein Disease-Management, ein Fallmanagement oder so etwas, von  
166 mir aus auch nennen Sie es Quartiermanagement. #00:21:16–34#

167 **B:** Also ein Kümmerer, der sich. #00:21:18–35#

168 **I:** Kümmerer ja jedweder Art und wenn ich hingehen würde und würde sagen die übrige  
169 Leistungserbringung läuft ab wie sie immer abläuft und der Kümmerer kümmert sich, dass es besser  
170 läuft, dann würde das wahrscheinlich vom Ergebnis, das meine erbringen und jetzt muss man fragen  
171 welches Ergebnis denn und nach welcher Kriterien genau nach denen wir vorhin gekuckt haben  
172 Effizienz, Effektivität, Patientenorientierung, d.h., das System würde damit nicht billiger werden, denn  
173 Wartezeiten etc. kosten eine Krankenkasse kein Geld, wohl aber die Menschen, aber ich glaube in der  
174 Patientenorientierung und auch ich sag das mal in ner subjektiven Qualität Kundenzufriedenheit,  
175 würde es erhebliche Effekte haben. #00:22:18–36#

176 **I:** Wie was gibt's denn noch für andere Hemmnisse jetzt außer den Finanzen, die Integrierte  
177 Versorgung oder sektorenübergreifende Versorgung hemmen also z.B. Bürokratie oder andere  
178 Probleme? #00:22:28–37#

179 **B:** (...) ganz gewiss jetzt speziell aus dem Krankenhausbereich, weil die sich ja sehr viel damit  
180 befassen einige bürokratische Hemmnisse in der Tat. Die fehlenden Anreize hatten wir. Bürokratisches  
181 Hemmnis ist beispielsweise, dass ich als MVZ bisher zumindest zwingend interdisziplinär  
182 fachübergreifende Fachärzte haben muss, dann eben mindestens zwei. Ich weiß auch warum man sich  
183 das vor 10 Jahren einmal ausgedacht hat. Aber eigentlich warum soll ich nicht wenn irgendwo ein  
184 chirurgischer Kassenarztsitz frei ist den nicht einfach in ein MVZ überführen können als Krankenhaus  
185 anstatt dessen muss ich den Schwachsinn machen und muss irgendwie einen Nuklearmediziner  
186 erfinden nur damit ich fachübergreifend arbeite, und das ist dämlich hoch drei, da gibt es bürokratische  
187 Hemmnisse. Es gibt bestimmt auch Klarstellungen die im Strafrecht erforderlich sind, Stichwort  
188 Zuweisung gegen Geld, weil man je nachdem man solche Vernetzungen aufbaut, dann schnell in die  
189 Bredouille kommen kann. Ich brauche Klarstellungen in der Sozialgesetzgebung beispielsweise was  
190 die Beschäftigung von Honorarärzten angeht, da gibt's ja Kassen die zahlen nicht wenn ich einen  
191 Honorararzt hab operieren lassen. Also solche Sachen fasse ich jetzt einmal unter Bürokratie und  
192 Juristerei, da wird es aber immer etwas geben, was man besser machen kann. Das sind Hemmnisse.  
193 #00:24:10–38#

194 **I:** Inwieweit sind auch die Institutionen, also z.B. jetzt auch im Besonderen die KV als Blockierer  
195 anzusehen oder auch Krankenkassen, dass die das einfach nach dem bisherigen Schema ablaufen  
196 lassen wollen und gar nichts Neues im System wollen? Es kam jetzt immer so aus der Praxis dass die  
197 KVn eigentlich die Blockierer die IV sind. #00:24:33–39#

198 **B:** (...) das hat zwei Gründe. Einmal hat das etwas damit zu tun, das man bestimmten Institutionen in  
199 unserem Selbstverwaltungssystem nun mal bestimmte Rechte einräumt. Und wenn man beispielsweise  
200 den KVn in solchen Fragestellungen quasi Vetorechte einräumt, dann darf man sich nicht wundern,  
201 dass die ihre Interessen wahrnehmen und dann diese Vetorechte auch ziehen. Wenn ich das nicht will,

202 meinetwegen aus Sicht einer Gesundheitspolitik, dann kann ich das in ein Gesetz reinschreiben, das in  
203 der Fragestellung XY die Rolle der KVn ausdrücklich außen vor ist. Ich hab das jetzt nicht im Kopf  
204 aber es könnte jetzt zum Beispiel ich weiß das jetzt wirklich nicht ausm Kopf, es könnte sein, das es  
205 sinnvoll wäre bei dieser ganzen Frage rund um ASV 116b die KVn rauszuhalten, weil sie das Ganze  
206 nur verschlimmbessern. Nur mal so als Beispiel ja oder irgendwelche Fachverbände. Das habe ich als  
207 Gesetzgeber im Griff. Was ich finde, was man den KVn und auch Krankenhausgesellschaften etc.  
208 nicht vorwerfen kann, also man kann es ihnen vorwerfen, aber ich finde das Quatsch, dass sie ihre  
209 Arbeit machen und, wenn die KVn nun mal neben mittelbarer Staatsgewalt auch noch Ärztevertretung  
210 sind, ja und es um irgendein IV-Modell gegen die Kassenärzte geht, dann ist doch klar, dass die  
211 dagegen sind. #00:26:16–40#

212 **I:** Gibt's denn in Deutschland vielleicht auch eine große Angst davor, dass das System immer privater  
213 wird, also immer mehr? #00:26:22–41#

214 **B:** Natürlich, ja definitiv, also witzigerweise genau gestern im Unterricht habe ich meinen Studenten  
215 nahe gebracht wir hatten 98 bei Rot–Grün eine Aufbruchsstimmung nach 16 Jahren Kohl und diese  
216 Aufbruchsstimmung erfasste auch das Gesundheitswesen, wir müssen die Fenster aufreißen und  
217 frischen Wind durch das Gesundheitswesen blasen. Und wir hatten da exakt zur gleichen Zeit eine  
218 neoliberale Hype in der Politik und die hat dazu geführt, dass sich Rot–Grüne Gesundheitspolitiker an  
219 die Spitze der Ökonomisierung des Gesundheitswesens gesetzt haben. Also wenn sich eine eine grüne  
220 Gesundheitsministerin hinsetzt, hinstellt und über die DRGs schimpft, dann müsste ich ihr sagen,  
221 hören sie mal Frau Steffens, ihre eigene Amtsschwester hat das erfunden, jetzt tun sie doch nicht so. Ja  
222 also diese damals ist das ganz bewusst gesetzt worden und was man den Politikern von damals  
223 vorwerfen kann, das ist ihre Blauäugigkeit, denn wenn ich 1%–Anschubfinanzierung mache, dann  
224 rennen alle los und wollen das Prozent haben. Da rennt keiner los und will tolle, gute IV–Verträge  
225 haben, sondern da rennt jeder los und will das Prozent haben. Dann muss ich eben in Kauf nehmen,  
226 dass in Gottes Namen ein Teil eben dieser dann erfundenen IV-Verträge dann halt Schrott ist. Ja gut  
227 aber was solls denn, ja aber ich kann das letztendlich niemandem vorwerfen, finde ich zumindest.  
228 #00:28:28–42#

229 **I:** Inwieweit sind da auch ich hab das jetzt einmal Ständeproblematiken genannt, also die Ärzteschaft  
230 als solches. #00:28:33–43#

231 **B:** Definitiv, denn es ist so, das in dem Moment, wo wir das haben wir ja gerade so ein bisschen  
232 herausgearbeitet die Idee des ich sag jetzt mal des Netzmanagements diskutiere und das kann man  
233 durch ganz quer Beet durch viele dieser Ansätze ziehen stellt sich dann sofort die Frage wer das  
234 eigentlich machen soll und an dem Beispiel kann man es gut festmachen, die Ärzteschaft betont für  
235 sich das Recht dieses Netzmanagements angeblich im Sinne ihrer Patienten wahrzunehmen und sagen

236 der Hausarzt ist der Lotse. Was ist wenn die Schwester AGnES das macht? Oder der Pfleger Dings  
237 Kirchen oder wenn das einer am Sozialamt macht. Dann ist das Geschrei aber groß. Und deswegen  
238 sind ganz bestimmt die Ärzte welche, die mit ihrer Standespolitik eine Klientelpolitik betrieben haben  
239 und immer noch betreiben. Und wenn Sie vorhin die KVn ansprachen, dann kommen die Verweigerer  
240 und die Blockiererhaltung ja genau aus dieser Ständesicht heraus. Ja nun so ist es nun mal. Wenn ich  
241 möchte, dass ich verkammerte Berufe habe, dann darf ich mich nicht wundern, dass diese Kammern  
242 dann auch Macht haben, dann muss ich mir überlegen wie mein ich sag das mal Gemeinwesen  
243 organisiere. Ja aber natürlich hat diese Tatsache das Ärzte nen Stand sind, verkammert sind, damit sehr  
244 viel Macht haben nicht unbedingt positive Wirkungen auf diese vernetzten Sachen. Weil wenn es um  
245 Vernetzungen geht, geht es ja auch eventuell darum, das ein anderer Steuerungshoheiten übernimmt.  
246 Das haben Ärzte gar nicht gern. #00:30:33–44#

247 **I:** Wichtig ist ja auch bei vernetzten Versorgungsstrukturen oder auch sektorenübergreifend immer  
248 technische Unterstützungsmittel. Sie hatten eben schon gesagt Telemedizin. Jetzt kommt die  
249 elektronische Gesundheitskarte irgendwann mal vielleicht, sollte aber schon lange im Einsatz sein.  
250 Gerade mit so technischen Hilfsmitteln welche Widerstände gehen denn da auf uns ein? #00:30:52–  
251 45#

252 **B:** Ich glaube einmal das in dem Moment, wo ich erkenne, dass ich über e–Health, vernetzte  
253 Elektronik, vernetzte Gesundheitselektronik andere eine Steuerungshoheit bekommen können, dann  
254 fange ich an genau aus diesem Grund gegen diese technische Mittel zu wettern und ich vermute das  
255 der Widerstand der Ärzteschaft gegen die elektronische Gesundheitskarte genau daraus resultiert. Ganz  
256 bestimmt ist es richtig auch vor dem gläsernen Patienten zu warnen. Also die Möglichkeiten, die ich  
257 über elektronische Fallakten, auf Serverfarmen in Nordschweden, auf die jeder zugreifen kann, habe,  
258 also wenn da alle meine Daten an wen auch immer gelangen, ob`s mein Arbeitgeber oder wen auch  
259 immer, Kriminelle oder was ist auch völlig egal, das ist schon nicht unerheblich. Der gläserne Patient  
260 ist etwas, also da muss man sich schon wirklich überlegen, ob man das alles will. Aber was für die  
261 Ärzteschaft in dem Zusammenhang viel gefährlicher ist, ist ja nicht der gläserne Patient, sondern das  
262 ist der gläserne Ablauf. Die Transparenz im Geschehen, das ist für den Arzt das Gefährliche. Ich habe  
263 tatsächlich vor wenigen Tagen was das Thema angeht, ein echtes Aha–Erlebnis gehabt. Und hab ich  
264 gedacht jetzt hast du es kapiert. Ich hab nämlich einen Artikel gelesen über das Bankenwesen und über  
265 neue internetgestützte Formen beispielsweise des Kreditmanagements, der Sofortkredit innerhalb von  
266 60 Sekunden aufs iPhone oder sowas, sowas solls wohl jetzt schon in Ansätzen alles geben. Und in  
267 dem Moment habe ich mir gedacht, vielleicht ist das, was ich meinen Studenten erzähle, obwohl ich  
268 meine, dass es extrem modern wäre, alles Schnee von gestern, vielleicht ist die elektronisch vernetzte  
269 Gesundheit, dass was demnächst das führende Thema ist. Also vielleicht ist sogar ihr Thema, bei allem

270 Respekt, auch schon veraltet und mit regional, deswegen habe ich da vorhin Kritik angebracht,  
271 vielleicht ist das was sich auch in Gesundheitsversorgung abspielt demnächst, ich sag das jetzt mal  
272 zweigeteilt, nämlich alles was mit Information zu tun findet irgendwo im Netz statt, in der Cloud, in  
273 der der Gesundheits-Cloud und lokal, also da wo der Patient ist. Also Lieschen Müller zuhause mit der  
274 Zuckerkrankheit und vielleicht mit 1.000 Sensoren oder Lieschen Müller in der Arztpraxis oder  
275 Lieschen Müller im Krankenbett irgendwo auf ner Station und alles andere drum herum, auch das was  
276 Sie hier vielleicht schildern gibt es gar nicht mehr, weil das irgendwo alles in einer Wolke schwebt.  
277 Und ich glaube seit wenigen Tagen, das es in diese Richtung gehen wird. Ich habe also eine eine ganz  
278 radikal örtliche Gesundheitsversorgung, also der Mensch, der hier sitzt und dem hier Blut  
279 abgenommen wird oder der dort operiert wird, ganz lokal und um diesen Menschen herum habe ich  
280 wirklich eine ja kann man fast sagen Galaxienweise Cloud, Datencloud, in der er sich bewegt.  
281 #00:35:16-46#

282 **I:** Jetzt gibt's hier gerade in NRW nen Gegenmodell dazu, weil Sie haben ja gesagt Severfarmen, das  
283 kann natürlich ein großes Problem sein, das ist eine dezentrale Patientenakte über einen USB-Stick,  
284 ich weiß ob Sie das kennen aus Siegen? #00:35:29-47#

285 **B:** Ja hab ich von gehört, klar kann man machen aber wird sich nicht durchsetzen. #00:35:34-48#

286 **I:** Einfach weil es dezentral ist? #00:35:36-49#

287 **B:** Ja einfach deswegen, weil weil weil der Trend der die ich sag jetzt mal Lebenswirklichkeit  
288 außerhalb von Gesundheit sich in eine andere Richtung entwickelt. Ja also ich hätte es nicht für  
289 möglich gehalten, das ich innerhalb von drei oder vier Jahren zu einem iPhone Junkie geworden bin  
290 und zwar rund um die Uhr. Ich halt mich nicht für süchtig oder sowas aber das managt mein Leben,  
291 das ist so, ja und ich denke mal so ähnlich ist es im Bereich Gesundheit genauso und dann kann man  
292 mal solche Niedlichkeiten machen wie das mit dem USB-Stick, das funktioniert dann auch eine  
293 gewisse Zeit aber ich sag das mal diese diese Welle ja die kommt, die überrollt das und da kanns auch  
294 glaube ich, dann dann es gibt dann so Rückzugsscharmützel, das man dann vielleicht nen Gesetz  
295 macht, dass das andere verboten ist oder so aber dann ist das eine Frage der Zeit bis eben diese diese  
296 elektronische Wolke einen umhüllt. #00:36:44-50#

297 **I:** Bis vielleicht auch die Generation die jetzt noch ein bisschen jünger ist und irgendwann auch altert.  
298 #00:36:47-51#

299 **B:** Zum Beispiel ja. #00:36:48-52#

300 **I:** Was gibt's denn für Vorteile überhaupt das Leistungserbringers überhaupt in solche  
301 Versorgungsnetzwerke zu kommen, außer jetzt mal die Finanzielle, gibt es da irgendwelche Anreize,  
302 die es da gibt sich da anzuschließen? #00:37:02-53#



303 **B:** Ja einmal Markt ist natürlich auch wieder ein Anreiz, dass ich irgendwie eine Markterweiterung  
304 eben vornehmen kann, ich glaube aber bei aller Gläubigkeit an den Euro also an den wirtschaftlichen  
305 Anreiz, glaube ich aber weiterhin auch daran, dass der Leistungserbringer zumindest mal, also  
306 beispielsweise der Arzt, die Krankenschwester wer auch immer der Physiotherapeut oder so dass es  
307 denen, die Gesundheitsleistungen erbringen, Dienstleistungen erbringen, in der Regel auch wirklich  
308 um das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen geht. Und wenn ich nicht gerade eine beispielsweise  
309 Klientel- oder Standespolitik mache oder so etwas, bin ich immer daran interessiert, dass z.B. meine  
310 nachbehandelnde Instanz gut informiert ist. Also ich behalte normalerweise nicht Informationen  
311 bewusst, gezielt vor. Das mache ich vielleicht schon mal um einen Fehler zu vertuschen, Kunstfehler  
312 nicht aufgedeckt zu haben oder so etwas in den ich irgendwelche Sachen vielleicht nicht dokumentiere  
313 oder sowas ja schon, weil ich mich da vielleicht selber schützen will oder so, das ist dann war nicht  
314 richtig aber das kann passieren. Aber ich glaube schon, der Hausarzt möchte, wenn er seinen Patienten  
315 zum Facharzt schickt, dass ihm dort gut geholfen werden kann und wenn ich die  
316 Informationsübermittlung besser organisiert kriege z.B. über ein Ärztenetz oder ein Ärztehaus oder die  
317 unmittelbare Weiterversorgung aus dem MVZ oder Krankenhaus reibungsloser hinkriege, dann ist das  
318 etwas, was auch den Leistungserbringer erfreut, was ihn auch motiviert für seine Arbeit. Und das sehe  
319 ich als einen Benefiz an und das gilt jetzt speziell für die Ärzte, wir haben definitiv einen Ärztemangel  
320 und wir werden da noch die Katastrophen erleben in den nächsten Jahren und Jahrzehnten. Und es  
321 wird sinnvoll sein, dass man Ärzte primär mit der ärztlichen Heilkunst betraut. Also dem klinischen  
322 Blick auf der Zuwendung zu dem Menschen und da kann die sektorenübergreifende Vernetzte  
323 Versorgung helfen, den Arzt von dieser Managementaufgabe, Lotsenaufgabe zu entlasten. Das könnte  
324 man z.B. da kann man auch wieder wirtschaftliche Anreize setzen, in dem man sagt diese diese  
325 Managementfunktion, die wird schlechter vergütet und ich ermögliche anderen Berufsgruppen oder so  
326 etwas diese Managementfunktion wahrzunehmen und die originär ärztlichen Leistungen über  
327 Punktesysteme oder so höhervergütet, dann hat der Hausarzt oder auch der Facharzt sofort den Anreiz  
328 die medizinische Spezialleistung zu erbringen und diese anderen Sachen zusammen, ach das kann  
329 dann der Sozialarbeiter machen. Ja und Schwups triggert das und das könnte ich mir vorstellen, dass  
330 das so abläuft. #00:40:46–54#

331 **I:** Gibt es denn aus Ihrer Sicht Alternativen für eine sektorenübergreifende Versorgung? #00:40:49–  
332 55#

333 **B:** Ja die Versorgung so wie wir sie jetzt haben, die Regelversorgung. Ich behaupte, dass wir auf  
334 einem sehr hohen Niveau jammern, das zwar die Sektorentrennung sagen wir mal als Beispiel  
335 zwischen ambulant hier und stationär da oder auch Gesundheit hier, Pflege da usw. dass das zwar  
336 Nachteile hat die man auch versucht mit solchen vernetzten Angeboten zu optimieren, aber ich glaube,

337 dass diese Systeme im Grunde genommen ganz gut funktionieren. Und das ist jetzt ein vielleicht ein  
338 organisationstheoretischer, systemtheoretischer Ansatz mit dem ich antworte, wenn ich wenn ich  
339 Vernetzte Versorgung organisiere, dann stoße je nachdem wie ich das aufbaue, auch in der Cloud  
340 übrigens, irgendwann mal an Komplizitätsgrenzen und dann muss ich neue Grenzen einziehen. Und  
341 diese Grenzen sind die Schnittstellen von Morgen. Und da soll mir doch keiner erzählen dass dann auf  
342 einmal alle Schnittstellen weg wären. Ich habe in meinen Folien für die Studenten irgendwo den Satz  
343 drinstehen, dann gibt es eben, also es gibt die bisherigen Schnittstellen, sondern andere Schnittstellen.  
344 Ja also selbst wenn ich dem Herrn Münch folge und Helios mit 100 Kliniken und dann demnächst  
345 vielleicht noch irgendwelchen Ärztenetzen und weiß ich auch noch irgendwelchen vielleicht noch  
346 Apotheken dann dazu angeschlossen, wenn der das Fremdbesitzverbot fällt und so, dann habe ich  
347 vielleicht eine komplexe Welt in grün oder eine Welt in grün, durch die dann die Menschen vielleicht  
348 mit ihrer Helios-Klinikcard durchmarschieren können, wunderbar, aber soll mir doch keiner erzählen  
349 dann würde das Paradies auf Erden anbrechen. Dann würde es eben auch innerhalb dieser Welt  
350 Schnittstellen geben, Informationsbrüche und so etwas. Ja und deswegen sage ich, Kinder überlegt es  
351 euch gut, ob ihr eventuell mit solchen neuen Angeboten und Anreizen nicht Punkte setzt, die dann  
352 wieder, ich sag das mal ein Problem von Morgen sein könne. Ich hab immer als Beispiel angeführt,  
353 dass die Ärzte, die an DMP, niedergelassene Ärzte, die an DMPs mitmachen, die mussten sich ja dann  
354 neue Regale kaufen, um die ganzen Formulare zu lagern. Da soll mir doch keiner erzählen man hätte  
355 immer allen Patienten die von der AOK im DMP-Programm waren auch immer die richtigen AOK-  
356 Formulare mitgegeben. Da hat man wahrscheinlich so manches Mal einem das von der Techniker  
357 ausgeteilt. Ja also gibt's da wieder neue Fehler. #00:44:02-56#

358 **I:** Es gibt ja in manchen Teilen gibt's den den Wunsch Kranken- und Pflegeversicherung  
359 zusammenzulegen. Was halten Sie von so einem Vorschlag? Um einfach dieses diesen  
360 Verschiebebahnhof so ein bisschen abzumildern. #00:44:16-57#

361 **B:** Also in der auf den ersten Blick halte ich das für vernünftig, weil das eine meines Erachtens falsche  
362 Arbeitsteilung ist. Dazu sage ich hab ein einem Krankenkassengebäude, vielleicht sogar am gleichen  
363 Tisch, hier den Sachbearbeiter der Krankenkasse da der Pflegekasse und die dürfen sich von ihrer  
364 Interessenslage nicht grün sein, obwohl sie am gleichen Menschen arbeiten, das halte ich schon für  
365 schräg, dann aber bin ich ehrlich, ich kann nicht überblicken, ob eine Zusammenlegung dieser beiden  
366 Versicherungsformen nicht eventuell an einer anderen Stelle zu neuen Problemen führt, das weiß ich  
367 einfach nicht, aber auf den ersten Blick halte ich das für sinnvoll. #00:45:08-58#

368 **I:** Wenn sie jetzt Wünsche gegenüber der Bundesregierung hätten, was sollte den geändert werden, um  
369 die Versorgung zu verbessern. #00:45:14-59#

370 **B:** Also ich würde mir (...) das kann man, man kann das nicht pauschalisieren finde ich, sondern man  
371 sollte dann wenn auf verschiedene Ansätze kucken, die es in der Gesundheitsversorgung zum Beispiel  
372 gibt und dann würde ich mir meinetwegen z.B. für IV-Verträge wünschen, dass es wieder einen  
373 Budgettopf gäbe als Beispiel. Ich würde mir wünschen, dass den Krankenhäusern, da bin ich jetzt  
374 Egoist mehr Möglichkeiten eingeräumt werden ambulante Leistungen zu erbringen. (...) ich würde mir  
375 Optimierung beispielsweise bei den MVZs im Sinne einer Erleichterung wünschen. Ich würde mir  
376 Klarstellungen wünschen, das hab ich vorhin schon einmal gesagt im Strafrecht, was das Zuweisen  
377 gegen Entgelt angeht auch Klarstellungen im Bezug aufs Honorararztwesen. Ich würde mir wünschen,  
378 dass es die schon fast in den Koalitionsvertrag geschaffte Abwrackprämie doch geben würde.  
379 Vielleicht kombiniert mit so nem Kettenbildungsanreiz. #00:46:46–60#

380 **I:** Welche Abwrackprämie meinen Sie genau? #00:46:48–61#

381 **B:** Die 500 Mio. die im Koalitionsvertrag stehen sollten als Abwrackprämie für Krankenhäuser, die  
382 dann aber wieder rausgeflogen ist, das wären Möglichkeiten wie man diese Vernetzung fördern  
383 könnte. #00:47:01–62#

384 **I:** Was glaube Sie, warum die rausgeflogen ist letztendlich? #00:47:04–63#

385 **B:** Weil dem Herrn Schäuble sein ausgeglichener Haushalt wichtiger war und Gesundheitspolitik bei  
386 den wirklich Mächtigen also den Spitzen der Koalition nicht so die Rolle gespielt hat. #00:47:23–64#

387 **I:** Sollte es denn Ihrer Meinung nach bundesweite Standards für Versorgungsnetzwerke geben, also es  
388 ist ja im im § 140 alles ein bisschen offen gehalten, dass die Leistungserbringer selber aushandeln  
389 können, wie groß oder wie viele es sein müssen, also z.B. das immer Pflege und immer Reha dabei  
390 sein muss oder würde das eher hindern? #00:47:42–65#

391 **B:** Ich glaube das würde eher hindern. Ich glaube das es besser ist die Standards die es gibt sogar  
392 zurückzufahren, also mit dieser Populationsbezogenheit etc. das muss man nicht machen, das kann  
393 man machen, muss man aber nicht machen. Ich würde eher empfehlen die Standards möglichst klein  
394 zu halten oder die Standardisierung klein zu halten und das ganze Feld sich entwickeln zu lassen. Halte  
395 ich für sinnvoll. #00:48:09–66#

396 **I:** Wie könnten denn jetzt, jetzt hier in Städten ist es nicht ganz so wichtig, aber vor allem in  
397 ländlichen Regionen, Kommunen und Kreise eingebunden werden in so ein Versorgungsnetzwerk?  
398 #00:48–19–67#

399 **B:** Also als erstes Mal die Antwort sie sollten auf jeden Fall ganz oben eingebaut werden. #00:48:27–  
400 68#

401 **I:** Auch in Städten oder? #00:48:29–69#

402 **B:** In Städten weniger aber definitiv auf dem Land. In Städten deswegen weniger, weil ich da auch  
403 eher auf das freie Spiel der Kräfte vertraue und sage das wird sich schon irgendwie richten. Auf dem

404 Land, Rheinland-Pfalz, Sauerland, weite Teile von Ostdeutschland sehe ich es als extrem wichtig an,  
405 dass die Kommunen sich bei der Daseinsfürsorge auch dem Thema Gesundheit widmen, um damit die  
406 Überlebensfähigkeit entweder ihrer Kommune zu sichern, beziehungsweise auch der Menschen, die in  
407 irgendwelchen abgelegenen Dörfern oder sowas hocken, die sonst null Anbindungsmöglichkeiten  
408 haben. Dazu gehören dann beispielsweise so innovative Taxisysteme aber auch wieder das, die Sache  
409 von vorhin von der Telematik und auch der Kümmerer, ja der Quartiermanager, der eben sagt, ich  
410 betreue vier Dörfer und fahr da überall rum und sehe nach dem Rechten. #00:49:36–70#

411 **I:** Sollte denn in solchen Regionen, gerade, wenn es so ländlich ist, dann auch eine Pflicht zur  
412 Vernetzung geben oder würde das dann eher hindern, das sich Menschen an einen Tisch setzen, die gar  
413 nicht miteinander reden wollen? #00:49:43–71#

414 **B:** Ich würde Anreize schaffen, also die Pflicht einfach so zu verordnen halte ich nicht für sinnvoll,  
415 aber müsste man sich überlegen wie man das, wie man das verpackt. Sie haben vorhin nach KfW-  
416 Krediten gefragt. Da würde ich mal sagen, das könnte vielleicht was Sinnvolles sein. Ja, dass ich  
417 Kommunen sage, du kriegst KfW-Mittel für weiß ich Low- Low-Zins, wobei Zinsen sind heutzutage  
418 sowieso niedrig, aber vielleicht für 50 Jahre, was weiß ich, zinsfrei oder was auch immer, und wenn du  
419 mit diesem Geld eine vernetzte Struktur aufbaust, die das Thema Transport, Elektronik, also Cloud  
420 und Leistungserbringung am Menschen miteinander kunstvoll verzahnt. Das halte ich schon für  
421 sinnvoll. #00:50:40–72#

422 **I:** Und jetzt nochmal zurückzukommen eben auf die Frage wie Pflege und Reha, wie können die in  
423 Zukunft besser eingebunden werden? Weil es ja gerade in vielen IV-Verträgen, also ich weiß nicht in  
424 wie vielen, ob es überhaupt gezahlt worden ist, aber Pflege war ja schon mit Abstand der niedrigste  
425 Kooperationspartner. #00:50:57–73#

426 **B:** Ja gut das hat was mit der Vergütung zu tun, wenn ich, ich hab von Anfang an in Gesetzen drin  
427 stehen gehabt, dass Pflege auch Kooperationspartner sein kann, aber wenn das ich sag das mal  
428 natürlich, wenn es da keinen Topf für gibt, dann macht das keinen Sinn. Genauso wie in der Reha, ja  
429 wenn wenn das ein anderer ich sag das jetzt mal Vergütungsansatz ist, dann funktioniert das nicht und  
430 da sag ich wieder Anreize schaffen geldlicher Art ja. #00:51:28–74#

431 **I:** Über welche Kommunikationskanäle sollte denn, wenn es denn dann irgendwann  
432 Netzwerkmanagement gibt, dieses tolle Gesundheitsnetzwerk verbreitet werden? Ist es das Internet?  
433 Oder sind es die herkömmlichen Kommunikationskanäle? #00:51:41–75#7

434 **B:** Das sind alle. Also ich mache die Erfahrung, das zumindest in meinem bisherigen kurzen  
435 bescheidenen 54 Jahre bestehenden Leben ich bisher glaube ich zumindest keine oder fast keinen  
436 Kommunikationskanal (...) kennen gelernt, getroffen und erlebt habe, der durch einen anderen ersetzt  
437 wurde. Also wenn ich (...) Veranstaltungen jedweder Art, also wo einer spricht oder eine Messe oder

438 so etwas und andere hingehen und sich das anhören, ankucken, die hat es schon immer gegeben, die  
439 sollte es immer geben. Wenn ich hier auf irgendwelche gedruckten Sachen kucke, die hier in meinen  
440 Räumen sind, dann würde ich sagen, Broschüren und so etwas hatt es immer gegeben, sollte es immer  
441 geben und wenn es jetzt zu zu etwas Neuem kommt meinetwegen, dann kommen wir zur Elektronik,  
442 zum Fernsehen zum Internet, dann kommen wir meinetwegen zu Facebook oder weiß der Geier. Also  
443 da sage ich, da ersetzt kein Medium ein anderes, sondern die bauen alle aufeinander auf und ich muss  
444 mir dann auch Stichwort Ressourcen Gedanken darüber machen, wo ich meine Mittel am Sinnvollsten  
445 einsetze, ich habe (...) nicht beim Gesundheitskongress des Westens, sondern in Berlin irgendwo auf  
446 ner Tagung einen so nen Medienfritzen erlebt, der so sagte also ne Homepage ist im Moment noch und  
447 auf Weiteres das wichtigste Informationstransport–Kommunikationsmedium was wir haben, deswegen  
448 wenn ich Ressourcen verteilen müsste, würde ich immer auf das Vis–a–Vis Mensch zu Mensch  
449 gesprochene Wort setzen, also im weitesten Sinne sowas wie Veranstaltungsmanagement und auf  
450 Internet Schwerpunkt Homepage, dann würden alle anderen Dinge sich teilweise von selbst ergeben,  
451 also wenn ich Veranstaltungen mache, dann kann ich auch nen Flyer drucken, ja wenn ich ne  
452 Homepage mache, dann kann ich auch kucken wie kann ich daraus nen Facebook–Auftritt machen und  
453 so etwas aber das wären aus meiner Sicht die Schwerpunkte. #00:54:10–76#

454 **I:** Muss das das Gesundheitswesen denn nicht viel viel mehr in solche sozialen Netze gehen, weil die  
455 jetzige junge Generation sind ja die zukünftig Kranken oder Alten? #00:54:19–77#

456 **B:** (...) ja aber das wird sich von alleine ergeben. Da bin ich mir sicher, dass man das jetzt nicht noch  
457 irgendwie zusätzlich irgendwie steuern müsste und man das ist ne Sache, die sich mit der Zeit  
458 entwickelt. (...) wobei das ist schon ich sag mal das das geht ja alles nicht widerstandsfrei ne, denn  
459 dann wie bei der Barmer, der Herr Straub sagt ich baue Mitarbeiter ab und und lege Filialen  
460 zusammen, dann war dann aber nen Geschrei ja, und dafür ist es ich bin zufällig bei der Barmer  
461 versichert, da weiß ich aus eigenem Erleben, das tatsächlich bei denen diese diese diese  
462 Servicenummer die 0800–Nummer sogar funktioniert oder 0900–Nummer und ich ruf da an und da ist  
463 auch immer einer am Telefon, der mir weiter helfen kann egal wo der gerade auf der Welt sitzt ja. Und  
464 da sieht man schon dran, dass beispielsweise Kassen da auch weiter gehen ja, (...) Leistungserbringer  
465 müssen dann natürlich auch mehr machen aber das ist wieder eine Sache von Angebot und Nachfrage.  
466 #00:55:25–78#

467 **I:** Jetzt springe ich ein ganz klein bisschen zu nem anderen Thema, inwieweit könnte denn eine  
468 sektorenübergreifende Ausbildung der Gesundheitsberufe überhaupt Hemmnissen entgegenwirken?  
469 Z.B. dass die Ärzte ein Praktikum im Pflegebereich machen müssen während ihres Studiums.  
470 #00:55:42–79#

471 **B:** Ja das müssen sie ja, ja aber ich glaube da sind die, da da ist die Kraft des, da ist durch die Kraft des  
472 Faktischen sind da sind da Grenzen gesetzt. Natürlich habe ich selber immer gesagt, ich bin ja von  
473 Hause aus Arzt und hab auch im weißen Hemd gearbeitet, natürlich ist es wünschenswert, das ich als  
474 bspw. Arzt im Krankenhaus auch die Abläufe woanders kenne, das ich auch mal in der Küche gewesen  
475 bin, das ich weiß wie Pflege funktioniert und so. Aber ich denke, man kann das machen im Sinne von  
476 reinschnupern aber tatsächlich Arbeitsblöcke vorsehen halte ich für fragwürdig, weil das geht mir  
477 dann ja auch wieder von meiner Sicht für mein originäres Thema ab und da muss man gut abwägen  
478 finde ich. #00:56:46–80#

479 **I:** Was möchten Sie uns denn abschließend noch zum Gesundheitswesen bzw. zur  
480 sektorenübergreifenden Versorgung sagen, was heute noch nicht angesprochen worden ist? Gibt es da  
481 noch irgendetwas, was ich vergessen habe? #00:56:56–81#

482 **B:** Ganz bestimmt, da müsste ich jetzt grade mal durchscannen (...) wie fast immer, wenn man solche  
483 Dinge bespricht redet man ja letztendlich über ein Thema, das natürlich bei allem Interesse an an  
484 Anreizen und merkantilem Output, ja auch den Menschen zugutekommen sollte, um um den es geht  
485 und ich stelle selber auch praktisch permanent fest, dass es einen aus meiner Sicht fast erschreckenden  
486 Gegensatz gibt, zwischen solchen Gesprächen wie wir sie führen im Moment und auch dem  
487 Beschäftigen damit und der Alltagsrealität aus Sicht und durch die Brille eines ganz stinknormalen  
488 Patienten. Das ist so weit voneinander entfernt, dass ich mir wünschen würde, wir würden es wirklich  
489 schaffen, die Menschen, meinetwegen bei einer Diskussion über sektorenübergreifende Versorgung in  
490 den Mittelpunkt zu stellen und tatsächlich sehr streng patientenorientiert zu fragen, was kommt den  
491 Menschen denn tatsächlich zugute und zwar unmittelbar (...) und ich glaube, dass viele auch Ansätze  
492 und auch Fragen, die sie mir jetzt auch gestellt haben, was sollte man denn tun oder was sollte man  
493 nicht machen, sollte man dies oder das oder jenes tun, dass man die nach diesem Kriterium  
494 ‚Patientenorientierung‘ sehr gut und leicht beantworten könnten. Das ist etwas, was eigentlich immer  
495 hinten runter fällt, ich bin da aber auch nicht besser ja, wenn ich Vorlesungen halte, dann kommt dann  
496 taucht der Patient auch nicht auf. Das ist tatsächlich etwas, was ich glaube was diese ganzen  
497 Geschichten wirklich weiter bringen würde. (...) ich bin da manchmal ein bisschen ratlos und  
498 manchmal wäre manchmal wäre die Lösung so einfach (...). Kleines Beispiel, wenn ich einen  
499 ermächtigten Krankenhausarzt habe, der für ne bestimmte Sache ermächtigt ist, weil die im  
500 ambulanten Bereich nicht angeboten wird, dann kann es ihnen passieren, dass der Patient nur auf  
501 Überweisung auch eines Facharztes gleicher Couleur dorthin geschickt werden kann und dann sagt der  
502 Arzt vielleicht im Krankenhaus naja eigentlich müsste ich jetzt bei ihnen ne Ultraschalluntersuchung  
503 machen, aber ich kann die nicht abrechnen und deswegen muss ich sie jetzt nach einer Antwort auf die  
504 Frage, die man gestellt hat wieder zurück schicken ja. Bedeutet das vieles von dem was

505 patientenorientiert sinnvoll wäre genau wieder an dieser Klientel- und Interessenspolitik endet und  
506 scheitert. Und da glaube ich, dass die Möglichkeiten da dirigistisch einzugreifen nur sehr begrenzt sind  
507 (...). #01:01:33–82#  
508 **I:** Gut dann würde ich mich für das sehr nette Gespräch bedanken (...). #01:01:50–83#

**Interviewpartner 03 (26.05.2014)**

1 **I:** (...) Frau [...], Sie sind Mitarbeiterin der AOK NordWest und sind hier zuständig für besondere  
2 Versorgungsformen. Welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender  
3 Versorgung oder Integrierter Versorgung gemacht? #00:00:16–0#

4 **B:** Ja in unserer Abteilung Besondere Versorgungsformen geht es um besondere Versorgungsformen  
5 entsprechende Verträge, die wir dann schließen, bei uns ist angesiedelt die Disease Management  
6 Programme, fällt auch unter Besondere Versorgung, HzV ist auch besondere Versorgung und eben Sie  
7 sprechen ja auch direkt die sektorenübergreifende vernetzte, integrierte wie auch immer man es jetzt  
8 nennen möchte Versorgung an, da verhandeln wir schon Selektivverträge, eben bei mir direkt ist  
9 angesiedelt Herz As, das ist Telemedizin und dann haben wir natürlich noch andere Projekte,  
10 Pflegeheime, Depressionen, was da alles so für Themen in der Pipeline sind. #00:01:00–1#

11 **I:** Ja ich hab`s jetzt bei mir mal vernetzt genannt, das haben Sie jetzt eben schon erwähnt, da gibt's  
12 ganz verschiedene Definitionen dafür. Ich hab mir jetzt auch ne Definition überlegt, die  
13 populationsübergreifend, Sektoren- und Versicherungszweige übergreifend sein soll, vor allem aber  
14 auch patientenorientiert und möglichst regional gebunden, was halten Sie von dem Namen bzw. von  
15 dem Konzept? #00:01:21–2#

16 **B:** Jetzt haben Sie es noch ein wenig anders, als Sie es hier geschrieben haben. Genau, weil da fehlte  
17 mir das regional, das ist für uns eben sehr wichtig, dass wir das regional auch herausstellen, da wir  
18 auch eine ja landeszentrale Kasse, wir sind ja nicht bundeseinheitlich, wir sind ja hier in NordWest,  
19 naja gut mit Schleswig–Holstein zusammen, aber wir kucken schon was sind die, wir merken eben  
20 schon die Probleme in Westfalen–Lippe und Schleswig–Holstein sind unterschiedlich oder Dinge  
21 müssen anders versorgt werden, dieselben Dinge müssen anders versorgt werden, deswegen ist  
22 regional schon sehr wichtig, versicherungsübergreifend das war auch so ein Punkt meinen Sie damit  
23 wirklich über Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung übergreifend? #00:02:06–  
24 3#

25 **I:** Es geht eher um Pflege und Reha. #00:02:08–4#

26 **B:** Ja da muss man sonst eben auch die Kostenträgerschaft abgrenzen, das ist ja auch nicht ganz so  
27 einfach und Pflege, Reha das sind ja im Prinzip so die Stufen, wie wie es auch geht, das sollte schon so  
28 sein, das ist ja das was man, woran man denkt sektorenübergreifend aber das ist eben nicht so einfach,  
29 das ist schon die Herausforderung ja. #00:02:28–4#

30 **I:** Wenn Sie jetzt das Idealbild einmal beschreiben sollten, was sollte in so ne, in so ein  
31 Versorgungskonzept auf jeden Fall für Merkmale oder Voraussetzungen haben? #00:02:37–5#

32 **B:** Ideal ist ja vor allem realisierbar, das ist ganz wichtig, deswegen darf man nicht zu utopisch oder  
33 idealistisch denken, regional ist wichtig, man muss auch immer eine bestimmte Zielgruppe sich raus



34 suchen, also man kann jetzt nicht sagen wir machen jetzt irgendetwas flächendeckend, ne ganze  
35 Population bezogen (...) und ja im Prinzip haben Sie schon viele Eckpunkte dann aufgegriffen in Ihrer  
36 idealen Definition. #00:03:07-6#

37 **I:** Muss denn sowas wie Managementgesellschaft oder eine einheitliche IT-Plattform immer zwingend  
38 gegeben sein? #00:03:13-7#

39 **B:** (...) ja das ist schon, schon ne wichtige wichtige Voraussetzung heutzutage, das wird immer  
40 wichtiger, da ist natürlich wenn wenn jedes Arztnetz sag ich jetzt mal z.B. sein eigenes, seine eigene  
41 IT-Plattform oder seine eigene Managementgesellschaft einschaltet, dann wird das wieder schwierig,  
42 also was Einheitliches, das sollte es ja so der erste Grundstein so die eGK-Card mal werden, scheint  
43 nicht so einfach zu sein, unserer Meinung nach muss aber so ne Grundstruktur her, auf die man dann  
44 aufsetzen kann. #00:03:48-8#

45 **I:** Im Moment fristen ja so sektorenübergreifende Versorgungsformen noch ein Nischendasein in  
46 Deutschland. Wie beurteilen Sie denn eine zukünftige Verbreitung? #00:03:56-9#

47 **B:** (...) grundsätzlich wird es sich verbreiten, weil es einfach in aller Munde ist und alle an allen Ecken  
48 und Enden wird daran gearbeitet ob irgendwo in Projekten, an Unis, bei Krankenkassen, alle reden  
49 drüber und irgendwann muss da ja auch mal muss das ja auch fruchten, aber die Voraussetzungen  
50 müssen schon gegeben sein. Also es ist und das ist nicht nur diese IT-Plattform, die irgendwo da sein  
51 muss, diese Grundlage, die das erleichtert, sondern es muss vor allem akzeptiert werden von allen  
52 Beteiligten. Denke ich, ist auch noch ein großes Problem, alle sagen zwar es ist ist was Schönes, ist  
53 was Gutes, wollen se aber so richtig ran trauen tut sich aber noch keiner. Weil auch viele noch Angst  
54 davor haben. Also sowohl Leistungserbringer, als auch Patienten, also auch natürlich Kostenträger.  
55 #00:04:46-10#

56 **I:** Jetzt haben Sie es gerade schon angesprochen, dass das ein großes Problem ist, welche anderen  
57 Probleme gibt's denn noch, die eine weitere Verbreitung hemmen? #00:04:53-11#

58 **B:** (...) die Bürokratie auch mit diesen ganzen Dingen zusammenhängt, d.h. die doch recht  
59 komplizierte Gesetzeslage, was dürfen wir, was können wir, Datenschutz, das Gesetz besteht aus ganz  
60 vielen Verboten. Aber steht nirgendwo klar, was wir denn jetzt dürfen. Es wird immer nur, da müsst  
61 ihr vorsichtig sein, da müsst ihr vorsichtig sein, aber mal klar zu definieren, das ist kein Problem,  
62 macht das doch mal so, da gibt's irgendwie keinen Plan. #00:05:23-12#

63 **I:** Also sollte es aus Ihrer Sicht vielleicht wirklich klare Vorgaben geben, z.B. über Größe und Art,  
64 Finanzierungsform von solchen Netzwerken? #00:05:30-13#

65 **B:** (...) ja zumindest ne ne Struktur, in in welchen Rahmenbedingungen, ansonsten ist es auch immer  
66 nur ja ne wilde Verhandlung, der ein will, der andere will nicht geben und am Ende muss es, ja das  
67 hängt auch wieder zusammen auch noch mit ner späteren Frage eigentlich, wie gemeinsame

68 Evaluation, das das man schon da Standards entwickelt, das oder so ne Struktur drin hat, wie wird  
69 etwas gemessen um dann auch hinterher sagen können was ist etwas wert oder das die Preise nicht so  
70 horrend werden, das ist sowieso auch so ne Frage die zur Diskussion steht, ob man dieses  
71 Versorgungsprogramm oder diese Versorgungsprogramme so machen kann #00:06:12–14#

72 **I:** Welche Auswirkungen haben denn z.B. Ständeproblematiken, als das z.B. die Ärzteschaft sich als  
73 Ganzes dagegen wehrt? #00:06:19–15#

74 **B:** Die Ärzteschaft als Ganzes, Ständeproblematik hatte ich jetzt erst mal so verstanden, auch das die  
75 Fachärzte oder die Allgemeinmediziner oder die stationären Ärzte, dass die sich ja schon allein erst  
76 einmal nicht grün sind immer, oder jeder möchte in seinem Hoheitsgebiet der Herr bleiben und von  
77 niemandem, der Facharzt möchte nicht, dass die Hausärzte jetzt irgendetwas übernehmen, was sie  
78 vielleicht nicht können in Anführungsstrichen, und wenn alle, insgesamt ist es natürlich schon so, dass  
79 gerade den Krankenkassen gegenüber Widerstände von den Ärzten kommen, wenn Krankenkassen  
80 etwas machen, dann wird es doch erst einmal mit Vorsicht betrachtet und wurden denn dabei  
81 Mediziner miteinbezogen, also entsprechend wichtig ist es Dinge gemeinsam zu erarbeiten und die die  
82 Ärzte mit ins Boot zu holen, also nicht den zu sagen wir haben jetzt hier nen super Konzept, entweder  
83 ihr macht das oder ihr macht das nicht, sondern vorher zu fragen, wir würden gerne was gegen  
84 Depressionen machen, was habt ihr für Ideen, wir haben diese Ideen. #00:07:25–16#

85 **I:** Inwieweit behindert auch die finanzielle Ausstattung eine weitere Verbreitung? #00:07:29–17#

86 **B:** (...) die, das war auch so ne Frage finanzielle Ausstattung, wie finanzielle Ausstattung von uns  
87 z.B.? #00:07:37–18#

88 **I:** Vom Gesetzgeber, also muss, wie der Innovationsfonds z.B. versucht, muss da zusätzliches Geld ins  
89 System kommen, um solche innovativen Ansätze noch weitere anzuregen? Wie es ja schon vor einigen  
90 Jahren die Anschubfinanzierung gegeben hat. #00:07:49–19#

91 **B:** Also tatsächlich ist es ja so, dass die Krankenkassen, auch wenn es immer anders dargestellt wird  
92 nicht nicht im Geld schwimmen und dann ist, dann bleibt natürlich nicht viel Spielraum im Kampf um  
93 den Beitragssatz sag ich jetzt mal zu sagen wir probieren jetzt mal einfach hier was für ne Million was  
94 Neues aus, wenn's nicht läuft, dann läuft's nicht. Kann man nicht mal eben so machen und  
95 dementsprechend ist es auch umso wichtiger, dass das evaluiert wird oder dass die Krankenkassen  
96 oder die Kostenträger im Allgemeinen da unterstützt werden wie Evaluation durchzuführen,  
97 feststellen, was gut ist und was es sich dann am Ende eher für alle Beteiligten lohnt durchzuführen  
98 #00:08:32–20#

99 **I:** Wär's im Finanziellen auch wichtig, das Krankenkassen im speziellen jetzt ein Budget überlassen  
100 wird, dass sie für fünf Jahre was ausprobieren können ohne auf den Beitragssatz zu schauen, z.B.  
101 über ein KfW zinsloses Darlehen? #00:08:46–21#

102 **B:** (...) sehr, das geht ja in die Richtung Anschubfinanzierung von damals auch um mal was  
103 auszuprobieren, das Problem ist dann häufig, wo ist die Nachhaltigkeit, also oft ist es ja dann eben  
104 doch so dass diese Gelder dann genutzt oder damals auch viel genutzt wurden, um mal was  
105 auszuprobieren, und dann wurde hinterher einfach festgestellt, ja jetzt ist die Anschubfinanzierung  
106 nicht mehr da, dann lassen wir das jetzt wieder, ich weiß nicht ob die Nachhaltigkeit dann da ist, dann  
107 lieber Unterstützung im Aufbau langfristiger Strukturen. #00:09:26–22#

108 **I:** Inwieweit hemmt jetzt auch z.B. dass die Integrierte Versorgung nur im fünften Sozialgesetzbuch  
109 ist, sollte sie vielleicht auch in die anderen übernommen werden damit? #00:09:37–23#

110 **B:** Im Pflege ist es nicht auch im Pflege im, weiß ich jetzt gerade, ja oder gibt es das nicht sogar auch  
111 in der Rentenversicherung, da wäre ich jetzt gerade gar nicht so sicher aber es ist bei mir auch schon  
112 zu lange her, das ich mich intensiv mit dem SGB oder den anderen SGBs auch beschäftigt habe,  
113 tatsächlich müsste mehr irgendwo rein, dass die Kostenträger untereinander oder die  
114 Versicherungszweige ganz zu Anfang wieder hinkommen, dass das so ein bisschen mehr verbunden  
115 ist, also im SGB V steht auf jeden Fall die Integrierte Versorgung oder Verträge mit Pflegekassen z.B.  
116 aber das steht nicht mit drin Rentenkasse oder mit Unfallkasse, auch wenn das noch mit das  
117 Unwahrscheinlichste ist, aber Rente, wenn wir in Richtung Reha gehen, da wäre ja auch wieder  
118 wichtig die Rentenversicherung vielleicht einzubinden und da vielleicht auch doch gemeinsame  
119 Vorschriften für so etwas zu finden. #00:10:29–24#

120 **I:** Jetzt muss ich gerade für ne Krankenkasse ne etwas provokante Frage stellen, ist es denn vielleicht  
121 auch einfacher, wenn man Kranken- und Pflegeversicherung zusammenlegen würde? (...) würde das  
122 was helfen oder würde das eher mehr Probleme aufwerfen, als es schon sowieso gibt? #00:10:43–25#

123 **B:** Schwierig zu sagen, sagen wir mal so, sie sind ja immerhin schon mal immerhin beim selben  
124 Institut eingerichtet (...). #00:10:53–26#

125 **I:** Um einfach diese Verschiebeparkplätze auch ein bisschen da entgegen zu wirken. #00:10:58–27#

126 **B:** (...) manchmal vielleicht schon, es ist schwer zu sagen, kann ich mich, möchte ich mich jetzt hier  
127 nicht zu äußern. #00:11:06–28#

128 **I:** Was sehen Sie denn für relative Vorteile gegenüber der Regelversorgung, die Leistungserbringer  
129 oder aber auch Kostenträger haben, um sich an solchen Vernetzungnetzwerken zu beteiligen?  
130 #00:11:17–29#

131 **B:** (...) ja also für die Kostenträger ist es, oder für beide ist auf jeden Fall erst einmal die bessere  
132 Versorgung der Patienten. Das sollte Ziel jedes Leistungserbringers sein und auch Ziel der  
133 Krankenkasse oder auch sogar gesetzliche Aufgabe für die Krankenkassen Geld einsparen, für die  
134 Leistungserbringer ein Zusatzentgelt zu bekommen, naja das ist liegt ja auch auf der Hand. Also ich  
135 denke, das sind so die die Hauptziele erstmal. #00:11:51–30#

136 **I:** Und wie schafft man es jetzt, das überhaupt Leistungserbringer an so nem Vertrag oder an so nem  
137 Versorgungsnetzwerk teilnehmen? Ist das auch viel einfach mündliche Arbeit in in Gesprächen?  
138 #00:12:00–31#

139 **B:** (...) ja also das ist schon viel, man führt unglaublich viele Gespräche und und bildet  
140 Arbeitsgruppen und also viel mehr das man über Dinge spricht als man wirklich hinterher auch tut, das  
141 ist leider so, weil man dann vieles auch dann wieder verwerfen muss z.B.. #00:12:19–32#

142 **I:** Da müssen also erst einmal ganze Schranken überhaupt erstmal abgebaut werden, also Vorurteile  
143 oder eben auch Ängste? #00:12:26–33#

144 **B:** Ja (...). #00:12:29–34#

145 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht überhaupt eine Alternative zur sektorenübergreifenden Versorgung?  
146 #00:12:35–35#

147 **B:** (...) da wären wir jetzt auch bei dem Wort sektorenübergreifend ist das jetzt, letztendlich ist ja eine  
148 Behandlung eines Patienten in der Regel schon sektorenübergreifend, dafür muss, müssen aber die  
149 Sektoren nicht vernetzt sein. Ich denke Sie meinen die Vernetzung der der Sektoren, das steht ja jetzt  
150 auch im Fokus Ihrer Arbeit, wenn ich das richtig verstanden hab, und die Sektoren werden ja nun mal  
151 durchlaufen, ich gehe erst mal zu meinem Hausarzt, der sagt du musst ins Krankenhaus, dann gehe ich  
152 ins Krankenhaus und die sagen mir, du musst noch zur Reha, dann gehe ich noch zur Reha und so,  
153 wenn ich Pech hab, bin ich danach pflegebedürftig, ich meine jetzt übertrieben und wichtig ist ja, dass  
154 diese Bereiche vernetzt sind, der Patient begleitet wird durch diese Sektoren, wenn man so, aber  
155 letztendlich sind die Sektoren ja trotzdem da, nur wichtig ist diese Begleitung und jetzt kann man sich  
156 überlegen wer ist dafür verantwortlich für die Begleitung, ist es vielleicht der Patient selbst, muss der  
157 zusehen, dass das er alles eine Daten zusammen hat, das er nicht zwei Mal geröntgt wird, das alles  
158 schnell geht? Ist die Krankenkasse dafür zuständig? Ist der der erste Arzt, der Hausarzt als zentraler  
159 Ansprechpartner dafür verantwortlich? Das wären so die Alternativen im Großen und Ganzen, da  
160 braucht man nen Gesamtkonzept einfach so, dass alle doch irgendwie an einem Strang ziehen.  
161 #00:13:56–36#

162 **I:** Wer könnte das aus Ihrer Sicht sein, kann das der Case-Manager, den es ja dann auch irgendwann  
163 mal geben sollte sein? #00:14:02–38#

164 **B:** Ja aber wo ist der Case-Manager? Da da geht's ja auch schon wieder, ist der Case-Manager kann  
165 in der Hausarztpraxis sitzen, der kann bei der Krankenkasse sitzen, der kann bei der Kommune sitzen,  
166 der kann ganz unabhängig sein und und da ist ja wieder die Frage, wer ist das? (...) also kann ja, das  
167 kann auch irgendwie auch eine zentrale Institution nochmal sein, aber wir sollten es auch nicht noch  
168 komplizierte machen, als es eh schon ist. #00:14:26–39#

169 **I:** Sollte denn der Gesetzgeber für bestimmte Regionen, z.B. jetzt auch Land, ländliche Regionen, sie  
170 haben eben auch Schleswig–Holstein angesprochen, da gibt's ja große Teile, aber auch in Nordrhein–  
171 Westfalen halt das Sauerland, sollte der Gesetzgeber für bestimmte Regionen den Aufbau von  
172 Versorgungsnetzwerken festschreiben? Das das zur Pflicht wird oder würde das nur Leute an einen  
173 Tisch bringen, die gar nicht grün miteinander sind und es würde eher der Versorgung von Patienten  
174 entgegenwirken? #00:14:53–40#

175 **B:** Nen nen Stück weit wären Vorschriften im dem Sinne sicherlich hilfreich, dass die Leute es auch  
176 tun, das das auch was getan wird, da wäre wieder das Beispiel die eGK–Card da wurde das ja  
177 vorgeschrieben, das wird jetzt zwar umgesetzt, wir wissen ja alle was das für Probleme mit sich  
178 gezogen hat und deswegen sollte man das schon weit genug denken, wenn man sowas vorschreibt und  
179 vielleicht grob vorschreiben, Sie sagten jetzt auch gerade schon für bestimmte Regionen einfach  
180 bestimmte Dinge, eine Struktur vorgibt, Dinge müssen, sollen so und so evaluiert werden, die die  
181 Finanzierungsstruktur sollte so und so aufgebaut werden, dass so Dinge gibt, ja jemanden zwingen an  
182 einen Tisch zu gehen (...) ist schwer zu sagen, hat Vor– und Nachteile. #00:15:45–41#

183 **I:** Muss es denn überhaupt im Gesundheitswesen auch noch nen viel größeres Umdenken geben? Also  
184 dass der Patient eher zum Kunden wird und der Leistungserbringer Gesundheitspartner ist? Genauso  
185 wie die Krankenkasse auch schon Gesundheitskasse ist? #00:15:57–42#

186 **B:** (...) #00:15:04–43#

187 **I:** Um um von diesem Negativen weg zu kommen, das wir Krankheiten behandeln, sondern eher das  
188 wir Gesundheit stärken müssen. #00:16:08–44#

189 **B:** Wenn man jetzt aus dem Bereich kommt dann dann ist das sowieso für einen schon klar ne,  
190 deswegen kann ich die Frage jetzt gar nicht so unabhängig beantworten, also wie wir gerade schon  
191 gesagt haben, wir sind diese Gesundheitskasse und zwar schon seit vielen Jahren, ich studiere auch  
192 noch nebenbei Gesundheitswissenschaften weiterbildend und da auch immer nur darum die  
193 Gesundheit im Fokus und die Krankheit gar nicht mehr, das war irgendwie Anfang des 19.  
194 Jahrhunderts, ne und deswegen kann ich das auch gar nicht mehr objektiv beurteilen, also so ja.  
195 #00:16:43–45#

196 **I:** Existiert denn in der deutschen Bevölkerung vielleicht eine viel zu große Angst, dass das  
197 Gesundheitswesen immer mehr privatisiert wird? Also jetzt im Zuge von z.B. der  
198 Krankenhäuserübernahmen oder anderer Sachen, dass die Menschen einfach Angst haben gerade bei  
199 so einer Vernetzung, das immer mehr privates Kapital rein fließt? #00:17:00–46#

200 **B:** Das kann ich jetzt aus Sicht der AOK tatsächlich nicht beantworten (...) das, ich persönlich habe da  
201 keine Angst vor, aber wie gesagt, das ist, kann ich nicht aus Sicht der AOK beantworten gerade.  
202 #00:17:15–47#

203 **I:** Inwieweit könnte den z.B. einen sektorenübergreifende Ausbildung der Gesundheitsberufe dem  
204 entgegenwirken, dass z.B. Ärzte Pflichtpraktika in bestimmten Bereichen machen müssen, um einfach  
205 mal zu wissen was die da arbeiten, wie die da arbeiten, auch überhaupt was da für Menschen da  
206 arbeiten. #00:17:32–48#

207 **B:** (...) ob man da nicht zu sehr ins Hoheitsgebiet der Ärzte eingreift, es sollte vielleicht Teil des  
208 Studiums sein, (...) ist es glaub ich auch ein Stück weit schon (...). #00:17:54–49#

209 **I:** Was könnten Sie sich den vorstellen oder was kann die AOK sich vorstellen, mit welchen  
210 Möglichkeiten könnten denn die anderen Versicherungszweige wie Pflege und Reha viel besser in  
211 solche Versorgungsstrukturen eingebunden werden, weil nur Medizin allein reicht ja oftmals bei  
212 älteren Patienten nicht um eine Versorgung 100% sicher zu stellen. #00:18:13–50#

213 **B:** (...) das ist immer schwierig das für die AOK zu beantworten. #00:18:27–51#

214 **I:** Ist auch überhaupt kein Problem, wenn Sie sich jetzt, wenn Sie Wünsche gegenüber dem  
215 Gesetzgeber hätten, was könnte der denn für Sie tun, um Änderungen. #00:18:37–52#

216 **B:** Oh ja, der könnte einiges tun, da gehe ich zurück auf den Punkt Bürokratieabbau, also da gibt es,  
217 wenn ich nur denke an die DMP–Verträge wie oft die dem BVA vorgelegt werden müssen und wieder  
218 auf einzelne Passagen gekuckt wird, dass die gedreht und gewendet werden müssen, das ist reine  
219 Bürokratie, das hat nichts mit der Versorgung am Ende zu tun und dadurch wird die Qualität auch  
220 nicht verbessert, dann gibt es Dinge für bestimmte Versorgungsprogramme muss man, besteht eine  
221 Ausschreibepflicht, Vergabeordnung das da überlegt man sich auch als Kasse zweimal, weil es bindet  
222 unglaublich viel Ressourcen, auch ein ganzes Ausschreibeverfahren das das sind auf jeden Fall so  
223 Dinge und auch überhaupt die Gesetzessachen, die wir gerade schon mal angesprochen hatten,  
224 Datenschutz mal klarer definieren. #00:19:27–53#

225 **I:** Also wird die Krankenkasse oft auch ein bisschen vom Gesetzgeber im Regen stehen gelassen?  
226 Handelt ihr das dann mit den Leistungserbringern aus oder? (...) also eine Klarheit würde einfach  
227 erwünscht bei vielen Sachen weil die noch viel zu schwammig im Gesetz formuliert sind? #00:19:42–  
228 54#

229 **B:** Oder auch zu streng, kann kann man auch so sagen, dass einfach der Handlungsspielraum so  
230 eingegrenzt ist oder dass der Weg zu umständlich ist, das es sich letztendlich nicht lohnt ja. #00:19:56–  
231 55#

232 **I:** Was wären vielleicht, was wäre noch nen Wunsch, außer jetzt außer mit der Bürokratie nen bisschen  
233 weiter, gibt's da noch irgendwas was, was so unter den Nägeln brennt? Gerade auch im  
234 Zusammenhang mit Ärzten oder der KV z.B.? #00:20:10–56#

235 **B:** (...) ja letztendlich sind es dann schon immer dieselben Dinge, die gemeinsame Evaluation oder die  
236 klare, die klaren Vorgaben dafür oder. #00:20:35–57#

237 **I:** Sie hatten eben schon die die Gesundheitskarte angesprochen, wäre das denn auch nen Medium, was  
238 den schnellstmöglich auf den Markt kommen sollte, um einfach nen bisschen diese technische  
239 Vernetzung zu verbessern? #00:20:44–58#

240 **B:** Ja schnellstmöglich wir hängen ja schon ein paar Jahre hinterher ja für Ende des Jahres ist ist ja  
241 geplant in ersten Regionen das mal online auszuprobieren, ja also klar das ist ne Grundlage und ich  
242 denke wenn man einmal so nen Medium am Laufen hat und zeigen kann dass das ne gute Sache ist,  
243 aber da ist wieder Akzeptanz, da kommt man wieder darauf zurück also das wird ja auch von vielen  
244 boykottiert kann man ja glaub ich sagen und das das ist das schwierige, man muss schon überall  
245 Akzeptanz schaffen und dann vielleicht auch für die Frage davor, das ist ja auch eine ganz wichtige  
246 Voraussetzung gerade in der Zusammenarbeit mit Ärzten und KVn. #00:21:27–59#

247 **I:** Gerade ist auch die KV, gibt's da irgendwelche Problematiken die man sich wünscht, dass die  
248 besser ja ausgearbeitet würden, gerade in Zusammenarbeit mit der, ich weiß nicht wie das bei den  
249 Programmen ist, in vielen anderen Interviews kam an, dass die KVn gerade die großen Blockierer von  
250 sektorenübergreifender Versorgung sind, weil sie die eigene Ärzteschaft schützen. #00:21:50–60#

251 **B:** (...) ja das ist ja auch deren Aufgabe, sie stehen ja ja als Vertreter der Ärzteschaft da (...) das ist  
252 schon häufig schwierig, das denk ich kann man allgemein so sagen und viele der es gibt ja nicht nur  
253 den § 140 um Versorgung zu machen, sondern auch viele andere Strukturverträge und so weiter und  
254 vieles fördert ja auch die Zusammenarbeit mit der KV also grds. ist es ja gewünscht auch vom  
255 Gesetzgeber und sicherlich sollte man auch vielleicht über die KV gehen bevor man einzelne Ärzte  
256 sich zusammen pickt oder einzelne Arztnetze, von daher sind sie schon nen wichtiger Player und  
257 sollten auch in ihrer Rolle, sie kennen ihre Pappenheimer, also manchmal ist es auch schon ganz  
258 wichtig mit der KV zusammenzuarbeiten, weil die natürlich nicht nur ihre Ärzteschaft schützen,  
259 sondern auch genau wissen, wo es da hakt nur trotzdem hat man noch häufig das Gefühl ja, das wir  
260 noch gegeneinander stehen, also generell Leistungserbringer und Kostenträger und da muss man  
261 irgendwie mehr mehr Akzeptanz schaffen gegenseitig. #00:22:59–61#

262 **I:** Wie ist die Arbeit innerhalb der Kostenträger, also innerhalb der verschiedenen Krankenkassen? Ist  
263 die besser geworden oder ist die gleich geblieben, wie sag ich mal wie vor 10 Jahren? Merkt man das?  
264 #00:23:11–62#

265 **B:** Ich würde sagen vor 10 Jahren war ich noch nicht hier, aber die ist gut, also man kann doch sagen,  
266 dass wir viel auch mit anderen Kassenverbänden zusammenarbeiten, auch bei  
267 Versorgungsprogrammen und das man dann schon merkt, dass es in eine Richtung geht. #00:23:28–  
268 63#

269 **I:** Gerade bei diesen Versorgungsprogrammen, weil Sie hatten ja eben schon einige der AOK erwähnt,  
270 über welche Kommunikationskanäle gehen Sie oder bzw. wie muss es in Zukunft, welche Kanäle

271 gehen? Sie es die traditionellen wie einfach Rundfunk und Zeitungen oder wird das Internet einfach  
272 auch immer wichtiger, um solche Sachen auch vielleicht der jüngeren Generation darauf aufmerksam  
273 zu machen. #00:23:50–64#

274 **B:** Hier muss man ja auch noch einmal entscheiden, wen wir ansprechen wollen, wollen wir den  
275 Patienten ja erreichen, dann ist das ja nicht die jüngere Generation, sondern häufig in der Regel die  
276 ältere Generation und genau da muss man unterscheiden, wen möchte man erreichen und entsprechend  
277 die Kanäle wählen, ja Internet wird immer mehr oder insbesondere Handy–Apps usw. und das setzt  
278 sich auch und da wird auch die nachfolgende Generation, die jetzt jüngeren werden ja auch mal älter,  
279 also da wird die Entwicklung schon hingehen. Insbesondere ist aber auch noch immer die persönliche  
280 Kommunikation glaub ich wichtig, die darf dadurch nicht in den Hintergrund geraten. Dass z.B. von  
281 der Krankenkasse angesprochen werden oder die Krankenkasse dafür Werbung macht in ihren  
282 Geschäftsstellen oder der Arzt den Patienten, den er für geeignet hält, und bestimmte Dinge anspricht.  
283 Und dann gibt's ja auch immer noch den Arzt, den wir wiederum informieren wollen, vielleicht über  
284 bestimmte Dinge und dann geht's auch nur um über Kommunikation, über Gespräche, also dann  
285 einfach nur so nen Spot zu senden, oder nen kleinen Artikel irgendwo in nem Arztblatt zu  
286 veröffentlichen, ich denke, das ist nicht der richtige Weg, dann sollte doch vorher das Gespräch  
287 stattfinden, also alle gemeinsam in einem Boot. #00:25:09–65#

288 **I:** Jetzt wird oftmals gerade in der Wissenschaft werden die Kreise und Kommunen als wichtige Player  
289 der Daseinsfürsorge bezeichnet, aber sind sehr sehr wenig in solchen Versorgungsnetzwerken  
290 überhaupt eingebunden, wie könnte man denn da vielleicht versuchen oder aber auch private  
291 Unternehmen dazuzubekommen, sich in solchen Netzwerken zu engagiert? #00:25:37–66#

292 **B:** Also tatsächlich kann ich da ein Beispiel berichten, wir arbeiten gerade an einem Projekt oder an  
293 einem Projekt für Versorgung für depressiv oder leicht depressiv Kranken und da ist es tatsächlich so,  
294 dass wir in einem strukturell sehr schlecht gestellten Kommune mit der jeweiligen Kommune  
295 gesprochen haben oder die sind sogar auf uns zugekommen und haben gesagt, wir können das auch da  
296 unterstützen, häufig ist es auch dann, das dann soziale Probleme da sind, Hilfestellungen bei  
297 Antragsstellungen ist ja häufig auch ein enger Zusammenhang von Depressionen und  
298 Familienproblemen, dass man dann die Familienstelle miteinbindet, das kann nicht der Arzt und das  
299 kann auch nicht die Krankenkasse und von daher ist es gar nicht gar nicht verkehrt, die da wo es passt  
300 einzubinden, aber es sollte nicht zwingend oder gar im Gesetz festgelegt sein, aber die Option sollte da  
301 sein du da wird es dann auch schon wieder schwierig wenn man dann kuckt, wie kann man denn, wie  
302 könnte man denn mit einer Kommune einen Vertrag machen, da muss man ganz schön tief in die  
303 Recherche gehen und nen Juristen einschalten, weil so mal eben nach SGB geht das nicht. Da könnte  
304 der Gesetzgeber z.B. wieder einem sowas erleichtern an den Stellen wo es passt. #00:26:45–67#



305 **I:** Oft wenn es um Krankenkassen geht, geht es natürlich um Geld um die Finanzierung und da ist ja  
306 auch die Budgetbereinigung immer ein großes Problem, wie könnte man denn das, dieses Modell nen  
307 bisschen leichter machen? Damit dieses Hemmnisse vielleicht nen bisschen einfacher wird?  
308 #00:26:59–68#

309 **B:** (...) bei der Frage muss ich passen. #00:27:02–69#

310 **I:** Das ist überhaupt kein Problem. Sie hatten eben jetzt schon verschiedene Modelle gesagt der  
311 Integrierten Versorgung, an denen Sie auch beteiligt sind, was war denn da auch vielleicht so  
312 Problematiken, die noch nicht so angesprochen worden sind, im Aufbau dieser Projekte oder  
313 überhaupt in der Aufrechterhaltung dieser Projekte. #00:27:21–70#

314 **B:** Ganz ganz zu Beginn ist es tatsächlich auch immer die Suche nach der richtigen Rechtsgrundlage.  
315 Ja also, wie gesagt, nicht nur der 140, sondern die ganzen anderen, die es da noch gibt, manchmal  
316 passt irgendwie keins so 100%, das man dann schon kucken muss wie, unter welchen Deckel kriegen  
317 wir das Ganze. Ja in der Umsetzung mit verschiedenen Partnern ist es schon so die Prozesse zu  
318 beschreiben, also das dauert, das klappt nicht, wenn wir sagen man startet mit nem Projekt oder mit  
319 nem Vertrag zum 01.07., dann heißt es nicht, das es am 02.07. alles fluppt, das sind einfach so  
320 Prozesse, aus den man lernen muss und auch ein halbes Jahr später dann nochmal feststellt oh das  
321 hätten wir auch im Vertrag anders formulieren sollen das funktioniert so gar nicht wie wir uns das mal  
322 ausgedacht haben in all den Sitzungen die wir vorher zusammen gesessen haben. Und dann je  
323 nachdem also wenn ich jetzt so an an Telemedizin ist ja mein Hauptprojekt das HerzAs denke, da ist  
324 natürlich viel auch mit Datenflüssen und Technik gewesen, das das das ist immer nen Thema worüber  
325 man regelmäßig sprechen muss und es ich denke das so nen Projekt immer begleitet werden muss, das  
326 schon, man kann nicht einfach sagen wir haben jetzt da was, und das läuft, das ist leider tatsächlich so  
327 und das bindet dann Ressourcen und Personal und dann muss man kucken, es ist eben nicht  
328 Regelversorgung, sondern es ist immer noch einzeln zu betrachten, es muss evaluiert werden, alles was  
329 wir an an kleinen Versorgungsprogrammen machen, da möchte irgendwer hinterher sehen, machen wir  
330 das weiter hat das auch was gebracht? Das ist zwar kein Problem, aber es ist aufwendig und Aufwand  
331 ist immer ein Problem. #00:29:59–71#

332 **I:** Sie haben gerade die Telemedizin schon angesprochen in wie weit wird diese Form der Medizin  
333 auch das Gesundheitssystem verändern in Zukunft? #00:29:10–72#

334 **B:** Ich hätte vor ein paar Jahren noch gesagt stark, aber man merkt jetzt eben, dass es gar nicht so  
335 schnell vorangeht, wie die, also die technischen Möglichkeiten, die rennen einem davon, aber wir  
336 kommen nicht hinterher, weil die Rahmenbedingungen, all das von der Finanzierung über die  
337 Gesetzeslage, den Datenschutz, die Akzeptanz also Dinge, die wir vorhin schon ganz allgemein  
338 genannt haben, sind auch hier ein besonderes Problem. Also weil man eben auch gerade ältere

339 Menschen anspricht und unser Projekt, wir haben eben auch ein Telemedizinprojekt und da geht es um  
340 eine Waage, Telemonitoring ist das, die Waage, die das Gewicht misst und übermittelt, das muss man  
341 erst mal älteren Menschen auch erst einmal begreiflich machen, warum sie das nutzen sollen.

342 #00:30:01–73#

343 **I:** Müsste der Gesetzgeber auch viel viel mehr ins Boot für sie springen und auch über  
344 Aufklärungskampagnen oder andere Hilfen das der Menschen, der deutschen Bevölkerung auch mal  
345 deutlich machen, das wir Möglichkeiten haben aber diese noch gar nicht richtig ausnutzen? #00:30:18–

346 74#

347 **B:** (...) tatsächlich gibt es ja unglaublich viel, also vielleicht nimmt man das wenn man in dem Bereich  
348 arbeitet auch ganz anders war, also ich finde das ist eine Schwämme von Informationen, die man zu  
349 dem Thema hat und dann ja selbst als Experte auf dem Gebiet sag ich mal schon nicht mehr weiß, was  
350 ist gut, was ist schlecht. Und von daher Unterstützung von oben vielleicht in der Form von Bewertung,  
351 ja also das ist schon nicht so einfach ja. #00:30:51–75#

352 **I:** Wir hatten ganz am Anfang des Gesprächs, ganz kurz hatten Sie die DMPs erwähnt, das sind glaub  
353 ich noch zwei gerade in der Planung. Rücken und Depressionen soweit ich weiß. #00:31:01–76#

354 **B:** Das ist noch in der Priorisierung, also das ist sind die konkreten Vorschläge im Koalitionsvertrag  
355 aber letztendlich ist es noch offen, das sind nur die Favoriten sozusagen. #00:31:11–77#

356 **I:** Begrüßen Sie denn den Ausbau dieser Programme oder sollte es dann wirklich mehr zu so einem  
357 Populationsbezug kommen? #00:31:17–78#

358 **B:** Doch grundsätzlich sind die DMPs ne gute Sache und wir haben auch auf Bundesebene ne  
359 Arbeitsgruppe dazu gegründet um da mitzuwirken, aber trotzdem sind da ebenso Dinge wie ich habe  
360 auch eben das BVA auch schon angesprochen, das gerade die DMPs unter unter Beschuss auch  
361 wiederum stehen, und kontrolliert werden, jetzt stehen auch Vertragsanpassungen an dann wird ja die  
362 Risikostrukturausgleichsverordnung heißt sie glaub ich überführt in die DMP-Richtlinien und das hat  
363 einen unglaublichen Aufwand bei allen Kassen im ganzen Land und gleichzeitig soll man dann noch  
364 einen neuen Vertrag entwickeln, da muss man dann mal kucken was wo ist das wirklich notwendig,  
365 das aufgrund einer Überführung einer Richtlinie, plötzlich ganze Verträge vom BVA durchgecheckt  
366 bis zu einem gewissen Zeitpunkt eingereicht werden müssen und es unglaubliche Ressourcen bei allen  
367 bindet, was ja auch wieder mit Kosten verbunden ist, also wenn Personal sich zusammensetzt um  
368 monatelang einen Vertrag anzupassen und daraus resultiert keine Versorgungsverbesserung, das ist nur  
369 ein Stück Papier was geschrieben wird. Ok es werden natürlich auch einige Parameter immer mal  
370 geändert, aber das steht dann in keinem Verhältnis, das das ist das Schwierige und da würden wir dann  
371 schon für kämpfen wollen, wenn neue DMPs, dann unter bestimmten Voraussetzungen, mit  
372 Erleichterungen z.B. dieser Prozesse. #00:32:44–79#

373 **I:** Manchmal ist weniger dann doch mehr? Wenn da vielleicht einige Regelungen deutlich. #00:32:51–  
374 80#

375 **B:** Ja einiges ist da sicherlich nicht unbedingt notwendig oder hat keine Auswirkungen auf die  
376 tatsächliche Versorgung. #00:32:59–81#

377 **I:** Also müsste man den Patienten oder den den Menschen viel mehr in den Mittelpunkt stellen und  
378 versuchen möglichst diese ganzen Sachen wie Bürokratie oder wie langwierige Prozesse dann doch in  
379 den Hintergrund zu stellen, weil ja die Versorgung eigentlich das Wichtige ist? #00:33:13–82#

380 **B:** Auf jeden Fall sollte die die Versorgung an erster Stelle stehen ganz genau ja. #00:33:19–83#

381 **I:** Was möchte Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur sektorenübergreifenden  
382 Versorgung uns mitteilen, was bislang noch nicht im Rahmen dieses Interviews genannt worden ist?  
383 #00:33:29–84#

384 **B:** (...) also schön wäre vielleicht auch, neben der strukturierten Evaluation, die ich am Ende auch  
385 noch einmal betonen möchte mehr Zusammenarbeit vielleicht auf regionaler Ebene mit den Kassen  
386 und der Politik, also es gibt ja auch z.B. schon da verschiedene Projekte jetzt, um da eben diese  
387 Probleme auch direkt aufzeigen zu können in den gemeinsamen Gesprächen oder in der  
388 Zusammenarbeit, es muss ja nicht direkt nicht in einem Projekt auch enden, aber das man da diese  
389 Probleme auch gleich transparent machen kann, ihr wollt das wir das machen, wir wollen das auch  
390 gerne machen aber kuckt mal hier, da geht's nicht. Und dass die Politik da möglicherweise auch so  
391 von Lobbyinteressen getrieben wird, sondern da mehr fachliches Know-how mit aufgenommen wird  
392 (...). #00:34:23–85#

393 **I:** Wir hatten eben schon gesagt regional ist ganz gut oder bzw. ist auch nen Schwerpunkt der AOK  
394 hier in Westfalen–Lippe und in Schleswig–Holstein wie lokal muss es sein? Also wir kleinschrittig  
395 muss es gehen? #00:34:34–86#

396 **B:** (...) kommt immer auf die Probleme auch an, da sind auch im Vorfeld Auswertungen wichtig, um  
397 auch aufzuzeigen, wo die Probleme sind, zu klein wird's dann natürlich auch wieder schwierig, lohnt  
398 sich der Aufwand für ein zu kleines Gebiet? Ich denke jede Gemeinde braucht kein eigenes  
399 Versorgungsnetz. Dass das kann man glaub ich nicht pauschal beurteilen, also wenn es irgendwas gibt  
400 unser HerzAs haben wir für Westfalen–Lippe aufbereitet, da haben wir keine Auffälligkeiten in den  
401 ländlicheren oder den städtischeren Regionen erkennen können bisher, aber gibt sicherlich andere  
402 Dinge, wenn's dann um bestimmte Dinge, Augenarzttermine oder so gehen wir mal etwas  
403 kleinschrittiger dann dann ist natürlich schon die Frage in der Stadt gibt es sicherlich genug und auf  
404 dem Land müssen wir die irgendwie mehr vernetzen oder andere Sektoren noch mit einbinden.  
405 #00:35:28–87#

406 **I:** Vielleicht was mich noch als Letztes sehr interessieren würde, wenn Sie jetzt auch Gespräche mit  
407 Leistungserbringern haben vielleicht aus Regionen, die nicht so dicht gesetzt sind mit Ärzten oder mit  
408 anderen Leistungserbringern ist da zu spüren, dass die sich besser miteinander verstehen, weil einfach  
409 auch dieser Konkurrenzkampf gar nicht so stark ausgeprägt ist? #00:35:50–88#

410 **B:** Leistungserbringer aus derselben Region? #00:35:53–89#

411 **I:** Z.B. Hausärzte aus einer bestimmten Region, dass die besser miteinander arbeiten, weil sie nicht so  
412 den Druck haben wie jetzt z.B. in Dortmund wo doch nen Überangebot vielleicht von Hausärzten ist.  
413 #00:36:03–90#

414 **B:** Wenn dann haben wir häufig Kontakt zu Arztnetzen, also den Arztnetzvertretern, und da hat man  
415 eben schon das Gefühl, das die innerhalb eines Arztnetzes da schon sehr eng zusammenarbeiten, also  
416 das sind ja dann die Leistungserbringer, die sich sowieso schon dazu entschieden haben  
417 zusammenzuarbeiten und das dann entsprechend ernst nehmen, ansonsten kann ich das für den  
418 einzelnen Arzt ansonsten nicht beantworten. #00:36:27–91#

419 **I:** Merkt man denn, dass die Arztnetze immer professioneller werden in den letzten Jahren vielleicht  
420 auch, dass die, dass es mehr werden und die das ein bisschen professioneller angehen? #00:36:37–92#

421 **B:** Doch es gibt ja auch jetzt von der KV ne Auszeichnung, hätt ich jetzt schon fast gesagt, nen  
422 Zertifikat für anerkanntes Arztnetz. Ich weiß jetzt nicht wie es richtig heißt und ich denke, wenn man  
423 das anstrebt als Arztnetz und doch doch man kann immer mehr. Es werden eigene Internetseiten  
424 gestrickt und Werbung gemacht für das Arztnetz. Ich denke das motiviert auch schon zur Vernetzung  
425 und auch ein Arztnetz heißt ja auch Netz, ist ja ein erster Schritt zur Vernetzung. #00:37:07–93#

426 **I:** Ja danke schön für das informative und sehr angenehme Gespräch. #00:37:12–93#

427 **B:** Gerne. #00:37:13–94#

**Interviewpartner 04 (17.06.2014)<sup>99</sup>**

**I:** Herr [...] Sie sind [...] der deutschen Ärzte- und Apotheker Bank. Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht und welche Rolle spielt dabei Ihr Institut?

**B:** Die APO-Bank wurde 1902 gegründet und ist mit einer Bilanzsumme von ca. 35 Mrd. Euro die größte genossenschaftliche Bank in Deutschland. Im Vergleich zur Deutschen Bank oder Commerzbank sind wir selbstverständlich winzig, unter den Spezialbanken sind wir jedoch eines der größten Institute. Anfangs waren wir eher auf den medizinisch ambulanten Sektor und die Apothekerschaft begrenzt, mittlerweile verstehen wir uns schon eher als „Gesundheitsbank“ und sind in allen Bereichen tätig. Mein Amt habe ich seinerseits 1998 angetreten. Als One-Man-Show gestartet unterstützen mich derzeit 10 Kollegen und Kolleginnen. Unsere Filialen sind oftmals neben den Hauptsitzen der KVen angesiedelt, sodass wir immer einen direkten Draht zur Ärzteschaft haben. Bei der APO-Bank beschäftigen wir uns mit sämtlichen medizinischen Versorgungsformen, sodass ich mit vielen innovativen Ansätzen und Projekten in Berührung kommen.

**I:** Der Begriff der Integrierten Versorgung steht immer in einer Doppeldeutigkeit. Einerseits handelt es sich um Projekte nach den §§ 140 a–d SGB V, andererseits verbindet man allgemein sektorenübergreifende Versorgung mit dem Begriff. Im Rahmen meiner Ausarbeitung habe ich daher den Begriff der Vernetzten Versorgung gewählt. Das Konzept soll Sektoren- und Versicherungszweige übergreifend angelegt sein, populationsbezogen, patientenorientiert und regional operierend. Was halten Sie von dem Begriff und wie sehen Sie das Konzept?

**B:** Den Begriff der Vernetzten Versorgung finde ich in Ordnung. Schon allein aus dem Grund, da er über den Begriff der Integrierten Versorgung hinausgeht, die ja auf das SGB V beschränkt ist. Wichtig ist, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Das wird in den Debatten, in denen es oftmals nur um Geld geht, oftmals vernachlässigt. An zwei Begriffen stoße ich mich jedoch. Einerseits an regional, andererseits an populationsbezogen. Es gab bereits viele Ansätze Projekte populationsbezogen aufzubauen, die aber alle mehr oder weniger gescheitert sind. Ich würde daher für eine landesweite, indikationsbezogene Vernetzung von Krankheitsbildern der sogenannten Volkskrankheiten plädieren. Vielleicht ist eine populationsbezogene Vernetzung fürs Erste ein zu großer Schritt. Indikationsbezogene Vernetzung erscheint da leichter und schneller aufzubauen.

**I:** Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht das Idealbild sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

**B:** Wichtig ist das fest geregelt ist, wer was bis wann wie zu erledigen hat. Die Akteure in einem Gesundheitsnetz brauchen somit eine klare Rechts-, Arbeits- und Planungssicherheit. So etwas kann nur schriftlich geschehen. Patientenorientierung hatte ich eben bereits erwähnt und muss dabei stets

---

<sup>99</sup> Aufzeichnung nicht gestattet daher nur Mitschriften bzw. Gedächtnisprotokoll.

oberste Priorität genießen. Solche Versorgungsstrukturen müssen professionell aufgebaut werden. Es reicht nicht, wenn ein Netzwerkmanagement ähnlich eines „Stammtisches“ existiert. Es muss ein hauptverantwortliches Netzbüro mit festen Ansprechpartnern geben. Auf jeden Fall müssen alle Bereiche, also sowohl Pflege, als auch Reha und Medizin und hierbei sowohl der ambulante, als auch der stationäre Bereich involviert sein. Die Formen müssen auf jeden Fall unternehmerisch ausgerichtet sein und innovative Kommunikationswege nutzen. Es muss einfach mehr der Stand der aktuellen technischen Möglichkeiten, auch im Gesundheitswesen, genutzt werden. Hier besteht noch ein wahnsinnig großes Nachholpotential. Telemedizin und Internetmedizin müssen stärker in das System eingebaut werden. Des Weiteren müssen Anreize geschaffen werden, die den Investitionsstau, vor allem im stationären medizinischen Bereich, abbauen. Die Gelder zwischen den einzelnen Leistungserbringern würde ich fair nach dem Aufwand der Behandlung verteilen. Wer 30% des Gesundheitsprozess leistet, sollte auch 30% der Vergütung bekommen. Hierzu müssen einheitliche Bewertungskriterien gefunden werden.

**I:** Bislang führen derartige Versorgungsstrukturen noch ein Nischendasein in Deutschland. Ca. 1% der Leistungsausgaben der GKV werden für die besonderen Versorgungsformen ausgegeben. Wie beurteilen Sie die zukünftige Verbreitung sektorenübergreifender Versorgungsformen unter Berücksichtigung der derzeit gehandelten Gesundheitspolitischen Themen. Stichwort Innovationsfonds.

**B:** Hier wird bei den Zahlen oftmals ein Fehler gemacht. Vieles aus der Regelversorgung ist auch heute schon innovativ und kooperativ angelegt aber nicht mit einem Vertrag oder einem § hinterlegt, sodass diese Formen nur schwer messbar sind. Das sieht man ja schon bei den Ärztenetzen. Keiner weiß wie viele es überhaupt in Deutschland gibt. Ich schätze so ca. 700 etwa. Davon sind aber maximal 10–15 als relevant einzuschätzen. Vielleicht sind es auch unter 10. Anreizsysteme wie damals die Anschubfinanzierung oder jetzt der Innovationsfonds sind oftmals Stückwerk und nicht zu Ende gedacht. Sie führen zu inkonsistenten Anreizen und Fehlinvestitionen.

**I:** Welches sind denn weitere Faktoren und Hemmnisse an denen eine weitere Verbreitung sektorenübergreifender Versorgungsformen in Deutschland noch scheitert?

**B:** Ich glaube, dass in erster Linie die Finanzen und Anreize hier eine große Rolle spielen und nicht so sehr die Gesetzeslage. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren viele gesetzliche Möglichkeiten und Wettbewerbsanreize geschaffen, um innovative Projekte zu initiieren. Geld ist natürlich immer ein zentrales Thema. Oftmals steht die Frage im Raum, wo bekomme ich einen Kostenträger her? Des Weiteren existieren auch viele Partikularinteressen, da kein Akteur gerne Teile seines Budgets abgibt. Auch wenn ich diese Interessen, in Teilen gut nachvollziehen kann, muss hier ein Umdenken stattfinden. Wenn wir so weiter machen, haben wir 2050 einen Beitragssatz in der

Krankenversicherung von über 25%, da kann niemand ein Interesse dran haben. Ich glaube, dass es möglich ist, vernetzte Versorgungsstrukturen ohne einen großen finanziellen Mehraufwand aufzubauen. Krankenkassen haben in der Vergangenheit versucht auf Teufel komm raus Zusatzbeiträge zu vermeiden. Hierzu wurden wichtige Investitionen zurückgefahren. Die Vermischung der Ausgaben für die laufenden Kosten und für Investitionen muss aufgehoben und getrennt werden. Hinzu hindern unterschiedliche Finanzierungssysteme im ambulanten und stationären Bereich eine bessere Vernetzung. Erst wenn es ein einheitliches Finanzierungssystem gibt, können diese Missstände behoben werden. Würde es, wie auch in anderen Bereichen der Wirtschaft, eine Eigenkapitalquote geben, dann hätten wir sicher nicht solch einen derartigen Investitionsstau. Auch wenn ich von der Ärzte- und Apothekerbank bin, muss ich sagen, dass auch oftmals die Ärzteschaft ein großes Problem darstellt. Schnell fühlt diese sich in ihren Kompetenzen, Ansprüchen und Budgets eingeschränkt, welche sie nur ungerne verlieren möchte. Der Gesetzgeber gibt des Weiteren den schwarzen Peter gerne an die Initiatoren und Innovatoren weiter. Er sagt, macht was ihr könnt und wollt und ich sage euch wie viel Geld ihr bekommt. So geht das nicht. Ein System der Vernetzung braucht landesweite Standards und Vorgaben. Natürlich darf man nicht zur Überregulation neigen und z.B. Größe oder Kapitalausstattung vorgeben. Der große Handlungsrahmen muss jedoch abgesteckt sein. Des Weiteren muss einfach in die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit neuen Kommunikations- und Diagnosewegen investiert werden. Hier können wir vieles aus Schweden und Dänemark mit ihren modernen Datenbanken lernen.

**I:** Welche weiteren Widerstände sind denn mit dem Einsatz technischer Mittel zu erwarten?

**B:** Der Datenschutz wird natürlich als Problem groß aufgebaut aber im alltäglichen Leben geben wir heute über unsere mobilen Geräte mit WhatsApp oder sonst etwas unsere Daten noch viel ungeschützter frei. Ich glaube daran, dass man die Daten in Deutschland sicher machen kann, auch wenn natürlich nicht zu 100%, denn das ist unmöglich. Viele Menschen kennen ihre eigene Gesundheitsgeschichte nicht gut genug, um Hintergründe oder Verbindungen zu sehen. Eine gemeinsame Datenbasis kann helfen, auch hier ein besseres Verständnis aufzubauen. Doppel- oder Fehlmedikation können so verringert werden. In keinem anderen Industrieland werden so wenige Gesundheitsdaten ausgewertet wie in Deutschland. Die Daten werden einfach nicht zentral gespeichert, sodass viele anonymisierte Erkenntnisse nicht genutzt werden können.

**I:** Könnte denn eine dezentrale Patientenakte, wie der aus Siegen stammende maxiDoc-USB-Stick, hierzu eine Lösung darstellen?

**B:** Mal abgesehen davon, dass man nicht weiß, wie lange das Medium USB-Stick weltweit noch genutzt wird, halte ich es nicht für sinnvoll. Gerade bei einigen hochaltrigen Patienten, die zum Teil

schon demenziell erkrankt sind, kann man technische Erfahrungen und Fähigkeiten nicht einfach voraussetzen. Außerdem würde eine zentrale Lösung bessere Auswertungsmöglichkeiten beinhalten.

**I:** Kann die ja schon eigentlich 2006 auf den Markt kommende elektronische Gesundheitskarte hier Abhilfe schaffen oder ist es schlichtweg ein Milliardengrab?

**B:** Sie deckt leider nur einen kleinen Teil der heutigen technischen Möglichkeiten ab und ich sehe sie daher nicht als geeignetes Instrument an. Im Grunde ist sie ein Milliardengrab.

**I:** In vielen anderen Interviews und aus der Praxis hört man oft, dass Krankenkassen aber vor allem die KVn als Blockierer innovativer Projekte gelten. Ist das wirklich so oder macht man es sich mit dieser Pauschalkritik zu einfach?

**B:** Damit macht man es sich sicherlich zu einfach. Natürlich gibt es Projekte bei denen die KV blockiert hat oder Krankenkassen sicherlich hätten mehr unterstützend wirken können. Aber als generelle Blockierer sehe ich sie nicht. Auch wenn die Ärzteschaft, wie bereits erwähnt, als Ganzes sich noch ein bisschen offener gegenüber innovativen Versorgungsformen zeigen muss.

**I:** Gibt es in Deutschland schlichtweg zu wenig Ärzte oder sind diese nur schlecht verteilt?

**B:** Zu wenige Ärzte haben wir nicht. Noch nie haben wir in Deutschland so viele Ärzte gehabt wie heute. Es muss geschafft werden mehr Ärzte in die Kuration zu bekommen. Hier müssen Anstrengungen unternommen werden. Auch nach einer Schwangerschaft oder anderen Unterbrechungen müssen Einstiegsmöglichkeiten geschaffen werden. Wir leben in einem freien Land. Man kann den Arzt nicht zwingen ob er sich in Usedom, der Uckermark oder Düsseldorf niederlässt. Hier bleibt nur die Steuerung durch Anreize.

**I:** Jetzt haben wir viel über die Mediziner gesprochen, werden Apotheker zu wenig berücksichtigt im Gesundheitswesen?

**B:** Apotheker werden in der Tat oft vernachlässigt. Apotheken sind ein wichtiger Baustein für die pharmakologische Behandlung. Sie können Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen gut abschätzen, da sie meist einen Überblick über sämtliche Medikationen verfügen. Auch hier muss es bessere Regelungen zwischen Ärzteschaft und Apotheken geben. Auch hier können moderne Technologien einen wichtigen Beitrag leisten.

**I:** Könnte das jährliche Budgetdenken der Kostenträger vielleicht durch externe Mittel, wie ein KfW-Kredit, der auf mehrere Jahre angelegt ist, vermindert werden?

**B:** Das ist in der Tat ein großes Problem. Ein von Jahr zu Jahr denkendes System ist Gift für eine notwendige Investitionskultur. Es muss ein einheitliches Finanzierungsmodell der medizinischen Versorgung etabliert werden. Das Finanzierungssystem im stationären Bereich gehört dabei meiner Meinung nach sofort abgeschafft. Zudem muss das jährliche Budgetdenken aus den Köpfen heraus.



**I:** In der Praxis hört man oftmals, dass der Vernetzungsgedanke in aller Munde ist, aber man dafür keine Vergütung erhält. Muss Netzwerkmanagement extrabudgetär vergütet werden um eine sektorenübergreifende Versorgung besser verbreiten zu können?

**B:** Ich denke nicht. Im stationären Bereich wird Netzwerkmanagement auch nicht extrabudgetär vergütet. Es wird über den Overhead bezahlt. Krankenhäuser besitzen Verwaltungsmitarbeiter für solche Aufgaben. In der Arztpraxis sind es oftmals die MFA. Trotzdem werden die laufenden Ausgaben bezahlt. Allenfalls sollte das Netzwerkmanagement aus Geldern, die gegenüber der Regelversorgung eingespart werden, eine zusätzliche Vergütung bekommen.

**I:** Ärztinnen gelten in der Regel Kooperationen offener gegenüber. Mittlerweile ist die Mehrzahl der Medizinstudenten weiblich. Glauben Sie dass sich die Probleme mit Kooperationen schon allein aus demografischen Gründen ändern?

**B:** Ich glaube, dass es sich demografisch ändert, aber nicht nur wegen den jungen Frauen. Auch junge Männer hinterfragen sehr viel. Die Generation Y will nicht mehr 24 h und 7 Tage die Woche arbeiten. Sie schauen bewusst auf ihre Work–Life–Balance. Das geht bei kooperativen Versorgungsformen einfach besser.

**I:** Sollte es eine zwingende Evaluation innovative Versorgungsformen geben?

**B:** Da kann ich eigentlich nur ja sagen. Schauen Sie sich dieses Institut an. Ohne ein Controlling würde es einfach nicht funktionieren. Also auch bitte für solche Projekte.

**I:** Sollten denn aus Ihrer Sicht Kranken– und Pflegeversicherung zusammengeführt werden?

**B:** Ja das würde ich sehr begrüßen. Schon heute verschmelzen die Grenzen von Medizin und Pflege immer weiter miteinander. Aus meiner Sicht ist die Teilung ein Unding. So würde man auch endlich das Problem mit den Verschiebebahnhöfen und unterschiedlichen Geldtöpfen in den Griff bekommen.

**I:** Wie können denn Pflegeeinrichtungen und Rehaträger, die bislang nur rudimentär in neuartige Projekte eingebunden sind, besser für derartige Projekte begeistert werden?

**B:** Auch hier müssen wie bereits erwähnt gezielt Anreize geschaffen werden. Ohne wird das nicht möglich sein.

**I:** Ein oftmals genanntes großes Problem stellt die Budgetbereinigung dar. Welche Lösungsmöglichkeiten könnten Sie sich hierbei vorstellen?

**B:** Wenn die Zuständigkeiten klar und genau geregelt sind ist die Budgetbereinigung relativ einfach. Bezahlung orientiert sich einfach nach Aufwand am Versorgungsprozess.

**I:** Wie könnte denn ein gerechtes Finanzierungssystem aussehen. Ist eine Komplexpauschale die Lösung?

**B:** Ein gerechtes Finanzierungsmodell wird es nicht geben. Hier müsste man erst einmal gerecht definieren. Dieses Unterfangen ist schlichtweg nicht möglich. Über Komplexpauschalen nach

Aufwand denke ich könnte aber ein sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk die Gelder aufteilen. Auch wenn hier viele Verhandlungen im Vorfeld vonnöten sind denke ich, dass es zu schaffen ist.

**I:** Welche Vorteile sehen Sie denn bei innovativen Versorgungsprojekten gegenüber der Regelversorgung für die Patienten?

**B:** Von einer Vernetzten Versorgung profitieren alle Beteiligten. Patienten werden schneller gesund, andere wieder mobil oder Krankheitssymptome werden abgeschwächt. Zudem werden Kosten vermieden und der Gesundheitsoutcome steigt. Leistungserbringer wollen ihren Patienten die bestmögliche Versorgung und die bestmöglichen Hilfsmittel anbieten, das höre ich immer wieder aus Gesprächen in der Praxis. Mit einem kooperativen Versorgungsnetz ist das aus meiner Sicht am besten möglich.

**I:** Wie kann man denn Leistungserbringer vom Nutzen einer Vernetzten Versorgung überzeugen mal fernab von finanziellen Anreizen? Ist dies nur über die direkte Ansprache möglich?

**B:** Ja das denke ich schon. Eine direkte Ansprache schafft Vertrauen und nur so können neue Partner gewonnen werden.

**I:** Gibt es aus Ihrer Sicht Alternativen zu einer sektorenübergreifenden Vernetzung der Versorgung?

**B:** Alternativen sehe ich keine. Man könnte allenfalls den Leistungskatalog zusammenschmelzen, was ich aber für politisches Harakiri halte und daher als sehr unwahrscheinlich ansehe.

**I:** Wenn Sie Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber äußern dürften, welche Reformen sollten schnellst möglichst umgesetzt werden?

**B:** Neben den bereits angesprochen Anreizen und Standards würde ich es begrüßen, wenn rechtliche Klarheiten bei der Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Medizinern aufgrund ihrer Berufsausübung am selben Patienten herrschen würden.

**I:** Welche Auswirkungen hätte eine bessere Vernetzung speziell für ländliche Gebiete, die ja als Verlierer des demografischen Wandels gelten?

**B:** In Deutschland muss vermehrt in die Infrastruktur investiert werden. Ich halte nicht so sehr viel von mobilen Ärzten, sondern plädiere für Praxen mit einer hochmodernen Ausstattung und Diagnostik. Dafür muss es aber entweder gute Busverbindungen geben oder Shuttlebusse müssen eingerichtet werden. Nichtärztliches Personal muss ebenfalls viel mehr eingebunden werden. Hier ist Deutschland noch rückständig. Insbesondere ausgebildete Pflegekräfte sollten an die Grenzen ihrer Ausbildung gehen dürfen und bestimmte erlernte Tätigkeiten verrichten dürfen. Telemedizin und andere intelligente Lösungen sind zudem für ländliche Gebiete unabdingbar. Aber nicht alle ländlichen Gebiete sind Verlierer. Teilweise sind einige Gebiete heute überbevölkert, was Natur und vielleicht auch anderen Wirtschaftszweigen zugutekommen könnte. Hier muss man differenzieren.

**I:** Könnte denn eine gemeinsame sektorenübergreifende Ausbildung behilflich sein ein sektorenübergreifendes Bewusstsein aller Leistungserbringer zu schaffen?

**B:** Auf jeden Fall muss die Ausbildung besser abgestimmt werden. Ärzte sollten in den Bereich des Hausarztes reinschnuppern, aber auch Pflege und andere Berufe kennen lernen. Nur so kann eine gemeinsame Wertschätzung erreicht werden.

**I:** Existiert in Deutschland vielleicht auch eine zu große Angst vor Privatisierungen im Gesundheitswesen?

**B:** Das auf jeden Fall. Bei Privatisierungen wird ein Dämon aufgebaut, der gar nicht existiert. Bestes Beispiel ist die Übernahme des Rhön-Klinikums durch Fresenius. Oftmals unterstellt man den privaten Kliniken, das sie nur auf Rendite aus sind. Aber befragt man mal die Kunden des Rhön-Klinikums, dann sind die erst einmal mit der Behandlung, auch wenn sie diese natürlich nicht medizinisch beurteilen können, sehr zufrieden.

**I:** Wie könnten denn Kommunen und Kreise, als wichtige Akteure der Daseinsfürsorge, besser in solche Versorgungsnetze eingebunden werden?

**B:** Sie müssen auf jeden Fall eingebunden werden. Am besten schon gleich zu Beginn. Wir brauchen ein ‚Quartiersmanagement‘. Denn nur vor Ort kann man sehen, ob vielleicht ein gewisses Hilfspotential besteht, z.B. bei Mobilitätsangeboten und spezielle Lösungen anbieten.

**I:** Welche Kommunikationswege können denn Betreiber von solchen Versorgungsnetzwerken nutzen, um diese bekannter zu machen? Ist es vielleicht das Internet?

**B:** Auch wenn ich kein Marketingspezialist bin, kann ich mir einen Mix aus den verschiedenen Kanälen gut vorstellen. Für die Aufmerksamkeit kann es sicherlich auch ein Einleger in der Tageszeitung sein. Die Publikation mit der größten Leserschaft ist aber die Apothekenumschau, die von vielen Menschen gelesen wird. Es sind nicht die Zeitschriften der Krankenkassen, die eher ungelesen im Altpapier landen. Auch das Internet sollte selbstverständlich genutzt werden.

**I:** Was macht die Apobank im Besonderen, um innovative Versorgungsprojekte zu fördern?

**B:** Unser Institut schöpft sämtliche Finanzierungsfragen aus. Wir haben in unserer Statuten keinerlei Beschränkungen auf den ambulanten oder stationären Bereich. Sofern ein Businessplan aussichtsreich erscheint beschäftigen wir uns damit, egal ob es sich dabei um Regelversorgung oder innovative Versorgung dreht. Auch eine Mittelfinanzierung über die KfW-Bank ist denkbar. Wir raten unseren Kunden schon seit Längerem, sich intensiv mit kooperativen Versorgungsformen zu beschäftigen.

**I:** Müsste es in Deutschland eine parteienübergreifende Vision der Zukunft des Gesundheitswesens geben, wie es 2050 aussehen sollte?

**B:** Leider kenne ich keinen Gesundheitspolitiker, der solch eine Idee hat. Oder sie teilen diese nicht mit der Öffentlichkeit. Ich weiß es leider nicht. Oftmals denken Politiker leider nur von Wahl zu Wahl. Eine derartige Vorstellung wäre sicherlich wünschenswert.

**I:** Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, was im Rahmen dieses Interviews über das Gesundheitswesen noch nicht angesprochen worden ist?

**B:** Besonders betonen möchte ich an dieser Stelle noch einmal, dass wir in Deutschland viel mehr von unseren Nachbarländern lernen sollten. Auch wenn es immer wieder heißt, dass die Systeme unterschiedlich sind, haben Länder wie Frankreich, Italien oder die Niederlande, die ich jetzt willkürlich gewählt habe, dieselben Probleme mit Multimorbidität und Demenz, wie Deutschland. Hier gibt es viele gute Ansätze und Vorschläge, die wir uns anschauen und auf unser System anwenden könnten. Hier sind die Entscheidungsträger oftmals noch zu engstirnig.

**I:** Sehr geehrter Herr [...] vielen Dank für das sehr informative und konstruktive Gespräch.

**B:** Mit dem größten Vergnügen.

**Interviewpartner 05 (20.06.2014)**

1 **I:** (...) Frau [...] sie sind [...] des Bundesverbandes Managed Care e.V.. Welche Erfahrungen haben  
2 Sie denn bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:14-0#

3 **B:** Vielleicht sage ich einfach irgendwie noch drei Worte quasi zu meinem Hintergrund, damit Sie das  
4 besser einschätzen können. Ich komme ursprünglich aus der Unternehmensberatung und hab da  
5 sozusagen ganz andere Dinge gemacht und war im Bankensektor unterwegs usw. aber natürlich auch  
6 im Gesundheitsbereich bei Krankenkassen, wobei man sich da doch dann vorwiegend mit den  
7 betriebswirtschaftlichen Themen eher auseinandersetzt und hab dann aber promoviert zum Thema  
8 regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung. Klar ambulante Versorgung heißt natürlich erst  
9 mal also klingt grade nicht erstmal nach sektorenübergreifend aber natürlich spielt genau da auch  
10 immer diese die Frage rein, also ich habe mich eben vorwiegend beschäftigt mit dem Thema  
11 Ärzteverteilung und Bedarfsplanung und grade da ist ja auch eine der Fragen wie kommen wir  
12 eigentlich hin von einer reinen ambulanten Bedarfsplanung in die irgendwie Köpfe die in der  
13 Niederlassung sind hin zu ner auch sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, die eben auch  
14 Versorgungskapazitäten im stationären Sektor einbezieht usw. Genau insofern das ist sozusagen eines  
15 der Themen und natürlich sonst hier im Rahmen der BMC-Tätigkeit ist das ja quasi so unser  
16 Hauptthema sektorenübergreifende Versorgung wie genau wie kriegen wir insgesamt also  
17 Versorgungsstrukturen die sind auf den Patienten und auf Patientenpfade ausgerichtet sind und nicht  
18 darauf wie Leistungserbringer heute organisiert sind und wie man es denen möglichst bequem macht.  
19 #00:01:45-1#

20 **I:** In der ja Literatur ist ja der Begriff der Integrierten Versorgung so nen bisschen in der  
21 Doppelfunktion also einmal nach § 140 SGB V andererseits aber auch steht es für allgemeine  
22 Sektorenübergreifung, deswegen bin ich von dem Begriff nen bisschen weg gegangen habe es dann  
23 Vernetzte Versorgung genannt. Dieses Konzept soll Sektoren- und auch Versicherungszweige  
24 übergreifend sein, populationsbezogen, patientenorientiert und regional arbeitend. Was halten Sie von  
25 dem Namen und wie sehen Sie dieses Konzept? #00:02:14-2#

26 **B:** Also ich glaube, dass es gut ist, wegzukommen von genau von einem Begriff, der quasi eine  
27 Doppelfunktion hat, weil in der Tat man das irgendwie leicht vermischt und weil wir sonst diese sehr  
28 starke Einschränkung also allein auf SGB V haben und rein immer mit dieser Denke, nur die, die da  
29 aber aufgezählt sind, dürfen teilnehmen und so weiter. Das ist, macht einfach wenig Sinn. Also ich  
30 mein eben gerade zurzeit haben wir ja die Diskussion: Was ist eigentlich mit dem Pflegesektor? Was  
31 ist überhaupt mit dem? Also auch Ärzte, was weiß ich Wohlfahrtsdienste und, und, und. Auch das sind  
32 natürlich ganz wichtige Player und insofern ja also genau ob man es jetzt Vernetzte Versorgung nennt,

33 also ist sicherlich eine Möglichkeit wie man es bezeichnen kann aber genau auf jeden Fall die  
34 Trennung vollziehen (...). #00:03:10–3#

35 **I:** Wenn Sie sich das Idealbild so ner sektorenübergreifenden Versorgung beschreiben sollten, welche  
36 zwingenden Voraussetzungen oder Merkmale müsste sowas denn haben? #00:03:19–4#

37 **B:** (...) es muss auf jeden Fall patientenzentriert sein, und ich also ich weiß es ist wahnsinnig  
38 abgedroschen immer davon zu reden so ja der Patient muss im Mittelpunkt stehen, die Frage ist ja  
39 eigentlich, was heißt das eigentlich, was heißt das eigentlich für die Versorgungsstrukturen? Und aber  
40 ich glaube trotzdem, dass man das man quasi aus der Brille muss man sich es immer wieder  
41 anschauen, weil wo muss eigentlich der Patient hin, wie ist eigentlich die Versorgung des Patienten am  
42 besten gewährleistet und das finde ich, muss eigentlich so die Benchmark sein, die über allem steht  
43 und insofern muss sich, müssen sich quasi alle Themen, die wir so haben, also sei es irgendwie so die  
44 Planung von Versorgungsstrukturen sei es die die Vergütung, Qualitätssicherung, die also sämtliche  
45 Organisation von Prozessen, muss sich eigentlich am Patientenpfad ausrichten und eben nicht am  
46 Status quo von Leistungserbringer und Versorgungsstrukturen. #00:04:27–5#

47 **I:** Jetzt sind solche Versorgungsstrukturen, die sektorenübergreifend sind ja in Deutschland im  
48 Moment noch ja in so ner Nische oder fristen ein Nischendasein, wie beurteilen Sie eine zukünftige  
49 Verbreitung dieser Versorgungsform? #00:04:40–6#

50 **B:** Also das ist ja genau das eigentlich, wo dran wir als BMC auch arbeiten, ich, also manchmal hat  
51 man ja so den Eindruck da passiert ja so gar nichts ich finde es hilft immer, wenn man sich so größere  
52 Zeitabstände ankuckt und sich ankuckt 2014 im Vergleich zu meinerzeit 2004 oder so und dann  
53 sieht man ja doch ach doch da passiert schon nen bisschen was es ist jedoch noch nicht so der ganz  
54 große Sprung, der uns da gelungen ist, aber es gibt ganz viele es gibt wahnsinnig viele kleine  
55 Leuchtturmprojekte die wir irgendwo in der Fläche haben, wir haben halt bisher keine noch keine  
56 diese großen Ansätze die so nen Stück weit mehr flächendeckender sind. Ich glaube, weil Sie ja auch  
57 fragen nach dem zukünftigen Verbreitung, ich glaube es gibt halt nen paar ganz zentrale Widerstände  
58 und da muss man irgendwie kucken wie also, bin ich auch ehrlich gesagt noch nicht ganz so  
59 optimistisch, dass wir die demnächst alle abgebaut haben ne, das sind also, das sind so Sachen wie das  
60 die wesentlichen Regulierungsgremien besetzt sind durch Akteure, die per se für Sektoren stehen, also  
61 der G-BA ist ein Gremium, was Sektorengrenzen eher zementiert als das er sie auflösen kann, schon  
62 per Definition sozusagen. Das liegt daran, dass wir Budgets haben, die fest nach Sektoren verteilt sind  
63 und auch ihre ganz eigenen Logiken haben. Komplett also, auch das SGB V ist ja sozusagen  
64 aufgetrennt nach Sektoren, sagen wir mal. Genau das sind für mich einfach aus meiner Sicht ganz  
65 zentrale Diffusionswiderstände, die nicht von heute auf morgen aufgelöst werden. Nichtsdestotrotz wir  
66 haben ja sowas wie den Innovationsfonds, den wir ja jetzt im Koalitionsvertrag haben und das ist aus

67 meiner Sicht zumindest ein ja Hoffnungsträger nen Stück weit wie man zumindest nen paar  
68 Veränderungen mal anschieben kann ja, klar wir hatten ja auch schon mal die Anschubfinanzierung  
69 vor ein paar Jahren, ich hoffe aber das der der Innovationsfonds da auch nen bisschen nachhaltigere  
70 Projekte schafft, in die Regelversorgung zu bringen. #00:06:55–7#

71 **I:** Sie hatten jetzt die Widerstände schon angesprochen, jetzt versuche ich die noch nen bisschen, noch  
72 nen bisschen kleinschrittiger anzusprechen wie sieht's denn aus gerade mit Ständeproblematiken, wie  
73 weit ist die Ärzteschaft auch ein Problem gerade bei sektorenübergreifender Versorgung? #00:07:11–  
74 8#

75 **B:** Ich finde so was immer gemein, wenn man jetzt immer sagt ihr seid immer das Problem, aber ja es  
76 ist also ich glaube es ist die Organisation dieser genau dieser Stände die schon da nen Stück weit auch  
77 nen Widerstand darstellt und was ich auch immer glaube das die nicht unbedingt die Vertreter von der  
78 Ärzteschaft die hier in Berlin sitzen, das die nicht immer unbedingt in allem das widerspiegeln, was  
79 man eigentlich in der Fläche schon sehen kann, also ich glaube zum Teil sind auch diese vielen was  
80 ich schon sagte, diese regionalen Leuchtturmprojekte auch in ihrem Denken schon sehr viel weiter als  
81 so mancher Vertreter, der irgendwie hier in Berlin sitzt und immer noch das, die Lanze bricht für den  
82 niedergelassenen Arzt in seiner Einzelpraxis auf dem Land und sorry den wird's so in der Form in  
83 Zukunft also maximal noch in der Minderheit geben wird, wenn überhaupt. Also das finde ich  
84 irgendwie einfach albern, das nur noch ja, das einfach so zu propagieren insofern ja, ich glaube schon,  
85 dass wir die Ständeproblematiken haben, in gewisser Hinsicht wird sich das auch dadurch überholen,  
86 dass eine jüngere Generation drankommt und die schon ganz andere Ideen haben, aber nichtsdestotrotz  
87 so grundsätzliche Strukturen wie eine KBV auf der einen Seite und dem DKG auf der anderen Seite.  
88 Das ist was man nicht was man irgendwie schnell abschafft, sondern ja (...) in naher Zukunft nen  
89 bisschen weiter vorankommt. #00:08:42–9#

90 **I:** Gerade aus der Praxis in dem Projekt, in dem ich arbeite, aber auch aus anderen Interviews, höre ich  
91 immer wieder das gerade die KV also jetzt nicht nur der Dachverband aber auch die einzelnen einfach  
92 als Blockierer von sektorenübergreifender Versorgung sind oder eben Krankenkassen einfach kein  
93 Geld also geben. Kann man sagen, macht man das, ist das zu pauschal zu sagen die blockieren einfach  
94 oder ist das leider im Moment noch so? #00:09:04–10#

95 **B:** Ich glaube schon, dass das nen bisschen pauschal ist, weil auch da sind auch große regionale  
96 Unterschiede also wenn man sich z.B. ankuckt und hatt natürlich auch wieder viel damit zu tun welche  
97 in welchen, wie viel Verhandlungsdruck hab ich denn vor Ort? Und wenn ich mir da z.B. ankucke was  
98 ne KV Brandenburg macht die sind aus meiner Sicht da schon sehr viel innovativer als manch andere  
99 KV, die haben ja auch diese, diese Projekte die ein Projekt was die gegründet haben, gemeinsam mit  
100 der mit der AOK NordOst und jetzt auch mit der BamerGEK haben dieses IGiB wo sie eben also aus

101 meiner Sicht sich wirklich ganz schon innovative Projekte haben, sei es so nen Patientenbuch sei so  
102 nen RegioMed so nen wie so ein Bereitschaftsdienstpraxen aufsetzen mit der das die nichtärztlichen  
103 Gesundheitsberufe stärker einbeziehen mit dem AGNES zwei Projekt und also ich glaube das man,  
104 man sollte das nicht so pauschal sagen und unter einen Kamm scheren, da gibt es schon Unterschiede.  
105 Genau dann hatten sie gefragt nach der, nach der Frage, wie viel Geld geben die Krankenkassen, das  
106 ist ja sozusagen nochmal ein anderes Thema eigentlich. Da haben wir ja in den letzten Jahren schon  
107 viel geredet über Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb, der natürlich dazu führt, dass die  
108 Investitionsbereitschaft bei Krankenkassen nicht gerade exorbitant ist. Ich glaube es wird ganz  
109 spannend sein zu sehen, was passiert denn jetzt mit dem Neuen. Also wir haben ja jetzt gerade das  
110 FQWG verabschiedet und was wird sich daraus ergeben, wenn man weggeht von diesem  
111 Zusatzbeitrag, den man bisher ja sehr sichtbar eingezogen hat, wieder ein Stück wieder zu der alten  
112 Logik, wo man einfach irgendetwas abgezogen bekommen hat, was man nicht direkt gesehen hat. Das  
113 heißt ja ich, also da weiß man ja einfach noch nicht, sind die Bürger oder sind die Versicherten jetzt  
114 grade sowieso viel stärker, sind die sensibilisiert dafür, was die früher nicht waren, und wird das weiter  
115 diese Extreme (...) ja Preissensitivität vonseiten der Versicherten geben oder entspannt sich dadurch  
116 jetzt auch nen bisschen vielleicht die Lage, sodass auch die Krankenkassen bisschen mehr ne  
117 Möglichkeit wieder haben auch mal Gelder in die Hand zu nehmen und auch in innovativere Sachen  
118 zu investieren, die sich eben nicht gleich über zwei, drei Monate hinweg schon wieder rechnen und  
119 man da schon wieder einen Return hat, sondern auch vielleicht mal ein paar Jahre brauchen, bis man  
120 da tatsächlich aus der Investition wieder was rauszieht. #00:11:47–11#

121 **I:** Würde es dann da helfen, wenn man z.B. Zusatz also über zusätzliche Budgets z.B. KfW-Kredite  
122 den Krankenkassen z.B. für fünf Jahre Geld zur Verfügung stellt das sie gar nicht kucken müssen von  
123 Jahr zu Jahr also dieses Budgetdenken und da einfach mal nen Durchbruch zu machen. #00:12:00–12#

124 **B:** Also ich glaube auf jeden Fall, dass es Sinn macht machen würde, wenn man da nen bisschen mehr  
125 ne Flexibilität hätte. Also heute ist es ja so, dass die Krankenkassen ja auch über das SGB V sehr eng  
126 eingeschränkt sind in dem, was sie überhaupt an Rücklagen bilden dürfen, und auch natürlich mit  
127 diesem Wirtschaftlichkeitsgebot, was ja gerade auch sehr eng ausgelegt wird durch das BVA, und  
128 wenn man da also zum einen Mal Regulierungen mehr Flexibilität geben würde, bis man sagen könnte,  
129 ihr könnt auch mehr Rücklagen bilden, wenn ihr die dann auch mal investiert, aber ob ja also beides  
130 über den Innovationsfonds oder sei es eben über sowas wie KfW-Kredite zumindest also genau, man  
131 muss natürlich immer sicherstellen, dass die so auch ausgerichtet sind, dass das für die Kassen nicht  
132 einfach leichtes Geld ist, was die da irgendwo ausgeben kann, sondern einfach aufgrund der Tatsache,  
133 was weiß ich das die nen relevanten Eigenanteil leisten müssen oder das die bei Krediten klar eh in der



134 Rückzahlungspflicht sind usw., also dass da auch nen echter Anreiz ist genau zu überlegen, macht die  
135 Investition auch wirklich Sinn aus unserer Sicht und, wenn ja, dann gehen wir da rein? #00:13:07–13#  
136 **I:** Inwieweit behindert auch die aktuelle Gesetzeslage das so nen bisschen? Also die  
137 Weiterverbreitung, weil ich höre immer wir haben spannende Projekte aber wir müssen uns da erst  
138 einmal einen § dazu suchen. Also ist das vielleicht alles ein bisschen zu sehr eingeschränkt?  
139 #00:13:19–14#

140 **B:** Also das ist auf jeden Fall auch noch ein Thema wir hatten ja jetzt schon mehrere Punkte eigentlich,  
141 die die sozusagen im SGB V quasi hemmend sind also einmal ist es sowas wie Aufsichtspraxis usw.  
142 aber ja es ist also es ist auch ein Stück weit die Gesetzeslage man sieht es ja auch das dann vieles ja  
143 auch an in den 140a als Integrierte Versorgung rein interpretiert wird, wo man durchaus nen  
144 Fragezeichen hinter setzen kann was das jetzt direkt integriert da ran schon ist und ich glaube auch das  
145 es eigentlich also Projekte oder Versorgungsansätze gibt, die zwar im rein ambulanten Sektor also  
146 angesiedelt sind, die aber trotzdem auf ne Vernetzung ausgerichtet sind aber auch mit Vernetzung  
147 allein schon zwischen Hausarzt/Facharzt usw. die ja auch Sinn machen, die aber so mit dem 140a sich  
148 nicht abbilden lassen oder die vielleicht auch Akteure miteinbeziehen, die halt heute nicht im 140a also  
149 enthalten sind, als da sind ja die KVn z.B. explizit ausgeschlossen wo man auch nen Fragezeichen  
150 hinter setzen kann ob das sinnvoll ist. #00:14:26–15#

151 **I:** Welche Widerstände sind mit technischen Hilfsmitteln z.B. denn zu erwarten gerade jetzt z.B. auch  
152 die elektronische Gesundheitskarte, die ja hoffentlich irgendwann mal kommen soll? Reicht das aus  
153 ihrer Sicht schon, oder ist das eher eine Milliardeninvestition, die ins Falsche geht bzw. die gar nicht  
154 mehr so zeitnah ist? #00:14:46–16#

155 **B:** (...) wie gesagt bisher ist das Thema eines, welches große Emotionen hervorruft. Die sitzen  
156 netterweise ja auch noch hier mit im Gebäude. Also es ist wirklich absurd finde ich es gibt glaub ich  
157 kein Thema wo eigentlich jeder sagt so mit gesundem Menschenverstand drauf schaut hey das würde  
158 total viel Sinn machen, wenn wir, wenn ich überall zu jedem Arzt meinetwegen zu dem wir gehen  
159 wieder neu unsere Krankheitsgeschichte erzählen sollen wenn die das irgendwie wüssten und dann  
160 gleichzeitig ist das so ne Debatte wo man also die scheint irgendwie so ein bisschen verloren es wird  
161 ständig quasi mit dem Datenschutz irgendwie gedroht dann wird ja gekuckt in anderen Ländern gibt's  
162 auch Datenschutz und trotzdem haben die Dänen meinetwegen seit dem 70er Jahren in dieser Weise  
163 systematisch Gesundheitsdaten zu erfassen genauso auch in anderen Ländern wo man da sehr viel  
164 weiter ist ich glaube und hoffe nach wie vor das es sowas wie eine elektronische Gesundheitskarte, die  
165 dann aber tatsächlich auch den Namen verdient also sprich wo jetzt nicht irgendwie nur mal meine  
166 Adresse drauf ist, sondern wo eben auch so sinnvolle Daten drauf sind das wär's auf jeden Fall also  
167 schon ne Menge für die Versorgung bringen könnte und vor allem auch im sowas wie eine

168 elektronische Patientenakte, nen eRezept also da genau da gibt es ja ganz viele Konzepte quasi die da  
169 nen Stück weit mit dran hängen. #00:16:20–17#

170 **I:** Es gibt in Siegen, ich weiß nicht ob Sie das Projekt kennen den maxiDoc–Stick, das ist ne dezentrale  
171 Patientenakte als USB–Version. Könnte so etwas denn, also dezentral und nicht auf zentralen Servern  
172 eine Möglichkeit sein oder ist das wenn man jetzt den weltweiten Trend ankuckt eigentlich eher so ne  
173 wenn überhaupt ne Übergangslösung? #00:16:39–18#

174 **B:** (...) d.h. ich trage in dem Moment meine Daten mit mir mit und ich entscheide selber, wann ich sie  
175 wem zur Verfügung stelle. Das sehe ich mal grds. wenn das helfen sollte diese Datenschutzprobleme  
176 erst mal aufzuräumen oder zumindest die Widerstände die es so gibt auszuräumen dann würde ich  
177 sagen klar lieber lieber heute als Morgen und das muss ja nicht bis in alle Ewigkeiten so sein, sondern  
178 vielleicht ist es auch ein erster Schritt, das man sagt gut dann haben die Leute irgendwie das Gefühl sie  
179 können es besser kontrollieren, ich meine klar da kann man ja auch wieder fragen, was ist wenn ich  
180 den USB–Stick verliere kann mich dann nicht jemand haken und das ist dann nicht genauso unsicher  
181 aber fein also ne ich glaube wenn das ein erster Schritt wäre umso besser. #00:17:28–19#

182 **B:** Welche Vorteile gegenüber der Regelversorgung hat denn überhaupt so ein vernetztes  
183 Versorgungsnetzwerk? #00:17:34–20#

184 **I:** (...) also ich glaube eine ganze Menge. Wenn wir uns anschauen, also eigentlich wo immer wir  
185 heute Schnittstellenprobleme haben, werden wir nicht alle Schnittstellenprobleme über eine  
186 elektronische Vernetzung lösen, aber wir werden uns, glaub ich, schon mal sehr viel leichter tun also  
187 sei es bei so Themen von also rein im ambulanten Sektor zwischen Hausarzt und Facharzt, zwischen  
188 den Fachärzten untereinander das ich ne Abstimmung von Diagnosen brauche ne Abstimmung der  
189 Therapie brauche. Heute weiß keiner welche Arzneimittel der Patient alle verordnet bekommen hat  
190 noch weniger weiß irgendwer welche er von der Apotheke abgeholt hat und was wir sowieso nicht  
191 wissen, was wir aber auch damit nicht wissen werden, ist welche Medikamente er wann überhaupt  
192 nimmt. Genau für das ganze Thema Arzneimitteltherapie wäre es aber zumindest schon mal extrem  
193 hilfreich. Dann natürlich die ganze Vernetzung auch mit dem stationären Sektor also Themen wie  
194 Entlassmanagement die wir heute versuchen ja nen bisschen zu regeln, wo wir aber noch hinterher  
195 hinken auch da ist wieder diese Arzneimittelthema natürlich ein wichtiges und auch die ganze also  
196 dann die Vernetzung weil wir ja vorher drüber gesprochen hatten raus zu kommen aus der engen aus  
197 dem engen Fokus aufs SGB V hinzu auf ne Einbeziehung von SGB XI usw. also auch die Pflegeheime  
198 die sollten natürlich auch natürlich miteinbezogen werden und ne Idee haben was da eigentlich  
199 passiert. Reha–Bereich natürlich auch usw. da ich glaube allein um diese Schnittstellenprobleme ein  
200 Stück weit zu lösen wäre es schon sehr hilfreich. #00:19:18–21#

201 **I:** Jetzt hatten sie gerade Pflege und Reha angesprochen, die sind aber leider bei vielen Verträgen  
202 wenn überhaupt nur bei ganz wenigen überhaupt als Partner aufgeführt. Wie könnte man denn solche  
203 Einrichtungen mehr dazu motivieren an solchen Netzwerken teilzunehmen? Geht das wirklich nur über  
204 das Geld das sie eine Vergütung bekommen? #00:19:37–22#

205 **B:** (...) also ein Problem was wir ja haben ist glaub ich das auch der der Regulierungsrahmen so  
206 unterschiedlich ist, zumindest das die ja gar nicht damit drin hängen, dass nen Pflegeheim wo ja dann  
207 auch die Vergütung über die Pflegeversicherung erfolgt und die auch wieder auch wieder ganz anderen  
208 Logiken folgt. Also sei es also allein die Sache, dass es nen Teilkaskoprinzip ist und kein  
209 Vollkostensachleistungsprinzip und dann so Sachen, dass die Pflegekassen selber ganz anders sich  
210 refinanzieren als es eine GKV tut, nicht über den Risikostrukturausgleich, sondern eben quasi über nen  
211 einen Vollkostenausgleich, das sind natürlich so grundsätzliche Hemmnisse. Ich glaube ansonsten ist  
212 es wahrscheinlich auch nen Stück weit ein praktisches Thema, dass wir bisher nen sehr fragmentierten  
213 Markt haben, was so Pflegeheime und auch ambulante Pflegedienste angeht. Also wir haben da noch  
214 nicht so die großen Player, die so etabliert sind und gerade sowas wie die Vernetzung und auch  
215 Vertragsverhandlungen usw., das birgt ja immer große Transaktionskosten. D.h. damit sich sowas  
216 lohnt, muss man auch ne bestimmte kritische Größe einfach erreicht haben. #00:20:51–23#

217 **I:** Würde es denn da schon vielleicht helfen Kranken- und Pflegeversicherung einfach per se schon  
218 zusammen zu legen? #00:20:56–24#

219 **B:** (...) da ist also so eine Diskussion, die mal immer wieder führt. Ich habe da ehrlich gesagt  
220 Sympathien für diese Idee, weil ich also es würde sicherlich nicht alle Probleme lösen aber ich glaube  
221 schon das eine oder andere Problem würde etwas, so Fehlanreize an dieser Schnittstelle angeht könnte  
222 man damit durchaus beheben. #00:21:07–24#

223 **I:** Hätten Sie denn Alternativen zu ner sektorenübergreifenden Versorgung, gibt's da irgendetwas?  
224 #00:21:23–25#

225 **B:** Alternativen zu ner sektorenübergreifenden Versorgung? #00:21:26–26#

226 **I:** Zu ner Vernetzung der Gesundheitsakteure? #00:21:30–27#

227 **B:** Nö (...) ich glaube das muss der Weg sein. Also wenn wir, wenn wir irgendwie ernst meinen, mit  
228 diesem ständigen Slogan, der Patient muss im Mittelpunkt stehen, dann ist sektorenübergreifende  
229 Versorgung frei nach Angela Merkel alternativlos (...). #00:21:50–28#

230 **I:** Über welche Kommunikationskanäle könnte denn so nen Netzwerkmanagement andere  
231 Leistungserbringer darauf aufmerksam machen in diese Versorgungsform ja sich zu beteiligen und wie  
232 könnte die Bevölkerung auf dieses innovative und vielleicht auch bessere Netzwerk aufmerksam  
233 gemacht werden? #00:22:07–29#

234 **B:** (...) wie war der erste Teil? #00:22:15–30#

235 **I:** Wie das Netzwerk oder so ein Netzwerkmanagement andere Leistungserbringer dazu motivieren  
236 kann auch sich noch an dem Netzwerk zu beteiligen und wie die Bevölkerung überhaupt auf so etwas  
237 aufmerksam gemacht wird. Sind das eher die traditionellen Wege also mit Zeitungen und Rundfunk  
238 und Fernsehen, spielt das Internet auch immer mehr eine Rolle oder? #00:22:33–31#

239 **B:** Ach so ja gut bei den Leistungserbringern, also fehlt aus meiner Sicht zum einen so nen bisschen  
240 der Handlungsdruck, ich glaube nicht, dass es nicht nen Wissens- oder Informationsthema so sehr ist  
241 also ich glaube schon, das die meisten Ärzte mittlerweile mitbekommen haben das es sowas wie  
242 Ärztenetze gibt oder Qualitätszirkel oder was auch immer aber ich glaube, da ist es eher der  
243 Handlungsdruck. Ja, solange ich meine ja ganz gut so mein Geld verdiene und mein Wartezimmer  
244 sowieso voll ist, wozu soll ich mich da irgendwie verändern. Genau also wenn es jetzt auf  
245 Kommunikation kommen soll (...) wäre das jetzt aus meiner Sicht weniger das Hemmnis genau und  
246 da ist die andere also man hätte ja grds. immer zwei Hebel die man so Innovationen reinbringt  
247 entweder über so nen push- oder so nen pull-Faktor, also entweder die Ärzte verändern sich und  
248 pushen es somit auf den Patienten oder das wir wirklich eine mündige Patientenschaft auch haben die  
249 quasi Innovationen nachfragt. Das wär natürlich auch so nen Idealbild von so nem also der Patient, der  
250 schon eher auch Verbraucher quasi ist das ist glaub ich extrem schwer zu etablieren. Also das sieht  
251 man auch, also was weiß ich wir reden ja auch über das Thema in Bezug auf z.B. Qualitätssicherung es  
252 müsste doch so ne Art Bewertungsportale geben weil dann würde der Patient automatisch dahin gehen  
253 zu dem der irgendwie gut bewertet ist und da sieht man eigentlich auch im internationalen Studien das  
254 das nur zu nem ganz kleinen Prozentsatz wirklich so ist also das sind aus den USA da gab's ja solche  
255 Studien, vielleicht sind das 10% der Leute oder so, was vielleicht aber schon hilft und manchmal ist  
256 das ja dann auch die kritische Masse und ich ja also ja damit ich sozusagen Veränderungen anrege.  
257 Insofern genau sie fragen danach wie man den Patienten also wie man den Patienten auch stärker zu  
258 einem mündigen Patienten erzieht ja im Endeffekt (...) klar da können wir jetzt sagen man müsste  
259 damit anfangen da auch stärker schon von der Schule an Gesundheitsthemen beizubringen usw. ich ja  
260 ich glaub da sind hab ich jetzt sonst keine super kreativen Ideen wie man das irgendwie stärker  
261 machen könnte. #00:25:09–32#

262 **I:** Sollte denn der Gesetzgeber dann vielleicht für bestimmte Regionen vielleicht für ländliche  
263 Regionen, wo es schon problematisch ist, einfach per Gesetz vorschreiben das eine  
264 sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet ist oder kriegt man dann wirklich Leute an einen  
265 Tisch, die gar nicht miteinander reden wollen? #00:25:23–33#

266 **B:** (...) nee ich glaube nicht, dass das Sinn macht, dass man sozusagen sektorenübergreifende  
267 Versorgung per Gesetz verordnet, sondern es muss schon es muss ja auch von den Akteuren vor Ort  
268 kommen. Ich glaube, man würde dem ganzen mehr Gutes tun, wenn man einfach die heutigen

269 Hemmnisse abbaut, abbauen würde, weil also es gibt unglaublich viele Leute, die schon irgendwo vor  
270 Ort sind und da echt tätig und wahnsinnig viel machen und tun und man müsste einfach mal kucken,  
271 dass denen nicht ständig irgendwie Steine in den Weg geworfen werden und sofern wäre das, glaub  
272 ich, das Hilfreichere klar und da kann man natürlich sagen, da muss der Gesetzgeber kucken, dass  
273 irgendwie, was weiß ich, der G-BA tatsächlich seine Aufträge erfüllt und nicht irgendwie fünf Jahre  
274 lang an irgendwelchen Themen rumverhandelt, sondern auch ein Ergebnis macht. #00:26:17–34#

275 **I:** Inwieweit würden insbesondere ländliche Gebiete von einer Vernetzung im Gesundheitswesen  
276 profitieren? #00:26:23–35#

277 **B:** (...) aus meiner Erfahrung also ich weiß gar nicht ob ich da irgendwie Abstufungen machen würde  
278 zwischen also ich glaube die Antworten die man geben muss sind glaub ich unterschiedliche zwischen  
279 sehr ländlichen und sehr städtischen Regionen also wie so Strukturen aussehen aber ich glaube das  
280 beide Regionen sehr stark davon profitieren würden genau wie gesagt ich glaube die Strukturen als  
281 solche sehen ein bisschen anders aus als in nem, in den ländlichen Regionen ist es einfach noch  
282 weniger attraktiv seine Einzelarztpraxis zu haben, sondern da müssen wir glaub ich eben noch mehr  
283 mit medizinischen Versorgungszentren und auch ner stärkeren ja Integration von ambulanten und  
284 stationären Strukturen arbeiten, also warum nicht sollte es auch Sprechstunden geben, die am  
285 Krankenhaus angesiedelt sind zum Beispiel. #00:27:20–36#

286 **I:** Ja wenn Sie jetzt drei Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber offen hätten welche wären das?  
287 #00:27:25–37#

288 **B:** (...) schwierig wenn das dann limitiert ist. #00:27:28–38#

289 **I:** Sie können auch mehr haben kein Problem. Was ist denn das, was kommt ihnen den am Ersten in  
290 den Sinn was gemacht werden sollte? #00:27:36–39#

291 **B:** Vergütungsstrukturen ändern und zwar ändern im ambulanten Sektor in jedem Fall und im Idealfall  
292 (...) genau machen wir das mal so Vergütungsstrukturen ändern und auf nen umgekehrt aber auch  
293 mehr Flexibilität für Krankenkassen z.B. also dahingehend das sie stärker auch ne Möglichkeit haben  
294 wirklich auch Versorgungsmanagement anzubieten und da auch sozusagen komplette ja also so nen  
295 bisschen diese HMO Gedanken wahrnehmen, also das sie eben die Möglichkeit haben so ne  
296 Versorgung aus einer Hand auch für ihre Patienten anzubieten mit entsprechend also unterschiedlichen  
297 Tarifen usw. also ich finde dieses Modell in der Schweiz wirklich ganz charmant wo man sagt wenn  
298 ihr wenn also wenn jemand freie Arztwahl haben will, dann ist das vollkommen in Ordnung aber er  
299 muss auch dafür bereit sein dafür zu zahlen während wenn ich jetzt sage ich kann auch gut damit  
300 leben, dass ich halt immer zuerst zu nem Teledoktor meinetwegen auch anrufe und mal schnell mit  
301 dem Skype, was ich eigentlich ein charmantes Modell finde im Gegensatz zu ich latsche irgendwo hin  
302 und setze mich stundenlang ins Wartezimmer dann ja dann muss es auch die Möglichkeit geben, das

303 wäre so eine Variante so eine Sache (...) genau ja ansonsten sind das sicherlich so Sachen wie also das  
304 man irgendwie das ganze Thema Aufsicht und was so nen Zeug wo wir eben drüber gesprochen hatten  
305 mehr Investitionsspielräume den Akteuren zu geben das wär sicherlich auch noch einer meiner  
306 Wünsche. #00:29:37–40#

307 **I:** Wie sollte denn nach ihrer Meinung ein Finanzierungs– oder Budgetierungsmodell aussehen?  
308 #00:29:43–41#

309 **B:** (...) also das ist nicht genau so, also das finde ich echt eine schwere Frage, weil ich glaube so in so  
310 nem ersten Schritt denkt man dann doch erst mal wieder so nen Stück weit an Sektoren aber ich finde  
311 das DRG–Modell z.B. schon mal nen ganz intelligentes System, man könnte sich aber überlegen,  
312 bräuchte man nicht so eine Art DRG für den ambulanten Sektor und vielleicht dann in nem nächsten  
313 Schritt irgendwann mal dazu das man diese DRGs dann eben auch zusammen führt um vielleicht  
314 darüber auch nen Stück weit mehr zu ner sektorenübergreifenden Versorgung zu kommen. Genau was  
315 mir bei den DRGs halt noch fehlt ist sind Qualitätsanreize (...) und ja dieses Thema pay–for–  
316 performance ist wahnsinnig kompliziert das vernünftig umzusetzen wegen Risikoadjustierung usw.  
317 aber ich glaube trotzdem das wir da nochmal dran müssen. #00:30:48–42#

318 **I:** Sollte es denn in diesen DRGs dann auch Geld oder nen Geldfaktor für Netzwerkmanagement  
319 geben? Weil man hört immer aus der Praxis wir würden das gerne machen, nur wir kriegen das eben  
320 nicht vergütet. #00:31:00–43#

321 **B:** Nee ich würde keine, ich würde keine Strukturen extra vergüten, sondern ich finde, wenn ich der  
322 Überzeugung bin, dass ich irgendwo ne bessere Versorgung anbieten kann, dann muss eigentlich eher  
323 da rüberkommen, dass man, das meinte ich eben auch mit diesem Thema Qualitätsanreize. Also ich  
324 würde immer eher über Outcomes gehen also dann über den Input extra wieder nochmal neu zu  
325 vergüten. #00:31:25–44#

326 **I:** Ja (...) jetzt ist es in Deutschland ja so wir haben ja im Vergleich zu vielen andern Industrienationen  
327 relativ viele Gesundheitsdaten, die aber überhaupt gar nicht genutzt werden. Wo ist denn da überhaupt  
328 in Deutschland das Problem? #00:31:38–45#

329 **B:** Das frag ich mich auch immer. Genau wir haben ganz viele Daten, die liegen bei den  
330 unterschiedlichsten Akteuren und keiner möchte sie, möchte sie herausgeben, weil er meint er ist der  
331 einzige, der da irgendwie die Herrschaft drüber hat. Das sind noch dazu alles Körperschaften des  
332 öffentlichen Rechts und somit eigentlich finanziert mit unseren Versichertenbeiträgen und was ich  
333 finde erst recht finde irgendwie ein Skandal ist das man da nicht ran kommt. Klar immer unter der  
334 Maßgabe, dass der Datenschutz gegeben ist. Ich glaube es ist einfach auch so nen bisschen also in den  
335 Köpfen der Akteure, das sie da also sozusagen der Meinung sind, das sind meine Daten also ich glaube  
336 da muss einfach nen Umdenken erfolgen und das ist z.B. ja so nen Beispiel wo irgendwas eigentlich

337 bei der Selbstverwaltung also wir hatten ja diese Datentransparenzregelung seit 2004 oder sowas  
338 umgesetzt da ist 8 Jahre lang nichts passiert in der Selbstverwaltung und dann irgendwann hat der  
339 Gesetzgeber gesagt, so jetzt reicht's mir und jetzt stellt ihr jetzt mal die Morbi-RSA-Daten wenigstens  
340 quasi zu Forschungszwecken zur Verfügung das ist glaub ich schon ein erster guter Schritt, nichts  
341 desto trotz reicht der Datensatz sicherlich nicht aus um da müsste also ich glaube aber der Weg ist  
342 sozusagen angefangen und da muss man jetzt einfach weiter machen und kucken das noch mehr Daten  
343 dazukommen. #00:33:02-46#

344 **I:** Sollte es denn Ihrer Meinung nach vielleicht noch weitere Standards oder genauere Standards geben  
345 über Größe, Art und Kapitalausstattung, Ziel von solchen Versorgungsnetzwerken, weil im 140er ist ja  
346 mehr so drin also einfach nur sektorenübergreifend und die die wirkliche Ausgestaltung ist ja den  
347 Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. #00:33:21-47#

348 **B:** Ich würde nicht dazu übergehen, dass man noch mehr Regulierungen macht, sondern ich glaube  
349 eher, dass man grundsätzlich erst mal sagt, jeder, der meint er kann Innovationen beitragen, der soll  
350 das auch zeigen können und da auch mitmachen können und deswegen, das ist. Ich würde nie oder  
351 nicht so sehr immer bei dem Input, wenn man es so nennen will, regulieren, sondern eher sagen, was  
352 sind denn eigentlich die zentralen Leitplanken, was wir bei den Outcomes haben wollen? Und das eher  
353 da drübermachen. Ja eher da drübersetzen. #00:33:57-48#

354 **I:** (...) wie sollten denn z.B. so andere Akteure, die jetzt im Moment gar nicht so berücksichtigt  
355 werden, wie Städte, Kreise und Kommunen besser in solche Versorgungsnetzwerke integrierte  
356 werden? #00:34:07-49#

357 **B:** (...) also ja ist ja immer schwer also gerade was das Thema ambulante Versorgung angeht glaub ich  
358 haben wir ja auch in den letzten Jahren wenn man sich das so ankuckt schon ne echte Veränderung  
359 also grade in den Regionen wo man also eben wo Landarztmangel und und und herrscht, da ist ja dann  
360 doch letztendlich so, dass die Leute auf der Matte vom Bürgermeister stehen und sagen hey wir  
361 brauchen aber unseren Arzt, insofern ist da der Druck auch gestiegen und (...) die wollen ja da auch  
362 mehr machen und das auch zurecht gleichzeitig aber auch beim Thema Pflege und soziale Dienste  
363 haben auch die Kommunen natürlich auch die die Ahnung vor Ort, also man kann vieles und muss  
364 auch vieles aus Berlin regeln aber nicht alles, sondern insofern da zu ner also ich glaube man muss halt  
365 irgendwie auf ner Bundesebene immer den großen Rahmen vorgeben. Muss dann aber eben kucken,  
366 sei es eben bei, also ich finde grade sowas wie Planung und Versorgung also Versorgungsplanung, wo  
367 wie viele Ärzte brauche ich und so weiter, da macht es auf jeden Fall Sinn auch die Kommunen  
368 miteinzubeziehen und sei es in so Gesundheitskonferenzen oder ja gemeinsame Landesgremien oder  
369 Ähnlichem und da gibt's ja schon einige Strukturen und genau das kann man aber eben, glaub ich,

370 auch noch ausweiten, eben grade unter Einbeziehung der Pflege z.B. auch der ganzen Sozialdienste,  
371 die sich ja auch noch so drum rumranken. #00:35:43–50#

372 **I:** Inwieweit könnten denn überhaupt eine sektorenübergreifende Ausbildung der Gesundheitsberufe  
373 Hemmnissen entgegenwirken? #00:35:49–51#

374 **B:** (...) also ich würde schon dafür sein, weil wir weil grade eine bei einem Symposium wo es eben  
375 genau um dieses Thema Gesundheitsberufe ging und wir heute ja da einfach in Deutschland doch ein  
376 sehr starkes Schwarz–Weiß–Bild haben nach dem Motto das ist der ist Arzt und Facharzt und hat  
377 irgendwie ne zwölfjährige Ausbildung und der Rest was weiß ich sind irgendwie Arzhelfer usw. aber  
378 da gibt's eigentlich noch nen sehr großes Spektrum was dazwischen gar nicht abgedeckt ist bzw. wo  
379 man sagen muss wo Ärzte ganz viele Tätigkeiten ausüben wozu sie ganz klar überqualifiziert sind und  
380 da glaube ich haben wir noch ganz viel Spielraum, klar da sind jetzt auch die Anfänge durchaus schon  
381 gemacht also wir sehen ein Wildwuchs geradezu an Studiengängen also Bachelorstudiengängen in  
382 Pflegeberufen und was weiß ich. In Physiotherapie, Ergotherapie da gibt's jetzt erste Studiengänge  
383 zum Physician Assistent was so ja so nen bisschen Hilfsärzte sind wenn man so möchte und ja also ich  
384 glaube schon, dass das richtige Ansätze sind um auch also Versorgung auch also wie zum einen erst  
385 mal die die den Versorgungsstandard den wir heute haben auch nen Stück weit sicherzustellen dann ja  
386 und da aber auch in noch zu besseren Ansätzen zu kommen. #00:37:26–52#

387 **I:** Existiert in Deutschland vielleicht eine zu große Angst vor einer stärkeren Privatisierung des  
388 Gesundheitswesens? #00:37:32–53#

389 **B:** (...) also klar jetzt so, also so als Schlagzeile eignet sich das immer super und alle sagen, oh mein  
390 Gott das ist ja furchtbar, wenn man dann aber genau, ich finde, das ist so nen bisschen dieses ‚double  
391 standards‘, also wenn man abstrakt von Privatisierung im Gesundheitswesen redet, dann sagt jeder, oh  
392 Gott das ist ja schrecklich und es geht ja alles gar nicht, wenn ich ganz konkret davon rede, wie ist  
393 denn mein Krankenhaus, was da vor Ort ist, dann glaub ich also spielt es erst mal gar keine Rolle, ob  
394 das privat ist oder nicht, sondern die Leute erleben so wie sie es erleben, egal, ob das jetzt in  
395 kommunale Hand ist oder nicht und gleichzeitig ist das wie das jeder niedergelassene Arzt ja auch ein  
396 Freiberufler ist und damit jemand ist, der Geld verdient mit dem was er da tut. Da fragt ja auch keiner  
397 und da sagt ja auch keiner, mein Arzt darf ja auch gar kein Geld damit verdienen. Also insofern, ja das  
398 ist auch viel Ideologie mit im Spiel. #00:38:36–54#

399 **I:** Was sind so die nächsten konkreten Ziele, die sich ihr Bundesverband auf die Fahne geschrieben  
400 hat, die er jetzt in den nächsten oder sagen wir mal in den nächsten 12 Monaten erreichen möchte?  
401 #00:38:45–55#

402 **B:** Das Thema Innovationsfonds, das ist eins was uns natürlich also in erster Linie gerade umtreibt.  
403 Wir haben uns natürlich gefreut, dass es jetzt im Koalitionsvertrag drin steht. Entscheidend ist jetzt



404 eben aber aus unserer Sicht wie setzt man das ganze jetzt um? Und wird es so ausgestaltet, dass es  
405 nachher auch die Ziele erreichen kann, die wir eigentlich damit verbinden. Da wird ganz relevant sein  
406 quasi die ganzen Prozesse. Also wer wer darf da sich darum bewerben und wer entscheidet nachher  
407 nach welcher Kriterien und genau da mit rein zu gehen und da ein Stück weit mit ja also zumindest vor  
408 den größten Fehlern zu warnen sag ich mal, das das sind so die Themen die uns jetzt grad so  
409 umtreiben. #00:39:36–56#

410 **I:** Fehlt Deutschland da auch eine parteiübergreifende Vision, wie das Gesundheitswesen 2050  
411 aussehen soll? Haben Sie auch das Gefühl, dass die Politiker, auch die Gesundheitspolitiker wirklich  
412 nur von Wahl zu Wahl schauen und alles und das große Ganze überhaupt nicht sichtbar ist. #00:39:53–  
413 57#

414 **B:** Ich finde nicht nur die Politik, ich finde insgesamt, also ich finde das ist extrem schade aber auch in  
415 der, in der Selbstverwaltung wenn man sich so anguckt, ich finde wir reden viel zu sehr immer über  
416 den § XY Nr. soundso und wie man den jetzt noch irgendwie dreht und aber das und das würde nicht  
417 gehen, weil aber es wird ganz wenig finde ich mal darüber diskutiert wo wollen wir denn eigentlich  
418 hin und macht denn eigentlich Sinn wo wir hin müssen? Da ist die Tatsache, dass die Politik auch  
419 keine Visionen hat hilft da sozusagen in dem ganzen Gemenge leider nicht grade. Also klar ist jetzt  
420 auch gerade schwierig in dieser Legislaturperiode wenn man natürlich einmal den  
421 Gesundheitsausschuss quasi komplett austauscht und ganz viele neue Leute da rein bringt, die vorher  
422 noch nie Gesundheitspolitik gemacht haben auch das BMG natürlich neu besetzt, mit Leuten, die  
423 vorher noch nie Gesundheitspolitik, das klar also ich will jetzt keinem unterstellen, dass er keine  
424 Visionen entwickeln kann. Natürlich kann das jeder aber da finde ich haben wir ein ganz großes  
425 Manko, würde ich mir auf jeden Fall mehr wünschen ja #00:41:04–58#

426 **I:** Was möchten Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur sektorenübergreifenden  
427 Versorgung mitteilen was im Rahmen dieses Interviews noch nicht angesprochen worden ist?  
428 #00:41:13–59#

429 **B:** (...) och ich find wir haben einen ganz guten Rundumschlag mal gemacht #00:41:20–60#

430 **I:** Danke schön für das Interview. #00:41:23–61#

431 **B:** Danke Ihnen. #00:41:25–62#

**Interviewpartner 06 und 07 (23.06.2014)**

1 **I:** (...) Herr Dr. [...] Sie sind Prof. für Wirtschaftswissenschaften an der FU Berlin und Herr [...] Sie  
2 sind Mitarbeiter hier am Lehrstuhl. Welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit  
3 sektorenübergreifender oder Integrierter Versorgung gemacht? (...) #00:00:20–0#

4 **B:** Verschiedene, ich hab einmal durchgeführt (...) die Analyse Monitoring Integrierte Versorgung  
5 zusammen mit der DGIV eine Vollerhebung der gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt  
6 haben und zwei Stichpunkten oder zwei Zeitpunkten wo wir Befragungen gemacht haben welchen  
7 Stand hat die Integrierte Versorgung, welchen strategische Implikationen für die (...) gehen für die  
8 gesetzlichen Krankenkassen einher. Wir haben mehrere Fallstudien erhoben oder mitgearbeitet, die  
9 dann in vernetzter Versorgung und deren Verständnis interpretieren könnte. Aktuell bin ich beteiligt an  
10 einem BMBF–Projekt Beatmungspflege zuhause mit der Charité und Linde, T–Systems und weiteren  
11 Partnern geht es um die konkrete Realisierung der Beatmungspflege intersektoral geht und so weiter  
12 und so weiter also das ist ein ganzer Bund voll Projekten und das alles. #00:01:27–1#

13 **C:** Ja ich hab an den, fast allen Projekten auch auf die eine oder andere Art und Weise mitgearbeitet.  
14 Hab über ein integriertes Vollversorgungsprojekt promoviert und hab dort eine elf Jahre umfassende  
15 Zeitrahmen–Innovationsprozessanalyse gemacht. #00:01:46–2#

16 **I:** Jetzt ist die Integrierte Versorgung ja immer mit so ner Doppelfunktion behaftet, also einmal der  
17 140er a–d SGB V und einmal steht’s ja auch in der Literatur für Sektorenübergreifende Versorgung.  
18 Ich habe es im Rahmen meiner Ausarbeitung Vernetzte Versorgung genannt, das soll ein Sektoren–  
19 und Versicherungszweige übergreifendes, populationsbezogenes ja Netzwerk von  
20 Versorgungsleistungen sein, welches den Patienten in den Mittelpunkt stellt und regional arbeitet und  
21 habe das Konzept Vernetzte Versorgung genannt. Zum einen wie beurteilen Sie dieses Konzept und  
22 wie beurteilen Sie die Bezeichnung Vernetzte Versorgung? #00:02:20–3#

23 **B:** Das Konzept erinnert mich sehr an das Verständnis der Ersten diesbezüglichen Gutachten vom  
24 Sachverständigenrat, der damals explizit gesagt auf die populationsbezogenen Ausprägungen der  
25 Versorgungsformen gegangen ist. Wir haben uns dann, um diesem Wirrwarr bisschen zu entgehen,  
26 geeinigt, dass alles besondere Versorgungsformen sind, die dann nach SGB eben nach Vertragsarten  
27 unterteilt werden können. Damals war noch das Hauptaugenmerk auf den populationsbezogenen, also  
28 man hat auf dem Höhepunkt der Anschubfinanzierung gesehen, dass die wenigsten  
29 populationsbezogen sind, das war auch das Ergebnis von Monitoring–IV bei beiden Erhebungen. Dass  
30 es sehr unterschiedliche Spielarten gibt, die populationsbezogenen die relativ gesehen seltensten  
31 Ausprägungen sind von daher gehen Sie schon mal in eine Nische, im Vergleich zu allen anderen  
32 Formen. Das Zweite, ja wir haben das auch mal Vernetzte Versorgung genannt, da hab ich im Rahmen  
33 eines BMBF–Förderprojektes die Arbeitsgruppe Geschäftsmodelle Fokusgruppe nannte die sich im

34 BMBF-Förderkreis koordiniert und da haben wir auch von vernetzter Versorgung gesprochen, in der  
35 Doppeldeutigkeit, dass es technische Komponenten hat in Kooperationsstrukturen hat usw. und man  
36 hat relativ schnell das Problem, das viele Menschen was sehr unterschiedliches darunter verstehen.  
37 Wenn sie mit technischen Menschen sprechen, denkt der bei vernetzter Versorgung an irgendeine  
38 Interoperabilität, an eine intersektorale technische Vernetzung, wenn sie mit unserem Kollegen Jörg  
39 Sydow sprechen, der hat eine eigene Veranstaltung, die hat er glaub ich sogar Vernetzung im  
40 Gesundheitswesen gerannt der sieht's halt rein durch die Kooperationsbrille. Und versteht darunter  
41 Kooperationsstrukturen und das hat uns dann dazu gebracht, das wir Vernetzte Versorgung so  
42 aufgegeben haben als Begriff und versuchen möglichst das sehr klar zu benennen, ob wir über ne  
43 bestimmte vertragliche Grundlage des SGB reden, ob wir über technische Probleme reden und oder ob  
44 wir nicht organisatorische, strukturelle, technische Elemente irgendwie gleichzeitig betrachten sollen  
45 und dann versuchen wir das auch möglichst präzise zu benennen. Aber das ist nur ein Erfahrungswert,  
46 also da ich ich selbst verwendet habe, den Begriff der Vernetzten Versorgung, habe ich nichts,  
47 grundsätzlich gegen ihn haben, ich hab mich davon aufgrund seiner Unklarheit oder seiner Unschärfe  
48 ein Stück weit verabschiedet. #00:04:44-4#

49 **I:** Ich finde ihn auch extrem breit. Ich bin was sowas angeht immer Freund von sehr sehr engen  
50 Definitionen und auch gesundem Pragmatismus und hab mich daher einfach an das besondere  
51 Versorgungsformen eigentlich gewöhnt, weil es eben diese Verwirrungen die [...] schon sagte  
52 bezüglich des Vernetzungsbegriffs nicht zumindest nicht an erste Stelle stellt und man kann sich im  
53 zweiten Satz immer noch drauf einigen, auf welche speziellen Aspekte man kuckt. (...) wie ich die  
54 Definition beurteile, find sie nen bisschen sehr weit vor allem weil ja weil wie [...] schon sagte  
55 Populationsbezogenheit schon ein bisschen eng also zumindest einen spezifischen Fokus setzt und  
56 patientenorientiert finde ich also wahrscheinlich finden Sie keinen Leistungserbringer, der sagt ich  
57 handele nicht patientenorientiert. #00:05:39-5#

58 **I:** Wenn Sie jetzt das Idealbild einer sektorenübergreifenden Versorgung benennen sollten, welche  
59 zwingendnotwendigen Voraussetzungen sollten denn dafür überhaupt vorhanden sein? #00:05:51-6#

60 **C:** Das Idealbild einer Vernetzten Versorgung ist wenn man, wenn die Welt so wäre wie ich sie mir  
61 wünschen dürfte, wäre dass der Patient die Services wie aus einer Hand wahrnimmt, dass es zu keinen,  
62 also das es zu keinen Medien- oder Datenbrüchen kommt, weil der bei der Wanderung oder bei der  
63 Patientenkarriere die über mehrere Sektoren verläuft. Ich würde neben dieser konkreten  
64 Abstimmungsfrage medizinischer Behandlung aber auch unbedingt sehen, dass es eine stärkere  
65 Präventionsorientierung in der strukturellen Aussetzung des gesamten Systems gibt. Und auch der  
66 strukturellen oder auf ner strukturellen Ebene auch eine viel weiter vorangeschrittene technische  
67 Vernetzung, die sich mit den Themen wie Interoperabilität Reduzierung der Anzahl von verschiedenen

68 Kommunikationsstandards die es gibt ernst nimmt und dadurch auf einer gesellschaftlichen Ebene  
69 wenn Sie so wollen dazu beiträgt das man auch niedriger aggregierten Ebenen wie im konkreten  
70 Kooperationsprojekten, Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen erstmal die Infrastruktur auf die  
71 man zurück greifen kann um Services aus einer Hand anzubieten (...) ja das steht alles auf meiner  
72 Liste. #00:07:16–7#

73 **I:** Herr [...] Ihr Idealbild? #00:07:19–8#

74 **B:** Ich käme in der [...]schen Welt klar (...). Also ich glaube es gibt nicht das Idealbild, sondern es  
75 gibt sehr unterschiedliche Bedürfnisse und die müssen auch durch eine Vernetzte Versorgung  
76 irgendwie adressiert werden. Also von strukturschwachen Gebieten bis zu Metropolen gibt es glaub  
77 ich nicht die eine Form, sondern da muss es unterschiedliche Ausprägungen geben aber im Kern sind  
78 da schon die wichtigsten Stichworte gefallen. Es muss also sehr bedarfsorientiert sein und da hat eine  
79 strukturschwache Region mit einer Population eben ganz andere Anforderungen als nen Berlin–Mitte  
80 oder nen Hamburg oder nen München oder nen Düsseldorf oder nen Köln oder was auch immer. Es  
81 wäre absolut wichtig diese Bedarfsorientierung nicht vom Anbieter her zu denken, sondern tatsächlich  
82 vom Patienten und deren Bedürfnissen, wobei dieses präventionsbezogene natürlich auch beinhaltet  
83 das es so einen gewissen Zwang zum Glück geben muss. Weil einerseits die Kenntnisse  
84 wahrscheinlich bei vielen Menschen fehlen um bestimmte Erkrankungen zu erkennen, Implikationen  
85 zu erkennen, Verhaltensweisen abzustellen und umzustellen, also von daher wird Prävention glaub ich  
86 mehr als eine Untersuchung müsste wirklich in die Richtung gehen, das wir auch mit Empowerment  
87 und Customer geht also mit Einbeziehung und sehr frühzeitige Information der Patienten über ihre  
88 Möglichkeiten ihr eigenes Risiko zu beeinflussen. Und das müsste wahrscheinlich in der Kita anfangen  
89 und müsste ein permanenter Bestandteil der Erziehung zur Eigenverantwortung und das Erkennen wer  
90 eigentlich massiv Einfluss auf so etwas hat, haben, aber damit würden wir schon so fundamental an die  
91 Leute appellieren, damit kommen wir dann weg vom Reparieren von kaputten Kotflügeln, hin zu  
92 besseren Verkehrsregeln, damit keine Unfälle mehr entstehen. Und im Moment ist ja in unserem  
93 System viel zu sehr das Reparieren von ja kaputten Kotflügeln, als das Gesunderhalten sowohl von  
94 Patienten als auch von Leistungsanbieterseite dann in so nem Idealbild sind müssten wir in so eine  
95 Richtung gehen. Wenn wir System drin stecken, wie wir jetzt drin stecken, müssen Vernetzungen auf  
96 jeden Fall, das hat Herr [...] auch schon gesagt das Fühlen, dass der Patient wie aus einer Hand für ihn  
97 medizinisch Schrägstrich seinen Bedürfnissen entsprechenden Versorgung zu erhalten und das halt  
98 mehr als nur diese Hauptaufgaben also die technische Kommunikation zwischen den  
99 Leistungserbringern, die Abstimmung, die Dokumentation, die Koordination der einzelnen Punkte, ich  
100 glaube, dass es für eine Vernetzte Versorgung auch ganz wichtig ist, dass sich die Leistungserbringer  
101 auch auf eine gemeinsame Vorstellung einigen, wie sie eigentlich den Patienten präventiv oder akut

102 versorgen wollen. Also da muss es wahrscheinlich sowas geben wie Leitlinien, wie ne Abstimmung  
103 der richtigen oder der als richtig empfundenen medizinischen Versorgung. Also auch der Koordination  
104 dieser Vorschläge der einzelnen Leistungserbringer. Da reicht die rein technische Übertragung von  
105 Dateninhalten eben nicht aus. #00:10:24–9#

106 **I:** Jetzt ist ja sektorenübergreifende Versorgung oder solche Strukturen die sind ja in Deutschland  
107 immer noch in einer Nische. Wie beurteilen Sie denn die zukünftige Verbreitung dieser Form Herr  
108 [...]? #00:10:38–10#

109 **B:** Wenn die Implementierung nicht schlauer unterstützt und vehementer gefordert wird kann's noch  
110 lange so weiter dümpeln. Weil der Bruch der erforderlich ist um die vorhandenen Strukturen ist so  
111 massiv das ne Freiwilligkeit eigentlich nur von wenigen, von dem Kerngedanken beseelten Personen  
112 tatsächlich vorangetrieben wird. Ich glaube, dass es nen Prozentsatz gibt von Akteuren, die schon  
113 immer Vernetzte Versorgung betreiben, die sich das schon gar nicht mehr anders vorstellen können,  
114 sie nennen es nur vielleicht anders. Dann gibt's eine Reihe von Leuten, die Vorteile sehen aber sich  
115 aus Bequemlichkeitsgründen oder weil der Druck auf sie nicht groß genug ist sich davon abwenden  
116 und dann gibt's sicherlich auch ne Reihe von getriebenen Menschen, die wissen, dass sie in  
117 verbesserten, besser aufeinander abgestimmten Strukturen deutlich weniger vom Kuchen hätten und  
118 damit Grabenkämpfe führen, um gegen diese Veränderungen zu sein, einfach aus Eigeninteresse der  
119 bisherigen Position, die sie im etablierten System haben. Und aus so ner Gemengelage heraus gibt es  
120 meines Erachtens wenn man so schön sagt, da ist zu wenig Druck auf dem Kessel. Zu wenig im  
121 Moment Druck von der politischen, von der ökonomischen, insbesondere von der Patientenseite, die  
122 das massiv vom System fordert, dass es gar keine Ausweichmöglichkeiten gibt, sondern tatsächlich zu  
123 diesen veränderten Koordinationsstrukturen kommen muss. Also ich glaube das bei den Log-in des  
124 Systems in die bisherigen Sektoren Trennung auch durchaus verankert in allen möglichen Facetten,  
125 dass Finanzierungsanreizstrukturen, Legitimationsfunktionen usw. so stark sind, das im Moment noch  
126 nen ziemliches kratzen an der Oberfläche ist. Aber wenn man das besser aufeinander abstimmt die  
127 einzelnen Maßnahmen, diesen Druck erhöht aber auch gleichzeitig wesentliche Akteure da mitnimmt,  
128 würde ich nicht pessimistisch sagen, dass es nicht doch gelingen kann, aber sehr schwer auch das.  
129 #00:12:41–11#

130 **I:** Sehen Sie das ähnlich Herr [...] oder haben Sie da einen etwas positiveren Blick? #00:12:46–12#

131 **C:** Kurzfristig sehe ich es ähnlich, es ähnlich, Langfristig sehe ich es ähnlich wie Herr [...], wenn man  
132 über die Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen in Deutschland nachdenkt. Ein Problem vor der  
133 Brust oder eine Aufgabe vor der Brust, die unfassbar komplex ist, weil sie haben das zersplitterte  
134 System, was sich über einen sehr sehr langen Zeitraum institutionalisiert hat und was man was über  
135 diese Institutionalisierungsprozesse auch unterschiedliche Organisationen und Personen in gewisse

136 Positionen gebracht hat, die Herr [...] schon gesagt hat ökonomisch super attraktiv sind und die Frage  
137 ist wie schafft man jetzt Innovationsschritte ohne diese Akteure gegen sich aufzubringen, d.h. sie  
138 müssen immer mit denen zusammenarbeiten. Was bedeutet es werden nur ganz kleine Schritte sein  
139 und meine Hoffnung wäre, dass es durch eine Akkumulation der kleinen Schritte sowie eine Erhöhung  
140 des Drucks es in einer mittelfristigen Perspektive tatsächlich zur Überwindung dieser Strukturen führt.  
141 Trotzdem ist der Weg dahin glaub ich lang und er wird an einzelnen Stelle glaube ich auch zu  
142 extremen Grabenkämpfen führen wie Herr [...] schon sagte, man kann sehr schnell Rhetorik fahren,  
143 die Vernetzte Versorgung in ein gewisses Licht stellen, weil man mit Worthülsen wie Datenschutz  
144 einfach so gewisse Alarmfunktionen, nenne ich es, mal auslösen kann, die gerade bei Patienten, die  
145 selbst bei so Verträgen wie im Kinzigtal Schwierigkeiten haben überhaupt zu verstehen, worauf sie  
146 sich rechtlich da einlassen. Sofort oder schnell dazu führen kann das etwas erst einmal abgelehnt wird.  
147 Ich glaube diesen, diese Balance zu finden, aus einer, aus einem Schritt in Richtung Vernetzung unter  
148 Einbindung der existierenden Strukturen ist die erste Schwierigkeit, die zweite Schwierigkeit ist  
149 vonseiten der politischen Erwartungen und Hoffnungen sowie wirtschaftlichen Erwartungen und  
150 Hoffnungen zu akzeptieren das durch kleine Innovationsschritte nur sehr viel langsamer als in anderen  
151 Branchen überhaupt Impact erreicht werden kann gemessen an Euros. Und dass zu akzeptieren ist  
152 glaub ich das zweite große Ding. Und wenn man diese beiden Schritte geht hat man glaub ich den  
153 zumindest den Weg eingeschlagen, dass es sich langsam etablieren kann, aber ich bin weg davon zu  
154 glauben dass das in ner kurzfristigen Perspektive ne radikale Umstrukturierung des Systems gibt, weil  
155 dafür ist das System für zu viele Einzelakteure zu attraktiv so wie es jetzt ist und dafür ist es, dafür  
156 haben sich auch schon zu viele Gesundheitsminister die Finger daran verbrannt zu versuchen das  
157 System schnell umzugestalten. #00:15:30–13#

158 **I:** Herr [...] jetzt haben wir schon über, jetzt haben Sie schon Faktoren genannt, warum es bei der  
159 Diffusion scheitert. Welche weiteren Diffusionswiderstände gibt's denn noch was  
160 sektorenübergreifende Versorgung hemmt außer jetzt Datenschutz und? #00:15:41–14#

161 **C:** Datenschutz an sich ist überhaupt gar kein Diffusionshinderniss. Die Möglichkeit das Argument  
162 Datenschutz zu nutzen ist das Diffusionshindernis. Ich glaube, das sieht man auch am Projekten wie  
163 dem Kinzigtal, die finden ja auch Mittel und Wege damit umzugehen. Nur häufig ist es ja so, dass  
164 wenn sie mit Praktikern reden, die Praktiker die Erfahrung gemacht haben, wenn jemand  
165 beispielsweise an einer chronischen Krankheit leidet, dann ist es ja durchaus interessiert daran, dass  
166 die Daten ausgetauscht werden. Das ist ja keine Aushöhlung des Datenschutzes. Das ist ja mehr eine,  
167 eine Art Vereinbarung die man auf Projektebene treffen muss. Jenseits der Projektebene ist es glaube  
168 ich eine Frage, die sehr weitreichend ist und die wenn wir jetzt alles aufzählen noch Morgen Mittag  
169 hier sitzen würden. Wir sind dann eigentlich immer so Freunde davon zu sehen, das es Hemmnisse auf

170 unterschiedlichen Ebenen gibt ja, wenn man mal ganz grundsätzlich anfängt bei der Systemebene,  
171 dann ist ist glaub ich sind die wesentlichen Diffusionshindernisse, ich sag jetzt mal die wesentlichen  
172 um ein paar wenige einzuschränken einerseits die durch die unterschiedlichen Reglementierungen  
173 begünstigte separate Budgetierung der Sektoren. Hat einfach sich über Jahre etabliert und so  
174 umgesetzt. Ich glaub das ist so etwas was ein totales Problem ist. Die Nichtstandardisierung  
175 technischer, also von Technik, also eine mangelnde Standardisierung ist ein Problem und die und die  
176 Aufsplitterung der Professionen, das hängt jetzt auch wieder mit Sektoren zusammen ist aber weniger  
177 eine rechtliche Frage, als wenn eine Frage der Ausbildung. Wie werden wie werden die  
178 unterschiedlichen Personen, die in den Sektoren arbeiten ausgebildet, an welchen, welche Arten von  
179 Behandlungs- und auf der anderen Seite Koordinationsschritten sind sie von vornherein gewöhnt und  
180 sozialisiert wenn Sie so wollen. Ich glaube nicht unbedingt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen  
181 das totale Diffusionshemmnis sind, die machen das schon teilweise selbst. Die haben natürlich ihr  
182 eigenes Interesse und die kontraintuitive Frage, die man dann mal aufwerfen könnte ist nochmal die  
183 was könnte man denn mit denen zusammen machen, wenn man akzeptieren würde, dass es sie gibt und  
184 ja gut, ihr habt den Sicherstellungsauftrag, der legitimiert sie auch ein Stück weit zu sagen wie kann  
185 man es mit euch zusammenmachen? Dann müsste man akzeptieren, dass sie nach wie vor sehr stark  
186 davon profitieren. Das könnte aber dazu beitragen, dass man nicht einen der mächtigsten Player sofort  
187 gegen sich hat. Ich glaube auf Ebene einzelner Netzwerke oder Projekte ist es ein Riesenproblem, dass  
188 sie oder eine riesen Herausforderung, sagen wir es mal so, ist ja auch lösbar, dass sie unterschiedliche  
189 Prinzipien unter einen Hut bringen müssen. Sie müssen die Prinzipien aus den drei Sektoren auf einen  
190 gemeinsamen Nenner bringen. Sie müssen die Prinzipien aus allen drei Sektoren versus der  
191 Kassenperspektive unter einen Nenner bringen und sie brauchen, davon bin ich fest von überzeugt eine  
192 Managementgesellschaft, die sich allein der Koordinationsaufgabe widmet, weil sich die Probleme der  
193 unterschiedlichen unter der der der z.B. der mangelnden technischen Standardisierung natürlich darin  
194 konkretisieren wird, dass sie überhaupt keine interoperablen Lösungen haben. D.h. sie brauchen  
195 Ressourcen, um die herzustellen. Und bei aller Erfahrung die wir bei Projekten die wir gemacht haben  
196 wird das systematisch unterschätzt und kostet wahnsinnig viel Geld und Zeit und da sehe ich, da sehe  
197 ich die Kernherausforderung plus darin dann noch einen Sozialisierungsprozess zu schaffen, in dem sie  
198 in dem die Beteiligten medizinisch Professionen, die in einem Projekt kooperieren auch Koordination  
199 wirklich durchführen, das fängt bei Dokumentation ganz gravierend an, weil die brauchen sie für ihre  
200 Datenauswertung. Wenn sie die nicht standardisieren dann haben sie ein totales Problem. Und fängt  
201 dann bei, hört dann bei Fragen wie binden sie Patienten aus einem Vertrag in eine Praxis ein, wo noch  
202 500 andere, 500 vielleicht nicht aber sagen wir mal 100 andere Patienten von anderen Kassen sind. Ja  
203 das sind einfach Herausforderungen und ich glaube dass sich Unternehmer aus konkreten Firmen die

204 wissen dass auch sehr genau, das das das solche Herausforderungen auf sie zukommen. Ich glaube das  
205 verhindert, oder verhindert bei vielen eine Geschäftsmodellperspektive, die in marktwirtschaftliche  
206 Planungszyklen von konventionellen Konzernen oder größeren Unternehmen rein passt, anders gesagt  
207 es für viele einfach noch kein so wahnsinnig attraktiver Markt und ich glaube und deswegen glaub ich  
208 das es auf Unternehmensebene vor allem bisher Leute machen oder gut machen die wirklich total  
209 überzeugt davon sind, dass es richtig ist, und die akzeptieren, dass sich der payback langfristig wird.  
210 Also das glaub ich ist auch ist eine totale Herausforderung für Unternehmen zu akzeptieren dass der  
211 Aufbau dieser Projekte Zeit braucht, viele Ressourcen frisst und wahrscheinlich langfristig erst  
212 wirklich Impact generiert. Und sie müssen sich und das ist natürlich auch total wichtig, als  
213 Unternehmen klar sein, dass sie in dem Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Gebiet  
214 reinkommen, was mit normalen Marktprozessen gar nichts zu tun hat. Ja das ist das sehen wir in  
215 mehreren in zwei Projekten ganz eklatant, sie können Qualitätsargumente noch und nöcher haben, der  
216 MDK sagt ja aber warum seid ihr 60 Euro teurer als die Standardpflege und das ist halt nen Problem  
217 und das sind glaub ich Dinge wo ich wo ich die Hauptthemnisse sehe jetzt hab ich nen bisschen  
218 länglich ausgeholt. #00:21:21–15#

219 **I:** Eine kurze Frage noch an Sie Herr [...], sollte denn Netzwerkmanagement dann extrabudgetär  
220 vergütet werden, also sollte es einen Posten z.B. im DRG geben extra für Netzwerkmanagement?  
221 #00:21:29–16#

222 **C:** Kommt drauf an. Sie können natürlich über globale Budgetierungen wenn sie ein Netzwerk gut  
223 managen einfach über das Einsparcontracting wie im Kinzigtal machen setzt natürlich, das sagen die  
224 Leute im Kinzigtal ja auch nicht jetzt die nicht die wahnsinnigen finanziellen Anreize, denn was die im  
225 Jahr an Arztpraxen zahlen sagen die auch selber das sie wissen ist jetzt nicht der Grund damit zu  
226 machen. Auf der anderen Seite wär's sicherlich ein Anreiz sich darin zu engagieren. Die Frage ist  
227 immer, wie nachhaltig ist der Anreiz. Also ist so nen bisschen die Problematik, wie in der  
228 Anschubfinanzierung auch. Also wird man das auch dauerhaft bezahlen können? Ja/nein? Und wenn  
229 man das anschubfinanziert, welche Anreize setzt es dann, wenn das wieder zurückgezogen wird? Aber  
230 grundsätzlich, und das ist jetzt ein ein policy application was wir in nem Papier, was wir  
231 zusammenschreiben finden wir das das oder bin ich der Meinung oder sind wir der Meinung in dem  
232 Papier das das man auf Ebene von konkreten Politik- und Anreizsetzungen durch die Politik immer  
233 sehr stark auf Outcomes kuckt, d.h. man projiziert meistens Erwartungen und sagt erreicht nach so und  
234 so vielen Jahren das und schaut nur wenig drauf wie der Innovationsprozess verläuft und Widrigkeiten  
235 die in diesem Innovationsprozess auftreten können sie in den wenigsten Projekten vorhersehen. D.h.  
236 man müsste Anreize setzen wie man zusätzliche Anreize setzen, wie man diese Prozesse managen  
237 kann und da wäre z.B. das eine Möglichkeit. #00:22:58–17#



238 **I:** Herr [...] sehen sie ähnliche Diffusionshemmnisse oder fallen Ihnen noch ganz andere ein, die jetzt  
239 sehr sehr gravierend sind es gibt natürlich eine Unzahl an aber so? #00:23:10–18#

240 **B:** Ich will das gleich nur mit anderen Worten sagen das war schon ziemlich vollumfänglich. Ich  
241 glaube, dass man auch das wenn man rauszoomt schon die große Herausforderung sieht, das viele der  
242 stark reglementierten Akteure nicht die mittel- bis langfristigen Anreize haben, insbesondere  
243 Pflegeversicherung–Krankenversicherung da war vielleicht auch der der Risikostrukturausgleich und  
244 der Gesundheitsfond in der Hinsicht kontraproduktiv ja eindeutig auf kurzfristigen Ausgleich von  
245 Budgets ausgegangen ist und auf der anderen Seite denen Partner gegenüberstehen müssen, die einen  
246 langen Atem haben die notwendigen Hausaufgaben zu machen die Widrigkeiten umso ein System  
247 tatsächlich bewiesener Maßen besser zu machen als die bisherige Versorgung und da reden wir von  
248 Investitions- und Innovationszyklen die liegen eher bei 5–10 Jahren und die Luft und die Nerven und  
249 die Kraft muss man erst mal haben und manche stolpern halt und wollen dann nicht aufgeben, manche  
250 wissen relativ genau was sie sich da vor die Brust legen, versuchen es dann im relativ leichtesten oder  
251 relativ attraktivsten Bereich aber in der Breite muss es erst mal diese diese Fehlverteilung von  
252 möglichen Kosten, Risiko–Chance das ist eben nicht gut ausbalanciert in dem System, sozusagen, das  
253 so die Chancen und Risiken und Kosten und Nutzen verteilt und dann auch so unterschiedliche  
254 Zeitanreize ansetzt, also ich bin im Moment nicht völlig pessimistisch aber es gibt auch einiges zu  
255 erledigen, um das besser auszubalancieren und das eine Eigendynamik entsteht. #00:24:50–19#

256 **I:** Wäre es denn schon was damit getan wenn Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt  
257 werden würde? #00:24:55–20#

258 **B:** Das wäre ein Modul von vielen. Ich glaube dass so eine Maßnahme, die schon sehr revolutionär  
259 klingt, alleine auch nicht ausreichen würde. Wenn dann dieser Leistungsträger diese  
260 Versicherungsform, wie die auch immer aussehen würde, dann immer noch an jährlichen Budgets  
261 gemessen würde und immer noch keine langfristigen Bindung seiner Klientel durchsetzen kann, weil  
262 der Patient auch gleichzeitig jedes Jahr kündigen kann, sobald einer einen Zusatzbeitrag erhebt, hat er  
263 keinerlei Anreize in Risiko zu investieren, damit es seiner Population mittel- bis langfristig besser  
264 geht. Und aber die nicht–Chancen bei Krankenversicherten hat oder die Nicht–Chance auf einen  
265 Pflegeversicherten hat gar keinen Unterschied mehr, also es käme extrem auf die Ausgestaltung an und  
266 wenn man sich ankuckt, das kann aber auch nicht überraschen, dass die Knappschaft–Bahn–See einer  
267 der aktivsten Akteure ist, jetzt bei der Realisierung von vernetzten Versorgungsstrukturen ist, weil die  
268 wissen, dass ihre Klientel nicht weggeht und die haben verschiedenste Leistungserbringer unter einem  
269 Dach, die sie auch vertraglich über SGB hinaus in Konstrukte hineinbekommen kann, und siehe da, die  
270 sehen da eine große Gestaltungsmöglichkeit und da funktioniert es. Und ich glaube, dass  
271 Einzelmaßnahmen, die nichts an diesem Grundproblem ändern, immer wieder an neue Barrieren

272 stoßen, immer wieder neue Probleme heraufbeschwören. Aber wie schwierig es wäre und es heißt ja  
273 auch nicht, dass alles jetzt Knappschaft–Bahn–See werden soll. Also ich sehe nicht das wir das  
274 Knappschaftssystem über die Lande nach Deutschland über ganz Europa ausfahren müssen, aber das  
275 zeigt zumindest in welche Richtung solche Überlegungen gehen müssen, damit man da die Balance  
276 hinbekommt. #00:26:35–21#

277 **I:** Herr [...], Sie haben eben schon viel über technische Implementierung auch berichtet. Kann z.B.  
278 sowas wie die elektronische Gesundheitskarte Lösungen anbieten oder ist das einfach nur ein  
279 Milliardengrab provokant gefragt. #00:26:48–22#

280 **C:** (...) das ist eine gute Frage, also ich glaub das kann natürlich eine Lösung anbieten, das kommt  
281 immer drauf an wie man das Potenzial schlau in die Praxis des Gesundheitswesens überträgt und die  
282 Diskussion war ja jetzt glaub ich auch wieder im Handelsblatt es ist jetzt Streit und/oder  
283 Milliardengrab die Diskussion die letztendlich dieses Tool ausgelöst hat ist ja total bemerkenswert. Die  
284 Verzögerung des ganzen Prozesses auch ich glaube aber nicht, dass das Tool an sich falsch ist ich  
285 glaube wir kommen am Ende wieder auf die große Frage das sie auf ner ganz konkreten  
286 Anwendungsebene haben sie ein System oder ein Tool, was an den Grundfesten, nicht an den  
287 Grundfesten, an den Grundinteressen rüttelt, die es in diesem System gibt und das und kann wieder  
288 alle möglichen Argumente führen und dagegen aufwerfen, die letztlich verwischen welches Potenzial  
289 da drin steckt. Also ich glaube ja ich glaube auf jeden Fall, dass es viele Lösungen anbietet und ich  
290 find's bedauerlich, dass die Innovation so bemerkenswert zerredet wird. #00:28:06–23#

291 **I:** Herr [...] wie sehen Sie das denn existiert in der deutschen Bevölkerung vielleicht auch eine zu  
292 große Angst vor ner stärkeren Privatisierung im Gesundheitswesen? Es gibt ja immer nen Aufschrei,  
293 wenn irgendein Krankenhaus wieder übernommen wird. Wenn jetzt z.B. Strukturen geschaffen  
294 werden, dass ähnlich der Knappschaft, das es vielleicht auch so wie in den USA irgendwelche HMOs  
295 gibt. ist die Privatisierung vielleicht auch nen Problem? #00:28:31–24#

296 **B:** Also ich würde nicht sagen das Privatisierung besser ist als irgendwelche Formen von wie soll man  
297 es nennen Sozialisierung, Gemeinschaft oder so ich glaube das in jedem System sehr unterschiedliche  
298 Herausforderungen dann bestehen das zu reglementieren. Ohne Reglementierung geht es gar nicht. Ich  
299 glaube nicht, dass Gesundheit eine Leistung ist, die marktgängig ist, und da haben wir bestimmte viele,  
300 besonders die gesundheitsökonomischen Kollegen, führt sie zu ner berechnete Anzeige von  
301 Marktversagen. Also nur rein der Markt kann es nicht bringen. Und wir haben, egal welches System,  
302 wir leben, ob wir ne ganz starke Vergesellschaftlichung, stärkere Sozialisierung teilt aber nicht die  
303 politische Richtung darüber von denen, dann muss ich aufpassen, dass ich auch gewisse Anreize für  
304 bessere Leistungen für für Wettbewerbselemente in Führungszeichen drin habe. Wenn ich ne rein  
305 marktliche Leistung denke, habe ich viele viele Anreize für Schlechtversorgung, auch große Probleme

306 mit Qualitätssicherung, Qualitätssteuerung, Qualitätserkenntnissen. Also ich glaube die Reinform  
307 können überhaupt gar nicht funktionieren ich glaube es wäre auch naiv zu denken das man sich auf ner  
308 Menükarte irgendein Gesundheitssystem aussuchen könnte das macht hier der Kollege Busse in  
309 Berlin, der international einen Gesundheitssystemvergleich und der beginnt glaub ich jeden Vortrag,  
310 den er hält, damit zu sagen die Systeme sind nicht vergleichbar und wir werden uns auch nie ein  
311 anderes System wünschen können und dann ein bisschen Schweden, mit ein bisschen Dänemark und  
312 ein bisschen UK kombinieren und irgendeine Lösung aus irgendeinem nationalen System dann einfach  
313 so kopieren könnte das deutsche System hinein. Das deutsche System jetzt fangen wir bei Bismarck an  
314 seit mehr als 100 Jahren auf dem Weg und hat sich in Sektoren aufgespalten und hat viele viele  
315 Verästelungen in ganz vielen Teilbereichen herausgebildet, die so einzigartig in der Welt sind, das hat  
316 jedes Gesundheitssystem in jeder Region so er hat wir waren natürlich die seltenen, die schon ein paar  
317 historische Chancen hatten, nach dem 2. Weltkrieg und nach der Wiedervereinigung jetzt runter von  
318 diesem System also an der Stelle hätte man auch tatsächlich, aber das war auch nie zu erwarten, weil  
319 dafür waren auch die Kräfte im System und die Eigendynamik und die Slots in in dem System so  
320 mächtig, dass auch diese historischen Chancen eigentlich gar nicht genutzt werden konnten. Ja ich will  
321 da auch gar nicht lamentieren, dass die Chancen gewesen wäre, die gab's glaub ich gar nicht, formell  
322 vielleicht der Zeitpunkt gewesen wäre und von daher ist es ja immer müßig irgendein Vorbild von  
323 einem anderen System zu versuchen zu übertragen in das deutsche System hinein. #00:31:15–25#

324 **C:** Und ich glaube auch, dass das Problem mit der Privatisierung ist nicht, dass Privatisierung  
325 eigentlich schlecht wäre, dass sie das sie das Privatisierungsargument wieder total in ein gewissen  
326 Licht zieht, sondern es unterstellt, das im jetzigen Gesundheitssystem keiner irgendeiner  
327 ökonomischen Interessen hätte und schauen Sie sich das System an, da haben sehr viele sehr  
328 ökonomische Interessen daran. #00:31:29–26#

329 **B:** Ich darf das noch nen bisschen ergänzen das wir auf ner anderen Ebene Anfasspunkte haben alle,  
330 man muss nicht auf dieser Grundfrage Privatisierung oder Vergemeinschaftlichung also so Stichworte,  
331 wie sie schon gefallen sind wie Eigenverantwortung, Informiertheit Qualitätsmessung mit  
332 standardisierten Vorgaben, an was wir uns eigentlich orientieren was gute Versorgung ist ne  
333 Versorgungsforschung, die es ermöglicht unterschiedliche Lösungsansätze im Bezug auf diese  
334 Zielgrößen zu untersuchen. Vorgegebene Evaluationsstandards, die es ermöglichen tatsächlich  
335 unterschiedliche Lösungen für ein vergleichbares Problem miteinander zu vergleichen. Da müsste man  
336 einfach Eckpunkte rein treiben und daraus eine Skalierung möglich machen und die Skalierung dann in  
337 nem genossenschaftlichen System im knappschaftlichen System, im privaten System oder wie auch  
338 immer funktioniert, das ist relativ egal, solange so nen Paar Eckpunkte auf der Ebene darunter richtig  
339 gesetzt werden. #00:32:39–27#

340 **I:** Herr [...] jetzt haben wir viel über Widerstände gesprochen. Welche Vorteile sehen Sie denn  
341 überhaupt gegenüber der Regelversorgung, die so eine sektorenübergreifende Versorgung mitbringen  
342 kann? #00:32:50–28#

343 **C:** Welche Vorteile ich sehe für die Patienten. Ja die Vorteile sind schauen sich grundsätzlich sich die  
344 akutmedizinische Orientierung an versus einer potenziellen Ausrichtung von Krankenversorgung an  
345 chronischen Krankheiten. Sie haben ja die Möglichkeit im Rahmen der Integrierten Versorgung wenn  
346 sie es denn schaffen sich in diesen stark bürokratischen Strukturen mal ein bisschen Budgetraum,  
347 Freiraum zu schaffen, mit dem sie arbeiten können, haben sie durchaus die Möglichkeit in dem  
348 Rahmen, den sie sich selbst setzen Patienten anzusprechen, sie durch eine gute Datenanalyse gezielt zu  
349 identifizieren, wo sie Risiken haben und zu versuchen mit diesen Patienten präventiv zu arbeiten.  
350 Wenn dahinter ein Erlösmodell steht was ihnen ermöglicht aus einer Einsparung von Behandlungen  
351 die erfolgt weil beispielsweise eine Diabetesfolgeerkrankung verhindert oder hinauszögert Geld zu  
352 sparen, dann haben sie durchaus die Möglichkeit in nem kleinen experimentfreudigem Raum so etwas  
353 wie eine Chroniker–Orientierung reinzubringen und das sehe ich schon als einen totalen Vorteil  
354 gegenüber der akutmedizinischen Orientierung, wo Geld der Krankheit folgt und das sind systemisch  
355 die falschen Anreize. #00:34:11–29#

356 **I:** Könnten denn jetzt z.B. ein Modell wie projektbezogen KfW–Kredite über 5 Jahre für  
357 Krankenkassen, den dann einfach ein Sonderbudget geben, das dieses Budgetdenken wegkommt.  
358 Könnte das auch vielleicht ein Lösungsweg sein? #00:34:25–30#

359 **C:** Wäre vielleicht ein Modul aber ich bin da immer nen bisschen wie [...], ich bin da etwas skeptisch  
360 ob wir nicht zu viel an an Symptombeseitigung glauben und zu wenig an Strukturveränderungen.  
361 Was machen sie wenn die Kredite ausgelaufen sind? Also wozu ne Anschubfinanzierung 2.0 wenn  
362 sich, wenn es keine Innovationsfreundlichkeit gibt? Und klar das würde sicherlich erst mal helfen  
363 wieder Projekte im gewissen Rahmen aufzubauen. Die Frage ist aber, sind eigentlich zwei aus ner  
364 gesellschaftlichen Perspektive Nachhaltigkeit und Nachhaltigkeit erlangen sie nur wenn es für ein  
365 Unternehmen auch skalierbar ist. Und sie brauchen auch für ne Kasse, nehmen Sie die AOK oder eine  
366 große bundesweite Kasse als Beispiel nen Hebel zum Skalieren. Und ich weiß nicht ob man in fünf  
367 Jahren so weit ist auf ein Projekt zu skalieren. Weil wenn sie mit Kassenleuten sprechen, die z.B. im  
368 Kinzigtal mitfinanziert haben dort sagen die Ärzte halt das ist unser Labor, da wollen wir entwickeln.  
369 Und wir sind auch erstaunt wie lange das dauert. Wann haben sie das Geschäftsmodell, in dem sie  
370 sagen können, jetzt kann ich jetzt aus meiner Region XY hochbringen auf auf ein Niveau, wo ich  
371 wirklich wo es mir den Impact gebe, den ich mir davon erhoffe. Und deswegen wäre ich nicht gegen  
372 solche Kredite aber ich würde auch nicht sagen das Kredite dieser Art über Nacht alle Probleme lösen.  
373 #00:35:55–31#

374 **I:** Herr [...] was kann denn der Innovationsfonds für Probleme lösen? Sehen Sie da irgendwelche  
375 Möglichkeiten, dass der nen bisschen Bewegung in die Sache bringt? #00:36:05–32#

376 **B:** 250 Millionen sind ja schon einmal deutlich weniger als die Anschubfinanzierung. Das Geld ist  
377 glaub ich politisch auch schon ziemlich verfrühstückt. Also ich glaub nicht das da wirklich 250  
378 Millionen für irgendwelche Kreativwettbewerbe, wer die beste Idee hat sich daran bewirbt das zu tun.  
379 Es gibt ja also vom BMC oder von anderen sehr unterschiedlich gedachte Modelle, wie man nochmal  
380 über ne Anschubfinanzierung so kommen kann, dazu gehören Kreditvergabe, dazu gehören politische  
381 Gelder, die gegeben werden, dazu gehören beispielsweise vom Gesundheitsfonds und und und und  
382 auch noch ganz andere Modelle. Ich bin da bei [...], das das ne ne sehr handwerkliche Frage ist wie  
383 ich die Finanzstruktur gestalte, wenn es nicht gelingt die Möglichkeit für erfolgreiche Projekte  
384 herbeizuführen, dann nützt mir auch die Anschubfinanzierung nichts. Und ich glaube das aus der  
385 ersten Runde, so wie ich die Diskussion verfolge noch viel zu wenig verstanden wurde, wie wichtig  
386 jetzt z.B. wäre zu gleichen Größen Qualität zu messen. Wie wichtig es wäre Evaluationsmethoden  
387 vorzugeben. Wie wichtig es wäre tatsächlich den Beteiligten auch echte Anreize zu setzen, dass dann  
388 auch die Regelversorgung übertragen zu können. Und das ist tatsächlich ein Hauptproblem sind also  
389 ich konnte nicht beobachten, das es selbst nach dem Fluten des Systems zur Vorbereitung der Wahl  
390 mit hohen Milliardenbeträgen dieser Speck von den Beteiligten dafür verwendet wurde innovative  
391 Versorgungsformen zu realisieren. Wobei man ja eigentlich hätte denken müssen jetzt haben se Mal  
392 Geld jetzt sollen sie das dafür verwenden. Als Vorstand einer Krankenversicherung hätte ich es  
393 wahrscheinlich auch nicht getan, weil ich genau wusste danach werde ich wieder in das alte System  
394 zurückschnellen und muss jährlich kucken, dass ich meine Budgets gedeckt bekomme und ich weiß  
395 nicht ob die Leute bei mir bleiben. Und tatsächlich eine in Führungszeichen auch abstrakt  
396 gemessene bessere Versorgung in Outcome-Zahlen irgendeinen Einfluss auf dieses Wandern der  
397 Patientenpopulation hat und ob die am Ende dann nicht doch wieder nach Zusatzbeitrag und höherem  
398 Mitgliedsbeiträgen sich entscheiden. Also von daher wenn die Anreize nicht stimmen, dass das auch  
399 sinnvoll für die Beteiligten ist, dauerhaft ein System erfolgreicher zu sein dann bringt auch die  
400 Anschubfinanzierung nichts. #00:38:32–33#

401 **I:** Wie könnten denn solche Anreize aussehen Herr [...]? #00:38:35–34#

402 **B:** Ja das könnte ich ihnen dazu mehr sagen, also ein paar Zutaten dazu hatten wir doch schon. Also  
403 dauerhafte Verantwortlichkeit für die Population auf Seite der Versicherung. Das muss nicht heißen,  
404 dass die alle gezwungen sind bei dieser Versicherung zu bleiben. Aber das jetzt andere Möglichkeiten  
405 gibt einen Wettbewerb zwischen den Versicherungen so auszugestalten, dass sie eine echte  
406 Kundenbindung auf verschiedenen Ebenen werden können. Also raus aus dieser kurzfristigen Hechelei  
407 für die Versichertenbeteiligten. Für die Akteure die dann aktiv werden müssen um Integrierte

408 Versorgung herzustellen. Und um Vernetzte Versorgung muss es um die Skalierbarkeit und und  
409 tatsächlich auch um die Anreize gehen, das man nicht vor einem Berg von Problemen steht, dass man  
410 die Chance hat in nem vernünftigen Zeitraum 3–5 Jahren wirklich eine bessere Lösung auch im  
411 System hinein zu bekommen. #00:39:30–35#

412 **I:** Herr [...] gibt es denn aus Ihrer Sicht Alternativen zu einer sektorenübergreifenden Versorgung?  
413 Oder hieße die Alternative höchstens Leistungskürzungen und die sollten ja grds. erst einmal  
414 vermieden werden. #00:39:43–36#

415 **C:** (...) was meinen Sie mit Alternativen jetzt genau? Meinen Sie so etwas wie Kaiser Permanente  
416 oder? #00:39:55–37#

417 **I:** Alternativen wären z.B. das gesamte System zu privatisieren oder eben wie gesagt den  
418 Leistungskatalog massiv zu kürzen oder einfach es so lassen wie es jetzt ist. #00:40:05–38#

419 **C:** Also sind für mich alles drei keine echten Alternativen, weil das System komplett zu privatisieren  
420 würd glaub ich nicht funktionieren den Leistungskatalog zu kürzen halte ich für auch nicht für  
421 durchsetzbar. #00:40:26–39#

422 **B:** Als Ziel durchsetzbar, das findet ja schon schleichend. #00:40:39–40#

423 **C:** Aber keiner wird es laut sagen. Und es einfach so lassen, wie es jetzt ist, würde ich für fatal halten  
424 aber man muss sich glaub ich klar sein, das man mit den Strukturen wie sie heute sind arbeiten muss,  
425 und das man und das zeigen ja einzelne Projekte Innovationen im Kleinen ist durchaus möglich. Man  
426 muss sich nur bewusst sein, in welchem Rahmen man operiert. #00:40:50–41#

427 **I:** Herr [...] wie würden denn insbesondere ländliche Regionen von einer Vernetzung des  
428 Gesundheitswesens profitieren? Ist das für solche Regionen, die grade auch mit einer schwachen  
429 Population zu kämpfen haben die, der letzte Ausweg? #00:41:01–42#

430 **B:** Also der letzte Ausweg nein, aber es kann ja ein Ausweg sein. Weil ich mit einer besseren  
431 Koordination der noch vorhandenen Leistungserbringer in Kombination mit allen möglichen  
432 technischen und organisatorischen Fernbetreuungsmöglichkeiten also eine ganz andere  
433 Gestaltungsmöglichkeit haben und wenn da ein ein Akteur, das Management für eine Region  
434 übernehmen würde und da eine Koordination zwischen den Beteiligten herstellen würde, würde das  
435 mit Sicherheit für die Region besser sein, als wenn viele Einzelakteure versuchen irgendwie in der  
436 Region etwas aufrechtzuerhalten, das geht am Ende auf die Kappe der Letzten positiv wahnsinnigen  
437 die da noch in den romantisch stilisierten Landarztpraxen hocken und irgendwie unter Aufgabe ihres  
438 eigenen Lebens oder so, das sind glaub ich alles Modelle, das zeigt die Praxis, das es dahin kommen  
439 kann aber das kann auf gar keinen Fall eine Lösung sein. #00:41:56–43#

440 **I:** Herr [...] ist denn die Ärzteschaft vielleicht auch noch ein bisschen zu altmodisch in ihrem  
441 Gedankengang, das da noch Leute sitzen, die glauben, dass das System noch so aufrechterhalten  
442 bleiben kann? #00:42:05–44#

443 **B:** Also ich erlebe die gar nicht als, nöö so den Mediziner als solchen stelle ich sowieso nicht an den  
444 Pranger, das sind ja ganz unterschiedliche Menschen mit ganz unterschiedlichen Anreizstrukturen  
445 auch. So als Ökonom sehe ich die auch erst mal als ökonomisch agierende Agenten aber ich glaub  
446 denen auch das die ihren hippokratischen Eid ernst nehmen, vielleicht anders als andere Berufsgruppen  
447 einen Berufsethos haben. Den pauschal zu unterstellen, da gibt's nur Gewinnmacher oder  
448 Eigennutzdenken oder nur die Altruisten, das wäre völlig plakativ falsch. Aber es ist glaube ich, wenn  
449 man vom Einzelnen raus zoomt auf die Ärzteschaft hin, ist es nur normal bei den vielen Tausend  
450 Menschen, über die wir reden nennenswerte Prozentzahlen das ausnutzen, was das System hergibt.  
451 Sich und das kann dann eben Umsetzung des eigenen Lebensmodell sein, mit einer bestimmten Anzahl  
452 von Arbeitsstunden im Vergleich zu einem bestimmten Einkommen, das kann mit der Realisierung  
453 bestimmter Familienmodelle sein, also Stichwort Frauen und Arztberuf, das kann alles Mögliche sein,  
454 also von daher ist es auch viel zu einfach gedacht, den nur den Eurobetrag auf die Stirn zu schreiben  
455 und zu denken, die wollen alle nur möglichst viel Geld verdienen, sondern es ist nur menschlich und  
456 auch bei Ärzten nur menschlich, dass sie die Ausgestaltungsmöglichkeiten im System für ihre eigenen  
457 Ziele nutzen und wenn man das nicht besser kanalisiert und versteht welche Folgen die einzelnen  
458 Anreize haben dann werden die Modelle. #00:43:33–45#

459 **C:** Man erlebt oft, wir haben das in Forschungsprojekten erlebt mit der Bundesärztekammer, da sind  
460 immer sehr fortschrittlich denkende Leute, die Erfahrungen in Modellprojekten haben. Da wäre ich  
461 vorsichtig den schwarzen Peter immer auf die Ärzteschaft zu schieben. #00:43:49–46#

462 **I:** Herr [...] über welche Möglichkeiten können denn z.B. Pflege- und Rehaeinrichtungen mehr in  
463 integrierte Versorgungsprojekte oder für Forschungsprojekte motiviert werden? Weil sie hatten ja  
464 schon erwähnt populationsbezogen sind die wenigsten, aber Pflege und Reha sind auch eher  
465 Nischenbereiche in diesen Projekten. #00:44:07–47#

466 **C:** Kommt jetzt drauf an also. Wie können die eingebunden werden? Meinen Sie jetzt in der  
467 Entwicklung von Projekten? #00:44:15–48#

468 **I:** Ja muss es für die also auch nen Abrechnungspunkt geben muss es besser vergütet werden, damit  
469 die sich auch stärker als Initiatoren für solche Projekte überhaupt bereit erklären? #00:44:28–49#

470 **C:** Also ich glaube grundsätzlich, ok das ist wirklich eine sehr grundsätzliche Frage, also grundsätzlich  
471 haben sie haben sie in dem Pflegesystem auch total problematische Anreize. Schauen sie sich das  
472 Beispiel an wenn sie ein high-quality Pflegeservice aufbauen wollen, der von der Konzeption her  
473 zumindest auf jeden Fall schon mal Patientennutzen hat und trotzdem gegen die untersten Preisniveaus

474 gepitscht werden und vor großen Herausforderungen stehen. Trotzdem glaube ich, dass wenn es eine,  
475 wenn es irgendwie möglich wäre ein innovationsfreundliches Klima zu schaffen in dem eine echte  
476 Orientierung am Patienten bzw. Kunden wenn man ihn mal an dieser Stelle so nennen will stattfindet  
477 es durchaus möglich ist, warum sollte man unterstellen, dass in der Pflege nicht auch Visionäre gibt,  
478 die die Idee haben solche Projekte umzusetzen. Also nur weil sie jetzt nicht direkt Mediziner sind, die  
479 in einer Arztpraxis sitzen heißt das ja nicht direkt, das sie das prinzipiell nicht könnten, das sieht man  
480 ja in einzelnen Bereichen, das Pflegeunternehmen durchaus auch in Konzerne übergehen nicht  
481 aufgehen, sondern aufgekauft werden und dann können sie ja durchaus versuchen innovativ zu sein.  
482 Also da seh ich, bin ich natürlich grundsätzlich dafür die Anreize zu setzen die in diese Richtung  
483 gehen, und da glaub ich ist die jetzige Anreizstruktur wahrscheinlich noch nicht innovationsbezogen.  
484 #00:45:48–50#

485 **I:** Sehen Sie das ähnlich Herr [...] und kennen Sie noch Möglichkeiten außer ner monetären  
486 Vergütung Betriebe der Pflege und Reha zu motivieren? Oder funktioniert das wirklich nur über  
487 Anreizstrukturen? #00:46:03–51#

488 **B:** Ich glaube nicht so stark wie sie an diese Anreizstrukturen, ich glaube, dass diese künstlich  
489 gesetzten Vergütungskennziffern immer nur ein sehr kurzfristiger Impuls sind und die bringen  
490 strukturell sehr wenig. Die führen nur dazu, das wieder die falschen Leute sich danach ausrichten, dass  
491 sie die Kennziffern mitnehmen können. Ich hab da grundsätzlich nen Problem damit die Kreativität zu  
492 fördern wie man die besser in Ketten, also nicht in Ketten als organisatorische Form, das ist ne andere,  
493 in Behandlungsprozesse und eben in Versorgungsprozesse miteinbinden können und als Teil dieses  
494 gesamten Puzzle stärker auf Augenhöhe mitnimmt. Ob das populationsbezogen möglich ist, vielleicht  
495 nur über regionale, kommunale Formen, wie ich das machen kann. Da sehe ich insbesondere in den in  
496 den indikationsspezifischen Ansätzen jetzt schon viele Versuche, wo das genau das gelebt wird. Da  
497 kommt's dann sehr auf den Indikationsbereich an und man könnte zum Teil sogar die Hauptträger von  
498 solchen Aktivitäten sein. Also die erlebe ich nicht als grundsätzlich benachteiligt da lag jetzt vielleicht  
499 das Hauptgewicht noch nicht so drauf. #00:47:13–52#

500 **I:** Sollten denn dann also Kreise und Kommunen viel mehr in diesen Prozess der  
501 Gesundheitsversorgung miteingebunden werden? #00:47:19–53#

502 **B:** Ja das sind sie ja schon, denn Bedarfsplanung ist ja kommunal und regional orientiert und darüber  
503 soll ja auch die jeweilige Bedarfsplanung regional aufgebaut sein und da sind die Akteure dann auch  
504 schon am Tableau nur dann macht man das nächste Fass von Diffusionshemmnissen auf, inwiefern  
505 nimmt sich ne Kommune dieses Feld als ne Gestaltungsmöglichkeit für einen Wettbewerbsvorteil an.  
506 Also es gibt um das extrem zu sagen, sind Regionen auch tatsächlich bereit sich auf ne bestimmte  
507 Klientel zu spezialisieren und dann für die richtige Infrastruktur zu sorgen, dann wird sie bei jungen



508 Familien eher für Schulen, Kitas, Kinderversorgung sorgen und bei alten Menschen irgendwie ein  
509 Golden-Ager-valley realisieren und nicht eben Kinderbetreuung und sofern sich die kommunale  
510 Verwaltung da klare Strategien überlegt, wo ihre Population zukünftig leben soll, da sehe ich  
511 sicherlich eine ganz wichtige Taste der Klaviatur. #00:48:18-54#

512 **C:** Es kommt auch noch darauf an bei welchen Erkrankungen Kommunen präventiv eingreifen  
513 können, z.B. sowas wie Depressionen oder so, das ja total das community health Thema oder  
514 Einbindung von Ernährungsaspekten in die Schulausbildung. Ich glaube auch, dass man da viel lernen  
515 kann, aber es ist eben wieder auf einer speziellen Ebene der Kommunalebene einfach ein  
516 Experimentierprozess, der, glaub ich, viele noch abschreckt, weil noch unklar ist, was es langfristig  
517 bringt. Oder stoppt, weil unklar ist, wie man an die entsprechende Vergütung kommen kann.  
518 #00:48:54-55#

519 **I:** Herr [...] über welche Kommunikationskanäle könnte denn so ein Netzwerkmanagement wenn's  
520 denn dann irgendwann arbeitet die Bevölkerung oder aber auch andere Leistungserbringer über dieses  
521 tolle Netzwerk aufmerksam machen? #00:49:08-56#

522 **C:** Also Sie meinen Kommunikationskanäle jetzt nicht den technischen mit Dokumentationsakten  
523 austauschen, sondern mit dem ich mich. #00:49:12-57#

524 **I:** Die Öffentlichkeit in Kenntnis setzt, das hier die Versorgung besser ist, einfach um Anreize zu  
525 setzen das Leute sich noch in dem Projekt einschreiben. #00:49:23-58#

526 **C:** Das hängt auch ganz stark davon ab, das sprach Herr [...] eben schon an, hängt davon ab wie sieht  
527 ihre Population aus, mit der sie arbeiten wenn sie wie im Kinzigtal mit eher älteren Personen mit  
528 vielen chronischen Erkrankungen haben dann macht es Sinn sich auch auf die Schemata oder die  
529 Schemata zu nutzen, die in der Population bekannt sind. Also die machen ja das Fest der Gesundheit.  
530 Würde in Berlin-Neukölln wahrscheinlich so vermutlich nicht funktionieren. Aber da funktioniert es,  
531 das passt gut zur Population. Ich glaube das ist etwas womit man jenseits der rechtlich wie technisch  
532 komplexen Struktur solcher Projekte sehr direkt an die eigentlichen Kunden treten kann. Und ich  
533 glaube, dass es vielleicht eine Lektion aus dem Marketing lernen kann, dass die Aktivierung der  
534 Patienten im positiven Sinne ist wahrscheinlich der Schlüssel, um sie dafür zu sensibilisieren, was sie  
535 von der Krankenversorgung oder von einer integrierten Krankenversorgung haben. D.h. integrierte  
536 Krankenversorgung weniger Theorie mehr Erlebnis für den Kunden oder für den Patienten und das ist  
537 total zentral und wie man das konkret ausgestaltet, und das wird wieder davon abhängen welche  
538 Patienten mit welchen Charakteristika wir bedienen können da kann es glaub ich alles geben. Vom  
539 Volksfest über den Gesundheitsstand am Karneval der Kulturen bis hin zu Apps und rein digital.  
540 #00:50:48-59#

541 **I:** Herr [...] Sie hatten es eben schon nen bisschen angesprochen, sollte es Ihrer Meinung nach, sollten  
542 bundesweite Standards eingeführt werden wie z.B. eine bestimmte Evaluation, ein bestimmtes Ziel  
543 solcher Projekte aber auch Größe, Art und vielleicht auch Finanzierungsausstattung? #00:51:03–60#

544 **B:** Also ich würde niemals die Durchführung standardisieren, sondern es sollte absolut die Kreativität  
545 der einzelnen Akteure sein wie die Antwort auszusehen hat, auf die regionalen Bedürfnisse, auf die  
546 Bedürfnisse der adressierten Zielgruppen und so weiter. Also da auf keinen Fall. So wie die Frage auch  
547 hier formuliert ist, ist Standardisierung nicht vor zu leisten. Was wir brauchen ist, sind eine  
548 Standardisierung der Spielregeln und eine Prägung der Spielregeln und das bezieht sich auf sehr  
549 unterschiedliche Ebenen. Das bezieht sich auf Qualität und Outcome. Wenn im Outcome der wichtige  
550 Parameter sein soll oder eben der Gesundheitsoutcome in Konzepten oder was auch immer eine  
551 methodische Standardisierung der Evaluation. Wie messen wir eigentlich? Wie vergleichen wir  
552 eigentlich? Ein durchaus ein kreatives Nachdenken über die Voraussetzung von Skalierbarkeit. Also  
553 wie kann ich technische Standards definieren? Was kann der Gesetzgeber und andere Akteure dazu  
554 beitragen, dass es sinnvoll ist auch skalierbare Standdarts auch tatsächlich zu verwenden und, und,  
555 und. Also das sind absolut notwendige Standardisierungen. Aber als Freund von Eigendynamiken und  
556 Kenner von kritischen Massensystemen weiß ich, dass man solche Eigendynamik nicht erzwingen und  
557 nicht durch Standards vorgeben kann, sondern man muss es einfach sinnvoll machen sich an solchen  
558 Standards zu orientieren und die dann auch tatsächlich einzusetzen. Und von daher ist es das Befehlen  
559 der Standards eigentlich nur dann möglich, wenn wir wie in Nordkorea ein anderes Politikverhältnis  
560 hätten, in unseren Gegebenheiten ist das Befehlen eines Standards in der Regel völlig kontraproduktiv,  
561 sondern ich muss schlauer die Rahmenbedingungen setzen, damit es für jeden Akteur sinnvoll ist, gut  
562 oder mit notwendigen Standardisierungen an nen paar Eckpunkten beizutragen. Und das haben wir bei  
563 Weitem noch nicht. #00:52:55–61#

564 **I:** Fehlt da in Deutschland einfach auch schlichtweg die parteienübergreifende Vision, wie so ein  
565 Gesundheitswesen 2050 aussehen soll? #00:53:01–62#

566 **B:** Da hatten wir mal eine eigene Expertenrunde dazu. Gesundheit ist überhaupt nicht  
567 politikerfreundlich. Sie gewinnen mit Gesundheit keine Wahl und verlieren jede Wahl. Und deswegen  
568 fasst kaum eine Partei Gesundheit als nen proaktives, kreatives Thema an. Weil keiner will daran  
569 erinnert werden, dass wenn man mich wählt ich ein schöneres Alter im Siechtum ermögliche. Also  
570 damit holen die ihre Wählerschaft nicht ab. Das ist kein Thema, was ein Politiker nach vorn treibt. Der  
571 ist immer nur von Kosten getrieben und von den explodierenden Sozialkosten, aber auch nur, weil es  
572 andere Politikbereiche aufzehrt und ich glaube nicht, und ich könnte mich an keinen  
573 Gesundheitspolitiker erinnern, wo ich das Gefühl hatte, dass er das als was versteht, womit er die

574 nächste Wahl gewinnt. Weil er damit vermeidet, dass er der Stelle nicht ein großes Problem hat.  
575 #00:53:48–63#

576 **I:** Herr [...] wenn sie Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber hätten, was sollte der denn  
577 schnellstmöglich einführen oder ändern, um das System zu verbessern? #00:54:00–64#

578 **C:** Kurzfristig die Outcome-Erwartungen an vernetzte Versorgungsstrukturen, wie Sie es genannt  
579 haben, längerfristig setzen. Also ich glaub im letzten, im Koalitionsvertrag war vier Jahre, das finde  
580 ich schon sportlich. Prävention oder die Vergütung oder die Vergütung von Prävention sehr viel  
581 stärker in die in die Logik der gesetzlichen Krankenversicherung einbinden und das sind konkrete  
582 Maßnahmen und auf ner abstrakten Ebene alles was das Thema Innovationsfreundlichkeit fördert.  
583 Endlich Innovationsfreundlichkeit schaffen wie im Bezug auf die Fristigkeit von Erwartungen und die  
584 zur Verfügungstellung von Budgets es Krankenkassen, Leistungserbringern sowie eventuellen Dritten,  
585 die z.B. in Managementgesellschaften tätig werden können, tatsächlich erlaubt in diesen kreativen  
586 Suchprozess einzusteigen und der wird on the road zu Fehlern, nicht zu Fehlern dazu führen, dass man  
587 Projekte einstampft, Projekte rückgängig macht und das ist total normal. Sehen Sie mal, bei Google  
588 wird jeder Fehler mit ner Party gefeiert, damit man was draus lernen kann und nicht, dass ich sage  
589 alles muss so sein, aber ein Schritt in diese Richtung, den würde ich mir wünschen. #00:55:19–65#

590 **I:** Herr [...] wenn Sie Wünsche offen hätten? #00:55:21–66#

591 **B:** Das was mit der Agenda 2020 auf die Bevölkerung übertragen wurde kann man durchaus im  
592 Gesundheitssystem auch machen, fördern und fordern. Jeder heute nicht ausgegebene Euro erzwingt  
593 das Standards eingehalten werden, erzwingt dass die Ergebnisse evaluiert werden nach einem  
594 vorgegebenen Verfahren. Erzwingt das die Skalierbarkeit nach gegebenen Rahmenbedingungen auch  
595 konkreter wird dadurch und also weg von Gießkanne und dem Glauben das wird das Feld schon  
596 irgendwie richten hin zu einer stärkeren Implementierung der notwendigen Eckpunkte und  
597 Stellschrauben und die dann auch als Auflage verbinden mit öffentlichen Geldern, direkt und indirekt  
598 und ich glaube man muss niemand zwingen das zu tun aber ich glaub man kann dann über alle  
599 möglichen von Kreditvergabe, Innovationsfonds oder wie man das Baby auch immer nennen will, wer  
600 das haben möchte vom Staat, der muss sich an diese Form halten und wer das haben möchte dann kann  
601 auch dafür sorgen, dass diese Standards möglichst eingehalten werden, aber Zuckerbrot und Peitsche  
602 kann diesem System glaub ich nur gut tun. #00:56:33–67#

603 **I:** Herr [...] was möchten Sie denn abschließend noch zum Gesundheitswesen oder zur Integrierten  
604 Versorgung mitteilen, was vielleicht im Rahmen dieses Interviews bislang noch nicht so Beachtung  
605 gefunden hat oder vergessen worden ist? #00:56:46–68#

606 **B:** Ohh das kam mir jetzt schon so umfassend vor, hab ich jetzt keinen Punkt. #00:56:50–69#

607 **I:** Ja, Herr [...]fällt Ihnen noch etwas ein, was vergessen worden ist? #00:56:53–70#

608 C: Nein. #00:56:54–71#

609 I: Gut dann bedanke ich mich für die Zeit und das Gespräch. #00:56:59–72#

610 C: Gerne. #00:57:00–73#

**Interviewpartner 08 (25.06.2014)**

1 **I:** (...) Herr [...] Sie sind bei der Barmer GEK für besondere Versorgungsformen, Integrierte  
2 Versorgung und andere (...) Dinge außerhalb der Regelversorgung verantwortlich, welche  
3 Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:19–0#

4 **B:** Das habe ich viel in dem Bereich, oder als Korrektur vielleicht ganz gut, ich bin sowohl für die  
5 Regelversorgung zuständig, als auch für die Selektivversorgung und mach oder hat den Vorteil, dass  
6 man die Defizite aus der Regelversorgung kennt und weiß was man vielleicht in der  
7 Selektivversorgung anders machen könnte. Bin in dieser Tätigkeit jetzt seit über 15 Jahren unterwegs  
8 und kümmere mich um Selektivverträge seit 2002, also eigentlich noch vor der gesetzlichen  
9 Möglichkeit Anschubfinanzierung (...), hab inzwischen bestimmt 150 Verträge irgendwo mal  
10 geschlossen und zum Teil auch wieder gekündigt oder weg gelegt. Aktuell haben wir in den  
11 verschiedensten Indikationen noch ca. 45 – 50 Verträge insofern und zwar in den unterschiedlichsten  
12 Indikationen, in den unterschiedlichsten Vertragsansätzen, auch in den unterschiedlichsten  
13 Rechtskonstrukten insofern würde ich schon sagen Kenntnis über das Thema ist vorhanden, es sind  
14 dicke Bretter die zu bohren sind. Das erfordert unwahrscheinlich viel zeitlichen Aufwand, weil bei  
15 aller Kreativität der verschiedenen Leistungserbringer oder Stakeholder im Gesundheitswesen um die  
16 Nachhaltigkeit und die Dauerhaftigkeit irgendwo in diese Verträge rein zu bekommen. #00:01:33–1#

17 **I:** Jetzt ist die Integrierte Versorgung ja immer nen bisschen in ner Doppelfunktion, da gibt's ja einmal  
18 den § 140a–d SGB V, andererseits ist es oft aber auch das Integrierte Versorgung als allgemeine  
19 sektorenübergreifende Versorgung genannt, ich hab's jetzt erst mal Vernetzte Versorgung genannt und  
20 das ist bei mir also ein Sektoren– und auch Versicherungszweige übergreifendes Set von  
21 kooperierenden Versorgungsleistungen, welche den Patienten in den Mittelpunkt stellen, möglichst  
22 populationsbezogen sein sollen und regional arbeitet. Was halten Sie von dem Namen und wie sehen  
23 Sie das Konzept? #00:02:07–2#

24 **B:** (...) Vernetzte Versorgung find ich grundsätzlich besser als Integrierte Versorgung, weil unter  
25 integrierte wird automatisch sofort wieder abgestempelt, 140 Punkt aus Feierabend. Da gibt's die  
26 diversen Hinderungsgründe sei's bei den bundesweiten Kassen wie bei uns die der Aufsicht des BVA  
27 unterliegen, wobei inzwischen seit 1,5 Jahre die Verträge genehmigen lassen müssen, so gut wie kaum  
28 noch Verträge durchbekommen. Da gibt's Störfeuer der KVn, die da sagen bei IV ist des Teufels, weil  
29 da dürfen wir nicht mitspielen, weil KVn sind ausgeschlossen an der Stelle. Insofern weichen wir auch  
30 immer wieder aus. Die Gefahr bei Vernetzter Versorgung ist jetzt momentan vielleicht nen bisschen,  
31 dass sie den 87b Arztnetze, die ja nun seit letztem Jahr auch gesondert gefördert werden sollen,  
32 vielleicht ein bisschen zu nah kommen. Der politische Anspruch überhaupt zu sagen  
33 Populationsversorgung, flächendeckend mit Evaluation ist nice to have aber dat gibt's in der Praxis

34 eigentlich gar nicht, so wir sind seit einiger Zeit damit unterwegs mit einer sogenannten  
35 Arztnetzstrategie wo wir versuchen mit regionalen Arztnetzen, hat jetzt auch nichts mit dem 87b zu  
36 tun, sondern stammt aus der kurzen Zeit vorher. Da sind wir dann zumindest schon mal  
37 flächendeckend. Wir sind auch in einer gewissen Art und Weise populationsbezogen, weil wir alle  
38 mitnehmen, die dann in diesem Arztnetz irgendwo versorgt werden, wir sind aber schon nicht mehr  
39 unbedingt wieder sektorenübergreifend, weil ein Arztnetz zunächst einmal rein ambulant ist und je  
40 nach Ausbildung vielleicht mit nem Krankenhaus oder wie zusammenarbeitet, also insofern die  
41 politischen Rahmenanforderungen an solche Modelle sind schwer welcher Name letztendlich ist  
42 Geschmacksache aber ich find's gut irgendwo mit neuen Ideen, also neuen Begriffen zu arbeiten, weil  
43 die anderen ja inzwischen einfach zu abgedroschen sind (...). #00:03:48-3#

44 **I:** Wenn Sie jetzt das Idealbild einer sektorenübergreifenden Versorgung aufzeigen müssten, welche  
45 zwingend notwendigen Voraussetzungen beinhaltet das denn? #00:03:56-4#

46 **B:** (...) Vertrauen, Verständnis der Leistungserbringer untereinander, wobei Leistungserbringer selbst  
47 schon so nen Begriff, den mag ich inzwischen gar nicht mehr, sag sagen wir mal Behandler und für  
48 mich wäre eigentlich vordringlichstes Ziel die Sektoren ambulant und stationär zu versorgen, da sind  
49 Krankenkassen auch selbst ein bisschen schuld gewesen, weil 2004, als die Integrierte Versorgung  
50 geöffnet wurde, war ja so en vogue, mach nen bisschen Endoprothetik, Krankenhaus und Reha also,  
51 das ist schnell und einfach mit quick and dirty. Damit haben wir sicherlich auch selbst viel  
52 kaputtgemacht. Ich glaub die dicksten Bretter, aber auch die nachhaltigsten Erfolge, sind tatsächlich in  
53 dieser vernetzten Verzahnung ambulant und stationär zu suchen. #00:04:37-5#

54 **I:** Jetzt ist ja so ne sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland immer noch in irgendeiner  
55 Nische. Wie beurteilen Sie denn eine zukünftige Verbreitung dieser Versorgungsform? #00:04:46-6#

56 **B:** Also wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen etwas gelockert werden, ich will ja gar nicht  
57 sagen Freiheit für alles, weil dat würde Wildwuchs geben ohne Ende aber z.B. diese  
58 Prüfvorlagenberechtigung oder Verpflichtung des BVAs mal ein bisschen abgeschwächt würde, weil  
59 das nimmt sich ja momentan vor voll inhaltlich zu prüfen. Die Idee war ja eigentlich eher mal so nen  
60 Institution einzuführen, die da nen gewissen Überblick hat, weil wir seit Wegfall der  
61 Anschubfinanzierung ja keinerlei Zähl- und Kontrollmechanismen mehr haben, was gibt's überhaupt  
62 in Deutschland? Das war auch so nen bisschen die Forderung der SPD geführten als der A-Länder im  
63 Gesundheitsministerium, die gesagt haben wir wollen mitreden, wenn in unserer Region was passiert  
64 und wir erfahren das eigentlich gar nicht. Wenn ich den Koalitionsvertrag inhaltlich lese, will man an  
65 dem Thema weiter machen, was ich auch für absolut richtig halte, wobei mal sicherlich immer wieder  
66 trennen muss was ist Kollektiv und was ist Selektiv, es gibt glaub ich einige Versorgungsprobleme  
67 inzwischen, die wir haben, die lassen sich nicht Selektiv lösen, da ist eine Krankenkasse zu haben nice

68 to have aber eine Kasse allein wird das Problem nicht lösen. Sie müssen für solche Veränderungen ja  
69 auch Prozesse verändern und dann hängt's maßgeblich auch vom Marktanteil ab und es gibt nur ganz  
70 wenige Regionen in Deutschland wo eine Krankenkasse so stark ist, dass sie alleine die Macht hat zu  
71 sagen wir verändern jetzt die Welt. Kooperationen zu finden ist notwendig, auch unter Kassen im  
72 Wettbewerb eine Kooperation zu finden geht, aber es ist halt sehr ausgewählt, sehr regional sehr  
73 unterschiedlich und insofern muss man sicherlich beide Sektoren irgendwo weiter entwickeln  
74 Kollektiv als auch Selektiv und wo wir dann in dem Moment auch auf jeden Fall hin kommen müssen  
75 ist wie sie es eben auch sagten auch ein Versicherungszweig übergreifende Versorgung, also  
76 Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Ja eigentlich in einem Unternehmen gebunden, läuft  
77 nicht. Ich selbst hab's versucht im Thema Krankenversicherung–Rentenversicherung, weil's darum  
78 ging bei jungen Berufstätigen nach Sportverletzungen und sowas die Reha irgendwie über die  
79 Rentenversicherung mit anzudocken mit der Rentenversicherung–Land kann man noch reden mit der  
80 Rentenversicherung–Bund undenkbar. Die haben auch ganz klar gesagt der 140er ist ein SGB V § und  
81 nicht SGB VI oder SGV IX insofern wir sind raus, wir wollen da nichts mit zu tun haben. Ist dann  
82 auch Käse. Also was wir bräuchten ist wirklich so eine umfassende Möglichkeit zu gestalten, da setzt  
83 ich jetzt ein bisschen auf die Gesundheitsreform, die da kommen soll für 2015 wie gesagt im  
84 Koalitionsvertrag steht es drin. Gröhe hat's jetzt schon mehrfach auch wieder begründet und da hoffe  
85 ich drauf. #00:07:17–7#

86 **I:** Jetzt haben Sie schon einige Widerstände der Diffusion angesprochen, welche anderen Hemmnisse  
87 gibt's denn noch außer jetzt z.B. der Aufsicht? #00:07:25–8#

88 **B:** (...) und es gibt Störfeuer innerhalb der Ärzteschaft das das Problem ist ja, wenn wir jetzt  
89 irgendwas indikationsbezogenes machen, dann kommt sofort die Diskussion, wieso macht der das mit  
90 denen und nicht mit uns. Dann gibt direkt Widerstände also vielfach kann man auch die Frage stellen,  
91 also wem gehört das Krankheitsbild? Gehört's dem Hausarzt, gehört's dem Facharzt, wir haben vor  
92 kurzen vor sowas klassische Beispiel was gemacht zum Thema Allergien rein populations- und  
93 versorgungspolitisch wissen wir Allergien sind im Vormarsch ohne Ende, wir haben jetzt was gemacht  
94 mit dem Berufsverband der HNO Ärzte, weil sie halt auf uns zu kamen, ja, Freitags veröffentlicht  
95 hatten wir am Samstag die Beschwerde der Kinderärzte, wieso macht ihr das mit dem und nicht mit  
96 uns? Wir haben auch allergiekranken Kinder, dann kamen die Hausärzte also Dermatologen, dann kam  
97 der Berufsverband der allergologisch tätigen Ärzte, also es ist nen Politikum, da scheitert halt auch  
98 vieles dran und vieles scheitert dann auch wenn man in den stationären Bereich geht an der  
99 Wettbewerbssituation der Krankenhäuser untereinander. #00:08:22–9#

100 **I:** Glauben Sie denn, das so nen Ständeproblem, wie z.B. die Ärzteschaft, die ja auch vieles noch  
101 gerade noch mit andere Berufen blockiert sich allein aus demografischen Gesichtspunkten ändert, weil  
102 jetzt ne junge Ärzteschaft nachrückt? #00:08:34–10#

103 **B:** Ich hoffe das. Die junge Ärzteschaft ist ja diese vermeintliche Y-Generation, die also ganz anders  
104 tickt, die auch sicherlich ganz anders ausgebildet ist im Studium schon begonnen, wobei da fehlt  
105 einfach im Studium viel an inhaltlicher Ausbildung. Die aber alleine aus Versorgungsgründen  
106 eigentlich dafür erpicht sein müsste und sie finden dann auch durchaus Zugang in dieser Ärzteschaft  
107 ja. Dass das Problem ist, dass die Ärzte natürlich in der Vergangenheit so erzogen wurden, rede nie mit  
108 der Kasse, weil die Kasse ist des Teufels. Wir KV oder wir Kammer sind für dich da und wir regeln  
109 das alles für dich. Gut, da erkennen auch jetzt die Jungen, so geht's nicht und wenn man den  
110 persönlichen Zugang findet, was die Schwierigkeit in diesem System ist, es läuft eigentlich alles  
111 irgendwie über Bekanntschaft über zufällige Kontakte es läuft aber nicht irgendwo strategisch,  
112 systematisch geplant (...). Aber gleichwohl gehe ich davon aus, das wir alleine durch die Demografie,  
113 die ja sowohl in der Versichertenpopulation angeht aber ja auch in der Ärzteschaft Einzug halten wird.  
114 Wir hier in Nordrhein–Westfalen haben noch keine Unterversorgung oder so gut wie keine. Gehen wir  
115 mal nach Mecklenburg–Vorpommern, gehen sie mal nach Brandenburg oder gehen sie mal nach  
116 Sachsen–Anhalt, da sieht die Welt schon ganz anders aus. #00:09:46–11#

117 **I:** In wieweit behindert auch ne finanzielle Ausstattung im Moment noch solche Arztnetze also die  
118 Anschubfinanzierung hat ja einen gewissen Schub gegeben, da kann man ja aber auch entgegenhalten  
119 das waren ja auch nur Mitnahmeeffekte? #00:09:58–12#

120 **B:** Ja klar da waren viele Kassen drauf erpicht einfach dieses eine % irgendwo rein zu holen und damit  
121 nen bisschen Marketingverträge zu machen. Will ich uns nicht 100% raus nehmen aber schon  
122 weitestgehend, bei uns ging's an der Stelle eigentlich immer um Versorgung. Mit der Verpflichtung  
123 das selbst diese Selektivverträge wirtschaftlich sein müssen und das sind sie insbesondere dann, nur  
124 sehr schwer wenn ich mich um chronische Versorgungsprogramme kümmere. Da hab ich keinen  
125 kurzfristigen Benefiz von, da brauche ich nen Vorlauf von 3, 4, 5 Jahren bis ich irgendwo vielleicht  
126 erste Tendenzen erkennen kann. Es ist schwer, also ne gewisse Anschubfinanzierung wäre hilfreich,  
127 gar keine Frage. Auf der andere Seite ist so ein Innovationsfonds wie der der jetzt momentan aufgelegt  
128 wird den halte ich auch wieder für verkehrt, weil der wird wieder überbürokratisiert bis zum geht nicht  
129 mehr, wenn er vom G–BA verwaltet wird. Der weckt jetzt schon wieder Bedürfnisse, weil so langsam  
130 setzt sich durch ach kuck mal da gibt's jetzt einen Topf lass uns mal ein Konzept stricken, das wir an  
131 diesen Topf dran kommen. Also Goldgräberzeit wie damals bei der 1%–Anschubfinanzierung.  
132 #00:10:56–13#



133 **I:** Würde es denn z.B. helfen wenn Krankenkassen von der KfW-Bank oder ner anderen Instanz nen  
134 Budget zur Verfügung gestellt würde, über fünf Jahre oder vielleicht länger? Das man einfach mal weg  
135 kommt von diesem ich muss in dem einen Jahr auf null sein. #00:11:09–14#

136 **B:** Also der Gesetzgeber hat ja insofern jetzt reagiert in dem er sagt also die hausarztzentrierte  
137 Versorgung muss sich schon mal erst mal nach vier Jahren rechnen, also das ist schon der erste  
138 Umkehrtrend drin das das Problem ist die die Frage vom Budget, würde würde die Bundesregierung  
139 uns nicht das Geld entziehen, Beispiel Steuerwegnahme: 2,5 Mrd. gehen aus dem GKV-System raus,  
140 wär der Druck gar nicht so groß wie er im nächsten Jahr sein wird. Nur es kommen nächstes Jahr  
141 kassenindividuelle Beitragssätze, d.h. die Kassen stehen im Wettbewerb und momentan spielt sich  
142 Wettbewerb nicht über Leistungen, Qualität, sondern Wettbewerb spielt momentan einfach nur über  
143 Geld und Beiträge. Das ist das Problem dabei, müsste aber wahrscheinlich auch mal mehr in die Köpfe  
144 der Versicherten rein bekommen, da muss auch vielleicht die Politik einfach irgendwo ehrlicher sein  
145 und sagen es ist in diesem System nicht alles bezahlbar und wenn eine Kasse sich qualitativ engagiert  
146 bitte schön. #00:11:55–15#

147 **I:** Welche Widerstände gibt's denn z.B. mit technischen Hilfsmitteln? #00:11:58–16#

148 **B:** (...) technisch meinen Sie jetzt z.B. auch EDV oder? #00:12:06–17#

149 **I:** EDV-Systeme z.B. auch die elektronische Gesundheitskarte. #00:12:10–18#

150 **B:** Die eGK ist ein ist ein ganz breites Kapitel, kocht jetzt grade wieder hoch, weil eigentlich alle  
151 Widerstände auf der Erfolgsspur waren und jetzt haben wir gesagt ich zieh das Ding durch egal  
152 komme was da wolle. Jetzt ganz aktuell vor 14 Tagen. Die eGK ist momentan eigentlich ein ganz  
153 dummes Plastikding: Da steckt nix drin, da steht nix drauf. Sie könnte uns vieles erleichtern und  
154 helfen, scheitert aus Datenschutzgründen, die aber vorgeschoben sind. Was uns das Leben immer  
155 wieder schwer macht ist natürlich die Anforderung an elektronische Abrechnung, also wenn sie jetzt  
156 mit einem kleinen Netzwerk irgendwo was machen wollen, die müssen mit uns heute elektronisch  
157 abrechnen wir haben noch selbst gestrickte Excel-Tabellen, damit wir denen überhaupt irgendwo  
158 einen Zugang ermöglichen können. Ansonsten elektronisch heißt ja wirklich Datenaustausch. Dann  
159 hätten wir, sind wir wieder an dem Problem KV oder KV Consult als Tochter der KV. Die KV selber  
160 darf's nicht machen und wir scheitern natürlich immer wieder an den Praxissoftwaresystemen. Es gibt  
161 ja rund 150 verschiedenen Praxissoftwaresysteme. Gut, wenn wir die größten nehmen, haben wir einen  
162 Marktabdeckung von 70–80%. Da hat jetzt insbesondere die KVWL einen Vorstoß unternommen um  
163 zu sagen, da schaffen wir mal eben eine Plattform. Aber uns wird natürlich eine funktionierende  
164 Technik mit Schnittstellen das Leben deutlich leichter machen. #00:13:20–19#

165 **I:** Sie hatten es eben schon mal angesprochen, würden Sie dazu plädieren einfach Kranken- und  
166 Pflegeversicherung komplett zusammen zu stricken und auch über einen einheitlichen Beitragssatz,

167 also das gar nicht mehr getrennt wird zwischen den beiden Systemen um da einfach auch irgendeine  
168 Schnittstelle wegzunehmen? #00:13:35–20#

169 **B:** Ich würd's anders formulieren, die Pflegeversicherung ist ja momentan eine reine  
170 Umlageversicherung, d.h. (...) Ausgaben die heute bei einer Kasse entstehen spielen eigentlich gar  
171 keine Rolle, weil sie mit dem Bund entsprechend umgelegt ausgeglichen werden. Wenn man da  
172 Anreize schaffen würde, das sich auch Investitionen in der Pflege mal lohnt Stichwort Reha vor  
173 Pflege, steht im Gesetz eigentlich drin, kein Mensch lebt an der Stelle irgendwie, weil die Reha in der  
174 Regel zu Lasten der KV und jeder sagt schiebt's doch weg und vergrab es in nem anderen Topf. Da  
175 irgendwo ein ein Belohnungsinstitut hinterlegen würde, das glaub ich würde schon reichen. Wir  
176 müssen ja noch nicht einmal die Versicherungszweige zusammenlegen. #00:14:11–21#

177 **I:** Gibt es in Deutschland auch vielleicht eine zu große Angst vor einer zunehmenden Privatisierung  
178 des Gesundheitswesens? #00:14:20–22#

179 **B:** (...) auf Leistungserbringerseite auf jeden Fall siehe Fusion Helios/Rhön. Private Krankenanstalten  
180 wobei mal jedoch fairerweise sagen muss die privaten Krankenanstalten laufen in der Regel  
181 wirtschaftlicher, wenn man dann mal hinter die Fassade kuckt ist natürlich die Mitarbeiterschaft nicht  
182 unbedingt zufrieden, weil der Druck entsprechend größer ist. Auf der anderen Seite muss man auch  
183 sehen die privaten ziehen natürlich und das ist das erklärte Ziel, Dividende aus dem System und das ist  
184 Geld, was letztendlich für die Versorgung dann wieder irgendwo fehlt. Also von daher, ne gewisse  
185 Gefahr der Privatisierung ist da schon hinter. Auf der anderen Seite wenn es wirtschaftlicher geht  
186 warum auch nicht in nem seriösen Rahmen mit privaten also ich hab da auch durchaus IV Verträge mit  
187 privaten Klinikketten. #00:15:02–23#

188 **I:** Inwieweit würde denn eine sektorenübergreifende Druck aus dieser Problematik nehmen und das  
189 die Akteure einfach auch viel mehr Verständnis für die anderen haben? #00:15:13–24#

190 **B:** Also sie müssten eigentlich schon beim Zugang zum Medizinstudium ansetzen der Numerus  
191 Clausus scheint ja nun tatsächlich dazu zu führen, das zunehmen nur noch Mädels in den Bereich  
192 kommen, weil sie halt im Abitur irgendwo besser abschneiden, besser abschließen, sie sind was die,  
193 was die Erwerbsfähigkeit angeht nicht eins zu eins mit nem Mann vergleichbar, das ist einfach so,  
194 über Schwangerschaft und Teilzeit und sonstiges brauchen wir ja eigentlich heute zwei Frauen um  
195 einen Mann zu ersetzen da spielen Lebensgewohnheiten, Work–Life–Balance alles alles ok alles  
196 akzeptiert das soll auch nicht diskriminierend gemeint sein. Spielt da irgendwo rein. Dann müsste man  
197 sicherlich im Studium schon ganz anders ansetzen, da gehören für mich auch deutlich mehr Module  
198 sektorenübergreifender Versorgung, Gesundheitsökonomie auch in dieses Studium mit rein und nicht  
199 ausschließlich Medizin. #00:16:03–25#

200 **I:** Sie hatten es eben schon angesprochen, das es gerade mit KVn z.B. immer auch Problematiken gibt.  
201 Wie könnten denn in diesem Bereich Hemmnisse weggenommen werden? #00:00:13–26#

202 **B:** (...) in dem man den KV–Vorständen mal klar macht, dass die Welt, bin kein KV–Gegner muss ich  
203 ganz klar sagen, aber in dem man auch der KV klar macht die Welt wird auch ohne sie weiter laufen.  
204 Und das beste Beispiel ist ich habe hier zwei KV Bereiche in meinem Zuständigkeitsbereich mit der  
205 KV Nordrhein brauche ich momentan eigentlich über integrierte Versorgungsmodelle oder  
206 Selektivversorgung so gut wie gar nicht reden, während ich in Westfalen–Lippe offene Türen einrenne  
207 und die KVWL da wirklich an die Spitze der Bewegung gesetzt hat und sagt wir wollen Versorgung  
208 gestalten und das machen wir dann bitte schön nicht gegeneinander, weil das macht einfach keinen  
209 Sinn, sondern das gestalten wir miteinander und da ist die KVWL einfach wirklich meilenweit voraus.  
210 Das ist einfach personenabhängig, das ist schon meine Meinung. #00:16:55–27#

211 **I:** In wie weit sollte denn der Gesetzgeber für bestimmte ländliche Regionen oder für unterversorgte  
212 Regionen denn nen Zwang von sektorenübergreifender Versorgungsbildung aufbauen? #00:17:07–28#

213 **B:** Also ich bin, weil das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ja wirklich noch ein System  
214 der der Selbstverwaltung, ich bin eigentlich immer gegen bürokratische Einschnitte oder  
215 gesetzgeberische Ersatzvorgaben. Weil letztendlich funktioniert auch das nicht dauerhaft, also ich  
216 glaube schon, wenn die Rahmenbedingungen vom vom Gesetzgeber gestaltet sind, dass die  
217 Leitplanken da sind, dann sollte man das der Selbstverwaltung an der Stelle überlassen, wobei gerade  
218 die sektorenübergreifende Geschichte ist man jetzt momentan so nen bisschen bei der ASV nach 116b,  
219 wo ja Krankenhausgesellschaft, KV und Krankenkasse an einem Tisch sitzen, ich glaube nicht dass die  
220 ASV uns auch nur einen Zentimeter weiter bringen wird in der Verzahnung. #00:17:45–29#

221 **I:** Sollte denn ein Netzwerkmanagement extrabudgetär vergütet werden? Weil man hört immer wir  
222 möchten das gerne machen aber wir kriegen kein Geld dafür? #00:17:54–30#

223 **B:** Muss weil ich sag mal, was wir brauchen, ist auf jeden Fall irgendwo ne Managementfunktion  
224 innerhalb einer innerhalb eines Vertragskonsortiums, sei es in nem Arztnetz. Es kann also nicht sein,  
225 dass der Arzt so neben seiner Praxis irgendwo so nen bisschen Netzmanager spielt, dass da eine  
226 gewisse Professionalität und Verbindlichkeit hinter ist. Dass wir die heute aus der Honorierung der  
227 Regelversorgung bezahlt wird, ist ein Selbstgänger, weil die ist so knapp über diese  
228 Regelleistungsvolumen gestrickt, da wird kein Netz bereit sein auch nur ein Cent irgendwo von  
229 abzugeben. Insofern muss, es muss zusätzliches Geld her. Wir haben jetzt mit der KV in Dortmund  
230 einmal diskutiert, das wir bei zukünftigen Honorarverhandlungen und haben wir die  
231 Honorarabschlüsse der letzten Jahre lagen eigentlich alle zwischen 2,5 und 4,5% das man einfach mal  
232 1% dieser Honorarsteigerung abzwackt und gar nicht über die Regelversorgung gibt, sondern für  
233 Selektivversorgung genau für solche Ansätze zur Verfügung stellt. Die Kassen werden sich schwer tun

234 einfach mal so einen Netzmanager in selektivvertraglicher Versorgung zu bezahlen, also müssen wir  
235 irgendwo andere schlaue Möglichkeiten finden um das Ganze zu gestalten. Aber wie gesagt auf die  
236 Frage extrabudgetär ja. #00:19:00–31#

237 **I:** Ja, inwieweit ist auch das Gedankengut der Menschen noch nen bisschen rückständig, weil man  
238 spricht jetzt immer von Krankenkassen, nicht von Gesundheitsunternehmen oder auch vom Patienten  
239 nicht vom Kunden müssen auch vielleicht die Begriffe dem neuen Gedankengut angepasst werden?  
240 (...) Sie hatten es eben schon gesagt mit dem Balken. #00:19:21–32#

241 **B:** Spannende Frage ja, Leistungserbringer (...) die die Barmer hatte mal irgendwann in so ner  
242 Marketingphase auch den Begriff Kunde gewählt, das führt dann auch dazu das ein anderer Blick auf  
243 den Kunden gewährt wird ich sag mal der Versicherte und wir sind letztendlich eine Versicherung  
244 oder der Patient sind Menschen, um die sich gekümmert werden muss. Der Kunde verleitet dazu, dass  
245 wir nur auf jung und gesund schießen, was so aus so marketingmäßig in ne komplett falsche Richtung  
246 irgendwo abdriften, insofern die Sprachlichkeit an der Stelle ist es glaub ich gar nicht, was wir einfach  
247 einfach mehr deutlich machen müssen, ist das wir aus dieser Vollkasko mentalität raus kommen  
248 müssen. Versicherte zahlen 400 Euro Beitrag, heißt sie müssen 450 Euro Leistung dabei raus ziehen,  
249 sonst lohnt es sich für mich das nicht, das ist der Sport in der privaten Haftpflichtversicherung, der  
250 einfach inzwischen auch in der gesetzlichen da ist, angefangen von professioneller Zahnreinigung über  
251 Auslandsimpfungen und der sonstige Schnickschnack, alles nice to have aber wenn eine GKV auch  
252 weiterhin ne Lebertransplantation für 250.000 Euro bezahlen soll, dann müssen wir einfach mal (...)   
253 einfach mal deutlich machen, wo der Schwerpunkt der Versorgung zu liegen hat. #00:20:34–33#

254 **I:** (...) welche relativen Vorteile hat denn überhaupt so ne Selektivversorgung gegenüber der  
255 allgemeinen Regelversorgung? #00:20:41–34#

256 **B:** Sie ist flexibler und sie ist regional adaptierbar, also ich sag mal wir haben jetzt 7 verschiedene  
257 Arztnetze z.B. hier in Nordrhein–Westfalen und die Versorgung in Nordrhein–Westfalen ist allein in  
258 diesem engen Raum in einem Bundesland schon unterschiedlich, also ich habe in Köln ganz andere  
259 Versorgungsprobleme als in Paderborn und ich habe in der Eifel oder im westlichen Münsterland ganz  
260 andere Probleme und im Hochsauerland z.B., das fängt an von Chronikerversorgung, das fängt an mit  
261 Facharztterminen, das hat mit Entfernungen zu tun, da spielt natürlich auch Bevölkerungsentwicklung  
262 mit rein, da spielt der öffentlich Personennahverkehr mit rein, wie komm ich denn überhaupt zum Arzt  
263 hin? Der und das Ganze kann ich nur regional gestalten und regional heißt noch nicht mal mehr auf  
264 Landesebene, sondern heißt tatsächlich irgendwo auf Kreis- oder kreisfreier Stadtebene, macht es  
265 insbesondere bundesweiten Krankenkassen sehr schwer, weil wir einfach mal so erzogen wurden, von  
266 Flensburg bis Garmisch ist die Welt einheitlich. Und heute wissen wir, das ist sie nicht mehr. Und da  
267 haben die die Länder und Regionen inzwischen überhaupt kein Problem mehr mit aber der

268 bundesweite Vorstand schon immer mal wieder noch wir haben uns jetzt so geholfen, das wir gesagt  
269 haben wir haben nen Bund, einen bundesweiten Rahmen und den dürfen wir Regionen selbst mit leben  
270 und Inhalt erfüllen und da ist halt die Frage das muss sich mit den Arztnetzen vor Ort klären, welche  
271 Versorgungsprobleme seht ihr, welche sehen wir anhand unserer Kennzahlen, welche Möglichkeiten  
272 haben wir innerhalb eines solchen Arztnetzes, ist ja auch davon abhängig hab ich einen Gynäkologen  
273 oder hab ich nen Rheumathologen, nehmen sie doch mal Südwestfalen, da gibt's in der ganzen Spitze  
274 Südwestfalen gibt's nicht einen einzigen Rheumathologen. Also werde ich das Problem dort unten  
275 anders anpacken müssen als z.B. in Hagen oder Dortmund wo ich den Rheumathologen vor Ort sitzen  
276 hab. #00:22:13–35#

277 **I:** Ist es auch ein Problem vielleicht im deutschen Gesundheitswesen, das wir unglaublich viele Daten  
278 sammeln, aber die dezentral gespeichert werden und überhaupt gar nicht zur Auswertung genutzt  
279 werden dürfen? #00:22:23–36#

280 **B:** Ja klar definitiv wobei man bei den Daten auch wieder vorsichtig sein muss. Momentan werden ja  
281 diese GKV–Routinedaten so als Allheilmittel gesehen. Die sind natürlich auch nur so gut oder so  
282 schlecht wie die Leistungserbringer kodieren und während es im Krankenhausbereich eine klare  
283 Kodier–Richtlinie gibt, die aber angereizt ist durch finanzielle Hintergründe, d.h. je besser ein  
284 Krankenhaus kodiert umso höher sind die Erlöse, muss man also sicherlich die Krankenhausdaten  
285 schon mal mit Vorsicht genießen ob die nicht überkodiert sind. Nordrhein–Westfalen hat was die  
286 ärztliche Kodierung anbelangt ein riesen Problem, das auch die Honorierung in NRW so schlecht ist  
287 hängt mit der Kodierung zusammen. Die Ärzte hatten in der Vergangenheit zumindest hier im  
288 nordrheinischen Teil sogenannte Individualbudgets bis 2008, die kamen zur Auszahlung, egal ob der  
289 Arzt gearbeitet hat oder nicht. Daraus entstand Budgetferien und daraus entstand auch die Empfehlung  
290 ach lasst das Kodieren und Aufschreiben mal sein d.h., wir haben im ambulanten Bereich eher eine  
291 Unterkodierung. Sie können es auch daran festmachen wenn sie sich diese KV–Magazine mal  
292 ankucken, die ja monatlich bis quartalsweise erscheinen. Insbesondere hier in NRW jede Ausgabe  
293 enthält mindestens 1–2 Kapitel zum richtigen kodieren. Mit dem Ziel, dass die Kodierung mal hoch  
294 gehoben wird. Das muss man bei den Routinedaten einfach noch im Hinterkopf berücksichtigen, dass  
295 das so ist. Ansonsten haben Sie recht, das sind Datenfriedhöfe mit denen jede Kasse für sich so nen  
296 bisschen Versorgungsforschung macht, jede Kasse macht irgendwelche Reports und schmeißt was auf  
297 den Markt, beschreibt letztendlich ein Problem aber keine Lösung und Versorgungsforschung in  
298 Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten absolut ins Hintertreffen geraten. Weil keine Kasse auch  
299 groß bereit ist ihre Daten raus zu geben um sich da irgendwo ein bisschen weiter zu entwickeln und zu  
300 sagen lasst uns damit was gestalten. Insofern glaub ich schon, dass wir ein neutrales Institut brauchen  
301 und das BVA wäre dafür eigentlich ideal, weil die haben alle Daten, über den Risikostrukturausgleich

302 melden wir ja wirklich jedes Datum was bei uns irgendwo da ist ans BVA. Das fängt an mit Alter und  
303 Geschlecht, das geht über Jahrgang also Geburtsjahrgang weiter, das geht über Versicherungszeiten  
304 weiter, das geht über Diagnosedaten weiter, alles das liegt beim BVA, GKV-weit und könnte von da  
305 aus natürlich entsprechend gut aufbereitet werden. #00:24:37–37#

306 **I:** Wie könnte man denn Kreise und Kommune, die ja auch eine sehr sehr wichtige Funktion haben  
307 besser in solche Versorgungsnetze, Netzwerke einbinden? #00:24:44–38#

308 **B:** Schwer, weil da natürlich nur die Kirchturmpolitik da ist, nehmen sie sich die Krankenhausplanung,  
309 also wenn Sie jetzt versuchen in einer Stadt ein Krankenhaus zu schließen, weil wir eigentlich genug  
310 haben, um vielleicht mit dem Geld die Versorgung in der Nachbarkommune irgendwo zu machen,  
311 dann scheitern das schon am Willen der Landtags-, Kreistags- und Stadtvorsitzenden irgendwo  
312 natürlich ist die kommunale Schiene mit zu berücksichtigen, dafür gibt's in der Regel ja die  
313 sogenannten gesundheitspolitischen runden Tische, da sitzen die Gesundheitsämter mit am Tisch, da  
314 sitzen die Krankenkassen zumindest die großen sitzen in der Regel mit dabei, da sitzen Vertreter der  
315 KVn also eigentlich hätte ich alle Stakeholder vor Ort, aber die Gefahr ist das wir dadurch wirklich  
316 einen Flickenteppich schaffen, das wir sagen in Mühlheim an der Ruhr ist die Versorgung anders als in  
317 Essen obwohl unmittelbare Nachbarstadt oder Oberhausen oder nehmen sie Dortmund – Unna, kann  
318 nicht sein, das wir an der Stelle nur Kirchturmpolitik betreiben. Die Gefahr sehe ich. #00:25:40–39#

319 **I:** Müssten nicht überhaupt alle diese neuen Ansätze und Modellprojekte ne zwingendnotwendige  
320 Evaluation nach festen Richtlinien haben? #00:25:48–40#

321 **B:** Eigentlich ja, wobei feste Richtlinien wieder schwer ist, weil sie je nach Indikation nach  
322 Leistungserbringerstatus, nach Art des des Inhalts unterschiedliche Bestandteile in diesem Package mit  
323 drin haben können in diesem Vertrag. Aber sagen wir mal so, dass es eine gewisse verpflichtende  
324 Pflicht zur Veröffentlichung von Evaluationsergebnissen, wie hoch wissenschaftlich die Evaluation  
325 sein muss mal dahin gestellt. Jede Krankenkasse kontrollt natürlich ihre Verträge, warum auch nicht  
326 einfach einmal eine Verpflichtung diese Ergebnisse zu veröffentlichen? #00:26:22–41#

327 **I:** Sollte es denn andere bundesweite Standards haben, wie groß denn z.B. so ein Versorgungsnetzwerk  
328 sein muss, welche Ziele es hat und Kapitalausstattung? #00:26:28–42#

329 **B:** Das würde ich nicht zwingend bundesweit vorgeben, weil dann müssten sie das schon wieder  
330 abstufen, weil ich in ner ländlichen Region wie in der Oberpfalz ganz andere Versorgungsprobleme  
331 habe als im in Hamburg oder in Schleswig-Holstein oder in Mecklenburg-Vorpommern weil dann  
332 würden wenn Sie gewisse Mindeststandards definieren die Radien wahrscheinlich schon wieder viel zu  
333 groß werden, die sie dann brauchen um flächendeckende Versorgung hin zu bekommen. Ich würde an  
334 der Stelle tatsächlich eigentlich erst mal der Selbstverwaltung vor Ort überlassen wie sich die Region  
335 definiert und wo sie sich zusammenfindet. Nehmen sie Beispiel Düsseldorf, das haben sie bei vielen

336 Städten, da wo ein Fluss durchführt wird die Stadt geteilt. In Köln redet man von Schell–Sieg hier in  
 337 Düsseldorf die Oberkasseler Seite tendiert geografisch schon eher nach Neuss als nach Düsseldorf.  
 338 Wenn ich jetzt zwingen würde ich würd Düsseldorf mit Oberkassel wär's schwer, das wäre viel  
 339 leichter die Oberkassler mit der Neusser Region irgendwo zusammenzubringen also da wäre ich mit  
 340 Vorgaben immer ein bisschen vorsichtig. Sieht man ja auch an der missglückten Bedarfsplanung bei  
 341 den Ärzten, da hat man ja genau diese kommunalen Grenzen genommen, das ist nicht unbedingt  
 342 sinnig. #00:27:35–43#

343 **I:** (...) werden denn im deutschen Gesundheitssystem die Apotheker auch immer ein bisschen  
 344 unterschätzt oder oder außen vor gelassen, die ja eigentlich auch eine sehr sehr wichtige Funktion  
 345 haben? #00:27:45–44#

346 **B:** (...) die Apotheker müssten mal definieren, was sie sein wollen und was sie sind. Momentan sind  
 347 sie eigentlich eher zum reinen Pillenverkäufer verkommen, als denn zum Apotheker rein vom Studium  
 348 her wäre der Apotheker eine unwahrscheinliche interessante Person, die sehr sehr nah am Patienten ist  
 349 und die wahrscheinlich auch noch viel mehr Zeit mit dem Patienten verbringt als der Arzt. Die  
 350 Professionen Arzt und Apotheker zusammenzubringen ist aber mehr als mühsam. Wir haben es 2006  
 351 mit nem IV–Vertrag versucht und der ist leider kassiert werden vom vom Bundessozialgericht aber  
 352 letztendlich hat es dazu geführt, das Arzt und Apotheker überhaupt mal miteinander ins Gespräch  
 353 kommen. Er wäre hilfreich ja, es gibt auch fast überall noch flächendeckend Apotheken, also auch da  
 354 hätten wir ein entsprechendes Versorgungsnetz, er könnte da durchaus eine Rolle spielen aber auch da  
 355 wieder politisch wir haben's mit den Apothekerverbänden hier schon ein paar Mal diskutiert auch da  
 356 ist Landespolitik drin. #00:28:42–45#

357 **I:** Wenn jetzt ein Versorgungsnetzwerk schon aktiv ist sie sagten ja eben auch schon bestimmte  
 358 Ärztenetzwerke angesprochen, wie können denn andere Leistungserbringer dazu ermutigt werden  
 359 außerhalb jetzt von finanziellen Benefiz an so nem Netzwerk teilzunehmen? #00:28:58–46#

360 **B:** (...) also die Verträge sind eigentlich alle so gestrickt, dass wir sogar fordern, dass mit  
 361 nichtärztlichen Berufen, Gesundheitsbereichen zusammen gearbeitet wird, sei es die Pflege, sei es die  
 362 häusliche Krankenpflege, sei es die Physiotherapie, also überall da wo sich die Schnittstellen auftun,  
 363 mal einfach in den Dialog zu kommen die können solchen Netzwerken über  
 364 Kooperationsvereinbarungen durchaus beitreten. #00:29:20–47#

365 **I:** Aber z.B. Pflege und Reha ist ja bei vielen Verträgen noch unglaublich auch da schon noch in einer  
 366 Nische, geht das wirklich nur das da vielleicht wirklich auch das finanziell vergütet wird? #00:29:30–  
 367 48#

368 **B:** (...) ja gut ich sag mal wenn sie jetzt ganz ganz simples Beispiel, wenn Sie jetzt einem Pflegedienst  
 369 sagen wir treffen uns mittwochs Nachmittags zur Fallbesprechung, dann wird der Pflegedienst in

370 dieser Zeit keine Patienten betreuen, sprich hat Einnahmeausfall er hat irgendwo Personalkosten,  
371 natürlich müssen sie dann auch über irgendeine Refinanzierung nachdenken gar keine Frage. Das muss  
372 vergütet werden. #00:29:50–49#

373 **I:** Ist es vielleicht grade in der Pflege auch ein Problem, das es noch nicht so diese richtig großen  
374 Player gibt, die auch vielleicht eine politische Lobby einnehmen können? #00:29:58–50#

375 **B:** Also ich glaube mir ist der kleine Pflegedienst tausendmal lieber als irgendein großer Verband also  
376 es gibt ja einige Verbände auf Landesebene LfK und bpa und wie die alle heißen. Die werden jetzt  
377 schon wieder politisch irgendwo und je politischer es wird kommen sie eigentlich von der  
378 Versorgungsbasis weg. Wir versuchen momentan eigentlich eher so den Weg zu gehen, das alles mal  
379 aus Patientensicht zu sehen. Es wäre ganz toll, wenn die Akteure im Gesundheitswesen versuchen  
380 Versorgung zu gestalten aber keiner den Patienten an der Stelle sieht. Was will der eigentlich? Dem ist  
381 der ganze Schnickschnack wie er versorgt wird, ob Regelversorgung, Selektivversorgung, selektiv  
382 nach 140 oder nach 73 oder wie auch immer, ganz ehrlich vollkommen egal. Und dafür brauche ich  
383 eigentlich Behandler, Akteure, die nah am Patienten, nah am Menschen sind, die Wissen wo  
384 tatsächlich die Versorgungsdefizite sind und da würd ich mir nicht unbedingt große politische  
385 Verbände wünschen. #00:30:50–51#

386 **I:** Gibt's da denn aus ihrer Sicht überhaupt Alternativen zu ner sektorenübergreifenden Versorgung?  
387 #00:30:56–52#

388 **B:** Nein, die werden wir früher oder später in der Regelversorgung bekommen müssen, weil alleine  
389 durch den Arztmangel, wo der Gesetzgeber jetzt schon drüber nachdenkt für die ambulante  
390 Versorgung die Krankenhäuser zu öffnen. Was Pflege angeht, auch da werden wir irgendwann in  
391 den Pflegenotstand hineinlaufen. (...) wir werden gezwungen sein irgendwann nur noch über solche  
392 Selektivmodelle nachzudenken, gar keine Frage. Und wahrscheinlich wird das dann irgendwann die  
393 Regelversorgung sein. #00:31:21–53#

394 **I:** Inwieweit würde denn, würden denn insbesondere ländliche Gebiete von so ner Vernetzung  
395 profitieren? #00:31:26–54#

396 **B:** Ja gerade da wird der Arztmangel mal ja am schnellsten deutlich, da gerade da haben wir jetzt  
397 schon Probleme mit den Krankenhäusern, weil es ja nur Krankenhäuser der Grundversorgung sind, die  
398 finanziell dann eher dann eher am Fliegenfänger hängen d.h. wir brauchen Lösungen über  
399 irgendwelche Portalverbindungen der Grund, der Krankenhäuser der Grundversorgung zu  
400 Maximalversorgern. Telemedizinisch oder wie auch immer und dann mit diesen Krankenhäusern der  
401 Grundversorgung vernetzte Arztstrukturen. Da muss es nicht unbedingt so weit gehen, dass das  
402 Krankenhaus in der Region ein MVZ hat, das können auch lose Verbände sein, aber sie werden im  
403 ländlichen Raum anfangen müssen also das Problem werden sie glaub ich nie bekommen in Köln oder



404 in Dortmund in der City, das werden sie teilweise in den unattraktiven Stadtbereichen finden also  
405 Stadtrandlagen aber im ländlichen Bereich sind wir eigentlich auch heute schon in der Situation das  
406 man dahin getragen werden müsste. #00:32:20–55#

407 **I:** Im alltäglichen Leben ist ja Digitalisierung überall en vogue und überall eingezogen, warum ist das  
408 im Gesundheitswesen noch nicht so verbreitet? #00:32:28–56#

409 **B:** Weil immer wieder politische Akteure auf dem Thema Datenschutz rumreiten. Also, wenn ich sehe  
410 wie schmerzfrei Patienten im Urlaub mit ihrer EC-Karte umgehen, mit ihrer Kreditkarte alles online  
411 digital machen. Aber sich weigern eine elektronische Gesundheitskarte, wo eventuell ein  
412 elektronisches Rezept drauf ist, wo man dann nachvollziehen kann, was hat der bekommen, an der  
413 Stelle freizugeben und zwar mit Datenschuttschlüssel mit allem drum und dran, ist nicht gewünscht  
414 und hat in Zeiten von NSA über Datenschutzreden eigentlich sowieso ne Farce. #00:33:01–57#

415 **I:** Über welche Kommunikationskanäle müsste denn ein Netzwerkmanagement wenn jetzt schon so ne  
416 Art Netz arbeitet und ein Selektivvertrag mit ner guten Versorgung auch für die Bevölkerung anbietet,  
417 wie können denn überhaupt neue Kunden oder Patienten oder auch neue Kooperationspartner  
418 angesprochen werden? #00:33:20–58#

419 **B:** Das ist jetzt klassische Kennerarbeit, da muss der Arzt entsprechend Akquise betreiben. Das  
420 kriegen die meisten inzwischen hin. Die bekommen ihre Patienten schon davon überzeugt, dass sie so,  
421 schreib dich mal hier ein. Wir müssen deutlich mehr Öffentlichkeitsarbeit machen. Wir müssen auch in  
422 die Köpfe rein bzw. der Patient fragt sich ja in dem Moment, wo er eine Teilnahmeerklärung  
423 unterschreiben soll, was hab ich denn davon? Und damit fragt er in der Regel nach finanzieller  
424 Belohnung und darum geht's ja gar nicht, es geht um abgestimmte Behandlungen, es geht um Qualität.  
425 Aber ich glaube, dass sich dieses Thema, Zweitmeinung ist so nen klassisches Feld dafür, optimierte  
426 Versorgung immer weiter durchsetzen wird und alleine jetzt die Diskussion der letzten drei, vier Tage  
427 über Behandlungsfehler hat die Bevölkerung wieder sensibilisiert über unnötige Operationen, das wird  
428 den Patienten irgendwann auch einleuchten, ich glaub das wir in 2–3 Jahren soweit sind das wir dann  
429 an der Stelle einen Haken dran machen können. #00:34:10–59#

430 **I:** Wie sollte denn nen Finanzierungs- oder Budgetierungsmodell in so nem Versorgungsnetzwerk  
431 aussehen? Geht das dann wirklich nur über eine Komplexpauschale oder gibt es da noch andere  
432 Möglichkeiten? #00:34:22–60#

433 **B:** Also wir versuchen es momentan eigentlich eher über Einzelleistungen, wobei Einzelleistungen  
434 natürlich auch wieder die Gefahr haben eines Hamsterradefektes, d.h. ich erbringe medizinisch  
435 unnütze Leistungen. Nur auf der anderen Seiten, wenn sie einen Selektivvertrag schließen setzt es  
436 grundsätzlich ein gewisses Vertrauen voraus. Wenn das Vertrauen schon an der Stelle scheitert, dann

437 kann ich es eigentlich auch komplett sein lassen. Komplexpauschalen haben halt auch immer wieder  
438 Fehlanreize, weil sie sie motivieren nicht zur Leistung und Qualität. #00:34:44–61#

439 **I:** Inwieweit können auch eventuelle auch das Internet oder auch Apps jetzt in Zukunft diesen Prozess  
440 der Vernetzung weiter vorantreiben? #00:34:53–62#

441 **B:** Sind ne wertvolle Hilfe, wenn's gescheite und sinnvolle, qualitätsgesicherte, zertifizierte Apps sind.  
442 Also nicht nicht jeder Müll, der da im Internet irgendwo rumläuft oder rumgeistert, ist ist zu  
443 gebrauchen. Aber das ist für mich auch ein Teil von Telemedizin, wobei auch da müsste man sicher  
444 irgendwann mal definieren, was ist überhaupt Telemedizin. Aber wir werden ohne diese  
445 elektronischen Hilfen gar nicht mehr auskommen. #00:35:14–63#

446 **I:** Fehlt der Politik denn vielleicht auch eine parteienübergreifende Vision wie so ein  
447 Gesundheitswesen 2050 überhaupt aussehen soll? #00:35:24–64#

448 **B:** (...) eigentlich nicht weil wenn man sich mal mit der jetzigen Bundesregierung der der dem  
449 jetzigen Gesundheitsministerium auseinandersetzt da sind eigentlich genügend Fachexperten drin.  
450 Größe war zunächst kein ausgewiesener Gesundheitspolitiker ganz klar, der ist anders an seine Job  
451 gekommen er hat aber mit Laumann eigentlich einen ausgewiesenen Fuchs dahinter. Der Fehler war  
452 natürlich, das innerhalb des BMGs zunächst auch mal die gesamten Führungspersonen aus der  
453 Verwaltungsebene ausgetauscht wurden. D.h. wir hängen natürlich immer so nen bisschen an so paar  
454 sagen wir mal parteipolitischen Klüngel und die Länder spielen eigentlich in der  
455 Gesundheitsversorgung heute so gut wie keine Rolle mehr, weil alles auf der Bundesebene in Berlin  
456 geregelt wird. Da müssten wir mal irgendwie einen gescheiten Spagat hinbekommen, dass die Länder  
457 halt auch noch mal sich mitgenommen fühlen, weil die sind sonst auf dieser Kirchturmpolitik lokal  
458 unterwegs, kann nicht weiter helfen und die Frage ist dann wirklich mal von von oder auf Dauer  
459 geprägt, wir bräuchten mal tatsächlich einen Masterplan Strategie 2030/2050 und das was wir heute  
460 machen sind ja immer wieder Gesundheitsreformen die wirken 1–2 Jahre, dann verpuffen sie weil wir  
461 nicht wirklich reformieren, sondern eigentlich immer nur irgendwo Stückwerk betreiben. #00:36:35–  
462 65#

463 **I:** Wenn Sie Wünsche dem Gesetzgeber gegenüber hätten, welche wären das denn? #00:36:41–66#

464 **B:** Ein anderes Vergütungssystem, in dem ich sage ich vergüte Qualität ich vergüte den Outcome und  
465 nicht unbedingt die erbrachte Leistung. (...) dann würd ich mir wünschen eine andere oder  
466 vernünftiger sinnvolle Bedarfsplanung sprich Versorgung, also wir haben momentan absolute  
467 Überversorgung von Fachärzten in den Zentren die Wege zum Facharzt vom Land aus werden immer  
468 länger das gleiche gilt für die Krankenhäuser, die Krankenhäuser spezialisieren sich immer mehr also  
469 wenn sie heute in Köln 7 Krankenhäuser haben, dann haben 7 mindestens eine Unterabteilung für  
470 Kardiologie das brauch ich alles nicht. Ich brauch aber auch nicht einen Zentrumswahn, das jede letzte

471 Facette irgendwo zertifiziert sein muss. Da würde ich mir gewisse Leitplanken vom Gesetzgeber  
472 wünschen, der einfach irgendwo einen Rahmen beschreibt wo er sagt der Outcome wird bezahlt, die  
473 Qualität wird bezahlt, wie mess ich auch erst irgendwann was, teilweise sechs Monaten, Beispiel an  
474 der Hüft-Op, heute zahl ich die 14 Tage nach Entlassung des Patienten, da ist sie in der Reha, da weiß  
475 ich noch gar nicht wie der hinten raus kommt, warum geht man nicht einen Weg in dem man sagt wir  
476 zahlen zum jetzigen Zeitpunkt 80 % und die 20 % sind dann irgendwann erfolgsabhängig wenn keine  
477 Luxation, keine Wundstörung oder sonst irgendwas was dieser Art, so diese Richtung betrachtet.  
478 #00:37:59–67#

479 **I:** Was können Sie denn an der Aufsicht oder an der Bürokratie ändern, dass das da einfach auch  
480 vereinfacht würde, Sie hatten das ja eben auch schon angesprochen? #00:38:07–68#

481 **B:** Tja, also wenn sie heute in ein Krankenhaus gehen und dann mal zählen wie viele Leute schon gar  
482 nicht mehr am Patienten arbeiten, weil sie irgendwelche Arbeitsschutzbeauftragten, technische  
483 Beauftragte, Hygienebeauftragte, die ganzen Kodierassistenten, die da irgendwo rum schwirren, die  
484 mit Versorgung eigentlich gar nichts zu tun haben, die dem System irgendwo fehlen Bürokratieabbau  
485 wär schon hilfreich. Wir dokumentieren uns einfach irgendwo über. Müsste man sich einfach mal auf  
486 der gesamtpolitischen Ebene, da gehören für mich die Verbände zu d.h. GKV Spitzenverband,  
487 deutsche Krankenhausgesellschaft, die kassenärztliche Bundesvereinigung, Gesundheitsministerium  
488 auf Mindeststandards verständigen, was wollen wir eigentlich haben weil das was wir eigentlich  
489 brauchen haben wir nicht, trotz der ganzen Bürokratisierung und und Überfrachtung mit Formularen  
490 wie z.B. Qualitätsregister. Es gibt für die verschiedensten Bereiche inzwischen Qualitätsregister  
491 angefangen von den von den Stentregister über Osteoporoseregister, die laufen aber nicht in der  
492 Regelversorgung, die laufen wenn überhaupt in der Selektivversorgung und das kann nicht, das kann  
493 nicht sein an dieser Stelle. #00:39:07–69#

494 **I:** Würde es denn auch vielleicht helfen, wenn Haus- und Landärzte oder Landärzte einfach eine viel  
495 höhere Vergütung bekommen würden als bestimmte Fachärzte, um einfach diesen Beruf dadurch ein  
496 bisschen attraktiver zu gestalten? #00:39:20–70#

497 **B:** Das würd mit Sicherheit helfen, weil letztendlich geht's natürlich eigentlich immer irgendwo um  
498 Geld gar keine Frage nur die eigentliche Verteilung auf die Fachgruppen ist ja KV regional  
499 unterschiedlich und bestimmt letztendlich die KV selber. Dann müssten Sie ansetzen, müsste sagen ich  
500 mach das Kapitel ganz oben an der Spitze in Berlin im BM in dem sie dazu in besondere Fachgruppen  
501 gewisse Mechanismen einbauen werden sich die KVn wieder nicht gefallen lassen. Das Problem ist  
502 einfach das die Verteilung abhängig ist von der Mehrheit in der Vertreterversammlung. Das ist so.  
503 Haben sie irgendwo einen großen starken Radiologen drin, dann wissen sie in der Region geht das  
504 Geld an die Radiologie Orthopäden sind in den letzten Jahren so ein bisschen abgestraft worden aber

505 die Hausärzte selber sind schon eigentlich schon viel zu schwach in der KV deshalb kämpfen sie ja  
506 über die Hausarztverträge und die hausärztliche Vertreterversammlung irgendwo für eigene  
507 Rahmenbedingungen, ob das der richtige Weg ist weiß ich nicht. Ich glaube nach wie vor im  
508 Gesamtsystem ist Geld genug drin. Es wird einfach nur falsch verteilt. #00:40:19–71#

509 **I:** Sie hatten zum Beginn des Interviews mal irgendwann auch gesagt, das viele Verträge auch  
510 abgewiesen werden vom vom BVA glaub ich war das wer konnte denn eine bessere Instanz sein, um  
511 einfach das System zu gestalten und nicht immer nur zu verwalten? #00:40:35–72#

512 **B:** Ich würde dafür plädieren überhaupt keine Instanz da rein zu bringen und die die Berechtigung  
513 einer Genehmigung haben muss. Wir sind als gesetzliche Krankenkasse eine Körperschaft des  
514 öffentlichen Rechts und wir werden umklammert und gepudert, wenn wir irgendwelche  
515 schwachsinnigen, unsinnigen Verträge schließen würden. Dafür sind die finanziellen Mittel eigentlich  
516 in der Verteilung viel zu knapp. Das heißt, ich muss doch an die Intelligenz der Verantwortlichen einer  
517 Krankenkasse appellieren können, dass die nur das machen, was für ihre Versicherten auch sinnvoll ist  
518 und dann brauche ich auch keine vollumfängliche Prüfung eines BVA oder der Landesversicherung  
519 oder wie auch immer diese Institution heißt. Ich halte es für sinnig und für richtig, dass es irgendwo  
520 eine gewisse Meldezentrale gibt, um irgendwo einen Überblick zu behalten, was läuft eigentlich in  
521 welcher Indikation bei wem, aber mehr nicht. #00:41:22–73#

522 **I:** In Deutschland ist es ja oft so, dass die Krankheit wenn sie eingetreten ist behandelt wird muss  
523 Prävention nicht eigentlich Zentrum einer gesamten deutschen Gesundheitsversorgung sein?  
524 #00:41:22–74#

525 **B:** Idealerweise ja nur wie bekommen sie die Bevölkerung dahin? Weil sie haben ja recht, das  
526 Gesundheitswesen ist Reparaturbetrieb und ohne Sanktionen oder sonst was die die Frage ist dann wo  
527 fangen sie an und wo hören sie auf? Dann sind sie ja relativ schnell an so einer Diskussion mit  
528 gefährlichen Sportarten wie wie Skifahren ist dann der direkte Unfall nach dem Skifahren noch  
529 Aufgabe der Solidargemeinschaft ja oder nein? Wo ziehen sie die Grenze, darf man noch 3 Zigaretten  
530 rauchen oder darf man gar nicht rauchen, darf man die Tüte Chips essen oder eben nicht? Und das  
531 Finanzierungssystem ist momentan darauf ausgelegt das nur schwerwiegende Leistungen ausgeglichen  
532 werden und Prävention wirkt wenn überhaupt langfristig, wirkt noch nicht mal mittelfristig und da sind  
533 die Rahmenbedingungen wie der Risikostrukturausgleich heute die falschen für. #00:42:19–75#

534 **I:** Herr [...] was möchten Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder  
535 sektorenübergreifender Versorgung sagen, was im Rahmen dieses Interviews bisher vergessen worden  
536 ist? #00:42:28–76#

537 **B:** (...) war eigentlich schon ein ganz schöner Bogen, den sie alleine schon durch den Leitfaden  
538 vorgegeben hatten. (...) das das das Besondere ist oder wo wir vielleicht auch noch von weg kommen

539 müssten ist das die Selektivverträge letztendlich irgendwo auch personenabhängig sind. Also haben sie  
540 irgendwo einen Akteur, der sagt mich interessiert das Feld und ich bringe mich da ein, dann ist mal in  
541 der Region stark haben sie irgendwo Kolleginnen und Kollegen in den Kassen auch selbst im eigenen  
542 Unternehmen in einer anderen Region, die sagen wenn ich um 5 Uhr Feierabend habe, dann lass uns  
543 lieber um 5 Uhr Feierabend machen, als das ich dann noch abends um 7 mich mit dem Arzt noch  
544 irgendwo treffe da müssen wir auch noch von wegkommen, weil das kann eigentlich nicht sein, macht  
545 Spaß gar keine Frage aber die Anzahl der Akteure ist halt sehr überschaubar und da müsste noch viel  
546 viel mehr in die Köpfe irgendwo rein und da müssen zum Teil auch Krankenkassen noch mal komplett  
547 umdenken, es gibt nach wie vor Kassen die sehen das Allheilmittel im Kollektiv, das mag zu 80%  
548 momentan noch richtig sein, wobei die Selektivverträge werden momentan aktuell vielleicht bei so 5–7  
549 % Umsatz liegen im Gesamtkuchen. Ich würd mir wünschen, dass der Anteil deutlich größer wird.

550 #00:43:40–77#

551 **I:** Herr [...] danke schön für das Interview. #00:43:42–78#

552 **B:** Gerne. #00:43:43–79#

**Interviewpartner 09 (30.06.2014)**

1 **I:** (...) Frau Dr. [...], Sie sind Professorin an der Universität Witten/Herdecke und haben dort das  
2 Lehrgebiet für klinische Pharmakologie und sind gleichzeitig Institutsleiterin vom Philipp-Klee-  
3 Institut hier in Wuppertal. Welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender  
4 Versorgung gemacht? #00:00:20-0#

5 **B:** (...) die Sektoren also meine persönlichen Erfahrungen beruhen hauptsächlich auf sagen wir einmal  
6 drei Gebieten. Das eine ist, das ich natürlich als Ärztin im Krankenhaus verantwortlich für bestimmte  
7 Dinge im Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapie ja auch sehe, was manchmal nicht funktioniert.  
8 Das ist das eine. Punkt zwei ist, dass ich einige Projekte wissenschaftlich im Rahmen meines  
9 Lehrstuhles durchführe, die sich u.a. Mit der Weitergabe der Informationen über Arzneimittel und  
10 Arzneimitteltherapiesicherheit beschäftigen vor allem Dingen im Bereich der Alten- und Pflegeheime.  
11 Man kann das ja sagen das ist noch ein ganz vergessener Sektor. Aber und der Bereich  
12 Altenpflegeheime und im Prinzip Hausärzte das sind also die die Brücken und der dritte Bereich in  
13 dem ich, wo ich natürlich einiges damit zu tun hab ist, dass ich Mitglied im Sachverständigenrat bin  
14 und wir haben ja sowohl im letzten als auch im aktuellen Gutachten, ich weiß ja gar nicht haben sie  
15 das schon? #00:01:37-1#

16 **I:** Das Aktuellste noch nicht nein. #00:01:39-2#

17 **B:** Gut dann gebe ich Ihnen gleich eins. Das ist letzte Woche raus gekommen. Nee am 23. genau vor  
18 einer Woche kam es raus dann haben wir das ja auch dem Minister gegeben. Und im Rahmen dieser  
19 Gutachtenerstellung war ich natürlich auch in einige Aspekte damit ja also hab ich mich damit  
20 beschäftigt. Gerade das ist so der Hintergrund. #00:02:02-3#

21 **I:** Integrierte Versorgung hat ja immer noch so eine Doppelfunktion auf der einen Seite der § 140 SGB  
22 V aber andererseits steht das ja auch für allgemeine Sektorübergreifung. Jetzt hab ich es im Rahmen  
23 meiner Arbeit Vernetzte Versorgung genannt und das Konzept soll populationsbezogen sein,  
24 sektorenübergreifend, patientenorientiert und regional arbeiten. Was halten Sie von dem Namen bzw.  
25 von dem Konzept? #00:02:28-4#

26 **B:** Im Prinzip (...) ja und zwar ist es ja auch das was im 2012er und auch im 2009er  
27 Sachverständigenratsgutachten ja auch schon auch zum Ausdruck gebracht wurde, dass es darum geht,  
28 dass der Patient im Mittelpunkt steht. Deswegen also patientenorientiert, dass der Patient ja nicht  
29 verstehen kann, warum irgendwas zwischen ambulant und stationär plötzlich nicht oder mit der Reha  
30 nicht nicht klappt das ist ja für Patienten fallen das ja in ne Lücke und was ich auch eben für sehr  
31 wichtig halte ist, wenn man ein solches System aufbaut oder unser System versucht in diese Richtung  
32 ja zu verändern, das ist auf der einen Seite Dinge gibt, die messbar sind im Sinne von  
33 Behandlungsqualität, von Patientenzufriedenheit bis hin zum Outcome sagen wir mal das ne Reha

34 auch wirklich was bringt und natürlich ist dafür auch entsprechende Finanzierungsmodelle geben  
35 muss. Das ist ja das was grade von den Akteuren ja immer am meisten, am lautesten gerufen wird. Die  
36 Patienten sind ja gar nicht so laut. Es sind ja im Prinzip die Leistungserbringer die da immer sagen ja  
37 gibt uns das Geld und dann machen wir das auch. Also wie gesagt im Prinzip Definition, Bezeichnung  
38 und das was sie sich vorstellen würde ich komplett dahinter stehen. #00:03:59–5#

39 **I:** Was ist denn aus Ihrer Sicht das Idealbild einer sektorenübergreifenden Versorgung? Welche  
40 Voraussetzungen oder Merkmale müssen denn da auf jeden Fall gegeben sein? #00:04:08–6#

41 **B:** (...) ja das gibt, sagen wir mal so da müssen wir so auf verschiedenen Ebenen Voraussetzungen  
42 also ich lass jetzt im Moment erst mal die Finanzierung weg, sondern starte einfach mit dem Patienten.  
43 Was für mich wichtig wäre ist, dass die Informationen über den Patienten lückenlos und ohne Bruch  
44 und zwar nicht nur auf Papier, sondern auch elektronisch verfügbar sind. Also dieses Hin und Her mit  
45 Papier und Arztbriefen und keine elektronischen Fallakten finde ich unerträglich. Ist meine persönliche  
46 Meinung und wenn wir da wirklich ne gute Unterstützung haben wollen dann brauchen wir bestimmte  
47 Dinge. Ich nenne jetzt mal aus meinem Fach ein ganz kleines Beispiel aber nichts geht zu viel schief  
48 wie die Übermittlung über die Information was ein Patient an Medikamenten schluckt, wird's  
49 umgesetzt, noch mal umgesetzt und dann wird er entlassen und dann stimmt alles nicht mehr, der  
50 Hausarzt blickt auch nicht mehr durch setzt alles was wichtig war wieder ab und also ist nicht wirklich  
51 optimal und allein der Transport der Information über alle Sektoren müsste deutlich anders geregelt  
52 sein. Das ist das und dafür denke ich schon werden wir auf alle Fälle elektronische Unterstützung  
53 brauchen. Das andere ist das man es durch wie auch immer geartete nehme ich jetzt auch noch mal  
54 raus Finanzierungsmodelle ein gemeinsames Interesse schaffen muss das quasi beide also ich nehme  
55 jetzt einfach mal nur ambulant und stationär, lass auch grad auch mal kurz Reha raus, aber das allein  
56 da durch ein gemein durch die Finanzierung ein gemeinsames Interesse stattfindet. Es gibt quasi für  
57 die Hüfte, sag ich jetzt mal, ein Budget, da ist der Orthopäde, der Hausarzt am besten die Reha und das  
58 Krankenhaus, das behandelt, und das muss gut klappen, und wenn die sozusagen in einem Boot sitzen,  
59 was das Finanzielle anbetrifft, und ich mein dafür bin ich lange genug im Krankenhaus, dass das  
60 wirklich das intrinsische Interesse der Professionen ist ja in der Regel, die sind ja alle glücklich, wenn  
61 sie am Patienten arbeiten können und was Gutes dabei rauskommt. Das ist ja das was wirklich die  
62 Motivation grade der Gesundheitsberufe ist das der Patient zufrieden möglichst gesund und möglichst  
63 wenig krank ist und nichts ist für irgendjemanden sei es jemanden in der Reha oder den  
64 niedergelassenen oder im Krankenhaus die Schwester blöder als nen unzufriedener Patient. Oder ein  
65 Fall sag ich mal wo was schief gegangen ist, wo wir dann entweder sagen müssen sorry ist was schief  
66 gegangen oder so ein Mist, was hat der andere da gemacht also insofern halte ich die intrinsische  
67 Motivation für sehr hoch weil ja jetzt mal im Gegensatz zur sag ich jetzt mal Autoindustrie. Natürlich

68 kann ich mich als Angestellter eines Bremsklötzchen von also Bremsklötzchenherstellers trotzdem  
69 noch vielleicht mit dem VW Golf identifizieren aber es ist schon deutlich schwieriger. Und deswegen  
70 halte ich das für ein ganz hohes Gut und glaube das man den wirklich nur sozusagen den strukturellen,  
71 organisatorischen und auch finanziellen Rahmen geben muss um wirklich ne gute Qualität und auch  
72 Zufriedenheit zu bekommen. Zur Reha und auch generell zur Pflege das haben wir auch in dem letzten  
73 Sachverständigenratsgutachten geschrieben, muss man sich natürlich überlegen wer hat Interesse an  
74 etwas und so lange die Pflegeversicherung noch raus genommen ist aus dem allgemeinen Ausgleich  
75 und so ne Extrakasse darstellt ist das Interesse sozusagen Pflege zu vermeiden, zu verhindern, zu  
76 verzögern seitens der Krankenversicherung nicht so wirklich hoch das ist jetzt mal so auf dem Punkt,  
77 wo ich auf dieser finanziellen und ganz oberen auch gesetzgeberischen Ebene sagen würde hier sollte  
78 man sich wirklich mal überlegen, ob man das nicht einfängt, um damit auch die Motivation zu  
79 befördern, das es für das es Pflegevermeidung, Verhinderung, wenn da die Krankenkasse wiederum  
80 auch Incentives gibt durchaus was bringen würde. Also das halte ich für eine ganz wichtige  
81 Geschichte. Ansonsten gerade auch noch einmal was Reha anbetrifft habe ich schon den Eindruck, das  
82 da die Überleitungen relativ gut klappen das doch viele ich sag jetzt mal Krankenhäuser gute  
83 Beziehungen und so haben zu irgendwelchen Einrichtungen die dann die Patienten danach  
84 übernehmen da ist ja wenn höchstens der Ärger der Rehabilitanden, wenn sie keine Reha kriegen oder  
85 wenn irgendwas zwischendurch aus anderen Gründen nicht klappt. Aber da habe ich insgesamt den  
86 Eindruck das das relativ gut funktioniert. Da ist halt die Frage ambulante stationäre Reha, das ist nicht  
87 direkt nen Problem der Vernetzten Versorgung oder sagen wir mal schon es gibt relativ wenig Evidenz  
88 dafür wann man stationäre und wann man ambulante braucht es gibt klar psycho-Geschichten in  
89 Anführungsstrichen sag ich mal sind eher stationär weit weg, ist auch verständlich, raus mal aus dem  
90 Umfeld, aber orthopädische Reha auch nach Tumor-OPs könnten für Patienten vielleicht teilweise  
91 auch besser sein, wenn sie Wohnort nah und wahrscheinlich ambulant wären. Aber da haben wir keine  
92 Evidenz dafür und das ist recht schwierig, aber auch da scheint die Zufriedenheit der Patienten relativ  
93 hoch zu sein, also das das sicherlich etwas ist und grade auch wieder im Sinne der Vernetzten  
94 Versorgung natürlich auch leichter gewährleisten kann, ich sag mal einer wird einer in Essen operiert  
95 in der Klinik und geht auch dort in der Nähe in die Reha ist natürlich auch die Informationsweitergabe  
96 und auch wiederrum der Austausch der beiden Leute natürlich oder der Personen in den Sektoren  
97 natürlich besser, als wenn das in Bad Lippspringe oder irgendwo ist und die Patienten überall  
98 woanders hin diffundieren. Also deswegen auch ein starkes Credo eher für eine ambulante und  
99 vernetzte entsprechende Reha im Anschluss. #00:11:35-7#

100 **I:** Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen sind ja bis jetzt eher ja noch in ner Nische in  
101 Deutschland, wie beurteilen Sie denn eine zukünftige Verbreitung? #00:11:43-8#



102 **B:** (...) schwierig es wie gesagt bisher sehr wenig es gibt Möglichkeiten, Modelle die sogar relativ gut  
103 sind, ich glaube schon, dass das zunehmen wird, auf der einen Seite sehe ich da große Chancen aber  
104 auch Bedarf, z.B. in den ansonsten medizinisch eher unterversorgten Regionen also Mecklenburg–  
105 Vorpommern aber auch echt wirklich so wie hier in Richtung holländische Grenze, auch da ist  
106 manchmal Pampa und irgendwo im hintersten was weiß ich oberhessisch Kongo also da gibt es  
107 wirklich Ecken die insgesamt nicht so gut versorgt sind und da kann ich mir vorstellen, das die  
108 Vorreiter eben Strukturen sind, wo sich beispielsweise Ärzte, also Hausärzte, Fachärzte, Krankenhaus  
109 wirklich sowieso weil sie auch notgedrungen um überhaupt die Versorgung zu gewährleisten sich  
110 zusammen zu tun dann natürlich auch integrierte Verträge benötigen. Also ich glaube da wird in den  
111 nächsten Jahren einfach ein Bedarf entstehen, weil es gibt ja jetzt schon Gemeinden, die versuchen  
112 solche Dinge in die Hand zu nehmen. deswegen glaube ich in den Regionen hat das gute Chancen.

113 #00:13:09–9#

114 **I:** Welches sind denn so die Hauptfaktoren, warum es in Deutschland noch nicht so gut läuft?

115 #00:13:14–10#

116 **B:** Also ich denke auf der einen Seite sind die sag mal die finanziellen Incentives bisher noch nicht  
117 wirklich da das andere ist, ich meine sie haben ja auch so ein paar Unterfragen genannt ich denke es  
118 gibt obwohl ich sag jetzt mal witzigerweise ja alle Ärzte im Krankenhaus anfangen, sobald die nen  
119 paar Jahre niedergelassen sind, entsteht ein Grabenkampf, bedingt durch unser halt irgendwann mal  
120 gewolltes System mit ambulant und stationär und KVen was sicherlich auch im Ausland, also die  
121 lachen sich nen Ast ab, ja mit Witz betrachtet wird, sagen wir mal bspw. was einfach ein Problem ist,  
122 ist wenn ein Krankenhausarzt damit er den niedergelassenen Bereich nichts weg nimmt ja keine  
123 Ambulanz in der Regel haben da bis auf mühsam erkämpfte Ausnahmen, ja aber so kann ein  
124 stationärer sag ich jetzt mal bspw. Kardiologe, der einen Patienten im schwerstkranken Zustand sieht  
125 Maximaltherapie betreibt nie erfahren wie sich das hinterher auswirkt. Also allein die Erfahrung fehlt  
126 und das hat auch aus meiner Sicht auch wieder Rückwirkungen und zwar negative auf die Qualität der  
127 Behandlung. Also insofern also das sind, also dieser Grabenkampf auch im ärztlichen Bereich  
128 zwischen ambulant und stationär das man da nicht die Möglichkeit hat etwas abzumachen ist für alle  
129 Seiten ganz ganz schwierig ich hab auf der anderen Seite auch Dinge gesehen, ich war mal in  
130 Neuseeland, da kamen auch die Hausärzte zur Visite ins Krankenhaus und einmal in der Woche war  
131 ein gemeinsames Mittagessen mit den Hausärzten, ja und da haben alle das gesehen und haben auf die  
132 Art und Weise eine ganz andere Kommunikation und ich bin mir sicher, dass man dadurch stationäre  
133 Wiedereinweisungen verhindern kann also die 3,50 Euro für das Mittagessen haben sich  
134 wahrscheinlich dicke rentiert. Also aus der Sicht gesehen, das ist das eine, das andere ist das natürlich  
135 so Dinge wie Entlassungsmanagement sind zwar gesetzlich vorgegeben, es gibt bestimmte Standards,

136 aber trotzdem ist da natürlich ein sehr breiter Spielraum wie man das anwendet und auch auf wen man  
137 das anwendet und auch da sehe ich natürlich schon gewisse Probleme man hat das halt in §§ ich glaub  
138 139 oder so eingebracht, aber und der Patient hat eine Anrecht darauf und wenn wir überlegen wie in  
139 den letzten 10–20 Jahren sich die stationären Verweildauer verkürzt haben und die Fälle, die Patienten  
140 quasi schwerer krank sind ist das natürlich für das Pflegepersonal natürlich ein Wahnsinn. Es ist ein  
141 zusätzlicher Aufwand geworden und die Anzahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist ja nicht  
142 gerade so furchtbar gestiegen. Klar man jetzt dann mehr Personen im Sozialdienst ein aber auch das  
143 sind alles im Prinzip sag ich mal Leistungen die ins Krankenhaus abgedrückt werden, da kann ich , da  
144 kann man teilweise bezweifeln ob das wirklich so mit einkalkuliert ist also dieses Entlass-  
145 Management ist, was ja wirklich eine gute sektorenübergreifende Vernetzung bedeuten sollte. Es gibt  
146 ja auch verschiedenste Modelle aber es ist im Prinzip mehr oder weniger dem Krankenhaus  
147 aufgedrückt aus meiner Sicht ist zu wenig aus dem ambulanten Bereich drin. Also da da sehe ich  
148 einfach noch noch nen Problem ich sehe auch auf der anderen Seite sie wissen ja z.B. so Modelle wie  
149 Heart–Failure–Nurse speziell also für Patienten mit so ner Dekompensation bei Herzschwäche kann ja  
150 auch stationäre Wiedereinweisungen verhindern aber das geht natürlich das es zum Vorteil des  
151 Patienten als auch zum Vorteil für die Krankenkasse aber bezahlen tun sie es eigentlich nicht. Also das  
152 sind so Dinge die sag ich mal nicht letztendlich wirklich nicht geregelt sind. Natürlich gibt es auch  
153 noch andere Dinge, die auch sagen wir es mal so noch nicht ok laufen auch im stationären Bereich bei  
154 der Überleitung, wir sind noch weit weg davon von sowas wie nen Entlassungsteam zu haben, das  
155 besteht aus Pflegepersonal, Schwester und Sozialdienst da sind natürlich auch die Dünkel zwischen  
156 denen Ständen noch ja ich meine dann wird vom Arzt verordnet oder vom Arzt wird angeordnet  
157 Sozialdienst soll kommen aber das finden ja nicht regelmäßige Teamsitzungen statt jedenfalls nur in  
158 den allerwenigsten Häusern. Da sehe ich halt nicht wirklich. Oder das man sagt es gibt ne Besprechung  
159 mit dem ambulanten Pflegedienst. Es wird ja immer in ne Kurzzeitpflege überwiesen, die die dann nie  
160 wieder zurück nach Hause führt so ungefähr oder sagen wir mal relativ selten. Es gibt wenige Länder,  
161 die so schlecht sind wie Deutschland. Also das ist ja fast schon eine Einbahnstraße. Also insofern auch  
162 das sehe ich wirklich als Sektoren Problem an. Das das ist jetzt auch wirklich schwierig. Man kann  
163 sich auch alles als integrierte Versorgungsverträge und so vorstellen aber es ist natürlich auch ein  
164 Wahnsinns Aufwand das zu machen, weil das merken wir auch bei einzelnen Projekten, wir haben ja  
165 in den meisten Städten, in den alten Bundesländern, die jetzt ein bisschen größer sind nicht nur ein  
166 Krankenhaus, sondern sie haben mehrere d.h. für die, für sagen wir mal 70, 80 deren ich nehm jetzt  
167 mal das Gegenbeispiel Greifswald, Rostock, Unikliniken in Rostock gibt's die Uniklinik und das  
168 Klinikum Süd in Greifswald gibt's überhaupt nur die Uniklinik in Erfurt auch nicht so ne kleine Stadt  
169 gibt's auch nur zwei Krankenhäuser, wenn Sie natürlich auch so ne was weiß ich wo viele kleinere,

170 mittlere und sonst wie Krankenhäuser haben und jetzt sagen wollen ich Krankenhaus z.B. mache mit  
171 dem Ärztenetz XY oder mit der KV irgendwas zusammen, dann ist das für den Arzt total aufwendig,  
172 weil er natürlich nur ein Bruchteil seiner Patienten überhaupt pro Jahr stationär schickt und die dann  
173 wahrscheinlich noch ein paar in das Krankenhaus und ein paar in das Krankenhaus und ein weiterer  
174 Teil geht irgendwo ganz anders noch hin, d.h. solche übergreifenden Geschichten sind dann für den,  
175 also aus der Perspektive des Hausarztes gesehen viel zu selten und dann kommt jetzt noch das nächste  
176 Einschlusskriterium dazu das ist dann wahrscheinlich auch nur von einer Krankenkasse und dann  
177 haben sie tatsächlich, also wie soll das denn attraktiv sein für einen Hausarzt, der sagen wir mal wäre  
178 ja schon viel 200 Patienten in einer Krankenkasse zufällig hat, das könnte ja sowas wie AOK oder  
179 Barmer GEK also von den größeren Techniker sein da hat er vielleicht 200 dann ist jetzt diese ganze  
180 Hausarztgruppe mit dieser Krankenkasse jeder von denen hat überhaupt nur 200 Patienten davon sind  
181 wahrscheinlich 100 oder 150 kommen in den nächsten Jahren gar nicht in ein Krankenhaus und es  
182 bleiben nur ein paar über und dann die dann sind das vielleicht drei die was mit dem Thema Hüfte oder  
183 Herz zu tun haben. Also wenn insofern sind auch diese IV-Verträge weil sie ja Krankenkassen  
184 bezogen sind und dann meistens auch noch irgendwie was mit ner Indikation und ner Krankheit zu tun  
185 haben einfach zu schwierig und ich kann ihnen auch noch sogar ein anderes, allgemeineres Beispiel  
186 zeigen. Es gab mal von der der es war glaublich AOK Baden-Württemberg hat mit der Uniklinik  
187 Heidelberg mit der Allgemeinmedizin und der Pharmakologie zusammen ein Projekt gemacht und  
188 zwar das ganz viele Hausärzte haben ihre Patienten eingeschrieben in ein Projekt wo elektronisch die  
189 Medikationen vom wenn sie, wenn der Patient mal in die Uniklinik gekommen wäre übertragen  
190 worden wäre und da gecheckt und elektronisch ausgetauscht worden wäre. Dann haben da irgendwie  
191 sage und schreibe 1000 Hausarztpatienten das mal unterschrieben, waren dann in dieser Truppe drin  
192 und dann sind dann glaub ich irgendwie 65 davon waren dann auch in den nächsten Jahren mal im  
193 Krankenhaus, das man dieses Modell anwenden konnte. Und ich weiß nicht, also wenn ich als  
194 Hausarzt irgendwo mal zu so ner Auftaktveranstaltung gehe und ich weiß ich bin jetzt in so nen IV-  
195 Vertrag drin und dann kommt erst mal zwei Jahre keiner, dann hab ich das auch vergessen. Also das ist  
196 so mein Hauptproblem, das diese Sachen dann halt einfach auf zu geringe Zahlen produziert also  
197 fokussiert also sich fokussieren und deswegen ins Leere laufen und dann sagt sich jeder ja puh was  
198 mache ich da dieses große Regelwerk massig Sitzungen was hab ich davon? #00:23:37-11#

199 **I:** Könnte man Sie sich denn vorstellen z.B. gerade für ländliche Regionen, dass der Gesetzgeber  
200 vorschreibt für eine bestimmte Region den Krankenkassen vorzuschreiben vernetzt euch da?  
201 #00:23:46-12#

202 **B:** Ja halte ich durchaus für sinnvoll. Also ich find da wirklich bei also ich find da ich meine, es gibt ja  
203 immer so diesen Streit mit diesen Wettbewerbsgeschichten. Die Krankenkassen und der Wettbewerb.

204 Ich würde jetzt nicht erwarten, dass die Landbevölkerung aufgrund eines supertollen IV-Vertrags jetzt,  
205 dass sie alle deswegen die Krankenkasse wechseln. Das ist auch, also ich mein grade jetzt auch, je älter  
206 die Leute werden, desto weniger würde ich das erwarten. Die Wechsler sind eher junge und urbane  
207 Menschen und nicht 60- bis 70-Jährige, die es dann plötzlich brauchen. Also da könnte ich mir  
208 durchaus vorstellen, dass es da, das es dann wirklich die Sache dieses dieser Region ist die dann  
209 wirklich sagt wir machen hier ein Modell und so haben uns jetzt alle Krankenkassen zu bezahlen. Das  
210 man das man das wirklich federführend mit einer Krankenkasse mal verhandelt aber das alle anderen  
211 Kassen das sagen genau das übernehmen wir auch. Damit man da nicht einfach lauter unterschiedliche  
212 Rosinen da letztendlich verfolgen muss. #00:24:54–13#

213 **I:** Sie haben es eben schon mal angesprochen, würde es denn vielleicht auch vieles vereinfachen  
214 Kranken- und Pflegeversicherung komplett zusammenzubauen? #00:25:03–14#

215 **B:** Ja denke ich schon also das warum das so rausgenommen wurde ist mir ja im Nachhinein auch  
216 nicht klar, da war ich auch nicht so im System drin (...) muss ich gestehen, also das es ne extra  
217 Pflegeversicherung gibt ja das ist sicherlich gut und das man die irgendwann mal dazu gefügt hat aber  
218 warum die so separat läuft und außerhalb des Strukturausgleichs das ist nicht nachvollziehbar.  
219 #00:25:29–15#

220 **I:** Man hört von vielen Akteuren immer sie wollen gerne Netzwerken, aber sie kriegen es nicht bezahlt  
221 sollte es denn vielleicht gerade z.B. in DRG nen extra Budget für solche Netzwerkgeschichten geben?  
222 #00:25:40–16#

223 **B:** Es könnte einerseits in den DRGs mit drin sein, aber man kann natürlich auch sagen diese Tätigkeit  
224 die Person, die das macht wird aus dem wird aus dem Netzwerk z.B. bezahlt, das machen ja auch viele  
225 Ärztenetze mittlerweile, das sie auch einen Netzwerkmanager haben und wenn dann ein Krankenhaus  
226 eingebunden ist kann man das ja auch auf die Art und Weise miteinander kombinieren. Das denke ich  
227 schon und ich mein es gibt ja soll ja jetzt wieder Innovationsfonds geben ich halte das für sehr sinnvoll  
228 auch da wieder in Strukturen hin zu investieren. #00:26:19–17#

229 **I:** Welche Impulse erwarten Sie von diesem Fonds? #00:26:22–18#

230 **B:** Ich meine klar im Moment scharren schon alle mit den Hufen und kucken was sie davon  
231 bekommen können. Also ich erwarte, dass es gerade in den dünn besiedelten Gegenden auch aber  
232 hoffentlich auch mal in nen paar urbanen Regionen aus der Not geboren, weil doch das eine oder  
233 andere Krankenhaus es nicht mehr schafft das da auch mal zu wirklich vernünftigen  
234 Vernetzungsstrukturen kommt. #00:26:52–19#

235 **I:** Sie hatten das eben schon erwähnt und wir hatten über die Finanzierung gesprochen, wird es da  
236 vielleicht auch helfen, wenn Projekten oder Krankenkassen zinslose Darlehen über die KfW-Bank  
237 gegeben wird, damit die vielleicht für fünf Jahre planen können? #00:27:06–20#

238 **B:** Ja das war unser, war ja der Vorschlag im Sachverständigenratsgutachten da hab ich ja mitgewirkt  
239 (...) und natürlich halte ich das für sinnvoll und war sehr traurig, dass das nicht aufgenommen wurde.

240 #00:27:20–21#

241 **I:** Ist denn vielleicht in der deutschen Bevölkerung auch noch eine viel zu große Angst vor ner  
242 stärkeren Privatisierung des Gesundheitswesens? #00:27:27–22#

243 **B:** (...) ich weiß es nicht also ich halte die sagen wir mal die Privatisierung im Gesundheitswesen für  
244 nen zweischneidiges Schwert. Auf der einen Seite ist das teilweise der einzige Weg auf der anderen  
245 klar ja alle jaulen es gibt private Krankenhausketten so wie hier Helios und und Rhön ja jetzt nicht  
246 mehr separat, Asklepios usw. die würden eine eine Macht, ein Monopol besitzen aber das tun sie im  
247 Moment noch nicht das sind ja mittlerweile also sie sind ja auch jetzt noch keine 10%. Man muss ja  
248 auch auf der anderen Seite sehen, niedergelassene Ärzte, große Gemeinschaftspraxen sind auch private  
249 Unternehmen, die auf Profit aus sind. Also ich denke jetzt mal mit Privatisierung würde ich per se das  
250 nicht negativ sehen. Es ist natürlich klar, dass es sicherlich eine Hemmschwelle oder eine Aversion  
251 gibt, wenn man den Eindruck hat, da wird zu viel für Shareholder-Value getan. Also deswegen glaube  
252 ich, dass es da durchaus Ängste gibt oder die gibt es ja auch und das die vielleicht nicht ganz  
253 unbegründet sind, weil man ja in allen anderen Branchen gesehen hat, sobald da Shareholder-Value im  
254 Vordergrund steht, ist die Sache in den Hintergrund gerückt. Also diese Angst kann ich verstehen.  
255 Aber solange man die privaten letztendlich doch auch über die Transparenz kontrollieren kann, wo das  
256 Geld hinwandert, finde ich das per se nicht schlecht. Und es gibt ja viele die auch sagen, ja seit dem  
257 die privat sind sind sie wenigstens auch besser ausgestattet. #00:29:22–23#

258 **I:** Gibt es denn aus Ihrer Sicht überhaupt Alternativen zu so einer sektorenübergreifenden Versorgung  
259 für das Gesundheitswesen der nächsten Jahrzehnte? #00:29:30–24#

260 **B:** Nein, auf gar keinen Fall. #00:29:35–25#

261 **I:** Jetzt gehen wir mal davon aus es gibt ein Versorgungsnetzwerk in einer bestimmten Region, wie  
262 kann denn dieses Netzwerkmanagement denn Leistungserbringer, die noch nicht angeschlossen sind  
263 außerhalb von Finanzierung motivieren an diesem Netzwerk teilzunehmen? #00:29:50–26#

264 **B:** (...) also meinen Sie jetzt um die auch in das Netzwerk hinein zu bekommen? Ich denke das hat  
265 auch in der Vergangenheit schon relativ gut geklappt das also z.B. gerade im Bereich der  
266 niedergelassenen Kollegen eben doch auch der Eindruck entstanden ist, das Systeme vereinfacht das es  
267 ne bessere Koordination gibt und ich denke auch generell selbst die sehr wie soll ich sagen  
268 hierarchisch orientierte und manchmal etwas selbtherrliche Ärzteschaft wandelt sich doch und ich  
269 meine wir haben ja schon nicht nur das es mehr Frauen sind, sondern auch mehr die nicht mehr 120  
270 Stunden die Wochen arbeiten wollen und nur in Vernetzungen und guten strukturierten Vernetzungen  
271 und Organisationsformen kann ich für alle Gesundheitsberufe auch was raus schinden was auch noch

272 sag ich mal zu geregelten Arbeitszeiten führen kann. Und das halte ich für ganz wichtig, also wenn ich  
273 quasi belegen kann, das in meinem Netz bestimmte Dinge besser flutschen und ich auch andere Dinge  
274 auch besser auffangen kann wird das auf alle Fälle attraktiver. #00:31:16–27#

275 **I:** Sie hatten eben schon angesprochen inwieweit müssen sich auch Strukturen bei Krankenkassen aber  
276 auch der KV in den Köpfen der Menschen ändern, dass das alte System überhaupt gar nicht mehr  
277 erhalten bleiben kann? #00:31:27–28#

278 **B:** (...) nun ich denke, dass das einige KVn das auch schon gemerkt haben und durchaus auch auf dem  
279 Wege sind. Ja wie soll ich sagen die werden sich auch überlegen wie sie noch wie soll ich sagen ihre  
280 ganze ich nen es jetzt mal ganz böse Daseinsberechtigung auch erläutern. Also die müssen sich quasi  
281 auch dahin hin orientieren, das sie eben nicht nur der Service Leister für den einzelnen Arzt sind,  
282 sondern eben auch übergreifend gerade diese Strukturen unterstützen. #00:32:08–29#

283 **I:** (...) werden in dem ganzen Prozess der Integrierten Versorgung Apotheken einfach komplett  
284 vergessen, weil sie sind ja eigentlich eine sehr sehr wichtige Funktion haben? #00:32:18–30#

285 **B:** Das ist jetzt noch mal ein ganz wichtiger Punkt (...) das ist etwas was man klar das man bisher in  
286 den meisten Projekten gar nicht drin hat oder auch in den meisten Modellen mittlerweile gibt es ja  
287 einige auch sowohl hier in Nordrhein–Westfalen es gibt aber auch in Sachsen und Thüringen wie heißt  
288 das ARMIN ich weiß nicht ob sie das kennen, das ist so nen Projekt wo das ist jetzt noch nicht  
289 wirklich eine Integrierte Versorgung, sondern aber zu mindestens versucht die Kompetenz des  
290 Apothekers mit nem Medikationscheck einzubauen. Es gibt da immer mehr Ansätze und ich kenne  
291 auch einige ich sag jetzt mal Ärztenetze, die auch Altenheime versorgen und die in ihrer Struktur auch  
292 mit samt der Finanzierung auch schon die Apotheken eingebaut haben und ich denke also das ist etwas  
293 was den Apotheken gut ansteht, weil sie auf der eine Seite ich meine sie haben ja auch Pharmazie lang  
294 genug studiert und das ist schade das Know–how als Verkäufer zu verbraten, das finde ich einfach  
295 völlig überflüssig aber und fände es sinnvoller, wenn die Apotheken attraktiver werden für Leute, die  
296 sich auch wirklich in diesem Bereich engagieren wollen und das muss man dann auch natürlich  
297 mitfinanzieren also über den Betrag kann man noch diskutieren, das wird noch ne ne also es gibt  
298 durchaus Ärzte, die sind sehr positiv gegenüber Apotheker aufgeschlossen sind, es gibt teilweise aber  
299 auch noch erhebliche Barrieren. Das ist aber etwas was aus meiner Sicht die KVn mit voran treiben  
300 können teilweise sogar auch schon tun, also ich weiß die KV Westfalen–Lippe machen auch durchaus  
301 schon gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen also man man geht schon in die Richtung aber gerade  
302 wenn wir uns z.B. überlegen an Integrierte Versorgung im Bereich von Altenheimen denke ich mal ist  
303 das ein ganz wichtiger Bereich. Und da hat der Arzt einfach gar nicht die Möglichkeiten so viel zu tun,  
304 weil er nicht so oft zu ner Visite dahin kommt. #00:34:36–31#

305 **I:** Die Digitalisierung im in der allgemeinen Gesellschaft schreitet ja immer weiter voran im  
306 Gesundheitswesen hat man oft das Gefühl, das es irgendwie stehen bleibt. Wo dran liegt das, das es  
307 noch ein bisschen rückständiger ist? #00:34:46–32#

308 **B:** (...) ich denke es gibt zwei bis drei Gründe. Also das eine ist natürlich das da viele Player dran  
309 beteiligt sind, die sich dann auch mal auf irgendwas einigen müssen also viele Krankenkassen, viele  
310 Ärzte, viele KVen. das ist das eine, das andere ist natürlich die berechtigte Angst um den Datenschutz  
311 im sehr sensiblen Bereich da hatt man ja auch durchaus Befragungen gemacht und von Bürgern, die  
312 keine Ahnung hatten oder die sag ich mal damit noch nicht so viel zu tun haben, die hatten sehr große  
313 große Angst. Und solche die halt schon mal in nem Pilotprojekt mit ner elektronischen  
314 Gesundheitskarte waren, waren dem ja viel viel positiver aufgeschlossen. Also ich denke, das ist  
315 regelbar das ist sicherlich auch IT–technisch mit ner recht großen Sicherheit hin zu kriegen ich denke  
316 mal natürlich auch bei Werten liegen, ist seitens der Leistungserbringer weil dadurch Sachen natürlich  
317 auch transparenter werden. Also das sind so für mich die Hauptgründe woran es hapert. #00:35:57–33#

318 **I:** Jetzt kommt ja hoffentlich jetzt bald die Gesundheitskarte irgendwann flächendeckend. Kann sie ein  
319 gutes Lösungsinstrument sein oder ist es doch leider nur ein Milliardengrab? #00:36:06–34#

320 **B:** Also ich bin der festen Überzeugung, dass das ein sehr gutes Lösungsinstrument werden kann.  
321 #00:36:11–35#

322 **I:** Jetzt gibt's ja in NRW auch noch andere Möglichkeiten z.B. gibt's in Siegen einen USB–Stick, der  
323 eine dezentrale Patientenakte darstellt. Wie sind denn solche Sachen, weil sie gerade ja auch sagten  
324 Datenschutz technisch schon geprüft sind und eigentlich heute schon als sicher gelten. #00:36:26–36#

325 **B:** Ich weiß nicht gibt genauso gute Variante ich also ich kann das jetzt nicht in puncto Kryptografien  
326 oder IT–Sicherheit nicht so gut überprüfen dafür hab ich jemanden zuhause der das kann aber es ist  
327 natürlich sind wie soll ich das sagen sind Einzelwege die man mehr oder weniger ich will nicht sagen  
328 aus Verzweiflung aber auch aus Pragmatismus begangen hat das wird sicherlich auch noch Jahre lang  
329 Übergangsregelungen geben. Mit USB–Sticks könnte ich mir aber durchaus vorstellen, dass man auch  
330 mit neueren Karten da deutlich mehr machen kann. #00:37:11–37#

331 **I:** Schaut man sich integrierte Versorgungsprojekte an sind Pflege– und Reha–Einrichtungen ja nur  
332 zum ganz ganz kleinen Teil auch ja Mitglieder in diesen Versorgungsprojekten, wie bekommt man  
333 denn überhaupt solche Betriebe besser in solche, geht das nur übers Geld? #00:37:26–38#

334 **B:** Ich denke ja das Geld ist das eine aber das andere ist das natürlich grade ich fang jetzt mal mit den  
335 Altenheimen an, die natürlich auch sehr unterschiedlich und natürlich auch unterschiedlich geführt  
336 sind sehr unterschiedlich Größen haben und vor allem sehr viele sehr klein sind. Also ich sag jetzt mal  
337 nen Altenheim glaub das Bundesdeutsche Altenheim hat glaub ich so um die 70 Bewohner oder knapp  
338 70 es gibt viele die wirklich nur 50 haben und es gibt nen paar wenige, die mal wirklich die 150er

339 Grenze überschreiten und wenn so ne Einrichtung recht klein ist, das ist das für die in Relation zu der  
340 reinen Heimbewohnerzahl einfach ein Wahnsinnsaufwand da irgendwas zu machen und gerade in den  
341 Heimen haben wir ja auch das Problem oder wie soll ich sagen in den meisten Heimen die Situation  
342 das sie bei 100 Heimbewohnern 40 versorgende Hausärzte nochmal 30 Fachärzte haben das einzige  
343 was wir haben sind 1 oder 2 Heimversorgende Apotheken, das ist das einzige was gut händelbar ist  
344 und der Rest ist gerade so irgendwie so zu managen aber wie wollen sie da jetzt noch ein Projekt rein  
345 bringen? Das kann nicht auch grade von den eigenen Projekten, die wir in Altenheimen machen, wo  
346 wir nämlich sowas versuchen allerdings bezogen mit dem Altenheim als Zentrum was wir machen ist  
347 wir haben im Prinzip ein Ärztenetz auf dem die Ärzte auch nicht alle aber ein Teil von denen  
348 mindestens 50 eher bis zu 80 Mal vielleicht 100% der Heimbewohner eines, einer bestimmten  
349 Einrichtung X versorgen. Und dann kann ich sozusagen die in eine Gruppe packen und kann sagen in  
350 dem Heim ändere ich jetzt folgende Prozesse und mache folgende Fortbildungen, die 1, 2  
351 heimversorgenden Apotheker ist nen Klacks organisatorisch in eine Struktur rein zu bringen und jetzt  
352 habe ich noch dieses ganze Ärztenetz, die kriegen halt alle bestimmte Materialfortbildungen, halten  
353 sich hoffentlich an bestimmte Dinge, dann kann ich auch dieser Truppe quasi dieses eine Heim  
354 deutlich besser auch versorgen aber stellen Sie sich vor sie würden das nicht nur auf eine  
355 Krankenkasse beziehen, das gibt ein heilloses Chaos. #00:40:05–39#

356 **I:** Würden es denn da vielleicht auch helfen wenn gerade wie auch im Krankenhausbereich vielleicht  
357 auch größere Player gibt bei der Pflege? #00:40:12–40#

358 **B:** Ja ich mein es gibt ja durchaus größere Player, die viele viele Einrichtungen haben da sehe ich im  
359 Moment bisher noch keinen wirklichen Vorteil. Also so wo ich wirklich das Problem, ich meine klar  
360 würde das möglicherweise die Barrieren senken bestimmte Verträge abzuschließen, diese Verträge  
361 würden aber doch nur sag ich jetzt mal jetzt auf diese die quasi die ja eine einen Träger funktionieren,  
362 daran wiederum hat doch der einzelne Arzt viel zu wenige wiederum Heimbewohner drin und wenn  
363 der in fünf Heimen Patienten zu versorgen hat ist auch nicht mehr attraktiv und händelbar also d.h. das  
364 einzige was wirklich gut für den Altenheimbereich mit ner Vernetzung funktioniert ist wenn relativ  
365 wenige Ärzte mit einem Heim und 1–2 Apotheken zu tun haben. Dann haben sie ne geschlossene  
366 Community. Diese Ärzte sollen ja auch noch ganz viele andere Hausarztpatienten haben und von mir  
367 aus auch noch nen Neurologe und nen Psychiater und am besten noch ein Zahnarzt mit dazu aber eben  
368 halt nicht so nen nicht allzu viele Player damit sie das sehr sensible ich sag mal Wesen Heim nicht zu  
369 sehr durcheinander bringen. #00:41:37–41#

370 **I:** Inwieweit würde eine gemeinsame Ausbildung oder eine bessere gemeinsame Ausbildung der  
371 Gesundheitsberufe da auch Abhilfe leisten? #00:41:44–42#



372 **B:** Also ich bin schon lange ein Verfechter dafür das Mediziner und Pharmazeuten bestimmte  
373 Vorlesungen zusammenhaben sollten also zumindest Pharmakologie könnten die alle gemeinsam  
374 haben. Und die Apotheker könnten ruhig auch die Biochemie und die Physiologie für Mediziner  
375 mitmachen und es gibt ja noch so diese Fortbildungen also die Weiterbildung klinische Pharmazie  
376 noch mal für ein Jahr aber wie gesagt gemeinsames Studium in bestimmten Vorlesungen fänd ich oder  
377 Kursen fänd ich wichtig ich fände es auch sehr wichtig, dass im praktischen Jahr ein Austausch  
378 stattfinden würde ich bin z.B. ein Vertreter für Tandems also ich fänd das sehr gut, wenn ein PJler also  
379 ein im praktischen Lehrjahr befindender Mediziner auch auf ne Station käme zusammen mit nem PJler  
380 aus der aus der Pharmazie, dann können die sich nämlich da gegenseitig ergänzen. Also das wäre eine  
381 Sache und wir werden ja nicht drum rum kommen im Rahmen der Pflege durchaus auch noch etwas  
382 mehr Akademisierung zu betreiben und da halte ich es durchaus für gut machbar bestimmte Angebote  
383 auch für vielleicht nicht für alle drei gemeinsam aber zu mindestens wenigstens auch wieder z.B. für  
384 den Bereich Pflege und Medizin zusammenzubringen. #00:43:10–43#

385 **I:** In wie weit müssen auch Namen geändert werden, um auch in den Köpfen auch einfach also wir  
386 sprechen immer von Krankenkassen nicht von Gesundheitskasse oder auch von Patient, also es soll ja  
387 eigentlich darum gehen die Gesundheit möglichst lange ja vorrätig zu halten. #00:43:26–44#

388 **B:** Ja das ist ganz schwierig also ich sag mal so bin ja selber Ärztin also was ich gar nicht verknusen  
389 könnte ist der Begriff Kunde. Für die Krankenkasse oder die Gesundheitskasse ist der Patienten ja eher  
390 Kunde als Patient. Das ist mit dem hippokratischen Eid irgendwie nen bisschen schwer vereinbar.  
391 Aber man kann natürlich sagen das ist ein Nutzer des Gesundheitswesens auch das ist für den den Arzt  
392 schon relativ schlecht zu verstehen, zumal der Nutzer in der Regel erst kommt wenn er Patient ist das  
393 ist so die ganz gesunden hat man ja selten also das ist also nur bei ner Vorsorgeuntersuchung ich sag  
394 mal so wenn ich regelmäßig zu meiner Vorsorge gehe war ich ja bei derselben Frauenärztin auch  
395 schon nen paar Mal als Patientin das ist irgendwie schwierig. Ich ich denke mal man kann in diesem  
396 gesamten Themenkreis, wie ich den Patienten einschätze oder den Nutzer oder den Kunden ist ich  
397 glaube ist nicht nur eine Frage der Begrifflichkeit, sondern das sich das das Verhältnis oder was hinter  
398 den Begriffen verbirgt ändert und natürlich sehen wir das es immer mehr jüngere Nutzer, Patienten,  
399 Kunden gibt die natürlich auch die mit ganz anderem Wissen und Ansprüchen entsprechend kommen  
400 aber man muss aber auch ganz klar sagen wir dürfen jetzt nicht allen Patienten die gesamte  
401 Verantwortung zuschieben, ich sehe da manchmal auch ein bisschen die Gefahr das man die dann nen  
402 bisschen im Regen stehen lässt und sagt das müsst ihr jetzt alles selber entscheiden und dann da sogar  
403 keinen Verantwortung übernehmen. Ich denke so nen bisschen Verantwortung sollte so eine  
404 Gesundheitskasse auch haben das man sich nicht wie soll ich sagen, ich sag jetzt so wir haben ja auch  
405 beim Auto im Prinzip ne Teilkasko und ne Vollkasko und es würde jetzt keiner uns in die Lücke laufen

406 lassen, das man da keine Teilkasko abschließt. Und ich denke diese Vorsorge hat ein Staat ja auch zu  
407 regeln, dass die Gesundheitskassen doch ein bestimmtes Portfolio anbieten sollten wo wir uns sicher  
408 sind, dass da eine gute Grundversorgung drin ist. Also wenn man da jetzt aufbrechen würde und würde  
409 sagen wir geben den ganzen Bereich frei und setzt euch Baukästchen zusammen, da hätt ich manchmal  
410 ein bisschen Sorge. #00:46:04–45#

411 **I:** Sollte denn der Gesetzgeber vielleicht bestimmte bundesweite Standards vorgeben um z.B. Größe  
412 von Versorgungsprojekten, Kapitalausstattung, Leitbild und dergleichen, wenn man sich den 140er  
413 anschaut der ist ja schon relativ offen gehalten? #00:46:17–46#

414 **B:** (...) wieso sollte man, ich hab jetzt keine Idee wieso sie sagen, wieso man Größe und  
415 Kapitalausstattungen vorgeben sollte. #00:46:28–47#

416 **I:** Um einfach den den Rahmen besser zu setzen, das sich auch Krankenkassen schon mal dran  
417 orientieren können. #00:46:32–48#

418 **B:** (...) halte ich jetzt für schwierig, weil ich die Situationen schon für sehr unterschiedlich sehe.  
419 Warum sollte nicht ein ganz großes Klinikum mit nem sehr großen Ärztenetz was machen. Also  
420 gerade wenn ich mir jetzt größere Städte auch in den neuen Bundesländern anschau oder Bereiche,  
421 dann sind das relativ große Bereiche, die man da durchaus abdecken könnte einschließlich Reha und  
422 allem Drum und Dran. Und auf der anderen Seite würde ich auch nicht irgendwie ne Untergrenze vom  
423 Pusemuckel Krankenhaus oder wie auch immer bei der Versorgung ausschließen. Wenn die das gut  
424 machen. #00:47:12–49#

425 **I:** Wie sollten denn andere Akteure wie z.B. Kreisfreie Städte, Kreise oder auch Kommunen  
426 eingebunden werden in solche Vernetzungsnetzwerke? #00:47:19–50#

427 **I:** Ich halte das (...) für sehr wichtig, dass die Kommunen die die Städte in diese Prozesse einbezogen  
428 werden. Weil wir können einfach nicht alles aufs Gesundheitswesen beziehen. Also bzw. das  
429 Gesundheitswesen kann auch nicht immer die die Krankheiten der anderen Bereiche ausgleichen. Also  
430 ich sag jetzt mal also eine ganz einfache Geschichte ist, wenn ich natürlich keine öffentliche  
431 Verkehrsanbindung in bestimmten Regionen habe oder das so unattraktiv ist oder es gibt da kein  
432 Gebäude da ist dann aus meiner Sicht halt auch irgendwo die Gemeinde auch in der Pflicht und hat ja  
433 auch die Verpflichtung da ne Versorgung vor zu halten. Das finde ich in dem Bereich sehr sinnvoll  
434 und da sollte man die durchaus auch einbeziehen auf der anderen Seite finde ich sind die auch schon in  
435 ner gewissen Verpflichtung auch andere Angebote vorzuhalten. Zur Entlastung des  
436 Gesundheitswesens, also es ist ja nicht sodass jeder der zum Arzt geht oder ins Krankenhaus kommt  
437 immer ne somatische Erkrankung hat es gibt ja auch viele Dinge die haben was mit Arbeitslosigkeit  
438 und sozialem Umfeld zu tun und gerade deswegen finde ich das auch ganz wichtig. Also gerade auch  
439 die Nutzer, Patienten im Vorfeld abzufangen z.B. auch in Beratungsstationen oder wo auch ich sag

440 jetzt mal Wohnheime für Arbeitslose oder was es alles gibt und Obdachlosenunterkunft usw. diesen  
441 ganzen Bereich, der ist ja auch unglaublich wichtig oder Beratung für arbeitslose, alleinversorgende  
442 Mütter oder so, das ist ja ein Bereich, der sich ja total überlappt und deswegen finde ich das einfach  
443 wichtig, dass die da natürlich auch drin sind, und wenn man einfach im Gesundheitsbereich in einer  
444 Region ein Problem erkennt, dann muss da auch meine aus meiner Sicht auch die die Gemeinde mit  
445 dabei sein. #00:49:30–51#

446 **I:** Wenn Sie jetzt Wünsche gegenüber den Gesetzgeber hätten, was dieser schnellst möglichst ändern  
447 oder verbessern sollte, was wäre das dann? #00:49:38–52#

448 **B:** (...) also eine Sache wäre wirklich sich Gedanken zu machen über die Pflegeversicherung das wäre  
449 für mich ne ganz wichtige Sache ob man da entsprechend umwandelt (...) ja an den Gesetzgeber in der  
450 Hinsicht (...). #00:50:04–53#

451 **I:** Auch vielleicht z.B. was die Finanzierung angeht, also kann's nur über Komplexpauschalen gehen?  
452 #00:50:09–54#

453 **B:** (...) ob das wirklich nur so ist, ich will's nicht 100%ig sagen aber sicherlich zu nem also einfach  
454 das in der Richtung das ist so auch grade weil sie sagen Komplexpauschalen, dass man wirklich sagt  
455 ok das man solche Dinge auch entsprechend einfacher umzusetzen macht, dass man die nicht  
456 handicapt durch Ausschreibungsregeln das sind ja auch noch nen paar Sachen. Dass man wirklich gut  
457 funktionierende System nicht durch Ausschreibungsvorgaben ad absurdum führt, das dann keine  
458 Ahnung der Apotheker aus einer ganz anderen Region in ein Altenheimprojekt rein kommt also das  
459 darf nicht passieren. Das sind bestimmte Vorgaben und ansonsten find ich es wichtig, das gerade, was  
460 die Integrierte Versorgung anbetrifft, solche Sachen eben auch das es möglich wäre das  
461 krankenkassenübergreifend zu machen bezogen auf ein Netz und das nur eine Krankenkasse ein  
462 Verhandlungspartner ist, das es aber für alle gilt. Das wäre für mich ne wichtige Voraussetzung. Ich  
463 weiß gar nicht genau welche §§ man da im Einzelnen noch ändern müsste. Oder wo man da noch ein b  
464 oder c einführen müsste. #00:51:28–55#

465 **I:** Welche Kommunikationskanäle gibt es denn die so ein Netzwerkmanagement hat, um überhaupt so  
466 ein Netz überhaupt erst einmal bekannt zu machen? Sind es die Traditionellen oder wird das Internet  
467 doch immer wichtiger? #00:51:39–56#

468 **B:** Also man kann einiges über das Internet herausfinden es gibt aber ja also wie gesagt ich denke  
469 Internet ist mittlerweile, sodass das wichtigste, also wir haben, ja auch selber jetzt Recherchen  
470 gemacht in diesem Bereich und haben eigentlich da das meiste im Internet gefunden. Wobei was auch  
471 interessant ist wir sind auch über die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Bundesländer  
472 gegangen die Ministerien oder die Gemeinden wissen eigentlich auch relativ gut Bescheid. #00:52:15–  
473 57#

474 **I:** (...) was möchten Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur  
475 Sektorenübergreifenden Versorgung mitteilen was jetzt im Rahmen dieses Interviews noch nicht  
476 angesprochen worden ist? #00:52:26–58#

477 **B:** (...) also ich finde es wichtig, dass diese bestimmte Umsetzungen vor allem für sehr  
478 vulnerabler Patienten sehr bald in Angriff genommen werden, also ich denke nicht das wir noch lange  
479 Zeit haben also ich sehe das in vielen Bereichen die Krankenhäuser was die Personalausstattung  
480 anbetrifft echt am Ende sind da ist personell aus meiner Sicht nicht mehr viel Luft und das kann man  
481 nur auffangen, indem man sag mal die ein oder andere Wiedereinweisung verhindern kann, deswegen  
482 finde ich das einfach sehr sehr wichtig. #00:53:08–59#

483 **I:** Frau Dr. [...] danke schön für das Gespräch. #00:53:11–60#

484 **B:** Ja bitte. #00:53:13–61#

**Interviewpartner 10 (02.07.2014)**

1 **I:** (...) Herr Dr. [...], Sie sind Professor an der Universität Bielefeld und haben hier den Lehrstuhl für  
2 Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit  
3 Integrierter oder sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:13-0#

4 **B:** (...) also wir beschäftigen uns damit mit Evaluationen wir haben eine eine große Evaluation  
5 gemacht für das Netz in Bünde und sind auch damals angesprochen worden z.B. für Siegen oder für  
6 andere große Projekte. Natürlich dann im Gespräch mit mit den Protagonisten von diesen von diesen  
7 neuen Versorgungsformen z.B. jetzt letzte Woche auf dem Hauptstadtkongress eine Veranstaltung  
8 dazu moderiert also ist schon bei mir mit auf nem auf nem Radar drauf, mache das gerne ich find das  
9 ne interessante ne interessante Neuerung seinerzeit, natürlich auch im Sachverständigenrat wo ich u.a.  
10 für dieses Thema zuständig bin. #00:00:56-1#

11 **I:** Jetzt ist der Begriff der Integrierten Versorgung ja immer so nen bisschen in einer Doppelfunktion,  
12 einmal im SGB V in dem 140er § drin andererseits steht das ja auch in der Gesundheitsliteratur  
13 allgemein zur sektorenübergreifender Versorgung. Deswegen habe ich es jetzt erst einmal im Rahmen  
14 meiner Ausarbeitung Vernetzte Versorgung genannt, das soll Sektoren und Versicherungszweige  
15 übergreifend sein, populationsbezogen, der Patient soll im Mittelpunkt sein und es soll möglichst  
16 regional arbeiten. Was halten Sie von dem Namen Vernetzte Versorgung und was halten Sie von dem  
17 Konzept? #00:01:27-2#

18 **B:** Also vielleicht ist es notwendig neue Definitionen zu treffen aber eigentlich war ich ganz zufrieden  
19 mit dem Titel Integrierte Versorgung und man kann ja sagen Integrierte Versorgung hat hat einmal  
20 diesen Managed Care Charakter, den sie jetzt beschrieben haben aber den den kann man auch noch  
21 mal sozusagen rechtlich nen bisschen konkretisieren über über 140a folgende das würde mir  
22 persönlich genügen, aber man kann's auch vernetzte nennen, das das Problem ist wirklich, dass sie  
23 dann nach ner Weile eine Inflation von Begriffen haben in der Versorgungsforschung von ähnlichen  
24 Dingen, die dann auch nicht so wirklich viel weiter helfen. Also ich bin ganz zufrieden mit Integrierte  
25 Versorgung weil das das trifft es auch es sind ja nicht immer Netze manchmal haben wir ja auch als  
26 Netz verstehe ich jetzt eher ganz viele es kann aber auch im Grunde genommen auch nur drei sein, die  
27 aufeinander vertikal aufbauen, das kann auch ne Integration sein. #00:02:13-3#

28 **I:** Wenn Sie jetzt also für aus Ihrer Sicht mal das Idealbild so ner sektorenübergreifenden Versorgung  
29 nennen sollten, welche Voraussetzungen oder welcher Mindeststandards, Merkmale müssten denn da  
30 gegeben sein? #00:02:24-4#

31 **B:** Also Sektorübergreifung hatten Sie genannt, ob's unbedingt populationsbasiert sein muss, bin ich  
32 mittlerweile etwas am Zweifeln denn es geht der Weg auch eher von von weg, weil's zu kompliziert ist  
33 auch die Geschichte, das man den Kollektivvertrag da sozusagen als Antipole sieht, das ist ja nicht

34 mehr so wie es früher war, da wo das wo das wirklich dem gegenübergestellt wurden. Heute geht's  
35 eher da drum, dass man mehr ineinandergreift. Das geht auch in den vorhandenen Strukturen teilweise,  
36 wenn man sich ein bisschen bemüht. Vielleicht ist es auch von der Honorierung abhängig, in welcher  
37 Wiese dann die Leute dann wirklich aus ihren kleinen Töpfen herauskommen. Also sektorübergreifend  
38 ist wichtig, die Kommunikation ist wichtig und ne gewisse Haltung ist wichtig, also man kann vieles  
39 überstülpen und trotzdem so weiter machen wie bisher das sind also aus der Erfahrung heraus so so die  
40 die wichtigen Dinge. Im Grunde genommen ist es ja ökonomisch ne einfache Geschichte, das man  
41 versucht auf ein Ziel hin zu arbeiten und dabei die Individualziele mit den allgemeinen Zielen zu  
42 verbinden. So wie es jedes große Unternehmen auch tun muss und da auch Probleme mit hat, also  
43 Abteilungsdenken usw. so ähnlich sehe ich das hier auch wobei wir es eben hier auch noch mit mit  
44 kleinen Einzelunternehmern zu tun haben, was es natürlich ungleich schwieriger macht weil wir keine  
45 zentrale Verwaltung oben drüber haben also der G-BA oder Ähnliches ist das eben nicht. #00:03:40-  
46 5#

47 **I:** Muss der Patient in Zukunft viel mehr in den Mittelpunkt gerückt werden? #00:03:45-6#

48 **B:** Ja das ist natürlich ein Schlagwort aus meiner Sicht geht's immer um den Kunden, wenn das nicht  
49 so ist, das ist es eher so auf der Anbieterseite läuft was fehl. Also das die sich da Dinge zuschieben und  
50 nur noch darum geht dann da sollte dann eigentlich eher über über ordnungspolitische Maßnahmen  
51 versucht werden dem bei zu kommen, wenn man eine anständige Ordnungspolitik hat dann müssten ja  
52 eigentlich Patienteninteressen soweit der Patienten das wahr nimmt, dies Problem haben wir natürlich  
53 immer im Gesundheitswesen, eigentlich von alleine in den Mittelpunkt rücken. #00:04:11-7#

54 **I:** Jetzt fristen ja sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen in Deutschland immer mehr noch mehr  
55 so ein Nischendasein wie erwarten Sie eine zukünftige Verbreitung dieser Form? #00:04:21-8#

56 **B:** Nein ich glaube sie werden eher so eine Seitwärtsbewegung haben. Wir werden einen qualitativen  
57 Fortschritt haben, d.h. wir kommen weg von sehr einfachen Verträgen mit Hüften oder sonst was hin  
58 zu komplexeren Verträgen, allerdings nicht unbedingt populationsbasiert. Das sagte ich ja schon.  
59 Sondern eher das es für bestimmte komplexe Krankheitsbilder ja vielleicht auch für multimorbide,  
60 soweit sie einigermaßen standardisierbar sind, also bestimmte Dinge meinetwegen Obesity zusammen  
61 mit Diabetes und Ähnliches, das geht ja häufig zusammen, vielleicht ja auch rauchen. Das man das  
62 zusammenfasst und dafür eben Pfade entwickelt, die dann sektorübergreifend sind und auch  
63 gemeinsam abgearbeitet werden können also eher in Richtung DMP ja das das so nen bisschen der  
64 Weg ist und das das sich das eher zusammenfindet und man sagt im Grunde genommen so ne  
65 Vernetzung haben, die uns die Behandlungswege erleichtert, und zwar so, dass sie eben optimal sind  
66 natürlich für den für den Patienten aber auch im Hinblick auf einfach auf das Behandlungsergebnis  
67 und damit auch auf den ökonomischen Erfolg. #00:05:17-9#

68 **I:** Welche Faktoren sind denn eigentlich aus Ihrer Sicht die größten Hemmnisse für eine weitere  
69 Verbreitung? #00:05:23–10#

70 **B:** Also der Kollektivvertrag ist ein Hemmnis, aber wir werden ihn nicht loswerden. Der  
71 Kollektivvertrag hat einfach seinen Charme für den einzelnen Anbieter, weil er so schlecht dann  
72 offensichtlich doch nicht damit fährt also insbesondere jetzt in Zeiten, wo die Budgets nicht mehr ganz  
73 so pressen und wo man trotz (...) Allgemeinbudget auch viele Freiheiten ja hat in dem was man tut.  
74 Da verliert das ein bisschen seinen Schrecken und wenn das so ist dann ist eigentlich nicht mehr so der  
75 große Dreh dahin das man das Ganze mit Individualverträgen machen muss dasselbe gilt für  
76 Kommunikationsstrategien, also als wir angefangen haben mit IV so vor 15 Jahren ging's drum erst  
77 mal alle zu überzeugen, dass man sich mal nen Faxgerät anschafft, das man miteinander  
78 kommunizieren kann, das man Arztbriefe austauschen kann da sind wir heute auch ohne IV schon viel  
79 viel weiter also selbst wenn die Karte so stümperhaft bleibt wie sie ist wo praktisch nix drauf ist dann  
80 gibt es ja trotzdem ja Austauschsysteme das kann man alles noch verbessern aber man braucht nichts  
81 mehr unbedingt z.B. um Telemedizin zu machen nen IV Projekt, das geht auch ohne. ja deswegen also  
82 das ist nen Hemmnis, was es natürlich ne gute sozusagen ne gute Alternative gibt, die optimierbar  
83 wäre aber die ist für den Einzelnen ne gute Sache darstellt. Nen anderer Punkt ist sicherlich das die  
84 die Anbieter der Zeit auch so nen bisschen Innovationsscheu sind, sag ich jetzt mal, sie haben ihre  
85 Erfahrungen gemacht mit dem ein oder anderen jetzt am Anfang da sind einige wie die wie die  
86 Pinguine erst ins kalte Wasser gehüpft und die Ergebnisse waren eben zum Teil nicht so optimal. Also  
87 sowohl was was eben diese Kommunikationswege angeht, im Bereich IV, wie auch was was z.B. den  
88 Arbeitsanfall angeht überhaupt den Austausch das das braucht halt auch Zeit du oft hat dieser  
89 Zeiteinsatz bis man wirklich zu einer besseren Qualität führt oder nicht doch eher so ne Art  
90 Stammtischcharakter hat, das ist eben sehr die Frage. Also im Grunde genommen müsste müssten jetzt  
91 ein ein so nen Leuchtturm mal neu entstehen, irgendwas woran man sich hoch halten kann ein Projekt  
92 anders als Kinzigtal, was sehr speziell ist, was wirklich von anderen aufgerollt werden kann und das ist  
93 ein wichtiger Punkt woran es scheitert, wir wir haben wenig Austausch über das was gut ist, was  
94 schlecht ist, weil mittlerweile eben zwar Evaluationen gibt, die aber nicht veröffentlicht werden, was  
95 ich verstehen kann. Das sind Betriebsgeheimnisse der Krankenkassen aber das ist sicherlich nen  
96 wichtiger Punkt, wo man sagt im Grunde wissen wir seit seit fünf Jahren ist nichts dazu gekommen an  
97 an allgemeinem neuem Wissen. Also ganz ganz wenig und und da hoffe ich doch sehr, das durch  
98 Fördermittel, wie wir jetzt durch den Innovationsfonds beispielsweise vorgesehen sind, da so nen Push  
99 reingeht das man sagt also an den und den und den Stellen da könnten wir im Grunde genommen  
100 einiges tun, wenn wir denn nen IV-Vertrag auflegen. #00:08:13–11#

101 **I:** Inwieweit sind Ständeproblematiken, wie ich es jetzt mal genannt hab, also grade die Ärzteschaft  
102 ein Problem? #00:08:20–12#

103 **B:** (...) also die KV sehe ich nicht mehr als Hauptproblem. Die war ja früher mal nen großes Problem,  
104 deswegen hatten wir sie ja aus dem 140a heraus geworfen, aber ohne KV geht es nun mal auch nicht.  
105 Sie dürfen nicht das letzte Wort haben. Aber ansonsten ist ist gibt es ja nicht die Ärzteschaft, sondern  
106 es gab immer innovative Ärzte und weniger innovative Ärzte und, wenn man zumindest den 10–20 %,  
107 die es bestimmt gibt, die was machen wollen, nen Anstoß gibt und ne gute Idee gibt und und sagt, wir  
108 haben im Grunde genommen standardisiert, was was ihr machen könnt, dann hab ich da keine Bange.  
109 Man darf halt nur nicht den Anspruch haben, dass das jetzt nach fünf Jahren dann schon irgendwie im  
110 im Kollektivvertrag verankert ist. Wie sollte das auch gehen? #00:09:00–13#

111 **I:** Welche bürokratischen Hürden verhindern den im Moment denn noch ne weitere Ausbreitung?  
112 #00:09:05–14#

113 **B:** Ja auf jeden Fall das BVA, die alte Problematik, dass die zu zu streng prüfen, das könnte man vom  
114 Gesetzgeber sicher entschärfen und das wird, glaub ich, auch irgendwann passieren. Also so geht das  
115 ja einfach nicht weiter. Man kann nicht einerseits sagen, dass die Krankenkassen alle  
116 wettbewerblichen Freiheiten haben und sie dann im Grunde genommen wie Kinder führen und sagen,  
117 wo man kucken muss, was ihr denn da für Verträge abschließt. Das kann ja wohl nicht sein, dass eben  
118 mit dem Geld der Versicherten umgeht wie wir das gar nicht wollen oder so. Also das die müssen  
119 auch die Möglichkeit, haben vielleicht auch auf den ersten Blick, unsinnige Verträge mal  
120 auszuprobieren, einfach auch mal Dinge zu machen. Wenn da irgendwas nicht koscher ist, dann muss  
121 aufgedeckt werden. Also wenn man da den Schwager in einem Arztnetz unterstützt, das geht natürlich  
122 nicht. Aber solange es nur darum geht auch mal verrückte Ideen auszuprobieren die das BVA zurzeit  
123 rigoros ausbremsen würde, da halte ich gar nichts davon. #00:09:54–15#

124 **I:** Sie hatten eben schon die technischen Hilfsmittel angesprochen, welche Problematiken sind damit  
125 im Moment noch behaftet? Ist es wirklich nur der Datenschutz oder wird der eher vorgeschoben dieses  
126 Argument? #00:10:05–16#

127 **B:** Datenschutz ist in Deutschland immer ein großes Thema (...). Ich persönlich sehe das sehe das  
128 nicht ganz so dramatisch. Ich glaube, dass das wenig abgewogen wird. Also sonst bei Medikamenten  
129 wird immer zwischen Chancen und Risiken abgewogen, eben das haben Sie ja mitgehört, hab ich  
130 lange über die Impfungen gesprochen, da ist es natürlich so, dass Leute mit nem anaphylaktischen  
131 Schock umfallen, trotzdem macht man bestimmte Dinge, weil man weiß für die allermeisten ist es  
132 sinnvoll und gut. Also dann würde ich mir eher nen größeren Rahmen vorstellen, was gar nicht geht  
133 aber darin mit mit Informationen der der Betroffenen mehr Möglichkeiten. Also zurzeit gehen ja  
134 bestimmte Dinge nur wenn sie praktisch bei jeder bei jedem Transfer von Daten das wieder neu



135 unterschreiben lassen vom vom vom Dateninhaber. Das ist die eine Seite also der der der Datenschutz  
136 ist ist nen Thema die andere ist was ich vorhin sagte, so nen bisschen mangelnder Innovationswille ja  
137 also ich ich sehe nicht mehr so viele die jetzt ganz heiß darauf sind und ihre Freizeit dafür opfern, das  
138 war wirklich vor 10, 15 Jahren anders. Wo wir so nen Aufbruch hatten und wir immer gestöhnt haben  
139 über die ganzen Trittbrettfahrer also die Zahl derjenigen, die einfach desinteressiert sind, ist nach  
140 meinem Dafürhalten eher gestiegen. Und das das, das ist schlecht für so ein für so ein Feld, was sich  
141 erst noch entwickeln muss, da müssen sie irgendwelche Leader haben, die da vorangehen, die fehlen.  
142 #00:11:28–17#

143 **I:** Jetzt ist ja grade bei dem Thema Gesundheitskarte ja jetzt die Großunternehmen eingestiegen,  
144 Arvato oder die Telekom, erwarten Sie von solchen Unternehmen, dass die solche Leader sein  
145 können? Oder wird die Gesundheitskarte eher ein Milliardengrab bleiben? #00:11:40–18#

146 **B:** Die Karte hat jetzt erst mal mit IV nichts zu tun. Die kann man dafür mit einsetzen das könnte auch  
147 durchaus effizient sein natürlich, wenn man vorhandene Struktur mit nutzen kann und nicht alles neu  
148 aufbauen muss ich glaube aber die große Bedeutung für IV wird es am Ende nicht haben, weil wenn  
149 sie weiter niemanden haben, der eine gute Idee hat oder Krankenkassen haben, die sich trauen auch  
150 mal gegen das BVA vorzugehen, erst mal müssen andere Hürden abgebaut werden. Natürlich ist die  
151 Schnittstellenproblematik im im EDV-Bereich immer noch virulent. Man hat versucht das durch  
152 Standards wegzubekommen aber auch da sind die Unternehmen natürlich relativ findig. Das geht dann  
153 einfach langsamer oder es es geht zwar aber es ist EDV technisch kompliziert und schon ist so etwas  
154 wieder tot, weil da bei jedem Update haben sie dann wieder dasselbe Problem. Also ob man da ganz  
155 viel mehr machen kann regulatorisch, weiß ich nicht. Aber man fragt also das sehe ich fast als als  
156 schlimmer an derzeit als den Datenschutz. #00:12:40–19#

157 **I:** Jetzt gibt's ja gerade in Nordrhein–Westfalen noch nen Gegenentwurf dazu dieser USB–Stick, der  
158 maxiDoc ich weiß jetzt nicht ob Sie das Beispiel kennen das? #00:12:47–20#

159 **B:** Hab ich mal auf auf ner Medica oder so gesehen, aber das es gibt ja viele solcher Initiativen.  
160 #00:12:53–21#

161 **I:** Könnte denn so eine dezentrale Patientenakte das der Patient also selber entscheiden kann wem er  
162 wann seine Daten gibt, diesen Vernetzungsaspekt vielleicht dann weiter anfeuern? #00:13:05–22#

163 **B:** Also wenn man mit lokalen Lösungen besser klarkommt ist es auf jeden Fall ne gute Sache, wenn  
164 sich der Arzt was ja durch den Datenschutz fast immer gegeben wird nicht auf ein komplettes Bild  
165 verlassen kann, dann ist es natürlich auch von weit weniger Wert für ihn. Also wenn er nicht alles  
166 sieht, wofür es auch Gründe geben mag, das er nicht alles sehen soll dann ist im Grunde der Wert der  
167 Information schon sehr sehr eingeschränkt, dann ist es im Grunde genommen auch nicht viel anders als  
168 heute, wo er auch nur nen bestimmten Teil sieht dessen was der Patient eben auf seiner Sicht für

169 richtig hält im zu sagen. Aber er hat ja auch zum Teil nicht das medizinische Wissen das genau zu  
170 entscheiden was da jetzt für den Arzt wichtig ist. #00:13:39–23#

171 **I:** Jetzt haben wir viel über Probleme gesprochen, welche Vorteile hat denn überhaupt Integrierte  
172 Versorgung gegenüber der Regelversorgung? #00:13:46–24#

173 **B:** Also es ist glaube ich für denjenigen, der mal was Neues ausprobieren will, Luft zum Atmen. Das  
174 man auch mal die Freiheit Dinge anders machen zu wollen, anders zu honorieren, andere Leute im  
175 Netz zu haben, die dann mit den man eine stärkere Austauschbeziehung hat, was ja informell auch  
176 geht, aber das man dann eben formalisiert hat, das finde ich schon als reinen Freiheitsaspekt sehr  
177 wichtig, ansonsten natürlich, dass was man sich davon erwartet, nämlich was wir am Anfang  
178 besprochen haben die Überwindung von Sektorgrenzen, die immer noch ein großes Problem darstellt  
179 und das verbunden wenn es nicht mehr so sehr drauf ankommt, man muss wie gesagt auch die  
180 Honorierung entsprechend ändern, das ich für mich alleine optimiere dann hab ich im Grunde  
181 genommen nicht nur das das ich den Verlauf über die Sektorgrenze besser mache, sondern habe ich  
182 auch nen besseres ökonomisches Ergebnis, das das eben Leistungen da gemacht werden, wo sie  
183 sinnvollerweise gemacht werden sollten, nicht überall, wobei das Problem der Doppeluntersuchungen  
184 ist kein großes Problem aber wenn ich bestimmte Untersuchungen wo der Fachmann sagt die brauche  
185 ich im Grunde genommen gar nicht, weil ich hab nen ganz anderes Verfahren, mit dem ich z.B. besser  
186 klar komme, dann brauche ich auch z.B. keine Sonographie mehr beim beim Hausarzt, also wenn der  
187 von vornherein relativ schnell weiß wann er meinetwegen Rückenpatienten oder nen Diabetes-Patient  
188 weitergeben muss oder wann er ihn nicht sogar selber behält und und nicht aus Angst nicht etwas zu  
189 verpassen sehr früh schon überweist dann glaube ich haben wir einmal medizinisch besseres Ergebnis  
190 und auch ökonomisch, das ist glaube ich so Kern der Sinn in der der Integrierten Versorgung.  
191 #00:15:19–25#

192 **I:** Sie hatten jetzt eben die Finanzierung schon angesprochen. Funktioniert so ein Netz oder so ne  
193 sektorenübergreifende Versorgung vielleicht wirklich nur mit ner Komplexpauschale oder gibt es da  
194 andere Möglichkeiten? #00:15:30–26#

195 **B:** Also wenn sich alle einig sind das das so funktioniert dann müssen sie es ja doch wieder verteilen  
196 die Komplexpauschale ja. Wenn sich alle intern einig sind wie das geht ist das natürlich ne schöne  
197 Sache auch für den Kooperationspartner der das finanzieren soll. Ich sehe eher das Problem intern ob  
198 man sozusagen das Vertrauen hat bei so ner Komplexpauschale, d.h. wir nehmen gemeinsam Geld ein  
199 und verteilen das unter uns ob man da Besten, am Ende mit klar kommt. Ich hab auch schon integrierte  
200 Versorgungsverträge gesehen, die durchaus die Zusatzleistung einzeln abgerechnet haben zu meistens  
201 dann auch wieder in pauschalisierter Form aber individuell. Also pauschalisiert was die Leistung  
202 angeht das man sagt für die Betreuung kriegst du X Euro und dafür erwarten wir dies und das und

203 jenes. Aber schon für jeden Arzt einzeln und nicht verbunden mit dem Krankenhaus oder das er  
204 gleichzeitig auch noch jemanden anders davon bezahlt, Physio oder sonst was. Ist vermutlich  
205 realistischer, weil der Arzt kann da besser abschätzen was was für ihn dabei raus kommt und er  
206 braucht auch keinen keine eigenen Abrechnungsmechanismus, sondern er rechnet halt einmalig mit  
207 der Kasse oder wem auch immer ab ich weiß ja nicht ob wir noch auf Bereinigung kommen, das ist ja  
208 immer damit verbunden. Das ist im Grunde das größere fast unlösbare Problem. Als  
209 Honorierungsform ist eine Komplexpauschale also eine schöne Sache aber die meisten Netze glaube  
210 ich überfordern sich damit selbst und dann muss man halt sinnvolle Wege finden wie mit ner  
211 Einzelleistungshonorierung die jetzt nicht zu sehr Einzelleistung ist, sondern nen bisschen  
212 pauschalisierter ist weiterkommt. #00:16:56–27#

213 **I:** (...) von Krankenkassen hört man ja oft auch so nen gewisses Budgetdenken, also sie versuchen  
214 auch nur auf ein Jahr zu schauen, ne Möglichkeit wäre z.B. über KfW–Darlehen den mal was für 5, 6  
215 Jahre vielleicht nen spezielles Budget zu geben. Könnte das eine Lösung sein, um so neue  
216 Leuchtturmprojekte wieder anzustoßen? #00:17:15–28#

217 **B:** Ja das muss man unbedingt tun, das man im Grunde genommen ein Projekt von vornherein auf  
218 bestimmte Jahre ansetzt, wir haben ja da einen Vorschlag zu gemacht im Letzten also im vorletzten  
219 Sachverständigenratsgutachten mittlerweile ist vom Markt jetzt nicht so toll aufgenommen worden  
220 aber das war genau der Sinn, das man sagt, wenn du dein Budget heute nicht belasten willst mit  
221 Erträgen, die vielleicht erst später erst kommen dann lass uns das doch ausgliedern du bekommst das  
222 Geld sozusagen als als Darlehen zinsfreies Darlehen d.h. im Grunde genommen erst einmal geschenkt,  
223 musst es nur später zurück geben, also nur als Leihe und dadurch haben sie diese ganze Problematik  
224 wenn das denn das Problem sein sollte, Zusatzbeiträge usw. die ganze Diskussion, die wir vor zwei  
225 Jahren hatten, wenn dass das Problem sein sollte, das wäre lösbar, das kann man machen. Ich bin  
226 allerdings nicht sicher, ob das das Hauptproblem ist, weil zurzeit hat die IV ja so einen kleinen Anteil  
227 ich glaube nicht das die DAK nen Zusatzbeitrag nehmen musste, weil sie so schöne  
228 Versorgungsprojekte hat. Also das geht wirklich in deren Haushalt derzeit auch unter. Es wäre was  
229 anderes, wenn wir wenn wir deutlich mehr als heute durch solche Versorgungsformen finanzieren  
230 würden, dann würde ich diese Diskussion eher gerne mal führen aber derzeit ist das doch Peanuts.  
231 #00:18:20–29#

232 **I:** (...) in der Praxis hört man ja oft, wir würden gerne Netzwerke betreiben, wir würden uns gerne  
233 besser vernetzten, aber wir kriegen da kein Geld für, wir machen das unentgeltlich, muss das  
234 vielleicht? #00:18:30–30#

235 **B:** Von den Anbietern oder von wem? #00:18:32–31#

236 **I:** Von den, von den Leistungserbringern, muss das vielleicht extrabudgetär vergütet werden?  
237 #00:18:37–32#

238 **B:** Dann haben sie einen schlechten Vertrag gemacht. Ich meine ist klar, wenn ich Leistungen erbringe  
239 innerhalb eines Vertrages und dafür nix bekomme, dann muss ich mich mal fragen, was ich da  
240 eigentlich unterschrieben habe. Extrabudgetär also wie wie am Ende die die Finanzierung ist hängt ja  
241 auch davon ab ob man es aus dem Kollektivbudget rausnehmen kann oder nicht, also wieder Stichwort  
242 Bereinigung. Das sie aber für die Leistung die sie erbringen dann natürlich auch eine adäquate  
243 Vergütung haben, das ist das ist klar, sonst würde ich das auch sein lassen. Das kann natürlich in dem  
244 einen oder anderen Fall auch dazu geführt haben, das es das ein Projekt nicht gestartet ist, aber das ist  
245 so so ist die Welt, deswegen werden viele Autokäufe nicht gemacht oder Ähnliches man interessiert  
246 sich, man kommt nicht zueinander und geht dann wieder. Finde ich nicht so ungewöhnlich. Wenn es  
247 jetzt ein strukturelles Problem ist und jeder der so ne Erfahrung macht meint natürlich das ist  
248 strukturell, da sehe ich derzeit aber nicht, also es gibt ja immerhin immer wieder neue Verträge, wir  
249 haben stabil so 6.500 – 7.000 Verträge, also von daher ist ist das eigentlich nicht dramatisch.  
250 #00:19:33–33#

251 **I:** Was könnten Sie sich denn vorstellen wenn so ein Netzwerk einmal aufgebaut ist. Wie könnten  
252 denn andere Leistungserbringer jenseits von Finanzierung für so nen Netzwerk begeistert werden?  
253 #00:19:42–34#

254 **B:** (...) also die die müssten im Grunde genommen ist es für die nur interessant, wenn sie auch als  
255 Netzteilnehmer infrage gekommen wären und wenn so ein Netz erwachsen geworden ist, wenn es auch  
256 vielleicht eine gute Struktur hat auch ne auch ne professionelle Struktur und man sagt ok uns fehlt im  
257 Grunde genommen jetzt noch mal ein Urologe oder uns fehlt vielleicht noch mal ne ne feste  
258 angeschlossene Physiotherapie oder sonst etwas dann kann man das Netz natürlich entsprechend  
259 erweitern, das das geht über Einzelverträge dann des Netzes dann mit diesen Anbieter oder aber der  
260 Anbieter wird selbst Teil des Netzes, das ist in der in der ökonomischen Wirkung das Gleiche. Aber  
261 man muss kucken was ist, was ökonomisch jetzt besser wäre, manchmal ist besser wenn man sich ein  
262 bisschen beschnuppert, man kuckt ob es für beide gut ist, das man vielleicht erst nen zeitlichen Vertrag  
263 macht. #00:20:27–35#

264 **I:** Pflege und Rehaeinrichtungen sind ja in so integrierter Versorgungsnetzwerken noch mal wieder in  
265 ner in ner Nische, also relativ wenig Teilnehmer funktioniert, würde es eigentlich nur funktionieren  
266 wenn die wirklich das auch vergütet bekommen? #00:20:39–36#

267 **B:** Die kriegen das ja vergütet, also ne Rehaeinrichtung würde es ja auch nicht umsonst machen, dann  
268 wär die Frage wer dafür mitbezahlt, also wenn es um AHB beispielsweise geht, dann zahlen das ja  
269 auch die Krankenkassen aber die haben zurzeit im Grunde genommen sowieso schon relativ starken

270 Einfluss da drauf wer also wer, also die machen ja auch einzelne Verträge jetzt schon da ist der Druck  
271 natürlich nicht ganz so stark auszuwählen. Das müsste dann eher von den Anbietern selber kommen.  
272 Und dann ist die Frage ob die Krankenkassen das gut finden, weil sie verbessern ihre Positionen ja erst  
273 mal nicht, es sei denn man würde ihnen jetzt z.B. pay–4–performance–Angebote oder Ähnliches  
274 machen, Reha ja dann mit dabei ist. Dann könnte ich mir das vorstelle, das die das beide Seiten  
275 müssen ja irgendwie einen Vorteil daraus ziehen gegenüber der jetzigen Situation, sonst unterschreibt  
276 ja keiner. #00:21:23–37#

277 **I:** Würde es denn jetzt vielleicht helfen, wenn man Kranken– und Pflegeversicherung zusammenlegen  
278 würde? #00:21:27–38#

279 **B:** Auf jeden Fall steht da alles drin. Also sie haben so viele unnötige Schnittstellen, die wirklich wo  
280 man sich fragt warum haben die das gemacht, die haben das deswegen gemacht damit die den den  
281 Krankenversicherungsbeitrag nicht erhöhen mussten. Aber das ist nun auch 25 Jahre her jetzt haben  
282 wir uns alle dran gewöhnt jetzt könnten wir das Mal schön zusammenfassen Grundproblem RSA, das  
283 ist eben das eine ist RSA gesteuert ist, das andere nicht und schon haben sie im Grunde genommen so  
284 unterschiedliche Anreizwirkungen, die man im Grunde genommen auch nicht in den Griff kriegt. Da  
285 können sie noch so schöne Modelle machen und so am Ende ist immer so, wenn jemand anders dafür  
286 zahlt, dass ihre Versicherten pflegebedürftig sind, was sollen sie sich dann große Mühe geben?  
287 #00:22:06–39#

288 **I:** Inwieweit würden denn insbesondere ländliche Gebiete von einer besseren Vernetzung profitieren?  
289 Ist das vielleicht wirklich die einzige Möglichkeit um den Auswirkungen vom demografischen Wandel  
290 entgegen zu treten? #00:22:17–40#

291 **B:** Ich bin da nicht so sicher. Also wir haben ja im Grunde genommen ja ein Vernetzungsmodell  
292 vorgeschlagen mit diesen ländlichen Praxen dort. Das ist aber eine sehr spezielle Form von Integrierter  
293 Versorgung. Das ist im Grunde genommen eine gesteuerte, die kommt ja nicht aus dem Markt heraus.  
294 Ich glaube das es wesentlich einfacher ist in Nürnberg Süd oder in in Hamburg Ost oder sonst wo so  
295 etwas zu machen, wo viele Versicherte sind, wo viele Ärzte sind, sodass man aussuchen kann, ich  
296 meine wenn alle dabei sind kann man ja gleich im Kollektivvertrag bleiben. Also die Normalen sag ich  
297 jetzt mal aus dem von den von den von den Graswurzeln her entstehenden Projekte die werden weiter  
298 hin eher im städtischen Bereich sein, so wir es jetzt auch sehen. Wir brauchen aber für die ländlichen  
299 Regionen spezielle Versorgungskonzepte einfach um die Versorgungssicherheit da sicherzustellen,  
300 aber das wird dann eher ne Geschichte sein, die vom Land kommt oder von der Kommune oder dass  
301 die KV also das ist eher eine regulatorische Entscheidung zu sagen gut wir haben bisher drei drei  
302 Hausärzte, die haben wir in dem Dorf, in dem Dorf und in dem Dorf jetzt werden zwei davon 65 und  
303 haben keinen Nachfolger, wir müssen das konzentrieren mit angestellten Ärzten besetzen und haben

304 sie dann natürlich auch ne Integrierte Versorgung, als wenn sie so wollen. Dann wird nen Ärztehaus  
305 gebaut und in irgendeiner Rechtsform geführt und der Träger ist auch irgendjemand aber das ist dann  
306 eher um um sozusagen die die überhaupt die Versorgung aufrecht zu erhalten, das ist nicht ganz das  
307 was man sich unter IV mal vorgestellt hat. Das war ja eher ein wettbewerblicher Gedanke. Aber  
308 natürlich die die Gedanken sind sehr ähnlich, dass man durch nen entsprechenden aufeinander Bezug  
309 und durch die Überwindung von Sektorgrenzen auch auch Dinge, die vielleicht nicht so sinnvoll sind.  
310 Auch so ne Konkurrenzsituation zum Krankenhaus und Ähnliches, da wo sowieso keiner ist, dann  
311 doch bitte vermeidet, also z.B. das Krankenhaus selber kann ja auch Nukleus davon sein. So nen  
312 kleines MVZ vor die Tür setzen, wo es vielleicht noch Fördermittel für bekommt und und da eben  
313 angestellte Ärzte reinsetzt. Also als das ist natürlich auch IV und wie gesagt das würde ich eher als  
314 Spezialfall für unterversorgte Gebiete sehen. #00:24:16–41#

315 **I:** Jetzt Sie hatten es eben schon angesprochen kommen Kommunen und auch die Kreise immer mehr  
316 vielleicht auch in ne neue Rolle bei Gesundheitsversorgung. Müssen die viel stärker als Moderatoren  
317 für sowas, für den Aufbau von solchen Netzwerken auftreten oder wie könnten die besser eingebunden  
318 werden? #00:24:29–42#

319 **B:** Also in unterversorgten Gebieten auf jeden Fall, da kriegen die jetzt eine ganz andere  
320 Verantwortung. Das macht entweder das Land oder die Kommune oder das Land delegiert das an die  
321 Kommune. Ich denke, da wird man vor Ort wesentlich mehr jetzt in die Bresche gehen als jetzt nur  
322 was weiß ich nen Haus zur Verfügung zu stellen und zu hoffen, dass dann irgendein Arzt kommt. Also  
323 das wird sich das wird sich wandeln und das wird bald auch zum normalen kommunalen Geschäft  
324 gehören. Und die KV auf die würde ich da nicht so sehr hoffen, die wird halt auch dominiert von  
325 Menschen die auch ganz woanders die die sitzen halt auch in den Großstädten. Kann ich auch  
326 nachvollziehen deswegen haben wir auch gesagt es darf jetzt nicht der Anreiz entstehen für die KV zu  
327 sagen oh Gott sei dank, jetzt sind wir den Kram los ja da haben die wieder ihr integriertes  
328 Versorgungsmodell wir sind im Grunde genommen raus da, also da wo es schwierig wird da nicht  
329 mehr dabei bleiben zu wollen, deswegen haben wir diesen 50% Landarztzuschlag gemacht um das  
330 eben möglichst abschreckend zu machen, dass die KV also weiter hin versucht erst mal das  
331 Schlimmste zu verhindern, weil ihr das anschließend abgezogen wird. Das ist einer der Hintergründe  
332 warum wir den Hauptvorschlag da so gemacht haben in dem aktuellen Gutachten. #00:25:32–43#

333 **I:** Sollte der Gesetzgeber denn vielleicht für gerade für unterversorgte Gebiete nen Zwang zur  
334 Vernetzung der einzelnen Gesundheitsakteure machen oder würd das eher kontraproduktiv laufen, man  
335 Leute an einen Tisch holt, die gar nicht miteinander arbeiten wollen? #00:25:42–44#

336 **B:** Also ich glaube das läuft eher informell in die Richtung, weil was sollte der der, also wenn wir ne  
337 Förderung brauchen und das sozusagen nicht von alleine sich sich schafft die Struktur, so wie es jetzt

338 ja zur Zeit noch ist, warum sollte er dann in Strukturen investieren, die wo alle wissen unwirtschaftlich  
339 sind? Also das das glaube ich nicht, das man es ins Gesetz rein schreiben muss, sondern wenn ich nen  
340 Haus baue, dann würde ich das ja nicht nur für einen einzigen Arzt und was weiß ich drei vier Meter  
341 weiter das nächste Haus bauen. Also das ist eher bei individuellen Lösungen, dass man dann sowas  
342 dann macht wenn's ne kommunale Lösung ist, dann wird's auch vermutlich eine irgendwie geartete  
343 Vertretungsregelung oder Absprachen zwischen den Einzelnen die das dann machen gefordert werden.

344 #00:26:28–45#

345 **I:** (...) sollte es denn Ihrer Meinung nach vielleicht bundesweite Standards geben, z.B. Mindestgröße  
346 von Netzwerken oder aber auch Finanzierungsformen, Leitbild. #00:26:39–46#

347 **B:** Nö warum? Also sie sitzen einem Liberalen gegenüber wo wofür sollte das gut sein? Also was man  
348 machen kann ist wenn's öffentliche Gelder gibt, das man rein schreibt, was man sich denn vorstellt.  
349 Was was was wenn Sie Leitbild sagen, klar man man kann z.B. Finanzierungsmodelle einfach mal  
350 ausprobieren und und dann irgendwann auch mal in eine Ausschreibung rein nehmen, dass man sich  
351 das so und so vorgestellt hat, aber erst mal muss man natürlich Dinge zulassen, insbesondere wenn wir  
352 jetzt nicht über die unterversorgten, wie gesagt da sehe ich nen Unterschied. Sondern über das normale  
353 Feld Wald und Wiesen also das kann doch jeder machen wie er möchte. Also wenn wenn es für sie das  
354 in Ordnung ist, das sie das mit drei Kollegen machen als Arzt, dann sollen sie es eben mit drei  
355 Kollegen machen, wenn dadurch eine bessere Vernetzung entsteht warum nicht? Das müssen nicht  
356 unbedingt 20 sein. Wenn man sagt, wenn ich nen Netz fördere, dann ist so nen Popelnetz aber oder  
357 nicht das was mir vorschwebt, das muss dann schon nen bisschen was Besseres sein, das kann der  
358 Geldgeber dann schon dafür gibt's auch wissenschaftliche Argumente nebenbei gesagt aber nur weil es  
359 wissenschaftliches Argument dafür gibt, muss ich Leuten nicht verbieten das anders zu machen. Wenn  
360 wenn sie es mit ihrem eigenen Geld machen natürlich. #00:27:40–47#

361 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht denn überhaupt Alternativen für ne sektorübergreifende Versorgung?  
362 #00:27:45–48#

363 **B:** Also wenn man die Ziele erreichen will über die wir sprechen eigentlich nicht, nein, aber wie  
364 gesagt man kann überlegen ob das unbedingt als IV passieren muss und bestimmte Gedanken, die wir  
365 bei der IV entwickelt haben alle gemeinsam, ob man die nicht auch im Kollektivvertrag teilweise  
366 umsetzen kann. Ja also wie gesagt stärkere Kommunikation untereinander vielleicht auch stärker zu  
367 betonen was jetzt ne Rolle ist, wird jetzt beim NRW-Plan z.B. gemacht, das man sagt bestimmte  
368 Krankenhäuser sollen eben nur noch bestimmte Dinge tun, das ist ja auch schon nen starker Eingriff  
369 wenn sie so wollen ja, aber das ist ein Ausfluss aus dem Kollektivvertrages, dazu hat sicherlich der  
370 Gesetzgeber das Recht, wenn er schon dafür das Geld gibt. #00:28:27–49#

371 **I:** (...) existiert in der deutschen Bevölkerung vielleicht auch eine zu große Angst vor einer weiteren  
372 oder stärkeren Privatisierung des Gesundheitswesens, das vielleicht auch als Hemmnis dient?  
373 #00:28:36–50#

374 **B:** Nein also über die Sache, über die wir eben gesprochen haben wäre eher ne Re-Kommunalisierung  
375 weg von ner Privatisierung und ich glaube, wenn wenn Sie meine Mutter fragen, was Integrierte  
376 Versorgung, weiß die auch nicht wo drum es geht. Also die Patienten stimmen ja mit den Füßen auch  
377 ab, sie haben ja das das die Möglichkeit derzeit noch in den freien Modellen darein zu gehen oder es  
378 eben sein zu lassen. Und wenn der Doktor sagt, das ist ne coole Sache geh mal rein, und sie dem  
379 Doktor vertrauen, dann werde sie ihre Erfahrungen machen und dann drin bleiben oder eben auch  
380 nicht. Ich glaube, dass das ist, sehr stark von der Anbieterseite derzeit getrieben es nicht so, dass die  
381 Patienten vor irgendetwas Angst hätten oder so, die Zuspruchraten sind eigentlich nicht so doll, was  
382 wiederum mit dem Kollektivvertrag zusammenhängt, der so schlecht ja auch wieder nicht ist. Warum  
383 soll ich zumindest als halbwegs gesunder Mensch mich irgendwie binden, irgendwas unterschreiben,  
384 wenn ich im Grunde genommen zufrieden bin, so wie es ist? #00:29:22–51#

385 **I:** Inwieweit könnte eine etwas besser ausgearbeitete sektorenübergreifende Ausbildung der  
386 Gesundheitsberufe vielleicht auch Schranken in den Köpfen abbauen? #00:29:31–52#

387 **B:** Also die Ausbildung selber ist ja sektorübergreifend bei den Ärzten zumindest. Also daran kann es  
388 nicht unbedingt liegen, diese Sektorgrenzen kommen ja erst später in die Köpfe rein. Ich glaube dass  
389 das eher später gelebt werden muss im kollegialen Austausch sie wissen alle so ungefähr was nen  
390 Hausarzt macht und ein Hausarzt kann sich ungefähr vorstellen, weil er in seiner Ausbildung auch mal  
391 nen Facharzt gesehen hat wie der das so macht so Hospitierungsgeschichten usw. gerade in der  
392 Ausbildung da haben wir auch einiges zu geschrieben, das ist eher ne ne Möglichkeit auf bestimmte  
393 Berufsbilder wie den Hausarzt dann stärker hin zu greifen, dass der eben auch ein akademischer Beruf  
394 ist, der der viel Befriedigung bringt, und man jetzt nicht unbedingt alle Radiologe werden müssen.  
395 #00:30:15–53#

396 **I:** Wenn jetzt erst mal nen Netzwerkmanagement etabliert ist, über welche Kommunikationskanäle  
397 könnte denn so nen Netzwerkmanagement auf so ein Netzwerk aufmerksam machen bei der  
398 Bevölkerung? Funktioniert das wirklich nur über direkte Ansprache oder ist das, wird das Internet  
399 auch immer wichtiger? #00:30:31–54#

400 **B:** (...) also das Internet hat eher für Bevölkerungsgruppen ne Bedeutung, die jetzt jetzt noch nicht  
401 ganz krankheitsaffin sind. Natürlich kucken auch die Älteren nach und googlen ihre Krankheit usw., das  
402 ist nicht die Frage. Aber jetzt sich umzuschauen nach nach Versorgungslösungen, ich glaube, dass ist  
403 doch eher so, dass man kommt von dem, was man hat, aus dem Hausarzt, wo man ist, von dem  
404 Spezialisten, wo man ist, dass der einen dann hinweist oder aber was natürlich durchaus jetzt



405 tatsächlich vorkommt, bei speziellen chronischen Erkrankungen, dass die sich untereinander  
406 austauschen, das hört man jetzt viel. Es sind dann eher, also es ist natürlich nicht sehr sehr der normale  
407 Diabetiker, sondern das müssen dann schon schwere Verlaufsformen sein, die haben guten Kontakt  
408 miteinander, die sind gut vernetzt, zum Teil auch über das Internet. Aber es sind ja doch eher  
409 sozusagen Randerscheinungen. Also wenn man über den großen großen, also die große Menge der  
410 Patienten schauen, dann glaub ich lassen die sich noch noch stärker von denen Strukturen wie sie da  
411 sind leiten und wenn dort nen Angebot entsteht, dann wird da auch die Nachfrage entstehen. Die  
412 Nachfrage entsteht nicht von den Patienten derzeit. Außer jetzt in diesen speziellen Krankheitsbildern,  
413 im Grunde schon ganz guten Lotsen ihrer selbst sind. #00:31:39–55#

414 **I:** Sie hatten es jetzt eben angesprochen, das Kinzigtal wird oft als Leuchtturm für Integrierte  
415 Versorgung genannt. Was gibt es denn noch für Gründe, warum es nicht warum es nicht noch  
416 vielleicht noch 2–3 andere solche Projekte gibt? #00:31:50–56#

417 **B:** Sehr gute Frage ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht, weil wenn das alles so wunderbar ist und  
418 Kinzigtal kommt ja mit einer Erfolgsmeldung nach der Nächsten, da fragt man sich natürlich schon  
419 warum wird das nicht ausgerollt, warum machen das nicht andere auch so. Also die Firma die das  
420 macht, die versucht das ja, tut sich offensichtlich schwer damit. Populationsbasierte Projekte das ist  
421 meine Erklärung aber die ist jetzt nicht wissenschaftlich basiert scheinen nicht so das Nonplusultra zu  
422 sein, sie sind dann sehr schnell an den ähnlichen Problemen wie der Kollektivvertrag auch. Vielleicht  
423 ist es auch einfacher sich bestimmte Probleme heraus zu suchen also bestimmte Indikationen und die  
424 damit verbundenen Probleme herauszusuchen und daran weiter zu arbeiten und dafür brauche ich kein  
425 Kinzigtal das gibt's ja gibt's ja sehr viel nur das was ich mir wünschen würde ist, dass man die Dinge  
426 dann mal mehr ausbaut und das nur auf die Frage warum passiert das nicht, ja vielleicht müsste man  
427 mehr Unternehmer haben die das tun, die solche Lösungen dann ausarbeiten und das wir auch ein  
428 Modell mit den Krankenkassen haben das man z.B. für multimorbide über die ich vorhin sprach also  
429 so multimorbide, die jetzt nicht nicht völlig aus der Art geschlagen sind, sondern wo wo typische  
430 gemeinsame Krankheitsbilder da sind, dass man für die Lösungen findet und dann wird's dann ein  
431 wenig komplexer als jetzt nur zu sagen wir machen schönen Austausch von Arztbriefen zwischen  
432 Hausärzten irgendwelchen zwei, drei Spezialitäten und das war's und beschließt Krankheitsbilder  
433 abzudecken. #00:33:13–57#

434 **I:** Jetzt gibt's ja auch den Vorschlag, das z.B. dass die DMP–Programme in den die IV übertragen  
435 werden, was halten Sie von so einem Vorschlag? #00:33:21–58#

436 **B:** Ist ein Vorschlag des Sachverständigenrates speziell von Herrn Wille man kann das machen, man  
437 muss es aber nicht machen. Ich glaube nicht das sich die Welt dadurch ganz groß ändert wir hätten  
438 dadurch den Vorteil, dass das wir die DMP Programme bisschen dezentraler hätten, die Frage ist ob

439 die Welt das gerne möchte zurzeit haben wir im Grunde genommen wenn man's richtig sieht ein DMP  
440 Programm für die Erkrankung, eins für die eins für die, das heißt es ist für den Arzt ganz gut fassbar,  
441 als das er jetzt je nach Krankenkasse dahin greifen muss, was für nen DMP Programm haben die da?  
442 Das wäre natürlich wettbewerblich, das wäre natürlich das Beste. Deswegen ich kann ganz gut leben  
443 mit der Situation wie sie es jetzt ist, ich weiß das DMP im Grunde ganz gut läuft so was ähnliches wie  
444 Integrierte Versorgung, das wir dort keine speziellen Anbieterverträge brauchen von daher macht das  
445 das Leben auch etwas einfacher. Ehrlich gesagt ich sehe da keinen dringenden Handlungsbedarf ich  
446 würd's erst mal so lassen wie es jetzt ist. Ich würde bei DMP einiges ändern, aber ich würde jetzt nicht  
447 unbedingt das Ganze versuchen zu mergen, das würde glaube ich nicht so viel mehr, also es würde nen  
448 bisschen übersichtlicher machen ich glaube das ist vor allem was was Herrn Wille da treibt da einfach  
449 systematischer das Ganze nicht so betrachten als wären es völlig unterschiedliche Dinge, na gut aber  
450 wie gesagt daran das ist nicht unser Hauptproblem. #00:34:33–59#

451 **I:** Die ganze Gesellschaft wird immer digitaler, das Gesundheitswesen bleibt immer so nen bisschen  
452 zurück, liegt das vielleicht auch daran, das Leistungserbringer oder aber auch Krankenkassen, KVn ein  
453 bisschen Angst vor mehr Transparenz haben? #00:34:44–60#

454 **B:** Gut möglich, ja also das das sieht man sehr schön bei den bei den Krankenhäusern so wo es jetzt  
455 um Qualitätsdaten und Ähnliches geht oder auch wenn gesprochen wird über die neue  
456 Gesundheitskarte, wo mal gesagt wird können wir das eigentlich auswerten, können wir das eigentlich  
457 auch Mal nach Ärzten auswerten? Prozenter und Mordio und natürlich auch selbst wenn jetzt nicht  
458 direkt Programm ist, steht natürlich immer dahinter das es möglich wäre, das man mal kuckt wie ist  
459 denn die Ergebnisse, das was jetzt das Qualitätsinstitut für die Krankenhäuser machen soll wäre  
460 natürlich theoretisch auch denkbar das man das mit da nen entsprechenden Datenpool hat auch grade  
461 für größere Praxen macht zwischen onkologischen Praxen oder so ja wie sind die denn so gegenüber  
462 dem angrenzenden Krankenhaus, was rezidive angeht, das sehen wir in den Daten. Das finden die  
463 nicht schön. #00:35:32–61#

464 **I:** Wir haben in Deutschland unglaublich viele Gesundheitsdaten, die werden aber nicht zentral  
465 ausgewertet, kann dieses Institut da wirklich ein die Lösung für sein? #00:35:41–62#

466 **B:** Nein wir bräuchten einen wissenschaftlichen Datenfall und der der da jetzt angedacht ist, ist völlig  
467 ungeeignet. Also wieder aus Datenschutzgründen als wenn ich Interesse dran hätte raus zu finden was  
468 Frau Müller im Saarland da macht. Ja man kann das ja sehr beschränken auf bestimmte auf bestimmte  
469 wissenschaftliche Einrichtungen, müssen nicht nur Universitäten sein, als sowas wie das IGES oder so  
470 die das kann man schon definieren wer da wer da einigermaßen seriös ist und wer nicht. Man kann das  
471 auch an Forschungsfragen festmachen und ähnlichen und dann einiges da rein schreiben das die eben  
472 nicht auf auf individuelle zurück kommen dürfen. Ich glaube es gibt so wenig Leute, die auch damit

473 was anfangen könnten mit dieser mit diesen Informationen, das ich diese Angst gar nicht verstehe,  
474 sondern es wird uns im Grunde verwehrt Versorgungsforschung zu betreiben, die die wir ja nicht nur  
475 für uns machen, sondern die ja auch nen konkreten Umsetzungsgrund hat nämlich wiederum das Wohl  
476 der Patienten und der Verbesserung des Gesundheitssystems. Also das ist schon schwierig. #00:36:37–  
477 63#

478 **I:** Sie hatten es jetzt eben schon mal angesprochen Bereinigungsverfahren ist unheimlich schwierig bei  
479 vielen IV Verträgen, was könnten Sie sich für ein Modell vorstellen, um das zu vereinfachen?  
480 #00:36:46–64#

481 **B:** Es gibt praktisch keinen IV-Vertrag bei dem das schwierig ist, weil es gibt kaum welche die  
482 bereinigen. Das war ja auch eine eines unserer Erkenntnisse, dass fasst alles Add-on also 99 % sind  
483 Add-on-Verträge. Wenn sie mal Hausarztverträge raus nehmen, Kinzigtal raus nehmen, Kinzigtal ist  
484 glaub ich auch Add-on. Also, ich hab mich da ja lange mit beschäftigt daran zwecks des Gutachtens  
485 und ich muss wirklich sagen man man kann da natürlich noch ne weitere Idee noch entwickeln, wie  
486 man das für bestimmte Verträge einfacher machen kann, ohne jetzt in die Details zu gehen, steht alles  
487 im letzten Gutachten drin. Am Ende bleibt das Grundproblem, sie müssten ja das raus nehmen, was  
488 sonst angefallen wäre, wenn der Patient weiterhin im Kollektivvertrag drin ist, das weiß natürlich nur  
489 der liebe Gott ja. Also die Welt dreht sich weiter, er wird vielleicht besser besser behandelt, deswegen  
490 hat er weniger Inanspruchnahme oder einfach sein Krankheitszustand ändert sich von von von alleine.  
491 Also dann müsste man irgendwelche Kontrollgruppen haben, was im Grunde in dem Umfang ja gar  
492 nicht machbar ist. Also das ist ein im Grunde genommen fast unlösbares Problem. Für bestimmte  
493 Fragestellungen, wir haben ein das gemacht für die Fragestellungen wenn sie wenn sie, im Grunde  
494 wenn es die Einspareffekte im ambulanten Bereich egal sind, dann können sie ein relativ vereinfachtes  
495 System fahren, das haben wir beschrieben. Wurde aber nicht umgesetzt, weil die Leute das perfekte  
496 System weiter suchen, wie immer in Deutschland und darüber vergessen, dass es pragmatisch auch  
497 anders geht. Pragmatismus bedeutet zurzeit, dass eben überhaupt nicht bereinigt wird. Das kann's auch  
498 nicht sein. Also das ist der Tod auf Dauer von von einer wirklichen Integrierten Versorgung, die dann  
499 auch alternativ, zumindest für diesen Teilbereich, wie gesagt, zum Kollektivvertrag ist. #00:38:25–65#

500 **I:** Fehlt Deutschland da vielleicht auch ne eine parteiübergreifende Vision, wie das Gesundheitswesen  
501 2050 aussehen soll? #00:38:33–66#

502 **B:** Nö die große Koalition ist ja im Grunde so ne parteiübergreifende Vision, die auch immer auf jeden  
503 Fall ne Politik parteiübergreifende. Ich sehe zurzeit auch gar nicht mehr die großen Unterschiede,  
504 selbst zu den Grünen nicht. Die Linke hat keine Gesundheitspolitik, die FDP gibt's nicht mehr, die  
505 AfD gibt's noch nicht, also ich sehe nicht den großen gesellschaftlichen Zwist über irgendwelche  
506 Fragen im Gesundheitssystem, gibt's ja derzeit nicht. Gibt's vielleicht wieder nach der nächsten

507 Bundestagswahl aber derzeit ist es nicht die Frage und alles andere also wie gesagt als liberaler glaube  
508 ich nicht das wir ne gesellschaftliche Idee haben sollten, wo jetzt alle hinter herlaufen sollten oder so.  
509 Es gibt immer Menschen, die für ihre für ihre Farbe sozusagen dann eine neue Idee entwickeln, das ist  
510 auch gut so. Dass man auch mal Alternativen, hat auch mal bei der Wahlentscheidung. Aber den den  
511 großen Konsens den haben wir ja jetzt und ob wir damit so viel besser fahren ist ja die Frage also  
512 persönlich würde ich mir vielleicht eher mal wünschen, dass jemand aus dem Konsens ausbricht jetzt  
513 zurzeit, und mal sagt nein z.B. in der Krankenhausfinanzierung brauchen wir jetzt ne monistische  
514 Finanzierung weg damit ja und sehe ich jetzt rede ich jetzt auch durch die Gegend und versuche die  
515 Leute zu überzeugen. Oder ja im im im IV-Bereich da haben sie ja fast alle alle Möglichkeiten. Aber  
516 wenn man mit der Bereinigung nicht nicht klarkommt, dann machen wir mal eben ohne Bereinigung  
517 weiter oder wir wir machen dann doch wieder bestimmte Anschubfinanzierung ähnliche Dinge, wo  
518 keine Bereinigung dann mehr notwendig ist. Einfach damit irgendwas vorangeht. #00:40:02–67#

519 **I:** Welche Impulse erwarten Sie z.B. von den geriatrischen Versorgungsverbänden, die jetzt in NRW  
520 ab nächstem Jahr etabliert werden sollen? #00:40:11–68#

521 **B:** Diese sollen gut evaluiert werden, man muss auch kucken ob die viel besser sind als die jetzige  
522 Versorgung, das ist noch nicht ausgemacht. Kann so sein, muss aber nicht so sein ja. Wenn ich da viel  
523 mit Prävention sehe, dann ist das ja super, muss man halt kucken ob's super ist, ob's so viel besser ist,  
524 ob das Geld da gut angelegt ist. Und wenn das so ist würd ich das so behandeln wie jede andere  
525 Neuerung also schauen verbessern und dann gegebenenfalls implementieren wo es eben passt. Also ich  
526 sehe jetzt nicht, dass das sich unterscheidet von von anderen Fragestellungen, die wir eben auch im  
527 Gesundheitswesen haben. Das sind bestimmte Chroniker wo es noch nicht rund läuft. #00:40:40–69#

528 **I:** Gibt sehr viele Projekte, die gar nicht evaluiert werden, woran liegt das Problem? #00:40:44–70#

529 **B:** Ich glaube schon dass die evaluiert werde, die Krankenkassen machen da einige natürlich nicht in  
530 dem Umfang wie wir uns das vorstellen würden. Aber das liegt ganz klar. Also erstens die oder häufig  
531 sind die sind die entweder zu klein, dass sich das wirklich kaum lohnt, mit 40 Patienten brauchen sie  
532 noch nichts evaluieren oder die Krankenkassen wollen das gar nicht, weil sie das intern für sich  
533 entscheiden wollen und sich nicht in die Karten greifen, kucken lassen wollen, das ist ja auch in  
534 Ordnung so. Allerdings brauchen wir für bestimmte Fragestellungen diese Leuchtturmprojekte, über  
535 die wir vorhin schon sprachen. Und die und deswegen ist der Innovationsfonds schon eigentlich eine  
536 ganz gute Idee, also so wie er jetzt ausgestaltet wird hab ich da meine Zweifel, ob da das Beste bei  
537 herauskommt. Der G-BA nun so die die Adresse dafür ist. Aber so etwas aufzulegen und dann gezielt  
538 also ich ich würde eher die Fragestellung von oben runter gehen natürlich in so nem Verfahren, das  
539 man erst einmal Fragestellungen sammelt aber ich würde jetzt nicht open tender machen und sagen  
540 reicht uns mal alle eure Ideen mal ein und dann schauen wir mal und wer das gut darstellt, der

541 bekommt dann den Zuschlag, also ich würde eher umgekehrt vorgehen wie das DIMDI Mal beim HTA  
542 gemacht hat eher Fragestellungen sammeln, dann priorisieren und danach dann ausschreiben. Das wir  
543 mal wissen, was mit mit Hausarztzentrierter Versorgung was hat das wirklich für Auswirkungen und  
544 Ähnliches. #00:41:54–71#

545 **I:** Wenn Sie Wünsche dem Gesetzgeber gegenüber hätten, welche wären das? #00:41:58–72#

546 **B:** Also weniger Regulierung was die was das BVA angeht. Dann eine eine etwas andere  
547 Ausgestaltung vom Innovationsfonds, nämlich sodass man eben diese Fragestellung. Im Grunde  
548 genommen bin ich aber ansonsten mit der 140a Regelung ganz einverstanden. Es wird halt noch noch  
549 zu wenig genommen. Und vielleicht mal ja für die Bereinigung müsste man im Grunde genommen  
550 auch noch mal ein Forschungsvorhaben auflegen also wir sind da schon ziemlich, ziemlich tief  
551 eingedrungen aber vielleicht noch mal anhand konkreter Beispiele das dann noch mal durchzurechnen.  
552 Zurzeit wird überhaupt nicht gemacht. Also das sind so drei wichtige Bereiche wo ich wo ich durchaus  
553 noch Handlungsbedarf sehen könnte. Beim Letzten ist es noch offen ob die zu besseren Lösungen  
554 führen können. #00:42:43–73#

555 **I:** Was möchten Sie denn abschließend noch zum Gesundheitswesen oder zur Integrierten Versorgung  
556 mitteilen, was im Rahmen des Interviews noch nicht so angesprochen worden ist. #00:42:49–74#

557 **B:** Ach war ja schon sehr umfassend. Ja mich wundert das Sie das sie so wenig zum Innovationsfonds,  
558 vielleicht ist das zu spät in ihre Dissertation aufgenommen worden. Aber das wäre z.B. eine  
559 Fragestellung was man sich davon erwartet also was man dadurch fördern sollte also es zeichnet sich  
560 ja schon ab das bestimmte Voraussetzungen jetzt erfüllt sein müssen, um um damit spielen zu können  
561 und nicht alle sind sinnvoll sodass man sich z.B. nur bewerben kann, wenn man auch ne Krankenkasse  
562 im Huckepack hat verstehe ich überhaupt nicht. Klar muss man irgendwann jemanden haben, der da  
563 mitmacht aber wenn man den Zuschlag bekommen hat wird sich schon eine finden. Oder das man  
564 bestimmte Gruppen dabei ausschließt wie meinetwegen Industrie oder Ähnliches, man sollte sich die  
565 Fragestellungen ankucken, man sollte kucken was dabei raus kommt und dann entscheiden was wie  
566 das Geld gut ausgegeben ist oder die Fragestellung in welcher Form und wer das Ganze leitet das das  
567 Verfahren, weil es jetzt wirklich ne wichtige Frage ist, wie wir in der, in welche Richtung wir in der IV  
568 forschungsmäßig weiter gehen wollen und das wird dieser Fonds sehr stark mitgestalten. Und ich  
569 glaub da sind die ein wenig husch husch rüber gegangen, das macht der G-BA so wie immer. Also ich  
570 hoffe mal das ist ja noch nicht zu Ende, das Gesetz kommt erst im Herbst, das wir bis dahin noch ein  
571 bisschen die Gelegenheit haben da was noch nen bisschen in die richtige Richtung zu drücken.  
572 #00:44:14–75#

573 **I:** Herr Dr. [...] danke schön für das Gespräch. #00:44:17–76#

574 **B:** Sehr gerne (...). #00:44:18–77#

**Interviewpartner 11 (08.07.2014)**

1 **I:** (...) Herr [...] Sie sind [...] bei der KVWL. Welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit den  
2 besonderen Versorgungsformen gemacht? #00:00:12-0#

3 **B:** (...) also wir stellen aktuell eine Art Renaissance bei Arztnetzen sicher Arztnetze, die eine  
4 besondere Form eine Versorgungsform darstellen sind Ende der 90er Jahre vielfach gegründet worden  
5 in Westfalen-Lippe mit der Besonderheit, dass wir sogar drei Honorarnetze hatten. In Siegen, Bünde  
6 und Herdecke. Honorarnetz bedeutete, zur damaligen Zeit das die Ärzte eine ein bestimmtes  
7 Honorarbudget bekommen haben und dann interne Honorarverteilung vornehmen konnten. Das hatte  
8 die Folge, dass durch eine intelligente Vernetzung der Ärzte untereinander Doppeluntersuchungen und  
9 Mehrfachinanspruchnahme besser gesteuert werden konnten ohne einen Honorarverlust zu erleiden.  
10 Normalerweise ist es so, dass man immer als Arzt nur dann Geld bekommt wenn man auch eine  
11 Leistung erbringt und durch diese wirkliche intelligente Vernetzung konnte das konnte das  
12 Honorarverhalten beibehalten werden aber die Leistungsmenge konnte verringert werden. Das ging bis  
13 2008 dann war das aufgrund einer EBM-Reform musste das war das nicht mehr möglich, gesetzlich  
14 nicht mehr möglich und wir stellen jetzt fest aufgrund auch der Bundesgesetzgebung  
15 Rahmenvereinbarungen für Arztnetze die durchaus wieder im Vormarsch sind. Wir haben aktuell 19  
16 Regionen, die Anträge bzw. Anfragen zur Zertifizierung von Arztnetzen haben, da sind wir bundesweit  
17 vorne und das ja macht uns Mut, das diese ärztliche Kooperation gewünscht wird auch von der Basis  
18 und von der Politik auch, das wird nicht zuletzt deutlich im Koalitionsvertrag, wo eine verbindliche  
19 Förderung der Arztnetze vorgesehen ist. Und wir müssen kucken wie sie sich jetzt im Gesetz wirklich  
20 gestaltet. #00:02:19-1#

21 **I:** Jetzt ist der Begriff der Integrierten Versorgung ja immer so ein bisschen Zwiegestalten das ist ja  
22 einerseits im SGB V bei dem 140er drin, andererseits geht's in der Gesundheitsliteratur auch oft darum  
23 allgemeine Sektorenübergreifung. Jetzt hab ich das im Rahmen meiner Ausarbeitung Vernetzte  
24 Versorgung genannt. Dieses Konzept soll populationsbezogen sein, sektorenübergreifend aber auch  
25 Versicherungszweige übergreifend und soll den Patienten in den Mittelpunkt stellen und regional  
26 arbeiten. Was halten Sie von dem Namen bzw. von dem Konzept? #00:02:50-2#

27 **B:** Also ich finde das Konzept ein ganz wie sagt man so schön ganz großes Tennis. Das ist aus meiner  
28 Sicht der Weg in die Zukunft, das läuft in der KVWL unter der ähnlichen Überschrift regionales  
29 Versorgungsmanagement 2020 und beinhaltet in der Tat die Vernetzung der einzelnen Akteure im  
30 Gesundheitswesen. Also nicht nur niedergelassene Ärzte, nicht nur das Krankenhaus, auch die  
31 Physiotherapeuten, die Apotheken, die Reha Zentren, alle Akteure müssen in einer Region gut  
32 zusammengeschweißt werden. Davon sind wir auch überzeugt Vision 2020 das ist schon eine  
33 optimistische Prognose weil man man wirklich die Sektoren überwinden, die Sektorengrenzen

34 überwinden muss. Und versuchen muss eine Gewinner Situation für alle Beteiligten hinzukriegen. Das  
35 ist die große Herausforderung aber ich finde sie ist alternativlos und es lohnt sich dafür zu kämpfen.

36 #00:04:20–3#

37 **I:** Welche, wenn Sie das Idealbild jetzt so ner sektorenübergreifenden Versorgung sich mal vorstellen,  
38 welche zwingend notwendigen Voraussetzungen oder Merkmale muss denn, oder müssen denn  
39 gegeben sein? #00:04:09–4#

40 **B:** Sie brauchen zunächst einmal das Engagement und das Interesse der Akteure. Und der Wille der  
41 Wille zur Kooperation, der muss im Vordergrund stehen und damit kann ich auch viel bewirken. Ich  
42 brauche gar nicht so sehr also oder nächster Punkt wäre, man braucht die rechtlichen Möglichkeiten  
43 das zu tun, die Freiheiten es zu gestalten. So sie brauchen dafür sicherlich auch finanzielle Anschläge,  
44 finanzielle Anreize um diese sektorübergreifende Versorgung zu organisieren. Und es braucht es  
45 braucht eine IT–Unterstützung dabei, dass wir eine Datenplattform haben auf, wo die Patientendaten  
46 insofern auch den einzelnen Akteuren zugänglich gemacht werden können. Das sind wesentliche, aus  
47 meiner Sicht wesentliche Voraussetzungen die es die es zu erfüllen gilt. #00:05:10–5#

48 **I:** Jetzt in Deutschland ja so ne Sektorenübergreifung immer noch in ner Nische, wie beurteilen Sie  
49 denn die zukünftige Verbreitung dieser Form? #00:05:17–6#

50 **B:** (...) das wird abhängig sein, von von dem wirklichen Erfolgen einzelner dann auch hoffentlich  
51 auch etwas breiter angelegter Modelle. Die bisherigen IV-Verträge waren immer so kleine  
52 Nischenverträge für eine geringe Population, bei einer bestimmten Indikation das war vielleicht der  
53 Einstieg in die Diskussion aber nicht der Durchbruch. So ich ich glaube das wir das wir mal gut  
54 beraten sind auch grade zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor eine wirkliche  
55 Verzahnung hin zu kriegen wobei man ein gemeinsames Honorarbudget für diese beiden Sektoren  
56 veranschlagt. Und das dadurch natürlich, weil man weiß wie viele Geld man für eine kardiologische  
57 Versorgung zu Verfügung hat, dass man dann auch nach neuen Kriterien eine Honorarverteilung  
58 mitmacht und insofern versucht auch nochmal die Behandlungspfade wann Patienten aus der  
59 ambulanten Versorgung wie voruntersucht ins Krankenhaus gehen und nachher wieder in die  
60 ambulante Versorgung zurück überführt werden, dass man das weiter optimiert und das man die auch  
61 auch die Anreize wenn Sie so wollen für diesen Optimierungsprozess auch auch setzt und versucht  
62 beiden Sektoren da gerecht zu werden. #00:06:55–7#

63 **I:** Also würden Sie sich eher für ne Kompletpauschale aussprechen? #00:06:59–8#

64 **B:** Ja das wäre eine, ein in der Tat ein eine Vision, die wir haben, eine Kompletpauschale, und da  
65 sollte man beginnen mit einzelnen Krankenhäusern und innerhalb dieser einzelnen Krankenhäusern  
66 mit einzelnen Hauptabteilungen, weil das System ist sonst überfordert, und wir würden nichts hin

- 67 kriegen, aber wenn Sie bestimmte Hauptabteilungen sehen und haben auf der anderen Seite die die  
68 Zuweiser, die Einweiser dafür dann lohnt es sich so etwas mal auszuprobieren. #00:07:30–9#
- 69 **I:** Wenn man jetzt nen bisschen weiter spinnen würde, würden dann das auch so Pflege und Reha  
70 beinhalten oder wäre das dann schon nen viel zu großer? #00:07:37–10#
- 71 **B:** Nein das gehört selbstverständlich mit dazu. Ich glaube die Erfahrung sagt, dass man in schrittweise  
72 starten muss. Aber das die Schrittfolge halt auch schon (...) schneller sein muss als das in der  
73 Vergangenheit der Fall war. Also Reha, Pflege, Pflege und Rehabilitation gehören dazu in einer älter  
74 werdenden Gesellschaft. Sowieso haben wir die Schnittstellen ganz verstärkt zwischen  
75 Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten,  
76 die Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt auch. Also man muss diese Sektoren miteinander  
77 verbinden, gut ist immer wenn man schon zwei stabile Punkte hat und nicht vier voneinander mehr  
78 oder weniger selbständige Sektoren, deswegen bin ich ein Freund davon, dass man das schrittweise  
79 macht und vielleicht ja was wir hier jetzt in Westfalen–Lippe gemacht haben ein ein  
80 Vertragskonstellation jetzt auch erst mal nur zwischen Krankenkassen und Ärzten zur Versorgung in  
81 Pflegeheimen und das der nächste Schritt ist jetzt, der ist jetzt auch schon steht vor der Umsetzung,  
82 eine strukturierte Absprache zwischen den Pflegeheimen und den niedergelassenen Ärzte, wie erfolgt  
83 dort die Zusammenarbeit, wann muss ein Arzt kommen, welche Rolle kann eine entlastende  
84 Versorgungsassistentin spielen? Also wirkliche Behandlungsprozesse ganz detailliert abzusprechen da  
85 liegt der Schlüssel zum Erfolg. #00:09:16–11#
- 86 **I:** Jetzt schwebt ja auch der Innovationsfonds auch immer noch in den Köpfen rum, was erwarten Sie  
87 sich von dem für Impulse? #00:09:21–12#
- 88 **B:** (...) ja vielleicht liegt das daran weil ich schon 28 Jahre in der KV tätig bin, dass ich da nicht so  
89 riesig euphorisch bin, weil ich glaube das dieser Innovationsfonds schon tausend Mal verteilt ist  
90 gedanklich. Ich ich glaube aber, dass nen guter Impuls des Gesetzgeber ist, hier eine  
91 Anschubfinanzierung zu leisten und das es um einen Ideenwettbewerb geht, ein für so einen  
92 Innovationsfonds und dieser Ideenwettbewerb den sollte man an den sollte man sich beteiligen, das  
93 man meine feste Überzeugung und man sollte halt solche Modelle entwerfen, die eben in der Tat  
94 sektorübergreifend die einzelnen Akteure verbinden. Also ich finde es, wenn sie sie es als Fazit  
95 nehmen, ein eine gute Idee des Gesetzgebers, so etwas einzurichten, was die Umsetzung betrifft bin  
96 ich nicht so euphorisch und denke aber morgen wird hier so viel Geld fließen. #00:10:28–13#
- 97 **I:** Welche Vorteile gegenüber der Regelversorgung hat denn überhaupt so eine Vernetzte Versorgung?  
98 #00:10:34–14#
- 99 **B:** Ich glaube das es ein, ein Instrument ist auch junge Mediziner, insbesondere junge Mediziner  
100 wieder in die ambulante Versorgung zu bekommen. Alle Umfragen zeigen das junge Mediziner eine



101 nicht mehr alles alleine machen wollen. Sie wollen auf der einen Seite natürlich nicht das finanzielle  
102 Risiko der Selbstständigkeit übernehmen, sondern wollen auch gerne in einem Team, auch gerne als  
103 angestellter Arzt arbeiten und wenn ich in eine vernetzte Situation mich begeben wo in  
104 Führungszeichen das Feld schon bestellt ist, dann ist das für eine Region ein positives Merkmal  
105 ein sozusagen ein Alleinstellungsmerkmal von dem ich glaube, dass diese vernetzte Situation für junge  
106 Leute attraktiver macht. Der zweite Aspekt ist dass man natürlich auch in der medizinischen  
107 Versorgung Vorteile bekommt im Rahmen der Qualität weil sich die Akteure noch intensiver  
108 aushorchen, noch im Sinne der Patienten ihre Behandlung optimieren können. Also neben  
109 organisatorischen auch wirklich medizinische Vorteile. #00:11:54–15#

110 **I:** Inwieweit würden denn insbesondere ländliche Gebiete von so ner Vernetzung profitieren, ist das  
111 vielleicht der einzige Ausweg für manche Regionen? #00:11:59–16#

112 **B:** Ja ob's der Einzige ist weiß ich nicht, aber es ist zumindest einer, weil gerade die ländlichen  
113 Regionen ja für den Nachwuchs häufig unattraktiv sind, (...) Menschen neigen dazu natürlich dort  
114 hinzuziehen, wo eine bestimmte Infrastruktur da ist, wo der Arbeitsplatz für die Partnerin oder den  
115 Partner da ist, wo eine schulische Ausbildung da ist, wo eine urbane Situation einfach da ist, weil man  
116 auch seine sozialen Kontakte hat. Eine ländliche Region wird dadurch attraktiver, dass man noch  
117 bessere Arbeitsbedingungen findet, dass die vorbereitet sind, ich will gar nicht immer nur den  
118 finanziellen Aspekte da nach vorne zu stellen, aber den braucht es möglicherweise auch aber die  
119 Arbeitsbedingungen, das was das tägliche Leben ausmacht in einer Kollegialität in einer Kooperation  
120 das ist das was von der glaub ich von der jüngeren Generation vielfach erwartet wird. #00:13:02–17#

121 **I:** Sie hatten jetzt eben schon gesagt, dass das so ne Vernetzung unter großer Wahrscheinlichkeit  
122 alternativlos ist. Oder könnte man sich vorstellen, dass der Leistungskatalog immer weiter gekürzt  
123 wird oder es vielleicht zu einer ganzen Privatisierung des Gesundheitswesens kommt? #00:13:16–18#

124 **B:** Ich glaube das in in Deutschland wir diese Privatisierung nicht erleben werden, dafür sind die  
125 Sozialsysteme schon sag ich jetzt mal bewusst Gott sei Dank über Jahrzehnte gereift und etabliert in  
126 Deutschland. Und das das soziale Netz, was wir haben auch für alle Bürgerinnen und Bürger, die  
127 unverschuldet in Not gekommen sind, ein gutes Auffangbecken bildet insofern glaube ich dass die  
128 Politik auch gut beraten ist daran nicht wirklich zu rütteln. Ich glaube vielmehr dass wir durch solche  
129 Impulse wie ich weiß es jetzt aus dem ärztlichen Bereich sagen darf entfall der Residenzpflicht. Etwas  
130 für strukturschwache Regionen tun können. Entfall der Residenzpflicht bedeutet, dass Ärzte in einer  
131 urbanen Situation leben können und dann meinetwegen 30, 40, 50 Kilometer morgens in die ländliche  
132 Region fahren dort die Patienten versorgen und abends zurück in ihre urbane Situation kommen, in der  
133 sie vielleicht zum aktuellen Zeitpunkt leben. Das ist ein ein ein Erfolgsfaktor, weil ich glaube die die  
134 Attraktivitätssteigerung einer ländlichen Region ist ganz ganz schwierig. Ja das ist ganz ganz

135 schwierig hinzukriegen, und das was Menschen auch vielfach wollen, nämlich die Vorzüge in  
136 Anführungszeichen einer urbanen Situation, die kann man nicht ganz schnell in alle ländlichen  
137 Regionen bringen, möglicherweise gar nicht. 00:14:53–19#

138 **I:** Gibt's in Deutschland vielleicht auch eine viel zu große Angst vor Privatisierung im  
139 Gesundheitswesen? Man hört es ja auch immer wieder gerade im Krankenhausbereich. #00:15:00–20#

140 **B:** Ja das das würde ich sicher sehen, fängt an mit den Krankenkassen, mit den gesetzlichen  
141 Krankenkassen, die da natürlich auch an Einfluss verlieren würden, wenn sie ihre Versicherten  
142 verlieren. Privatisierung bedeutet natürlich auch finanzielle Verantwortung für den Einzelnen. Mehr es  
143 heißt er müsste sich doch irgendwie anders privat absichern ich glaube, dass die Zeit einfach in  
144 Deutschland nicht reif dafür ist. Und halte das auch aus den gemachten Erfahrungen nicht für  
145 zielführend. #00:15:39–21#

146 **I:** Aus Ihrer Sicht welches sind denn die Faktoren, die eine weitere Verbreitung von so einer  
147 sektorenübergreifenden Versorgung hemmen, so die wichtigsten? #00:15:47–22#

148 **B:** Das sind sicher zunächst einmal die, die mangelnden gesetzlichen Optionen, insbesondere ja  
149 insbesondere wenn man auf die finanzielle Ausgestaltung schaut. Hier haben wir Budgets für  
150 ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Reha-Versorgung: Diese Sektoren sind nicht  
151 durchlässig. Jeder schaut, dass sein Sektor vernünftig ausgestattet ist und will davon auch nix abgeben.  
152 Das verhindert ein bisschen die die Innovation, das das Zweite was was hinderlich ist sämtliche  
153 Versorgungsmodelle integrierte Versorgungsmodelle, sektorübergreifende Versorgungsmodelle  
154 müssen konzipiert werden, sie müssen vorgedacht werden, da steckt ein hoher Arbeitsaufwand hinter,  
155 der auch in der Anschubfrage oder Finanzierung überhaupt nicht berücksichtigt ist, d.h. also man setzt  
156 auf die Primärmotivation der einzelnen Beteiligten und hofft dass diese das dann schon machen,  
157 obwohl diese schon vielfach schon unter Hochdruck ihre Versorgung durchführen, sowohl im  
158 stationären als auch im ambulanten Bereich. Und das einfach die die Ressourcen und damit mein ich  
159 jetzt nicht nur die finanziellen, sondern auch die die zeitlichen Ressourcen kaum zur Verfügung  
160 stehen. In dem man letztendlich Versorgungsmodelle wirklich weiter entwickeln kann und erproben  
161 kann, das das das ist schwierig. Dann haben wir wenn sie noch mal auf die Demografie schauen  
162 natürlich auch im ärztlichen Bereich ein Durchschnittsalter was deutlich über 50 liegt im ambulanten  
163 Bereich im stationären Bereich ist das etwas geringer, das ist schon richtig, aber wir in Westfalen–  
164 Lippe ein eine Zahl haben von etwas über 30% aller niedergelassenen Ärzte sind über 60. Auch das  
165 muss man berücksichtigen, und wenn ich in der in dieser Lebensphase bin in dieser beruflichen  
166 Lebensphase dann will ich natürlich versuchen meinen Beruf gut zuende zu bringen, aber bin vielleicht  
167 nicht mehr so hochgradig primär motiviert noch große Risiken einzugehen, große Veränderungen zu

168 stemmen, sondern versuche meine Patienten weiter gut bestmöglich zu versorgen, aber habe natürlich  
169 nicht die die Bereitschaft in in große Veränderungsmodule einzutreten. #00:18:29–23#

170 **I:** Würd's denn dann vielleicht was helfen, wenn der Gesetzgeber die Kranken- und  
171 Pflegeversicherung einfach zusammenlegen würde, um einfach diesen Verschiebebahnhof schon mal  
172 aufzulösen?#00:00:20–24#

173 **B:** Das ist sicherlich eine eine gute Idee das zu tun (...) dadurch können glaube ich auch ein Paar  
174 Optimierungspotenziale in der Versorgung erschlossen werden. Dass das finde ich gut, durch diese  
175 Verschmelzung hängt natürlich auch wieder damit zusammen das man Aufgaben und Finanzierung  
176 zusammenbringt. Und das das finde ich ne spannende ne spannende Überlegung, die sicherlich auch  
177 nach Anfangsschwierigkeiten auch positive Früchte tragen wird. #00:19:21–25#

178 **I:** Wir hören es ja auch immer bei uns aus der Praxis, das sich die Leistungserbringer gerne vernetzen  
179 würden, aber dafür gibt es kein Geld. Muss das extrabudgetär vergütet werden oder könnte das über  
180 Einsparungsmodelle laufen? #00:19:34–26#

181 **B:** Einsparmodelle (...) werden von Krankenkassen immer in folgende Bereichen gesehen: a)  
182 Arzneimittel, b) Krankenhauskosten. Einsparmodelle im im Arzneimittelbereich wenn sie ein Blick  
183 auf die Kosten in Westfalen–Lippe werfen wird deutlich, dass die westfälischen Ärzte sehr sehr  
184 sparsam und sehr sehr behutsam in der Verordnung mit Arzneimitteln umgegangen sind in den letzten  
185 Jahren, das ist einfach ein großer Erfolg der glaub ich auch der Vertragsstrategie, die die gefahren  
186 worden ist in Westfalen–Lippe, wir haben die geringsten Verordnungskosten in Deutschland. Sodass  
187 ich denke, dass da wenig Potenzial noch ist. Im im stationären Bereich das die nächste Säule die  
188 Krankenkassen ansprechen mag es durchaus sein, das wir im Bereich der sogenannten ambulant  
189 sensitiven Behandlungsfälle sprich der Kurzlieger im Krankenhaus ein gewisses  
190 Optimierungspotenzial noch haben, wir versuchen dieses jetzt zu erschließen, durch diesen  
191 Pflegeheimvertrag, und auch da versuchen will die Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und das  
192 im Krankenhaus insofern auch ne Gewinnersituation fürs Krankenhaus das dort die wirklich  
193 stationären Fälle ankommen. Die dann auch eine Herausforderung für das Krankenhaus darstellen und  
194 nicht ambulant sensitive Fälle mit sozusagen nur als Aufbewahrung als als Betreuungsfälle also dieses  
195 Potenzial seh ich wenn auch im begrenzten Umfang. #00:21:28–27#

196 **I:** Gerade Krankenkassen müssen ja immer schauen, oft auf ihr Jahresbudget. Würde es denn vielleicht  
197 was helfen, wenn man jetzt über zinslose Darlehen der KfW–Bank nachdenken würde, das man  
198 einfach mal für ein Projekt für fünf oder sechs Jahre nen Budget zur Verfügung stellt? #00:21:40–28#

199 **B:** Ja ich glaube, dass diese Impulse das diese finanziellen Impulse kommen müssen, sie können  
200 kommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus. Ich würde das Feld aber durchaus ein  
201 bisschen weiter streuen und sagen, was ist der Gesellschaft die Gesundheit wert? Sprich gibt es andere

202 Finanzierungsmöglichkeiten es muss nicht immer zwangsläufig aus der GKV heraus kommen, sondern  
203 wir sprechen vielfach über die über die Gesundheit als höchstes Gut der Menschen und was sind dann  
204 Menschen bereit dafür zu tun? Was können sie persönlich machen durch gesunde Ernährung, durch  
205 Bewegung etc. aber was sind sie vielleicht auch finanziell bereit nochmal zu zu zu investieren um hier  
206 innovative Versorgungsmodelle nach vorne zu bringen. Manchmal braucht es nur einen kleinen  
207 finanziellen Impuls um Ärzte, Pflegekräfte zusammenzubringen um was zu entwickeln. Aber diese  
208 Aufwandsentschädigung, die brauchen wir um wirklich einen Schritt nach vorne zu kommen.  
209 #00:22:52–29#

210 **I:** Welche bürokratischen Hürden gibt es grade bei so ner sektorenübergreifenden Versorgung?  
211 #00:22:58–30#

212 **B:** (...) ja, das fängt an mit einem Einschreibeverfahren, was wir heute im selektiven Bereichen haben.  
213 Man muss Patienten aufklären, sie überzeugen, es muss vielfach dokumentiert werden. Es müssen im  
214 Vorfeld Behandlungspfade entwickelt und dokumentiert werden. Viele Verträge,  
215 Kooperationsverträge, sind ja die, die bürokratischen Inhalt haben aber auch die Fragen der Haftung  
216 stellen. Ja wer haftet in einem kollektiven Kooperationsvertrag haftet der Krankenhausarzt für den  
217 niedergelassen oder umgekehrt, haftet der Arzt für die Pflege oder für die Rehabilitation das sind auf  
218 der eine Seite bürokratische, zum Teil auch rechtliche Fragestellungen wo wir glaub ich noch nicht an  
219 einer einfachen Lösung dran sind, sondern die das eher wieder eher erschweren und die die  
220 abschrecken, zum Teil abschreckend auf die einzelnen Akteure wirken. #00:24:00–31#

221 **I:** Aus der Praxis hört man gerade auch von Krankenkassen wir haben jetzt eine gute Idee und dann  
222 suchen wir uns mal irgendwie nen § dazu. Gerade so vom Gesetzgeber, was erwarten Sie denn da, um  
223 so ne Verbreitung noch nen bisschen voranzutreiben? #00:24:12–32#

224 **B:** (...) ja wir haben auf der einen Seite durch den durch den Gesetzgeber schon einen einen großen  
225 Strauß von Möglichkeiten, also das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hatt einiges an an positiven  
226 Elementen gebracht. Wir haben eine Möglichkeit, den § 73, auch Strukturverträge abzuschließen.  
227 Sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich. Wenn man auf den 140er schielt, dann  
228 ist es so, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dort nicht Vertragspartner sein dürfen und das ist  
229 auch etwas hemmend, weil man man schließt sozusagen hier den ambulanten Sektor, der eben  
230 schwerpunktmäßig von den KVn repräsentiert wird, schließt man einfach aus und ich glaube, dass das  
231 halt auch ein Fehler ist der Politik, dass man hier die KVn an diesem Wettbewerb nicht teilnehmen  
232 lässt. Genauso bei den Hausarztverträgen darf die KV auch nicht Vertragspartner, sondern ein  
233 Monopol für den Hausarztverband zu organisieren. Ich glaube, dass durch kleine Veränderungen schon  
234 noch mal ein neuer Impuls kommt. Ich glaube nicht, das wir ein riesen neue Gesetz brauchen. Gesetze  
235 werden die Primärmotivation der einzelnen Akteure auch nur gering verändern können. #00:25:39–33#

236 **I:** Welche Auswirkungen haben den z.B. Ständeproblematiken gerade bei der Verbreitung also man  
237 hört oftmals das Krankenkassen oder die KVn Blockierer sind. Macht man es sich nicht damit ein  
238 bisschen zu einfach? #00:25:50–34#

239 **B:** Ja das ist das das würde ich auch sagen, also ich glaube diese Kritik für die würde da bei uns ins  
240 Leere laufen ich erkenne sehr wohl auch in der gegenseitigen Wertschätzung durchaus eine  
241 Entwicklung, eine positive Entwicklung insbesondere wenn Ärzte mit Pflegekräften, mit  
242 Rehabilitationskräften mit Krankenschwestern etc. Konzepte entwickeln (...) ist allen Akteuren klar  
243 dass das auf Augenhöhe passieren muss, so und das wir natürlich unterschiedliche Kompetenzen haben  
244 und unterschiedliche Schwerpunkte haben, das ist unbestritten, das soll damit auch nicht  
245 aufgeweicht werden aber wenn ich wenn es um eine sektorübergreifende Behandlung geht und das  
246 mein ich jetzt nicht nur stationär, ambulant, sondern auch mit der Pflege mit der Reha, dann muss man  
247 auf Augenhöhe die Dinge miteinander besprechen und da erkenne ich sehr wohl von vielen Ärzten  
248 auch die Bereitschaft hier mit den anderen Kollegen zu sprechen und nicht einfach nur was  
249 vorzudiktieren. #00:27:03–35#

250 **I:** Ändert sich das auch vielleicht noch mal stärker, jetzt gerade wenn die ganze junge Ärzteschaft  
251 immer weiter in den Vordergrund kommt, es sind ja auch oftmals zunächst auch weibliche Kräfte,  
252 denen ja auch gerade so ein bisschen eher nach gesagt nen bisschen kooperativer zu sein. #00:27:15–  
253 36#

254 **B:** (...) also ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass das so kommt aber ich will es nicht als  
255 alleinige als alleiniges Merkmal sehen. Ich kenne sehr viele auch auch ältere Ärzte die durchaus diesen  
256 Kooperationsgedanken und das was ich eben geschildert habe leben. Und würde das nicht  
257 zwangsläufig an an Generationswechsel koppeln. #00:27:40–37#

258 **I:** Könnte denn ne gemeinsame Ausbildung der Gesundheitsberufe im Studium z.B. Apotheker und  
259 Ärzte z.B. bestimmte Vorlesungen parallel haben, noch nen bisschen mehr helfen diese Wertschätzung  
260 auszubauen? #00:27:51–38#

261 **B:** (...) das ist, käme auch sicher auf einen auf einen Versuch ich bin fest davon überzeugt aus auch  
262 aufgrund dieser meiner jahrelangen Erfahrung, dass es häufig auf die Personen ankommt, die  
263 miteinander wo die Chemie einfach passen muss. Und das man sich im Vorfeld vieles gut  
264 durchgedacht überlegen kann, wenn es am Ende an die Umsetzung geht, dann braucht es viel  
265 persönliches persönliche Empathie wenn man Berufsgruppen hat die schon die sich schon vorher  
266 kennen kann das sicher hilfreich sein es kann aber auch funktionieren, wenn man sich zu einem  
267 späteren Zeitpunkt im Leben kennenlernt, es kommt häufig auf die Chemie an als Erfolgsfaktor, wenn  
268 etwas funktionieren soll. #00:28:42–39#

269 **I:** Sie haben grade den Punkt Chemie erwähnt, wenn jetzt so nen Netzwerk schon aufgebaut ist, wie  
270 kann denn das kann das Netzwerkmanagement denn dafür sorgen das andere Leistungserbringer z.B.  
271 in das Netz kommen, geht das nur über direkte Ansprache oder sind da oft die finanziellen Anreize  
272 doch die wichtigeren? #00:28:59–40#

273 **B:** Nein es geht häufig über die direkte Ansprache. Vielfach wird natürlich die Frage gestellt, warum  
274 soll ich da mitmachen? Welche positiven Aspekte hat die Kooperation für mich? Dies gilt es natürlich  
275 deutlich zu machen. Und dort sind sind unterschiedliche Optionen denkbar, einmal die zu verbessernde  
276 Versorgungsqualität, die Verbesserung der Versorgungsprozesse auf der einen Seite die einen Arzt  
277 motivieren können, das das Zweite ist (...) kann ich dadurch mein Arbeitsalltag optimieren habe ich  
278 dazu möglicherweise auch einen Freizeitgewinn? Es geht nicht nur um eine finanzielle Verbesserung  
279 die vielfach erforderlich ist aber gar nicht mal so primär im Vordergrund steht, sondern es sind die  
280 anderen Dinge, die dann positive Effekte mit sich bringen müssen. #00:30:00–41#

281 **I:** Schaut man sich die IV–Verträge jetzt im Besonderen an, dann sind Pflege und Reha noch mal in  
282 ner Nische, wie können kann es denn erreicht werden, das so ein Netzwerkmanagement solche  
283 Anbieter noch viel viel mehr in solche Verträge rein bekommt? #00:30:12–42#

284 **B:** Ja dazu ist sicherlich auch die Bereitschaft der Kostenträger notwendig. Das man auch hier  
285 natürlich der Pflege und der Reha versucht die die Vorteile einer Kooperation klar zu machen, die die  
286 ganz klar die Rolle die Aufgaben der einzelnen Institutionen beschreibt und die möglicherweise auch  
287 mit Veränderungen einhergeht und möglicherweise auch mit finanziellen Veränderungen einhergehen,  
288 ich glaube, dass der Pflegeheimvertrag in Westfalen–Lippe der erste gute Impuls dazu ist, dass man  
289 Erfahrungen sammeln kann, wie sich eine Versorgung verändern kann durch eine engere Verzahnung  
290 zwischen der Pflege und dem niedergelassenen Bereich. Das ist wichtig, das wird man in 1–2 Jahren  
291 sehen ob das erfolgreich gelungen ist und ob das Vorbildcharakter hat dann für andere  
292 Versorgungsmodelle. #00:31:18–43#

293 **I:** Welche Widerstände gibt es denn mit technischen Hilfsmitteln? #00:31:23–44#

294 **B:** (...) also wir haben unterschiedliche (...) PVS-Hersteller im ambulanten Sektor bei den Ärzten auf  
295 der einen Seite wir haben dann natürlich unterschiedliche Hersteller bei den  
296 Krankenhausinformationssystemen, bei den KIS-Systemen, und in der Pflege noch mal. Also es  
297 braucht einheitliche Schnittstellen es braucht einen einheitlichen Datenpool um den Austausch zu  
298 gewährleisten, dabei gilt es natürlich, den Datenschutz auch besonders zu berücksichtigen. Also man  
299 merkt schon, das ist nicht mal eben aus der Hüfte geschossen und dann funktioniert das technisch ist  
300 vieles machbar vieles machbar (...) allein auch hier muss der Wille da sein auch vonseiten der IT-  
301 Industrie sich zu öffnen, Schnittstellen bereitzustellen, die eben sektorübergreifend den

302 Datenaustausch ermöglichen, das ist aus meiner Sicht bisher nur in geringem Umfang bisher  
303 erfolgreich gelungen. #00:32:34–45#

304 **I:** Wird aus Ihrer Sicht dieses Instrument Datenschutz immer zu stark polarisiert oder? #00:32:40–46#

305 **B:** Ja man könnte sagen, immer wenn man etwas nicht will, dann schiebt man den Datenschutz da an  
306 und hat man das Thema negativ gelöst. Es ist mir, ist völlig klar, dass der Datenschutz bei Sozialdaten  
307 ein hohes Gut ist, das gilt es natürlich zu berücksichtigen. Auf der anderen Seite sollte man sich davon  
308 leiten lassen, dass die zur Verfügungstellung dieser Sozialdaten für die Heilberufe ein (...) unerlässlich  
309 ist und, dass das im Sinne des Patienten im Sinne des Patienten genutzt wird, um seine Versorgung zu  
310 verbessern und wenn man sich von diesem Gedanken leiten lässt, hoffe ich, dass man den Datenschutz  
311 an der Stelle auch überzeugen kann, dass es hier nicht darum geht einen gläsernen Patienten zu  
312 bekommen, sondern eine für seine Situation bestmögliche Ausgangssituation für die unterschiedlichen  
313 Akteure, die ihn behandeln sollen, hin zu bekommen. #00:33:47–47#

314 **I:** Jetzt sammeln in Deutschland die unterschiedlichsten Institutionen und Organisationen Daten,  
315 Gesundheitsdaten die werden aber nicht gesamt zusammen ausgewertet. Muss das in Zukunft kommen  
316 um überhaupt mal auch mal bestimmte Ergebnisse präsentieren zu können? #00:34:01–48#

317 **B:** Ja ich halte das für unverzichtbar, weil sonst haben wir ja auch immer wieder dieses Schwarze-  
318 Peter-Spiel, wer hat die größeren Daten? Wer hat die besseren Daten in Anführungszeichen, also hier  
319 macht eine Zusammenführung sektorübergreifender Daten schon Sinn. #00:34:20–49#

320 **I:** Jetzt schwirrt ja in den Köpfen seit eigentlich schon Jahren die elektronische Gesundheitskarte  
321 herum also was erwarten Sie von diesem Instrument für Impulse oder ist das eher nen Millionengrab?  
322 #00:34:31–50#

323 **B:** Nein ich (...) erhoffe schon einige Impulse, die KV Westfalen-Lippe hat eine Modellregion in  
324 Bochum ins Leben gerufen wo hier elektronische Vernetzung auch ausprobiert wird zwischen  
325 niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Da wird unter Hochdruck versucht sowas wie  
326 strukturierte Arztbriefe elektronische Fallakten etc. zu erzeugen und ich glaube das das der richtige  
327 Weg ist der ist (...) alternativlos. #00:35:07–51#

328 **I:** Sollte der Gesetzgeber denn für bestimmte z.B. unterversorgte Regionen die Pflicht zur Vernetzung  
329 geben oder würde das eher entgegen laufen und das Leute an einen Tisch kommen, die gar nicht  
330 miteinander grün sind? #00:35:19–52#

331 **B:** (...) ich glaube das die Versorgung, die Verbesserung der Versorgung unterversorgten Regionen  
332 nicht alleine durch eine elektronische Vernetzung (...) erfolgreich beseitigt werden kann, sondern hier  
333 gilt es andere Instrumente auszuprobieren. Ich ich glaube das eine elektronische eine Pflicht zur  
334 elektronischen Vernetzung in unterversorgten Regionen die eigentlichen Versorgungsprobleme nicht  
335 löst. #00:35:44–53#

336 **I:** Und wenn jetzt mal wegkommen von der elektronischen Vernetzung, sondern überhaupt von der  
337 Vernetzung? #00:35:48–54#

338 **B:** (...) ja das sehe ich schon hatten wir auch vorhin schon mal kurz angesprochen das sehe ich schon  
339 als ein ein Erfolgsmodell es gibt einige vielversprechende Impulse auch grade aus den ostdeutschen  
340 Bundesländern. Wo so etwas erfolgreich funktioniert hat, wo man durch durch Zusammenarbeit, durch  
341 Vernetzung, durch Installation von Praxisnetzen junge Kollegen gewonnen hat, die als angestellte  
342 Ärzte in unterversorgten Regionen jetzt tätig werden, wo man viele viele Jahre vorher es nicht  
343 erfolgreich geschafft hat Ärzte in die Region zu holen aber durch diese Konstellation eines  
344 Praxisnetzes in Verbindung mit der Option eines Angestelltenverhältnisses hat man die Versorgung  
345 dort stabilisieren können. #00:36:41–55#

346 **I:** Ist vielleicht gerade jetzt in in den Westländern der Druck noch gar nicht so hoch, das grade in den  
347 ostdeutschen Ländern vielleicht schon innovativere Projekte entstehen? #00:36:49–56#

348 **B:** Die ja ich will es jetzt nicht ausschließen, die Versorgungssituation in in den westlichen Ländern ist  
349 häufig noch etwas besser noch aber alle Zahlen im Rahmen der demografischen Entwicklung auch bei  
350 Ärzten sind alarmierend. Wir haben den Drang in die Städte zu ziehen, sowohl von der Bevölkerung  
351 als auch von Ärzten das ist so und wir müssen versuchen eben (...) hier zu einer Entschleunigung der  
352 Verstädterung zu kommen und auch die medizinische Versorgung auf dem Land weiter  
353 aufrechtzuerhalten das macht es dann auch für für die Bevölkerung glaub ich leichter auch weiter im  
354 Land zu leben ob oder eher in den ländlichen Bereichen zu leben und nicht in die Städte zu ziehen und  
355 gerade weil man weiß man wird auch medizinisch gut versorgt. #00:37:48–57#

356 **I:** Wie können andere Akteure wie z.B. Städte, Kreise und Kommunen besser in diesen Versorgungs-  
357 oder Vernetzungsprozess einbezogen werden? #00:37:55–58#

358 **B:** Ja, sie haben natürlich auch einige einige Möglichkeiten, sei es durch zur Verfügungstellung von  
359 von Räumlichkeiten, von Verbesserungen der Infrastruktur öffentlichem Personennahverkehr, aber  
360 auch durch Instrumente, wie schafft man es Patienten zum Arzt zu bringen, kann eine Kommune hier  
361 etwas leisten für ältere, für immobile Patienten, dass sie das sie Ärzte aufsuchen können? Können  
362 Kommunen eben halt auch Arbeitsplätze schaffen können sie ihr schulisches Angebot erweitern? Also  
363 all diese Optionen gibt es und es ist regional natürlich zu prüfen, welche da zielführend umgesetzt  
364 werden können. #00:38:46–59#

365 **I:** (...) soll es denn Ihrer Meinung nach bundesweite bundesweite Standards für Größe z.B. aber auch  
366 Kapitalausstattung, Leitbild und so sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerken geben, denn wenn  
367 man den 140er sieht, der ist ja sehr offen gestaltet. #00:39:02–60#

368 **B:** (...) ja bundesweite Standards können einen Rahmen bieten, ich glaube sie sollen aber nicht den die  
369 Ideenkraft aus den einzelnen Regionen hindern, sondern sollten schon den den Rahmen abstecken und



370 auch die Optionen für bestimmte Modelle beinhalten. Aber nicht ausschließlich jetzt alles aus Berlin  
371 vorgedacht für die Regionen hinzukriegen, sondern er sollte, sollten die regionalen Impulse auch  
372 berücksichtigt werden. #00:39:39–61#

373 **I:** Fehlt Ihnen manchmal eine parteienübergreifende Vision wie das Gesundheitswesen 2050 aussehen  
374 könnte? #00:39:46–62#

375 **B:** (...) ich ich glaube das, dass die Parteien schon ähnliche Vorstellungen haben, dass die gar nicht so  
376 weit auseinanderliegen. Auf der anderen Seite setze ich auch sehr stark auf die auf die Kraft der  
377 Selbstverwaltung an der Stelle, die nicht nur darauf schielen muss, was der Politiker an Ideen hat,  
378 sondern ich setze hier auf die Kernkompetenz der Akteure das sie auch ihr hohes Engagement so  
379 formulieren können und auch Vorschläge in die Politik bringen können, wie sich Versorgung in 2050  
380 entwickelt. Ich glaube, dass das in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland ein gutes Instrument  
381 war und dass Politik gut beraten, ist hier der Selbstverwaltung auch Aufgaben zu geben und sich die  
382 Kernkompetenz auch zu eigen zu machen. #00:40:43–63#

383 **I:** Wenn jetzt schon ein Netzwerk etabliert ist über welche Kommunikationskanäle kann denn auch der  
384 Bevölkerung z.B. darauf aufmerksam gemacht werden? #00:40:51–64#

385 **B:** (...) also natürlich sind wir im Zeitalter der der IT (...) sprich Angebote über das Internet zur  
386 Verfügung zu machen wird sicherlich wird sich immer weiter entwickeln. Apps werden sich weiter  
387 entwickeln die man abrufen kann aber ich denke das es etwas was sich zunehmend weiter entwickeln  
388 ich würde aber auch grade Angebote entwickeln für die ältere Bevölkerung und die ist sicherlich auch  
389 unterschiedlich aufgestellt. Wir haben sehr viele ältere Menschen, die natürlich mit den modernen  
390 Kommunikationsmedien sehr gut umgehen und die in ihren Alltag eingebunden haben, es gibt aber  
391 auch viele ältere Menschen die das nicht haben, da kommen wir dann auf die klassischen Instrumente  
392 wie was sind als Beilagen in den Zeitungen gibt es Flyer dafür, die man die man verteilen kann, dass  
393 man die ältere Bevölkerung auch über besondere Versorgungsangebote in den Regionen informiert.  
394 Und da glaub ich, das man auch die die klassischen Instrumente wie regionale Zeitungen wie mal ne  
395 Radioinformation, wie Plakate wie aber auch Informationsveranstaltungen für Patienten auch durchaus  
396 andenken kann. #00:42:15–65#

397 **I:** Wenn man sich jetzt die Gesellschaft anschaut, wir sind ja schon unglaublich digital. Das  
398 Gesundheitswesen hängt da immer noch ein bisschen zurück. Woran liegt das? #00:42:22–66#

399 **B:** (...) das würde ich Ihnen in Teilen widersprechen. Was was die die Digitalisierung betrifft, also  
400 dort schon (...) gerade in den hochdisziplinierten oder hochspeziellen Disziplinen riesen riesen  
401 Entwicklungen haben. Ich ich glaube das vielleicht auch in der älteren Arztgeneration (...) natürlich  
402 auch die die Instrumente die persönlichen Instrumente wie auch das Telefon oder das Fax auch  
403 positive Erfahrungen hinterlassen hat und das ein ein Griff zum Hörer um die die Situation mit dem

404 Kollegen zu besprechen gar nicht mal unbedingt nachteilig ist gegenüber einer E-Mail oder einer einer  
405 Patientendatei, die in einer Cloud steht. Dass das muss nicht sein, ich verstehe wenn man es messen  
406 will, dass man ein Telefonat schlecht messen kann oder nach halten kann also kurze kurz gesagt  
407 Antwort auf ihre Frage ist die klassischen Kommunikationsinstrumente waren gut, sind in Teilen auch  
408 noch gut und verhindern den 100%igen Umstieg auf die digitale Instrumente. #00:43:48–67#

409 **I:** Wenn Sie jetzt Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber hätten welche wären das? #00:43:53–68#

410 **B:** (...) ich glaube dass der Gesetzgeber noch mal verstärkt Impulse setzen kann für für regionale  
411 Versorgungsmodelle und auch für sektorübergreifende Versorgungsmodelle. Und das dieser  
412 Innovationsfonds schon in die richtige Richtung geht wiederhole das gerne vielfach kommt es auf den  
413 den ersten Impuls an, solche Versorgungsmodelle zu entwickeln. Und die Kraft die dort eingebracht  
414 werden muss, um solche Modelle zu entwerfen die müssen auch sozusagen erstattet werden. Nachher  
415 in der Versorgung selber greifen die klassischen Instrumente, die wir aus dem GKV–KV–Bereich  
416 haben das das glaube ich sicher. Aber dieser erste diese erste sozusagen Anschubfinanzierung auch  
417 was was die Strukturmerkmale betrifft, die die sind einfach im Moment nicht da und müssen aus  
418 Eigenmitteln aufgebracht werden und das ist vor allem eine Achillesferse. Das ist häufig ein  
419 Hemmschuh. #00:44:57–69#

420 **I:** Wenn man von Leuchtturmprojekten in Deutschland spricht ist ja oft so das Kinzigtal ein sehr oft  
421 genannt. Warum fällt es denn gerade so schwer wenn es so gute Erfolge hat, da einfach noch 10  
422 weitere in Deutschland aktiv zu machen? #00:45:08–70#

423 **B:** Ja das ist eine Frage, die ich mir auch schon häufig gestellt habe. Es fängt sicher an der  
424 geografischen Situation des Kinzigtal zusammen und an und daran, dass mit sehr viel Ressourcen das  
425 mein ich jetzt wirklich positiv mit sehr viel Ressourcen dieses Modell zu diesem Erfolg gebracht  
426 worden ist. Wenn Sie ich glaube auf die Homepage des Kinzigtales schauen dann ist auf der letzten  
427 Seite sind glaube ich 40 Mitarbeiter abgebildet, die diesen Prozess vor Ort mit unterstützt haben, vom  
428 Geschäftsführer über juristische Bratung, IT Beratung, Beratung in pharmazeutischen Belangen etc. pp  
429 und das ist also ein riesen Organisationsaufwand der der dort betrieben ist, der natürlich tolle  
430 Ergebnisse produziert, aber denn man ebenso eins zu eins nicht übertragen kann. #00:46:11–71#

431 **I:** Herr [...], was möchten Sie denn abschließend denn noch zum Gesundheitswesen oder zu  
432 sektorenübergreifenden Versorgung, was im Rahmen des Interviews noch nen bisschen vergessen  
433 worden ist? #00:46:20–72#

434 **B:** (...) also ich glaube (...), das wir noch deutlicher machen müssen, welchen Stellenwert die  
435 Gesundheit für die Bevölkerung bedeutet. Und dass wir eine neue Sensibilität schaffen müssen, was  
436 dem Einzelnen die Gesundheit wert ist. Das darf der Gesetzgeber gerne aufnehmen und in regionale  
437 Versorgungsmodelle auch überführen und die Eigenverantwortung, die Eigenbeteiligung der

- 438 Bevölkerung hieran. Dem kann man auch, dem kann man auch Raum geben, weil das in vielen Fällen  
439 auch ein Schlüssel zum Erfolg ist. #00:47:16–73#
- 440 **I:** Herr [...] danke schön für das Interview. #00:47:28–74#
- 441 **B:** Gerne. #00:47:29–75#

**Interviewpartner 12 (10.07.2014)**

1 **I:** (...) Frau Dr. [...], Sie sind Professorin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der  
2 Hochschule Fresenius, welche Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender  
3 Versorgung gemacht? #00:00:11-0#

4 **B:** Praktischerweise habe ich relativ viele Erfahrungen mit sektorenübergreifender Versorgung  
5 gemacht. Ich konnte an nem Wettbewerb 2004 teilnehmen und hab dort ein Modell zur, ein  
6 Versorgungsmodell zur Versorgung im Quartier als populationsorientiertes  
7 Integrationsversorgungskonzept entwickelt. Hab seinerzeit vom damaligen VDAK auch den einen  
8 Preis dafür erhalten und bin seit von 2005–2013 für die Stadt Zürich in der Versorgungsforschung  
9 begleitet. (...) genau das Versorgungsvorhaben für die Stadt Zürich, eine Weiterentwicklung der  
10 Versorgungsforschung begleitet, wir hatten zwischen 2006–2009 im Projekt, im Kinzigtal das Konzept  
11 der Osteoporose oder die Begleitung von Osteoporose erkrankter Personen entwickelt und folglich  
12 zwar verstärkt mit nem mit nem gewichtigeren Bein im ambulanten Sektor, aber halt mich viel mit der  
13 Thematik der sektorenübergreifenden Versorgung befasst. #00:01:44-1#

14 **I:** Jetzt ist der Gesundheitsliteratur der Begriff Integrierte Versorgung ja immer so nen bisschen in ner  
15 Doppeldeutigkeit, einmal der 140er SGB V oftmals steht's auch für allgemeine Sektorenübergreifung.  
16 Jetzt hab ich's im Rahmen meiner Ausarbeitung Vernetzte Versorgung genannt. Und das soll  
17 Sektoren- und Versicherungszweige übergreifend sein, populationsorientiert, patientenorientiert und  
18 regional arbeitend. Was halten Sie von dem Konzept und was halten Sie von dem Namen? #00:02:11-  
19 2#

20 **B:** Ist das jetzt schon ein Konzept? #00:02:14-3#

21 **I:** Das soll so entstehen. #00:02:15-4#

22 **B:** Okay sie können natürlich Vernetzte Versorgung sagen, ist politisch neutraler. Der Begriff der  
23 Integrationsversorgung ist meines Erachtens ob des politischen Missbrauchs leicht verbrannt. Es ist da  
24 auch die Frage inwieweit, wenn wir jetzt das Integrierende als Zusammennehmen von Versorgung  
25 gleichsetzen, ob das tatsächlich hier bei uns mit unserem mit unserem mit unseren unterschiedlichen  
26 Segmenten so funktionieren kann und folglich würde ich Ihnen zustimmen, das Thema eine Vernetzte  
27 Versorgung, das wir von einer bestehenden Versorgungsstruktur ausgehen, die allerdings dann halt in  
28 über über Kommunikationskanäle oder Fäden sich halt miteinander verknüpft und somit ein Netz  
29 bildet, würde ich auch durchaus als gut empfinden oder pragmatisch oder auch nutzbar. Ob das in die  
30 Sozialversicherungslogik mit hineinkommen kann das wag ich etwas zu bezweifeln weil die Idee des  
31 SGB V endet ja genau an diesem Punkt, wo die Idee so wie sie ist startet und wenn wir jetzt ganz,  
32 wenn wir jetzt tatsächlich mal ganz genau in die unsere Sozialversicherung hineinschauen sollten

33 Renten- und Unfallversicherung im weitesten Sinn auch Anteile haben weil es um die Gesundheit der  
34 Bürgerinnen und Bürger geht. #00:03:59–5#

35 **I:** Wie stehen Sie zu den Begriffen populationsbezogen und patientenorientiert? #00:04:02–6#

36 **B:** Patientenorientiert ist immer wieder Wunschgedanke, was den wo ich Ihnen auch auf jeden Fall  
37 folgen würde nun ich frage mich aber nach wie vor, inwieweit die Professionen unterschiedlich, in  
38 unterschiedlicher Form patientenorientiert denken und handeln und wie das auf eine Begrifflichkeit zu  
39 subsumieren wäre. #00:04:30–7#

40 **I:** Welche Voraussetzungen oder Merkmale müssten denn ein Idealbild von ner  
41 sektorenübergreifenden Versorgung auf jeden Fall beinhalten damit die erfolgreich ist? #00:04:40–8#

42 **B:** Sie müssten über die einer gemeinsamen geplanten Infrastruktur hinaus müssten Prozesse  
43 beschrieben sein, die Kommunikation über die Sektoren hinweg ermöglichen und zwar geht's, nehme  
44 ich mir da ganz gerne das Bild des Pfades aus. Ist der Pfad sektorenübergreifend heißt belegt und  
45 begleitet werden kann und gleichzeitig dann aber auch nicht immer wieder durch die Bruchstellen  
46 unterbrochen wird und die Bruchstellen finden sich genau an den Sektorgrenzen. #00:05:17–9#

47 **I:** Muss es denn eine professionelle Managementorganisation geben, die irgendwie den das Auge auf  
48 alle Akteure drauf hat? #00:05:24–10#

49 **B:** (...) das kommt drauf an. Wir können wenn schon auch sagen es braucht unterstützende  
50 Professionen im Sinne von Dienstleistern die neben der medizinischen Expertise die Versorgung  
51 begleiten, insbesondere im Hinblick auf die derzeit sich stark entwickelnden Krankheitsbilder wie  
52 chronische oder multimorbide, also chronische Krankheiten und auch die sich ergebenden  
53 Multimorbiditäten resultierend aus dem demografischen Wandel. aber ich muss das nicht zwingend  
54 sein, ich glaube es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten und mein Doktor Vater spricht ja ganz gerne  
55 von der Versorgungslandschaft d.h. ich hab eine bunte Landschaft in der es auch viele Wege und  
56 Möglichkeiten geben kann. #00:06:22–11#

57 **I:** Jetzt ist ja sektorenübergreifende Versorgungsformen in Deutschland noch in einer Nische. Wie  
58 beurteilen Sie denn die zukünftige Verbreitung dieser Form? #00:06:29–12#

59 **B:** Ich glaube das wird immer stärker und wir werden mittelfristig auch gezwungen sein stärker  
60 sektorenübergreifend tätig zu werden nehmen sie das Beispiel NRW. Im Frühjahr wurde konstatiert,  
61 dass wir im stationären Bereich 10.000 Betten abbauen sollen gleichzeitig steht aber auch die  
62 Überlegung, dass man in solchen Kreisen wie Euskirchen 10 Arztzulassungsplätze frei sind. D.h. die  
63 sind dort nicht in der Lage diese zu besetzen. Über ne intelligentes Management möglicherweise auch  
64 gemeinsam mit den Kommunen wäre halt an solchen Stellen zu überlegen, wie schaffe ich es auf der  
65 einen Seite im frei werden Raum des stationären Sektors zu nutzen und gleichzeitig den offenen  
66 Bedarf, des ambulanten Sektors dort mit zu integrieren und das sag ich jetzt ganz bewusst integrieren

67 und damit bekäme die eine moderne innovative Vernetzte Versorgung an der ganz andere  
68 Möglichkeiten Entwicklungsmöglichkeiten. #00:07:41–13#

69 **I:** Sie haben gerade die Kommunen angesprochen, wie können Kreise und Kommunen besser ist so ne  
70 Versorgungslandschaft oder so ein Versorgungsnetzwerk eingebunden werden? #00:07:48–14#

71 **B:** Ich denke es ist, das das Pflegeweiterentwicklungsgesetz, welches zum 01.07.2008 in Kraft getreten  
72 ist, gab's da eigentlich glaube ich diese durchaus spannende Idee der Pflege im Quartier. Der die  
73 Umsetzung der Pflege im Quartier, die ist bundesweit unterschiedlich gemacht geworden. In  
74 Rheinland-Pfalz durch die intensive Unterstützung der heutigen Ministerpräsidentin Manu Dreyer  
75 damals war sie Gesundheitsministerin, sie hat das da maßgeblich gepusht und es gibt auch eine Idee  
76 der Pflege im Quartier in Rheinland-Pfalz in Nordrhein-Westfalen ist das kaum gemacht worden, hat  
77 aber auch wieder was damit zu tun das die das die Kommunen unterschiedlich stark und jetzt komm  
78 ich wieder an den Ausgangspunkt, eingebunden wurden. Sprich wenn die hier in der Lage wenn eine  
79 Quartierspflege, also eine Pflege oder eine Versorgung nicht Pflege, sondern Versorgung des  
80 regionalen Bezugs zu schaffen muss ich zwingend Stadt, Stadt, Stadt, der Bürgermeister oder die  
81 Gemeinde, Gemeindevertretungen miteinbinden und sowas zu entwickeln. Ich zudem ist tatsächlich  
82 die Situation wie wir sie sehr häufig hatten. Jetzt hier in Aitrach bei Waldburg, wie es das der  
83 Bürgermeister auf sein Krankenhaus besteht das aber klassisch die Geburtsabteilung geschlossen  
84 wurde und all solche Themen, die entwickeln einen großen Unmut in der Gemeinde und auch hier  
85 wenn ich diese Probleme produktiv anpacken will, muss ich die Gemeinde, die Gemeindeverwaltung  
86 miteinbeziehen. #00:09:39–15#

87 **I:** Welche Impulse versprechen Sie sich von dem jetzt geplanten Innovationsfonds? Für  
88 sektorenübergreifende Versorgung? (...) ist das Geld vielleicht schon verbraten in den Köpfen der  
89 Einzelnen? #00:09:54–16#

90 **B:** Das Geld ist mit Sicherheit schon bei der staatsmittelbaren Selbstverwaltung fünf Mal ausgegeben.  
91 Dadurch, dass wir außer die Vorgaben von Span und Lauterbach in dem kurzen Statement im Mai raus  
92 gegeben haben außer diesen Informationen haben wir keine offiziellen Informationen. Wir hatten  
93 eigentlich damit gerechnet und ich bin eng in Kontakt mit der Agentur deutsche Arztnetze das im Juli  
94 jetzt nen Statement kommt. Die letzte Legislaturperiode vor den Ferien war letzte Woche also da wird  
95 nichts mehr passieren ich bin nen bisschen enttäuscht auch wenn sie, ich hab Größe auf dem  
96 Hauptstadtkongress gehört fand ihn enttäuschend, der war wie so nen (...) Politprofi der stichwortartig  
97 Dies und Schlaglichter die bekannten Probleme die seit Jahren bestehen angesprochen hat aber ohne  
98 ein Gefühl dafür zu entwickeln. Ich glaube ich glaube erst mal nur sehr zurückhaltend daran, dass das  
99 der Innovationsfonds irgendeinen Mehrwert schafft. #00:11:17–17#

100 **I:** Also glauben Sie das die Entwicklung jetzt erst einmal relativ seitwärts geht und einfach der Druck  
101 der irgendwann mit dem demografischen Wandel kommt wird das dann irgendwann zwingend  
102 notwendig machen? Was sind denn aus Ihrer Sicht Faktoren, die ne weitere Verbreitung  
103 sektorenübergreifender Versorgung hemmen, also was sind so die wichtigsten oder großen  
104 Hemmnisse? #00:11:35–18#

105 **B:** (...) die das fragmentierte Denken von der staatsmittelbaren Selbstverwaltung seitens der  
106 Leistungserbringer sprich KV auf der einen Seite und Krankenhausgesellschaft etc. auf der anderen  
107 Seite wobei es auch hier unterschiedliche, Unterschiede gibt, ich würde wahnsinnig gerne mehr  
108 Organisationseinheiten wie ich sie von der KVWL kennen gelernt habe. Wie sie bei der KV  
109 Schleswig–Holstein sind oder Brandenburg, da haben sie drei große Kassenärztliche obwohl groß sind  
110 die ja nicht das ist ja das Problem. Haben Sie die Kassenärztlichen Vereinigungen die offen im  
111 Umgang mit sektorenübergreifender Versorgung, die hoch innovativ gemeinsam mit den Arztnetzen  
112 arbeiten. Die den 73c extrem fördern, die Arztnetze und auch Kassen gemeinsam mit ihrer, mit ihre  
113 Consultants noch mal unterstützen. Und ich glaube wenn wir von diesen, von diesem Typus KV mehr  
114 hätten, dann wären wir auch weiter also das ist für mich der Hemmschuh mit und ganz besonders sehe  
115 ich das hier in NRW hier in Nordrhein. #00:13:05–19#

116 **I:** Jetzt haben wir, hören wir von Praxispartnern öfters auch das die KVn großer Blockierer sind.  
117 Würde es denn was helfen, die KVn einfach abzuschaffen? #00:13:12–20#

118 **B:** Nee aber hier würde ich ganz gerne ne kurze Schleife machen wie 2003 die Erste, der erste Entwurf  
119 zum GKV–Modernisierungsgesetz raus kam waren die KVn gestrichen. Daraufhin hatten wir  
120 seinerzeit den Auftrag des noch damaligen KBV–Vorsitzenden Hess das wir mit Knappe aus Trier,  
121 Schulz–Nieswandt und halt Doris Weißenberger und ich ein Gutachten zur, zum Bestand und zur  
122 Weiterentwicklung der KV schreiben durften. Wir haben uns seinerzeit die Landschaft die Überlegung  
123 halt angeschaut und sind zu der Überzeugung gekommen KV abschaffen nur dann, wenn sie  
124 gleichzeitig eine Institution schaffen, die den Verwaltung, diese gesamten Verwaltungsabläufe wie sie  
125 in der Kollektivvertraglichen Versorgung eingebrannt ist sag ich jetzt mal oder tragiert für Erfolg, das  
126 dieser Bereich übernommen wird von ner Landesbehörde oder Ähnliches. Solang das nicht abgedeckt  
127 ist kann ich mir nicht vorstellen, dass diese große, dass dieser große Bereich der operativen Tätigkeiten  
128 die die KV hat macht, das der halt anderswo gleich gut abgefangen werden kann spricht gegen die  
129 Abschaffung der KVn. Was sie natürlich nochmal oder was man andenken könnte, ist die Tatsache das  
130 die Machtfülle, wie sie ja sich in der KV bündelt, dass sie gleichzeitig Vertreter der Ärzte sind aber  
131 zusätzlich auch die Versorgungssicherstellung machen und auch noch mal die Qualität der ärztlichen,  
132 der ambulanten ärztlichen Versorgung überprüfen müssen, wie auch halt im politischen, im  
133 gesundheitspolitischen Bereich wiederum halt für die für die Weiterentwicklung für die

134 Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung halt zuständig sind, dass man diese Machtfülle  
135 verändert. Beispielsweise nur den, die KVn als Vertreter der Ärzte hat einerseits sieht durchaus auch  
136 die Durchführung der Abrechnungseinheiten etc. aber die Sicherstellung und die Weiterentwicklung halt  
137 möglicherweise über andere Institutionen halt macht. Wäre da natürlich die Frage, wer könnte das  
138 sein? Bestimmt nicht der gemeinsame Bundesausschuss und leider auch glaube ich nicht die  
139 Krankenkassen hätte ich jetzt keinen für. #00:16:02–21#

140 **I:** Was halten Sie von nem anderen radikalen Vorschlag Kranken- und Pflegeversicherung  
141 zusammenzulegen, um diesen einen Verschiebepbahnhof wieder ja zu verhindern? #00:16:12–22#

142 **B:** Kommt regelmäßig in die Diskussion. Die Rückführung der Pflege in die Krankenversicherung  
143 wäre nur dann von Vorteil wenn gleichzeitig zusätzliche Strukturen überlegt werden wie Pflege  
144 optimal geleistet werden kann. Zudem steckt versicherungswissenschaftlich hinter dem SGB XI nen  
145 anderes Logik als SGB V und die sind eben nicht zwingend überein zu bringen so ohne weiteres.  
146 #00:16:45–23#

147 **I:** Inwieweit behindert auch eine zunehmende Bürokratie eine weitere Verbreitung  
148 sektorenübergreifender Versorgung? #00:16:53–24#

149 **B:** (...) Bürokratie behindert mit Sicherheit. Insbesondere, wenn ich mir die Bestrebungen des  
150 Bundesversicherungsamtes der letzten Jahre betrachte. Dass sie mit einer hohen Intensität die Verträge  
151 sowohl Zeit als auch Mitarbeiter also manpowerintensiv bearbeitet haben und auch entsprechend  
152 verlangsamt und verzögert haben. (...) ja Bürokratie stört hier andererseits ist es ein Armutszeugnis für  
153 den, für die professionellen sowohl auf Kassenseite, wie auf Leistungserbringerseite, wenn sie immer  
154 noch nicht in der Lage sind gute, handhabbare Verträge zu schreiben. #00:17:48–25#

155 **I:** Inwieweit behindert auch eine finanzielle Ausstattung eine weitere Verbreitung? #00:17:53–26#

156 **B:** (...) nein, wie haben viel Geld im System (...), wir haben seit wie viel, seit 12 Jahren, seit 13  
157 Jahren, haben wir einen Sachverständigenrat, der eigentlich jahrelang nur das gleiche sagt. Das wir ne  
158 über-, unter- und Fehlversorgung haben und diese Fehlversorgung kostet Milliarden und ich glaube,  
159 wenn das System die Ineffizienzen gezwungen halt mal raus arbeitet haben wir auch genug Geld im  
160 System. #00:18:23–27#

161 **I:** Jetzt hört man auch oft, dass die Krankenkassen immer nur so so nen Budgetdenken haben, so von  
162 Jahr zu Jahr schauen. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag z.B. über die KfW-Bank für fünf oder sechs  
163 Jahre für Projekte zinslose Darlehen zu gewähren? #00:18:34–28#

164 **B:** (...) kritisch, es muss vorher klar sein, was passiert mit den Projekten. Wir sind ein Land von  
165 Pilotprojekten, aber es ist bis heute nicht gut und nicht klar wann ein Pilotprojekt unter welchen  
166 Kriterien in die Regeversorgung übernommen wird. Wenn Sie das sichergestellt haben und ihnen  
167 deutlich ist ja ein Projekt muss nach 3, 4 Jahren eine bestimmte Kennziffer oder Qualitätskennziffer



168 orientierte Kriterien erfüllen, dann würde es verstätigt. Dann kann ich mich da drauf auch einlassen.  
169 Zusätzlich ist es auch so dass viele Projekte sehr versorgungsgetrieben sind und zu wenig mit  
170 Businessplänen oder ähnlichem hinterlegt sind. Sprich die Professionen der Mediziner, Versorgenden,  
171 Pflegenden sind sehr stark darauf ausgerichtet oder sind stark inhaltsgetrieben und vernachlässigen  
172 gerne hier auch den betriebswirtschaftlichen Anspruch. Das heißt jedes Projekt, was einen fünf  
173 jährigen einen Kredit über fünf Jahre Laufzeit erhält müsste dann auch gleichzeitig sicher stellen wie  
174 es nach fünf Jahren den Kredit abzuzahlen hat. #00:19:57–29#

175 **I:** Jetzt hört man ja oft, dass das Kinzigtal ebenso ein Leuchtturm ist. Warum gibt's denn dann nur eins  
176 davon? Warum verbreitet sich das denn nicht, wenn's ein so guter Leuchtturm ist? #00:20:06–30#

177 **B:** Das kommt noch. Das Denken ist anders. Also Kinzigtal ist ja jetzt verstetigt worden wie die AOK  
178 vor zwei Wochen mitgeteilt hat. (...) heißt mit anderen Worten, wir haben jetzt hier zum ersten Mal  
179 ein, eine Region, die die Versorgung anders denkt. Nämlich ausgehend von einem indizierten  
180 Krankenzustand aus dem Jahr 2006 und deren gesundheitlichen Weiterentwicklung. D.h. die die, der  
181 Grundgedanke des SGB V wird umgedreht in einen wie, fast wie Antonovsky zusagen wie erhalte ich  
182 den Menschen gesund. Und wir haben die ganze Bandbreite von Möglichkeiten. Solang dieser, das ist  
183 immer noch einzigartig und solange dieser Ansatz nicht zwingend in den Köpfen ist, ist da auch keine  
184 hat das auch keine Durchsetzungsmöglichkeiten. #00:21:10–31#

185 **I:** Ist das denn vielleicht für ländliche Regionen das Zukunftsmodell? Geht's vielleicht gar nicht mehr  
186 anders in Zukunft? #00:21:17–32#

187 **B:** Doch es gibt andere Modelle es gibt viele Modelle, Kinzigtal ist mit eins davon. Die  
188 Voraussetzungen, die sie im Kinzigtal gab sind u.a. der Gestalt, dass sie mit Herrn Witzenrath, dem  
189 damaligen Vorstand des Ärztenetzes einen kommunikativ integrierenden, einen Menschen, der andere  
190 Menschen zusammenführt hatten, oder haben, Witzenrath ist jetzt in Rente, ist aber immer noch aktiv  
191 dabei. Sprich sie haben erst mal ein funktionierendes Netz, was über zehn Jahre besteht. Sie haben  
192 zusätzlich einen Mensch, der sich kümmert und und haben dann auch noch über Helmut Hildebrandt  
193 einen Organisator der, der wirklich auch an die Idee glaubt. Und dann mit einer hohen Intensität die  
194 Wirtschaftsführung seit 2006 dort fortgeführt hat. Also sie haben verschiedene Möglichkeiten, ne  
195 Quatsch sie habe nicht verschiedene Möglichkeiten, sie haben ganz bestimmte Voraussetzungen, damit  
196 so nen nen Netz überhaupt greift. Sie können nicht automatisch davon ausgehen das sie eben in der  
197 Eifel, weiß ich nicht im Westerwald oder sonst wo diese diese Menschen, diese integrierenden  
198 Menschen halt haben und das ist halt das Problem daran. #00:22:43–33#

199 **I:** Fallen Ihnen denn Alternativen zu ner sektorenübergreifenden Versorgung für die Zukunft ein?  
200 #00:22:49–34#

201 **B:** Ja man könnte beispielsweise das die Idee von eben, die eben schon gesagt wurde noch mal raus  
 202 greifen, das man sagt ok wir nehmen halt die Krankenhäuser und docken dort über Gesundheitszentren  
 203 stärkere ambulante Versorgung an und das ist auch jetzt im jüngsten Gutachten des  
 204 Sachverständigenrates geschrieben in ähnlicher Form. Ich würde hier dann noch mal hingehen und die  
 205 Teams anders ausgestalten. Beispielsweise über ne Ersttriage ähnlich der Manchestertriage halten mit  
 206 mit mit Versorgerinnen oder Versorgenden ich weiß noch nicht genau was das für ein Berufsbild das  
 207 hat dort unterscheiden in Bagatelle und weniger Bagatelle und Bagatellthemen dann durchaus auch  
 208 über Assistenzen begleiten lassen d.h. das die Expertise, mit der Expertise des Mediziners, der  
 209 Medizinerin anders umgehen und dem dem Mediziner und der Medizinerin ein größeres Team umstellt  
 210 ist. Sind wir natürlich auch sehr bei, bei sehr schönen Beispielen wie sie in Schweden gelebt werden  
 211 und das kann hier für unseren ländlichen Raum ohne weiteres vorstellen. #00:24:07–35#

212 **I:** Jetzt hört man ja immer oft dieses Ständedenken gerade auch bei den Ärzten, gerade wenn's um  
 213 Aufgabenverteilungen bei bei Pflegepersonal z.B. gibt. Würde denn da eine Sektorenübergreifende  
 214 Ausbildung vielleicht schon vieles helfen, um einfach in den Köpfen so nen Teamdenken auch  
 215 auszubilden? #00:24:21–36#

216 **B:** Ja auf jeden Fall. Kann ich mir sehr sehr gut vorstellen und die Mediziner die hier beim bei uns im  
 217 Masterstudiengang drin waren (...) sind heute mit nem weit aus offenerem Denken unterwegs, weil sie  
 218 in den zwei Jahren also natürlich geht das auch in andren Masterstudiengängen, aber ich nehm mal  
 219 beispielsweise unseren hier, die sind interdisziplinär ausgerichtet, sowohl in der Studierendenbreite, als  
 220 auch in den Modulen, die angeboten werden, d.h. die Mediziner müssen sich hier mit  
 221 Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegewissenschaftlerinnen, Pflegewissenschaftlern, etc.  
 222 auseinandersetzen und sind natürlich über diese zwei Jahre Studium, dem viel näher und entwickeln  
 223 auch eine gewissen Offenheit. #00:25:13–37#

224 **I:** (...) inwieweit profitieren denn überhaupt ländliche Gebiete von so ner Vernetzung?#00:00:13–38#

225 **B:** (...) Versorgung muss auch im ländlichen Raum sichergestellt sein. Wenn wir über  
 226 Marktraumanalysen sehn, das gerade im ländlichen Raum tendenziell ältere Personen leben, die nicht  
 227 zwingend selbstständig sind aufgrund von Motorisierung oder Ähnliches aber aufgrund des Alters eine  
 228 Krankheitswahrscheinlichkeit höher ist, dann denke ich könnte, könnten sie profitieren über eine  
 229 stärkere Versorgung auch im ländlichen Raum. #00:26:06–39#

230 **I:** Sollte der Gesetzgeber vielleicht für bestimmte Populationen oder bestimmte Gebiete eine  
 231 Vernetzung vorschreiben oder würde das einfach nur dazu führen, dass Leute an einen Tisch gehen,  
 232 die gar nicht miteinander reden wollen? #00:26:16–40#

233 **B:** Solange wir diese Mehrebenenstrukturen im Gesundheitswesen haben und die Machtfülle der  
234 staatsmittelbaren Selbstverwaltung kann ich mir nicht vorstellen, dass eine Vorschrift oder ein Gesetz  
235 zu ner eine Vernetzte Versorgung zum Erfolg führt. #00:26:40–41#

236 **I:** Ist denn vielleicht das Gesetz bisschen zu offen gestaltet, als ist der 140er, der ist ja sehr sehr offen,  
237 müsste es da vielleicht bestimmte Standards oder z.B. Kapitalausstattung, Mindestgröße, elektronische  
238 Patientenakte, so als als Vorgaben geben, womit sich, andere Netze orientieren können? #00:26:56–  
239 42#

240 **B:** (...) nee sie könnten, sie haben eigentlich ja auch die Teilvorgaben noch mal verknüpft über diesen  
241 87b (...) sie haben die weitere Verknüpfungsmöglichkeit über den 73c, sie könnten die MVZ mit rein  
242 nehmen als die 95er und dann selbst wenn sie in Pflegeversicherung rein schauen haben sie immer  
243 noch zum einen über den § 11 SGB V Abs. 4 den Aufbau von Versorgungsmanagement und  
244 gleichzeitig was ist denn das 90, 91 SGB XI das ist der die Integration der integrierten oder die  
245 Nutzung der Integrierten Versorgung in die Pflegeversicherung. Sie haben sehr viele Möglichkeiten  
246 wie die vorgestaltet werden soll, die Fülle der Gesetze gibt ihnen auch eine große Versorgungsbreite.  
247 Es wäre glaub ich fatal, wenn das so im Detail ausgestaltet wär. Zudem kommt immer noch ein Punkt.  
248 Je mehr, nee zwei, zwei Punkte, die die Logik unserer Sozialversicherung ist ja ne Ebenen analytische  
249 Ausgestaltung, sprich die Makroebene entwickelt die Idee was im Gesetz drin steht und unsere  
250 staatsmittelbare Selbstverwaltung arbeitet diese aus. Das Problem liegt genau auf dieser mittleren  
251 Ebene. Solange wir uns solange die Politik sich ausschließlich auf ihrer sogenannten in  
252 Anführungsstrichen kleinen Gesetzgeber oder an diesem so fest hält in dem Maße und der G-BA  
253 höchst umständlich und extrem bürokratisch Themen umsetzt, nehmen sie das Beispiel ASV, werden  
254 wir da keine Verbesserung erlangen. Das Gesetz, die Gesetzesstruktur ist einfach als solches dürfen  
255 nicht noch detaillierter dargestellt werden. Es gibt eine super schöne Darstellung, Aufsatz von Thomas  
256 Gerlinger 2009 da geht's genau um die Ökonomisierung der Gesetzgebung oder über die  
257 Gesetzgebung und die verstärkte Bürokratisierung durch die Gesetzgebung. (...) ich glaube das nimmt  
258 der Gesundheitsversorgung auch den Freiraum. #00:29:42–43#

259 **I:** (...) welche Vorteile verbinden Sie denn überhaupt gegenüber der Regelversorgung mit solchen  
260 sektorenübergreifenden Netzwerken? #00:29:52–44#

261 **B:** Einen ganz großen Vorteil sehe ich in der in der bruchstellenfreieren Arbeit, d.h. weniger Wege und  
262 Wartezeiten für Patienten, geringere, hier sind sie auch beispielsweise in der Patientenorientierung  
263 eher gegeben. Einen weiteren Vorteil sehe ich insbesondere ob der der derzeitigen Krankheitsbildung  
264 mit, wenn sie mit Medizin, mit Multimorbiditäten konfrontiert sind haben sie bei der schnelleren,  
265 einfacheren Nutzung der fachlichen Breite mehr Möglichkeiten für den Patienten. #00:30:37–45#

266 **I:** Mit welchen Möglichkeiten oder Instrumenten könnten denn z.B. Pflegeeinrichtungen oder  
267 Rehaeinrichtungen, die ja jetzt im Moment in IV-Verträgen noch da in ner Nische sind noch besser in  
268 solche Versorgungsnetzwerke integriert werden? #00:30:50-46#

269 **B:** Der 87 b fordert bei Ärztenetzen, das die auch in in die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen  
270 vorhalten müssen, sodass hat halt da erste Wege und Ideen auch seitens des Gesetzesvorgegeben  
271 werden. (...) ich, ich glaube das die Verschleppung von Krankheiten, insbesondere in  
272 Pflegeeinrichtungen oder die Verzögerung von Versorgung und damit auch eine Verschlechterung der  
273 individuellen Krankheitsbilder der dortigen Bewohner und Gäste, das die das die über eine stärker  
274 Vernetzte Versorgung aufgefangen würden. #00:31:42-47#

275 **I:** Geht es vielleicht auch nur das es ne Komplexpauschale gibt, also ein sektorenübergreifendes  
276 Budget? #00:31:47-48#

277 **B:** Sehr spannend fänd ich total gut, auch ein Thema was wir sowohl in Publikationen mit meinem  
278 Doktorvater und auch mit anderen was ich schon seit Jahren unterstützen und auch gefordert haben.  
279 #00:32:05-49#

280 **I:** Müsste es vielleicht auch gerade im Pflegebereich aber im im ärztlichen Bereich größere Einheiten  
281 einfach geben, die vielleicht auch eine etwas größere Machtfülle haben? Oder würde das (...) z.B.  
282 gibt's ja große Krankenhausgesellschaften aber nicht so viele große Pflegegesellschaften. Um die  
283 einfach noch ein bisschen professioneller aufzustellen, da gerade im ambulanten Bereich die  
284 Pflegebetriebe sind ja teilweise doch noch sehr sehr klein. #00:32:27-50#

285 **B:** Ja es gibt ja vorsichtige Bestrebungen erste Aktiengesellschaften auch bei ambulanter Pflege. Sie  
286 können betriebswirtschaftlich Degressionseffekten entsprechend nutzen. Für mich ist die Frage wo wie  
287 sie potenziell sie da Erträge erwirtschaften können, wann in welchem Rahmen und dann wird  
288 automatisch größer. Also das ist ein reines betriebswirtschaftliches Element. #00:33:00-51#

289 **I:** Herrscht vielleicht in der deutschen Bevölkerung auch ne zu große Angst vor Privatisierung im  
290 Gesundheitswesen? #00:33:08-52#

291 **B:** Das glaub ich nicht. #00:33:10-53#

292 **I:** Es kommt ja immer wenn Krankenhäuser jetzt gerade bei der Übernahme vom Rhön-Klinikum  
293 durch Helios war auch gerade wieder der Aufschrei gerade auch in den Medien. #00:33:19-54#

294 **B:** Ja wo war der Aufschrei? War der in der Bevölkerung? #00:33:22-55#

295 **I:** Vermutlich eher in den Medien ja. #00:33:24-56#

296 **B:** Das was Fresenius, wobei ich muss natürlich sagen wir habe nichts mit Fresenius zu tun, das ist  
297 denke ich ist Ihnen klar das was Fresenius da entwickelt hat ist aus ökonomischer Sichtweise extrem  
298 intelligent und da kann man jetzt noch mal politisch zu stehen wie man will ja aber was sie zunächst  
299 machen ist sie decken die komplette Versorgungskette von A bis Z ab. Beginnend bei der ambulanten

300 Versorgung über die Krankenhaus, also den stationären Sektor, bis hin zur Pflege, also beispielsweise  
301 die Wundpflege etc., das bauen sie also aus. Natürlich die Dialyse aber auch die Hemodialyse und halt  
302 bis zur Pflegeeinrichtung. Einerseits finde ich die Idee spannend. Dass das auch also ne private  
303 Institution macht. Andererseits muss die Mischung nach wie vor gegeben sein, genau diese Vielfalt die  
304 wir auch im Gesundheitswesen haben hat natürlich auch Vorteile. #00:34:41–57#

305 **I:** Kommen wir noch mal zu den Hemmnissen zurück welche Hemmnisse sind den mit technischen  
306 Hilfsmittel zu befürchten? #00:34:49–58#

307 **B:** Zu befürchten? #00:34:52–59#

308 **I:** Oder welche gibt's da im Gesundheitswesen? #00:34:52–60#

309 **B:** Wir haben da erst mal dieses große Hemmnis des Datenschutzes. Der halt oder die Daten, die  
310 Gefahr von Datenweitergabe, die im Kontext technischer Unterstützungen nach wie vor gegeben sind.  
311 #00:35:13–61#

312 **I:** Ist das aus Ihrer Sicht eher vorgeschoben oder ist dieses Problem wirklich so immanent wichtig.  
313 Weil es ist ja auch der Blockierer wenn man jetzt nen Projekt nicht haben will dann sagt man  
314 Datenschutz, und dann ist das Projekt sehr oft gestorben. #00:35:22–62#

315 **B:** Es ist zum Teil vorgeschoben. Ich bin aber selbst keine Datenschutzexpertin, sodass ich mich da  
316 etwas zurückhalten möchte. (...) ich glaube, ich glaube nicht das das wir aufgrund von technischer  
317 Unterstützung Hemmnisse erwarten müssen, vielleicht ist diese Frage also Hemmnisse und Technik.  
318 #00:35:54–63#

319 **I:** Welche Hemmnisse es überhaupt gibt die das behindern, das es eine weitere Sektoren. #00:35:38–  
320 64#

321 **B:** Achso ok, klar wenn, neben Datenschutz haben wir auch die semiprofessionelle Ausstattung im  
322 ambulanten Sektor. Dann haben wir insbesondere im ambulanten Sektor, die zum Teil nicht in die  
323 Richtung, technische Richtung ausgerichtet, qualitative Ausbildung der, des medizinischen  
324 Fahrpersonals und auf die die Zurückhaltung seitens der Ärztinnen und Ärzte. #00:36:37–65#

325 **I:** Jetzt plant ja die KVWL für alle Ärzte eine einheitliche Kommunikationsplattform oder eine  
326 einheitliche Software. Wie stehen Sie denn zu sowas? Ist das grds. zu begrüßen? #00:36:49–66#

327 **B:** Ja bleibt auszuprobieren aber finde ich gut. #00:36:53–67#

328 **I:** Jetzt sammeln wir in Deutschland relativ viele wissenschaftliche Daten zur Gesundheitsversorgung,  
329 die aber sehr sehr viel brach liegen weil sie an den verschiedenen Institutionen liegen. Müsste da nicht  
330 ein übergeordnetes Institut geben, um solche Daten auch auszuwerten? #00:37:07–68#

331 **B:** Lassen Sie doch die unterschiedlichen Institute erst mal mit den Daten arbeiten. Wir brauchen kein,  
332 kein weiteres Institut, ich bin übrigens auch gegen das Institut, Qualitätsinstitut was gerade per Gesetz  
333 ins Leben gerufen wurde, zunächst im Koalitionsvertrag und dann halt vom Gesetz ins Leben gerufen

334 wurde. Weil ich glaube, dass wir solche großen gesundheitsökonomische Expertise vorhalten, durch  
335 diverse Forschungsinstitute, wie wir sie in Deutschland haben. Ich würde die kleineren  
336 Forschungsinstitute akkreditieren und denen halt die Möglichkeiten dann geben mit Daten  
337 entsprechend zu arbeiten. #00:37:56–69#

338 **I:** Jetzt wird ja auch oft bei IV–Projekten die Evaluation bemängelt, teilweise wird sie gar nicht erst  
339 gemacht, teilweise ist sie sehr sehr schwierig miteinander zu vergleichen. Muss es dann nicht  
340 einheitliche Standards geben, wie solche Projekte evaluiert werden? #00:38:09–70#

341 **B:** Wenn die Standards nicht verbürokratisiert werden ja. Die Gefahr ist halt hier, dass wir Deutsche  
342 dann wieder zu gründlich machen und das ein Standardmonster dabei herauskommt und sie kaum noch  
343 evaluieren können. Sie müssen auch auf die Begebenheiten, auf die Sonderfälle und Gegebenheiten  
344 halt mit der Pilotprojekte, der IV–Projekte halt auch eingehen können. Wir machen gerade eine  
345 wunderschöne Evaluation, d.h. ich mit meinem Team da evaluieren wir ein Pflegekonzept in der Stadt  
346 Solingen das nennt sich fit für Zuhause und halt insbesondere eben den 28 Tagen der Übergangspflege,  
347 die die Gäste so nennt das Haus ihre Mitbewohner die Gäste aktiviert werden. Über Ansprache,  
348 Bewegung, über aktivierende Pflege gesamthaft. Wir nutzen dafür ein gesamtes einen gesamten  
349 Werkzeugkasten von Assesment–Instrumenten, die vom vom Familienministerium in ner großen  
350 Studie über Pflegeeinrichtungen 2012 halt untersucht hat. Wenn man so vorgeht, d.h., wenn man  
351 wissenschaftlich sauber vorgeht und auch schaut, welche Forschungen gibt es, welche Systeme gibt  
352 es? Was wurde schon untersucht? Und da drauf zurückgreift und wir uns im Wissenschaftsraum dann  
353 befinden im im aktiven praktischen Wissenschaftsraum, dann kann haben wir eigentlich genug  
354 Standards. #00:39:56–71#

355 **I:** Gehen wir jetzt mal (...) oftmals ist es das Problem der Budgetbereinigung ja auch ein großes  
356 Hemmnis. Fällt Ihnen da irgendwas ein wie man das lösen kann oder ist das eigentlich de facto nicht  
357 zu lösen? #00:40:10–72#

358 **B:** Haben Sie eigentlich schon genannt Komplexpauschale. Das ist wie sollen sie sonst  
359 Budgetbereinigung lösen? #00:40:17–73#

360 **I:** Wie könnte denn so ein Finanzierungs– oder Budgetmodell ausgestaltet werden, ist das zu große  
361 Mathematik oder gibt es da einfach Wege das irgendwie verteilen zu können? #00:40:28–74#

362 **B:** Puh so aus dem Ärmel, kann ich Ihnen da nichts drauf sagen. #00:40:31–75#

363 **I:** Gehen wir mal davon aus es gibt schon so nen Versorgungsnetzwerk. Wie könnte denn das  
364 Netzwerkmanagement wer das auch immer ist über welche Kommunikationskanäle könnten denn  
365 andere Leistungserbringer ermutigt werden an diesem Netzwerk teilzunehmen und wie kann die  
366 Bevölkerung davon in Kenntnis gesetzt werden? Sind sind es die klassischen Sachen wirklich oder  
367 wird das Internet da auch immer wichtiger? #00:40:54–76#

368 **B:** Das Internet ist elementar ansonsten müssen wir hier noch mal unterscheiden. Einmal ist das nen  
369 kluges Marketing, mit nem Clou Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf die Bevölkerung und die ja eine  
370 eine Öffnung im Sinne von Absenkung der Barrieren für Kollegen und andere Professionelle wer denn  
371 halt auch durch ja eigentlich auch durch Öffentlichkeitsarbeit. Natürlich sie brauchen ne virtuelle  
372 Kommunikationsplattform, die ist ganz wichtig. Sie brauchen, sie brauchen Informationskanäle aber  
373 ich würde hier nach dem alten Marketingspruchwort handeln tue Gutes und rede darüber. #00:41:54–  
374 77#

375 **I:** Wenn Sie jetzt Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber hätten, was sollte der denn schnellstmöglich  
376 ändern oder verbessern oder einführen, damit so eine sektorenübergreifende Versorgung besser ins  
377 Leben kommt? #00:42:06–78#

378 **B:** (...) ja ich würde ich würde gerne für die Gesamthafte aber das gilt für alle Verbände sei es für  
379 GKV–Spitzenverband, KBV ich würde da eine Vorgabe machen, dass die Funktionäre nicht länger als  
380 5 Jahre dort Funktionär sein dürfen oder 7. Die Zahl 7 ist ja gerade diese Woche ja attraktiv damit  
381 diese verkrusteten Strukturen deutlicher aufgebrochen werden und ich würde sie zwingen ich würde  
382 sie zwingend auffordern miteinander in Diskussion zu treten, das gilt auch für die Pharma. Auch die  
383 Pharma mit in die Diskussion mit hinein bitten. Und dort über die Ebenen hinweg immer wieder in  
384 Arbeitsgruppen unterwegs sein. Kann ihn da gleich ml ein Modell noch zeigen, was wir im letzten Jahr  
385 entwickelt haben gemeinsam mit dem VFA. #00:43:20–79#

386 **I:** Jetzt ist ja, schwirrte die elektronische Gesundheitskarte wieder in den Köpfen rum. Was erwarten  
387 Sie sich davon für Impulse oder ist das einfach nur ein Milliardengrab? #00:43:27–80#

388 **B:** (...) im Moment ist es ein Milliardengrab, die elektronischen Gesundheitskarte (...) ist politisch  
389 verbrannt. Ich weiß nicht wie die in auf in ein positives Licht rein bringt. Und dann sehe ich, das sehe  
390 ich jetzt auch bei der gesamten Bevölkerung sie wissen nach wie vor nicht genau was damit  
391 anzufangen. Sie wenn sie ne ne Person die Mitte 70 ist heute ansprechen und sagen weißt du was du  
392 alles mit deiner Karte machen kannst oder nicht ist das nicht möglich. Also ich würde wenn ich auch  
393 hier nen Wunsch hätte. Vom Beginn an des Projekts, also von diesen ersten Laufschritten, wo Siemens  
394 und SAP etc. mit der AOK die ersten 100 Mio. verbrannt haben, streichen und komplett einen  
395 Neuanfang machen. Das wär so meine Vorstellung. Und neu anfangen von Anfang an auf der einen  
396 Seite natürlich mit den unseren hochtechnischen, High–Tech Unternehmen wie Siemens, SAP etc.  
397 aber dann auch viel stärker mit den Leistungserbringern. Der Fehler wurde meines Erachtens da darin  
398 gemacht, dass man sich zu stark auf die Krankenkassen konzentriert hat. Und zu wenig oder zu spät  
399 die Leistungserbringer mit ins Boot geholt hat. #00:44:58–81#

400 **I:** Jetzt gibt's in Siegen ein Alternativmodell, ich weiß nicht ob sie das kennen, den maxiDoc. Der als  
401 dezentrale Patientenakte in USB–Format fungiert. Was halten Sie von so einer Variante, weil der

402 Patient selber in der Hand hat welche Daten er weiter gibt und somit ist auch gerade  
403 datenschutzrechtlich auch kein Problem. #00:45:17–82#

404 **B:** Es gibt viele Alternativmodell das ist jetzt egal ob das jetzt über eine USB–Variante funktioniert  
405 oder ob das über ein gemeinsames Schlüsselsystem funktioniert über externe Server. Gesunde  
406 Kinzigtal hat auch ne Gesundheitskarte, wo relativ viele Daten drauf gespeichert werden können. Ja  
407 schalten sie nen Wettbewerb und machen sie den Wettbewerb so öffentlich, das alle Modelle  
408 gegeneinander antreten und halt über Qualitätskriterien belegen, wie gut oder schlecht sie sind.  
409 #00:45:51–83#

410 **I:** Die Gesellschaft ist ja unglaublich digital, das Gesundheitswesen hängt da immer noch ein bisschen  
411 hinterher. Liegt das vielleicht auch immer dran das bestimmte Akteure im Gesundheitswesen auch  
412 Angst vor Transparenz haben? #00:46:02–84#

413 **B:** Ja (...). #00:46:105–85#

414 **I:** (...) die Knappschaft hat da so eine Sonderstellung im System, sie dient ja einerseits als KV aber als  
415 Renten– und Krankenversicherungsträger ähnlich wie die HMOs in den USA. Ist so nen Modell für  
416 Deutschland auch denkbar? Oder wird das mehr Probleme schaffen als es schon gibt? #00:46:27–86#

417 **B:** (...) die Knappschaft hat über ihr prosper–Modell es nicht geschafft über Jahre hinweg sich damit  
418 erfolgreich durchzusetzen. Prosper ist Ende der 90er als regionales Konsortiummodell über welches ist  
419 das 63 also die über die regionalen Modelle ich 63–65, Entschuldigung 63 folgende ich weiß es nicht  
420 so ungefähr, gründet worden dann waren die ersten Untersuchungen 2002 mit guten Effekten. Dann  
421 hat man sich neu wiedergeboren um hat von der IV zu partizipieren was alles ok ist. Hat die  
422 Anschubfinanzierungsgelder genutzt, sie haben auch ich glaub den letzten Netzwerkpreis bei den  
423 Netzwerkern also bei dem Berliner Kongress der Netzwerker erhalten 2009 über ihre Patientenakte  
424 und ihren Behandlungspfad. Hatten den digitalen Behandlungspfad so und dann ist das ruhig  
425 geworden. D.h. man hat nicht geschafft diese Idee, diese sektorenübergreifende Idee so  
426 aufrechtzuerhalten wie es ursprünglich der Fall war und da kommen sie in einen Themenbereich wo  
427 über sowohl Millbacher als auch andere auch ich 2007 schon publiziert haben. Die Schwierigkeit ist  
428 nicht ein Netzwerk zu gründen, sondern die Schwierigkeit ist nen Netzwerk zu leben und zu erhalten.  
429 Und das braucht wenn man da auch Schreyögg oder Sydow folgt noch mal wie erhalte ich  
430 Organisationen am Leben und zwar genau diese fluiden Organisationen. Und das hat meines Erachtens  
431 prosper nicht geschafft aber vielleicht gibt's ja ne neuere Literatur oder Informationen darüber, die ich  
432 gar nicht kenne. #00:48:40–87#

433 **I:** Frau Dr. [...] was möchten Sie noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur  
434 sektorenübergreifenden Versorgung mitteilen, was im Rahmen des Interviews bis jetzt noch nicht  
435 angesprochen worden ist? #00:48:48–88#



436 **B:** (...) es bedarf nach wie vor einer weiteren Professionalisierung sie haben das eben schon gesagt.  
437 Das Gesundheitswesen hängt im Vergleich zu anderen Branchen ca. 10 Jahre der industriellen  
438 Entwicklung dahinter. Es bedarf einer viel größeren Offenheit im Hinblick der Weiterentwicklung von  
439 gesundheitsfachberufen und der Einbindung von betriebswirtschaftlichen Elementen im  
440 Gesundheitswesen. Das findet nicht statt oder noch zu wenig. Und hier auch gerade im ambulanten  
441 Sektor eine Offenheit und Transparenz, um genau solche betriebswirtschaftlichen Elemente auch  
442 möglicherweise etwas größere Einheiten zu entwickeln, wie halt Ärztenetze oder größere MVZ und  
443 das ist etwas, was was wir zwar im Gespräch angesprochen haben, was aber auch so ja auch aus Sicht  
444 aus der Lehre kommend ein Wunsch ist. Auf die stärkere Nutzung von Netzwerkökonomien, wie die  
445 Praxishochschule die beispielsweise ausbildet und Gesundheitsökonomien wie wie mein Lehrstuhl oder  
446 andere Lehrstühle die jeweils auch ausbilden. #00:50:06–89#

447 **I:** Muss der Gesetzgeber da auch viel viel mehr Aufklärararbeit in der Bevölkerung machen ihr  
448 bekommt ein gutes Gesundheitswesen. Gesundheit ist ein wichtiges Gut, ihr müsst da auch mal selber  
449 mehr Geld oder ihr müsst es auch selber vorleben? #00:50:18–90#

450 **B:** (...) ich weiß es nicht ob der Gesetzgeber die Aufklärung machen soll, was was hier vielleicht noch  
451 und den Punkt haben wir wirklich noch nicht angesprochen. Ich würde gern eine viel engere  
452 Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium mit dem Gesundheitsministerium und dem Arbeits-  
453 und Sozialministerium haben und leben, würde ein ministeriumsübergreifendes Denken für das  
454 Gesundheitswesen fordern. #00:50:46–91#

455 **I:** Da kommt ja der Vorschlag von Naegele und Hüther des Demografieministeriums, wie stehen Sie  
456 zu so einem Vorschlag? #00:50:51–92#

457 **B:** (...) nee es wird wieder ein spezieller Bereich outgesourct. Ich möchte aber eine Integration. Damit  
458 nicht hier wirklich die die das Thema der Wertschöpfung, gerade insbesondere der  
459 Sandwichgesellschaft, die für beides zuständig ist. Das Thema der Bildung und Weiterentwicklung  
460 noch das Bildung ist so wichtig für Gesundheit sowohl sei es auf der einen Richtung der fachlichen der  
461 Entwicklung neuer Gesundheitsberufe und auf der anderen Seite der Nähe, der Korrelation zwischen  
462 Gesundheit und Armut oder Krankheit und Armut usw. und sozialer Ungleichheit, die Thematik von  
463 Mielck. Und das Gesundheitsministerium als solches darf nicht im Elfenbeinturm sitzen, sondern muss  
464 genau in die mit den Professionen zusammenarbeiten und das kann kein Demografieministerium  
465 leisten denke ich. #00:51:53–93#

466 **I:** Fehlt Ihnen bei den Gesundheitspolitikern oder bei den Politikern überhaupt nen Vision wie das  
467 Gesundheitswesen 2050 aussehen könnte? #00:51:58–94#

468 **B:** Ja, das sind, verzeihen sie es aber Politprofis, für mich die zu wenig aus der, sich mit der gelebten  
469 Praxis befassen und nehen sie was ich sehr positiv finde, nehmen Sie beispielsweise Rolf Kühne,

470 CDU–Abgeordneter, erste Legislaturperiode, gelernter Physiotherapeut, befasst sich jetzt das erste  
471 Mal, oder befasst sich schon länger mit Politik aber glaube ich bringt ganz gute Ansätze rein aber auch  
472 aus seiner Praxisdenke heraus. Wenn ich dagegen Hermann Gröhe sehe, der natürlich als Politiker in  
473 den verschiedenen Positionen Politik, richtige Politikarbeit geleistet hat ja, ist aber, der ist mir fachlich  
474 nicht dazu geeignet das Gesundheitswesen zu leiten und zu führen. Die ich spreche ihm viele  
475 Qualifikationen zu aber dieses fachliche spreche ich ihm ab und das braucht's und ich brauche sie  
476 haben auf der zweiten Ebene, selbst wenn Gröhe auf oberster Ebene ist und sie hätten wirklich starke  
477 Leute auf der zweiten Ebene, heißt Widmann–Mauz ist Politprofi und Stube ist auch Politprofi, der  
478 war vorher im Familienministerium und wer ist die Dritte, die die das erste Mal, sie war auch  
479 Politprofi, also (...) ich komm jetzt grad nicht auf den Namen, also wenn die zweite Ebene fachlich  
480 wirklich fachlich besetzt wär, könnte ich mir noch eher was vorstellen aber haben wir nicht. Und  
481 Politik kann das so wie sie jetzt aufgestellt ist nicht leisten. #00:53:51–95#

482 **I:** Frau Dr. [...], danke schön für das Interview. #00:53:55–96#

483 **B:** Gerne (...). #00:54:07–97#

**Interviewpartner 13 (30.07.2014)**

1 **I:** (...) Herr Dr. [...] Sie sind Leiter und Ministerialrat der Gruppe 21 Prävention und Versorgung hier  
2 im Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter des Landes NRW. Welche  
3 Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:21-0#

4 **B:** Die Erfahrungen beziehen sich im Grunde auf die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen. Es  
5 gibt zwar schon deutlich länger Überlegungen hin zu einer sektorübergreifenden Versorgung in  
6 Deutschland und es gibt im Ausland natürlich auch ganz andere Versorgungserfahrungen. Die wir  
7 nicht nicht ganz vollständig aber zumindest auch mal wieder beobachtet haben und die natürlich zum  
8 Teil auch für die gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland Pate gestanden haben. Ganz konkrete  
9 Versorgungserfahrungen haben wir natürlich nicht, sondern halt aus unserer Position als Ministerium  
10 das Leistungserbringer z.B. berät, wenn sie Verträge schließen wollen. #00:01:23-1#

11 **I:** Jetzt ist in der Gesundheitsliteratur der Begriff der Integrierten Versorgung ja immer so nen  
12 bisschen doppeldeutig, einmal geht's ja um den § 140 a-d SGB V, andererseits auch oft um allgemeine  
13 sektorenübergreifende Versorgung. Ich hab's in meinem Fall jetzt erst einmal Vernetzte Versorgung  
14 genannt. Um erst einmal von dem Begriff ein bisschen wegzukommen. Das Konzept soll halt  
15 Sektoren- und Versicherungszweige übergreifend sein, populationsbezogen, patientenorientiert und  
16 vor allem auch regional arbeitend. Was halten Sie von dem Namen und vom dem Konzept?  
17 #00:01:55-2#

18 **B:** Also ich finde dieses Konzept ist umfassend und vollständig und bildet zumindest als theoretisches  
19 Gerüst das ab, was für die Versorgung der Bevölkerung sinnvollerweise organisiert werden sollte.  
20 #00:02:19-3#

21 **I:** Aus Ihrer Sicht wenn Sie jetzt so nen Idealbild von vernetzter Versorgung beschreiben müssten.  
22 Welche zwingendnotwendigen Voraussetzungen oder Merkmale müssen denn enthalten sein?  
23 #00:02:29-4#

24 **B:** Also im Grunde gibt es eine Grundbedingung eine solche Versorgung müsste die Bedürfnisse jedes  
25 einzelnen Patienten oder jeder einzelnen Patientin in den Mittelpunkt ihrer Organisation stellen. Und  
26 sämtliche Interessen der einzelnen Leistungserbringer ignorieren. Sagen wir es so eine sehr  
27 idealistische Vorstellung aber das wäre der Ansatzpunkt der ein Idealbild der Sektoren- und  
28 Bereichsübergreifenden Versorgung bezeichnen würde. Er das würde natürlich als Folge auch heißen  
29 das es für jede Art der Entscheidungen, die einen deutschen Versorgungsnetz keinerlei rechtliche oder  
30 auch finanzielle Beschränkungen geben darf. Sonst kann das ja auch nicht funktionieren. #00:03:36-5#

31 **I:** Jetzt fristen sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen in Deutschland immer noch eher ein  
32 Nischendasein. Wie beurteilen sie so eine zukünftige Verbreitung diese Form? #00:03:46-6#

33 **B:** Das kommt sehr stark darauf, wie die gesetzlichen Bestimmungen gestaltet wird. Es kommt nicht  
34 nur darauf an, dass die Finanzierungsströme gut geregelt sind und dass das leicht ist sich zu solchen  
35 Verbänden zusammenzuschließen, es kommt natürlich auch sehr stark darauf an, dass die einzelnen  
36 Gruppen ihre Interessen zurückstellen in Bezug auf das Interesse der Bevölkerung an der Versorgung  
37 und deshalb werden die Schwierigkeiten in der Umsetzung nach meiner Auffassung bestehen bleiben.  
38 Ich erwarte, dass insbesondere eine, ein Versorgungsengpass, eine Notsituation regional allerdings  
39 eher dazu geeignet ist, dann solche Versorgungsformen zu fördern, weil, wenn das etablierte  
40 gegliederte System an seine Grenzen stößt, die Motivation steigt andere Formen anzustreben.  
41 #00:04:56–7#

42 **I:** Ja, welche Faktoren hindern denn in Deutschland die Verbreitung? Was sind aus Ihrer Sicht so die  
43 größten Hemmnisse? #00:05:04–8#

44 **B:** Also es gibt eine ganze Reihe von Hemmnissen. Die gesetzlichen Bestimmungen z.B. sehen ja  
45 Integrierte Versorgung als ein Wettbewerbsinstrument. Das ist ja ein Nachteil, denn das bedeutet ja,  
46 dass sie sich die Krankenkassen nur einzeln an solchen Versorgungsformen beteiligen und sogar eher  
47 ein Anreiz besteht sich nicht zu beteiligen, wenn der Konkurrent eine solche Versorgung organisiert.  
48 Es behindern natürlich auch die Finanzierungsströme die diese die Weiterverbreitung der Versorgung.  
49 Denn es müsste ja so sein, dass z.B. bei ambulanten Leistungen das KV-Budget entsprechend bereinigt  
50 werden müsste, damit die Krankenkassen nicht doppelt bezahlen. Das ist alles sehr sehr kompliziert  
51 das gilt natürlich für den stationären Sektor auch. Die Krankenhäuser müssten bereit sein auf  
52 Budgetanteile zu verzichten um Versorgungsformen zu etablieren, die sie selbst oder andere ambulante  
53 Leistungserbringer durchführen. Alles das widerspricht den Gruppeninteressen und behindert deshalb  
54 die Verbreitung solche Versorgungsformen. #00:06:39–9#

55 **I:** Welche Auswirkungen haben denn z.B. Ständeproblematiken wie z.B. die Ärzteschaft in dem  
56 Bereich? #00:06:47–10#

57 **B:** Also man kann das ja im Moment aktuell wieder sehr gut daran sehen das Instrument der  
58 fachärztlichen Spezialversorgung soll ja jetzt endlich so langsam nach und nach laufen der 116b SGB  
59 V war immer ein Streitpunkt denn es geht immer um die Frage welche Rolle spielen die  
60 Krankenhäuser dabei? Nehmen die Krankenhäuser den niedergelassenen Ärzten etwas weg,  
61 insbesondere den speziell ausgebildeten niedergelassenen Ärzten also onkologischen  
62 Schwerpunktpraxen bspw. und diese Diskussion setzt sich auch unter veränderten  
63 Rahmenbedingungen fort, d.h. das Beharrungsvermögen solcher Standesinteressen ist ungeheuer groß  
64 und deshalb ist das eines der zentralen Hemmnisse an der Stelle. #00:07:52–11#

65 **I:** Wie sehen Sie die KVn in dem Bereich? Sind das eher im Moment eher auch noch Blockierer der  
66 Integrierten Versorgung oder haben wir in Westfalen–Lippe die Situation das die eher gestalten  
67 wollen? #00:08:04–12#

68 **B:** In Nordrhein–Westfalen glaube ich dass die KVn da relativ offen sind in Bezug auf die  
69 Weiterentwicklung sie wollen allerdings natürlich klare Verhältnisse und sie wollen natürlich auch das  
70 sie nicht behindert werden in ihrem gesetzlichen Auftrag die ambulante ärztliche Versorgung  
71 sicherzustellen das kann man wieder an einem Beispiel festmachen. Die z.B. Hausarztverträge haben  
72 ja häufig den Aspekt das sie eine bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung mit sich bringen  
73 was grds. zu begrüßen ist, dass sie aber nicht unbedingt die Notfallversorgung verbessern, sondern  
74 diese undankbare Aufgabe dann bei den KVn ich sag jetzt mal hängen bleibt und solche Regelungen  
75 machen es der KV natürlich schwer sich an der Stelle zu öffnen, weil sei ja ohnehin in einer  
76 schwierigen Situation ist, in einem System aus vielen vielen Einzelbetrieben eine Versorgung zu  
77 organisieren, die 365 Tage im Jahr rund um die Uhr existieren soll. Das ist ja kann ja man schon leicht  
78 an den üblichen Öffnungszeiten der Praxen festmachen, dass die Notfallversorgung halt praktisch die  
79 Hälfte der Zeit also nachts, Wochenende und an bestimmten Wochentagen nur eingeschränkt zur  
80 Verfügung steht und von daher diese Organisation bereits erhebliche Schwierigkeiten damit hat.  
81 #00:10:01–13#

82 **I:** Jetzt geistert die elektronische Gesundheitskarte ja auch immer in den Köpfen seit Jahrzehnten oder  
83 seit mehr als über einem Jahrzehnt eigentlich schon rum. Welche Widerstände sind denn mit  
84 technischen Hilfsmitteln gerade bei so einer Integration vorhanden? #00:10:13–14#

85 **B:** Also grds. gibt es regional immer eine große Offenheit, das hängt auch sehr stark an Personen und  
86 die Argumente gegen diese Hilfsmittel sind auch wieder eher von Interessengruppen getriggert auch  
87 das Ministerium ist der Auffassung, das technische Hilfsmittel nur dann sinnvoll sind, wenn sie  
88 wirklich dem Menschen also den Patientinnen und Patienten nutzen, und wenn die Betroffenen auch  
89 tatsächlich Herr ihrer Daten bleiben. Also auch zwischen dem Risiko, dass die Daten verfügbar sind  
90 oder nicht verfügbar sind, abwägen können und viele Argumente sind sicherlich nur vorgeschoben,  
91 denn Datensicherheit kann realisiert werden. Aber dennoch ist die Diskussion sehr stark politisch  
92 überlagert. Sie ist auch an dieser Stelle nicht rein fachlich inhaltlich begründet (...). #00:11:30–15#

93 **I:** Sie hatten die finanzielle Situation eben schon angesprochen. Welche Erwartungen haben Sie denn  
94 jetzt auch an den Innovationsfonds, der jetzt irgendwann kommen soll? #00:11:40–16#

95 **B:** Ja der ist noch zu wenig definiert. die Erwartungen sind natürlich wie immer hoch ob er tatsächlich  
96 diese Erwartungen erfüllen kann ist die andere Frage. Das ist ja auch ein Merkmal der Integrierten  
97 Versorgung, es gibt einige gute Beispiele, die auch bundesweit bekannt sind, Gesunderes Kinzigtal  
98 beispielsweise einige integrierte Versorgungsangebote in der Psychiatrie und es ist erstaunlich wie

99 wenig diese nachgemacht werden oder wie selten diese nachgemacht werden und obwohl der  
100 organisatorische Aufwand natürlich geringer ist wenn man einfach nur ein Modell kopiert. Es zeigt,  
101 dass es in jedem Einzelfall offensichtlich geprüft werden muss, ob die Rahmenbedingungen  
102 übertragbar sind, ob die Bereitschaft insbesondere regional vorhanden ist sich auf so nen, solche  
103 Versorgungsdinge einzulassen. Es gibt natürlich auch integrierte Versorgungsmodelle, die zwar die  
104 Sektoren überspannen aber nicht wirklich sektorenübergreifend sind, weil sie von einem Anbieter in  
105 verschiedenen Sektoren angeboten werden, also wenn ein Krankenhaus auch ambulant behandelt, die  
106 niedergelassenen Ärzte aber außen vor lässt, ist das meines Erachtens keine wirklich  
107 sektorenübergreifende Versorgung, weil man, das ist ne Öffnung aber keine wirkliche integrative  
108 Versorgungsform. #00:13:17–17#

109 **I:** Brauchen wir denn gerade für ländliche Gebiete einfach mehr Gesunde Kinzigtale in Deutschland?  
110 #00:13:22–18#

111 **B:** Ich glaube schon das wäre sehr sinnvoll so etwas zu organisieren. Wann man denn nur so  
112 beispielsweise gesetzgeberische Anhaltspunkte, es gibt ja beispielsweise die Regelung das  
113 Krankenhäuser bei Unterversorgung auch ambulant tätig werden können mir ist kein einziges  
114 konkretes Beispiel bekannt das tatsächlich realisiert wäre. Das kann man auch wirklich nur im  
115 Konsens regional und auf der untersten Ebene vereinbaren das eine solche Möglichkeit geschaffen und  
116 etabliert wird. #00:14:00–19#

117 **I:** Also kommt's schlussendlich dann doch auch immer auf die Persönlichkeiten an die vor Ort da  
118 sind? #00:14:05–20#

119 **B:** Ja deswegen ja auch meine Auffassung, wenn vor Ort der Druck hoch genug ist, dann kann es zu  
120 solchen Vereinbarungen, Lösungen kommen. Solange alle im etablierten System sich einrichten und  
121 existieren können wird das, ist der Impuls zu gering. #00:14:23–21#

122 **I:** Könnte man denn z.B. das Gesetz ändern, das sich in bestimmten Regionen ab nem gewissen  
123 Versorgungsgrad die Akteure zusammensetzen müssen oder würd man nur Leute an einen Tisch  
124 kommen, die gar nicht miteinander reden wollen? #00:14:37–22#

125 **B:** Das, ich glaube das insgesamt in den Berufsgruppen die Bereitschaft zu Kooperationen gestiegen  
126 ist. Das (...) den Berufsgruppen zwar noch nicht ganz klar ist was dann im Ergebnis alles bedeuten  
127 kann, das beispielsweise nicht nur Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch  
128 Pflegepersonen und andere in diesem Bereich tätige da zu Kooperationen zusammenfinden müssen,  
129 aber die Einsicht ist gewachsen aber bislang ist dennoch eine Bewegung hin zu mehr konkreten  
130 Versorgungen nicht erkennbar. Man kann Impulse setzen es gibt ja beispielsweise den § 90a SGB V,  
131 der es ermöglicht, das auf Landesebene zwischen den wichtigsten Entscheidungsträgern Absprachen  
132 getroffen werden. Da versuchen wir zum Beispiel die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu

133 verbessern, da laufen jetzt einige Modelle und wenn die gut laufen, dass man die dann tatsächlich auch  
134 flächendeckend überträgt, das dann weil an dieser Stelle sowohl Ärzte als auch Pflegeheime als auch  
135 Krankenhäuser zusammenarbeiten müssen sich über diesen kleinen Teilaspekt eine engere  
136 Zusammenarbeit auch für andere Bereiche entwickeln kann. #00:16:15–23#

137 **I:** Würde denn eine sektorenübergreifende Ausbildung der einzelnen Gesundheitsberufe hier was  
138 helfen? #00:16:20–24#

139 **B:** Das ist ja ohnehin eines der Schwächen unseres Systems, das die Ausbildung eben oder  
140 überwiegend in einem ganz bestimmten Sektor stattfindet, das gilt ja für die pflegerische sogar noch  
141 weniger als für die ärztliche, Ärzte erfahren ja nur bei Eigeninitiative etwas über die ambulante  
142 Versorgung wenn sie famulieren und Praktika durchführen in der Ausbildung zur Pflege ist ja die  
143 ambulante Pflege wenigstens schon mit etabliert. Deshalb erfährt man regelhaft vom anderen  
144 Versorgungssystem erst dann wenn man mittendrin steckt. Und deshalb wäre es natürlich schon  
145 sinnvoll, wenn es da deutlich früher, schon in der Ausbildung entsprechende, verpflichtende Zeiten  
146 gäbe. #00:17:19–25#

147 **I:** Jetzt hab ich ja von anderen Interviews immer gehört das BVA oder die Prüfung des BVA sind nun  
148 auch nen großes Hemmnis bei integrierten Versorgungsstrukturen. Müsste sich hier in dem Fall auch  
149 etwas ändern? #00:17:30–26#

150 **B:** Ja das (...) ist ja nicht nur ein Hemmnis beim BVA, die Aufsichtsfunktionen sind ja insgesamt in  
151 Deutschland sehr differenziert. Bundesweite oder regionenübergreifenden Krankenkassen sind beim  
152 BVA, regionale Krankenkassen sind bei den Ländern einige Länder haben schon gar keine oder nur  
153 ganz wenige regionale Krankenkassen das heißt die jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten sind sehr  
154 unterschiedlich. Je näher die Aufsicht an der Realität ist, um so einfacher ist es im Grunde deshalb ist  
155 natürlich tendenziell eine Bundesaufsicht immer eine, die sich von der Versorgung sehr eher weiter  
156 entfernt, denn ich sagte ja bereits, ich sehe insbesondere die Chance für die Integrierte Versorgung  
157 tatsächlich kleinräumig, auf der regionalen Ebene und die Integrierte Versorgung wird z.B. die  
158 Ballungsräume sehr spät erreichen, weil sie, weil da die Notwendigkeit nicht so evident ist. Deshalb  
159 bei für einzelne Krankenkassen ist sicherlich auch die Genehmigungspraxis des BVA relevant, was  
160 solche Entwicklungen angeht. #00:19:10–27#

161 **I:** Sollte der Gesetzgeber denn für solche Modelle der Vernetzten Versorgung bestimmte  
162 Mindestgrößen, Standards, Finanzierungsformen vorschreiben? Also einfach so das so der Rahmen  
163 abgesteckt ist, weil im Moment ist der 140er ja sehr offen. #00:19:25–28#

164 **B:** Ja es wäre sicherlich sinnvoll den 140er eher wieder irgendwie mit einer gemeinsamen  
165 Verpflichtung zum gemeinsamen Handeln der Krankenkassen zu verbinden. Das der 140er muss  
166 meines Erachtens weg vom Wettbewerbselement und es muss einfache Lösungen geben, um ein

167 regionales Budget zu bilden und sagen wir mal die die Tatsache, dass sich die einzelnen Patientinnen  
168 und Patienten einschreiben müssen, ist ja auch nicht gerade ein förderlicher Aspekt dafür weiß ich  
169 auch allerdings auch keine bessere Lösung, weil natürlich die Patientenautonomie gesundheitspolitisch  
170 natürlich einen sehr, sehr hohen Wert hat und von daher ich mir auch ne Zwangsmaßnahme an dieser  
171 Stelle nicht vorstellen kann. #00:30:13–29#

172 **I:** So wie in der Schweiz z.B. ja. Sie hatten gerade das Stichwort regionales Budget angesprochen. Wer  
173 sollte so etwas denn verwalten? Muss es denn ne zwingendnotwendige Netzwerkorganisation geben,  
174 die das hauptamtlich macht? #00:20:47–30#

175 **B:** Also ich könnte mir das Vorstellen das eine KV das durchaus machen könnte. Sie braucht natürlich  
176 dann Leitplanken damit sie das regionale Budget nicht zu schmal hält aber denn sonst braucht es, habe  
177 ich ja die Situation, dass ich im Grunde die Verwaltungen sehr stark aufblähe, dass ich dann nen  
178 regionale Manager brauche, der diese Organisation dann führt und natürlich auch unter Umständen  
179 einen sehr sehr großen Aufwand dabei hat und das wir brauchen eigentlich oder wir müssen dafür  
180 sorgen, dass die Krankenkassenmittel beim Patienten ankommen, und das sie nicht irgendwo in einer  
181 Doppelverwaltung dann verschwinden. #00:21:44–31#

182 **I:** Wenn es jetzt so ein regionales Versorgungssystem gibt, dann vernetzen sich im Moment ja oft  
183 Ärzte in Ärztenetzwerken. Andere Akteure, z.B. Pflege und Reha eher weniger. Wie könnte man denn  
184 solche Einrichtungen besser in so Vernetzungsstrukturen einbeziehen? #00:22:00–32#

185 **B:** In die Reha kann man glaub ich nur dann besser einbeziehen, wenn man sich auf den Aspekt  
186 ambulante Rehabilitation sehr stark fokussiert, das entspricht den Interessen der Betroffenen und es ist  
187 auch leichter ermöglicht die Kommunikation aufrechtzuerhalten. Kommunikation ist einer der  
188 wesentlichen Punkte der Integrierten Versorgung und die kann ich nur gewährleisten, wenn ich  
189 tatsächlich auch dafür kurze Wege habe. (...) es ist sicherlich immer ein großes Problem von  
190 vornherein ein Modell anzustreben, das alles integriert, deswegen sind die Ärztenetze eine wichtige  
191 Keimzelle aber sie werden natürlich erst dann zu einem annähernd integrierten Versorgungsmodell,  
192 wenn sie tatsächlich auch andere Berufe miteinbeziehen und auch andere Institutionen miteinbeziehen.  
193 #00:23:18–33#

194 **I:** Wie sollten denn z.B. Kreis freie Städte, die Kommunen oder aber auch private Unternehmen besser  
195 in die Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden, gerade wenn man jetzt so ein ganz  
196 kleinräumiges System etabliert? #00:23:30–34#

197 **B:** Also es gibt ja in Nordrhein–Westfalen ein Instrument in in dem solche Dinge durchaus wenigstens  
198 diskutiert werden kann, die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die gibt es inzwischen seit mehr als  
199 15 Jahren. Allerdings ist die, sind die Aktivitäten sehr unterschiedlich. Einmal was die Frequenz  
200 angeht, also es gibt Kommunen, die das Instrument eher selten nutzen, aber auch was die



201 Themenschwerpunkte angeht, denn da sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen völlig frei.  
202 Manche transportieren halt insbesondere die Themen, die in der parlamentarischen Vertretung der  
203 Kommune eine Rolle spielen. Andere kümmern sich tatsächlich stärker um eine engere  
204 Zusammenarbeit. Ich sagte ja bereits Großstädte haben's an der Stelle schwerer, weil sie ich sag mal  
205 eine viel kleinteiligere Versorgung haben. Sie haben sehr sehr viele niedergelassene Ärzte  
206 miteinzupacken sehr sehr spezialisierte zum Teil, die sich im Grunde nicht vernetzen müssen, weil sie  
207 praktisch ihren Kundenstamm haben leistungsfähige Krankenhäuser, die über die Grenzen hinaus tätig  
208 sind und Patienten bekommen und deshalb wenig Interesse an einer solchen Vernetzung haben. Ich  
209 glaube eher, dass es in Flächenkreisen beginnen kann und auch da, dass es sich insbesondere auf  
210 Kommunen, in denen die Versorgung defizitär ist, bezieht. Das erleben wir ja auch schon aktuell,  
211 wenn es beispielsweise um die hausärztliche Versorgung geht. Da gibt's ja schon erkennbare faktische  
212 Defizite. Da gibt es Bemühungen und konkrete Aktionen sowohl der Kommunen als auch der KVn als  
213 auch des Landes, um an der einen oder anderen Stelle, wo das Defizit auch dagegenzusteuern und da  
214 auf einem solchen gemeinsamen Problemlösungen heraus kann man sich das auch dann besser  
215 vorstellen. #00:25:59–35#

216 **I:** Existiert denn vielleicht in der deutschen Bevölkerung eine viel zu große Angst vor einer stärkeren  
217 Privatisierung auch des Gesundheitswesens? #00:26:05–36#

218 **B:** Das ist ja sehr ambivalent die Situation. Die Einzelpraxen sind ja immer schon private  
219 Einrichtungen gewesen, das wird aber in der Bevölkerung nicht so wahrgenommen. Die Einzelpraxis  
220 wird durchaus als eine Institution wahrgenommen, die sehr emphatisch ist und auch, ich sag mal so,  
221 als doch relativ selbstloser und sehr engagierter Helfer wahrgenommen. Das hat ja auch mit viel mit  
222 der Tradition zu tun. Dass die Praxisinhaber sich auch so verhalten haben. Es kommt natürlich  
223 berechtigterweise eine Angst hinzu, wenn z.B. private Klinikträger Geld aus dem System ziehen. Also  
224 für die Bevölkerung klar wird, dass die, dass ein Krankenhaus mehreren Zwecken dient, sowohl der  
225 Versorgung als auch der Gewinnmaximierung der Anteilseigner, dann wird's natürlich schwierig. Und  
226 an der Stelle macht sich natürlich die Angst und auch die Ablehnung solcher Strukturen fest, aber wie  
227 gesagt, das hat einfach, das ist nicht nur rational zu erklären. #00:27:40–37#

228 **I:** Der Aufbau solcher Vernetzungsstrukturen kostet ja gerade in den ersten Jahren auch relativ viel  
229 Geld. Das vielleicht in den ersten Jahren gar nicht wieder hereingeholt werden kann, sondern vielleicht  
230 erst nach 5 oder 7 Jahren. Wie stehen Sie denn zu Krediten oder Darlehen über die KfW-Bank zu  
231 verteilen, um einfach diesen Druck auch wegzunehmen, das man dieses Budgetdenken der  
232 Krankenkassen von Jahr zu Jahr ein bisschen entschlankt? #00:28:03–38#

233 **B:** Also ich glaube, das jeder Weg, der die Risiken etwas minimieren kann da sinnvoll sein kann aber  
234 mit, ich sag mal wie die Bedingungen einer Kreditfinanzierung über die KfW-Bank sind dazu kann ich  
235 zu wenig sagen, um einen solchen Vorschlag zu bewerten. #00:28:24–39#

236 **I:** (...) es gibt viele Schnittstellen im Gesundheitswesen, gerade zwischen Kranken- und  
237 Pflegeversicherung. Das sieht man ja schon dass die Pflegeversicherung bei der Krankenversicherung  
238 schon angeschlossen ist. Aber auch da liegt die Kommunikationswege teilweise nicht so laufen. Sollte  
239 man einfach vielleicht den großen Wurf machen und diese beiden Versicherungszweige  
240 zusammenzulegen? #00:28:42–40#

241 **B:** Das hätte man von vornherein machen sollen. Das war von vornherein ein Webfehler, der  
242 allerdings natürlich auch zum Teil seine Begründung hat. Die Krankenkasse ist Vollkasko, die  
243 Pflegeversicherung ist Teilkasko, das ist natürlich ein deutlicher Unterschied. Aber alleine an dem  
244 Aspekt, aus der der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit wird schon deutlich, dass es da dringend  
245 einer Veränderung bedarf, denn z.B. durch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen die Pflege  
246 verhindern können an solchen Maßnahmen sollte auch die Pflegekasse auch einen Profit davon hat  
247 beteiligt sein, wir stellen fest, dass die Kommunikation an der Stelle auch zwischen den verwandten  
248 Kostenträgern nicht gut funktioniert, also die Pflegekasse der BKK X und die Krankenkasse der  
249 gleichen kommunizieren offensichtlich zu wenig untereinander ja gut das gemeinsame Interesse an der  
250 Prävention bestimmter teurer Krankheitsfolgen die, das vermisse ich an der Stelle sehr stark.  
251 #00:30:07–41#

252 **I:** Fallen Ihnen denn Alternativen ein zu einer sektorenübergreifenden Versorgung gibt es da  
253 irgendwas? #00:30:13–42#

254 **B:** Nein es gibt sicher, wir haben ja, das muss man ja feststellen ein gutes Versorgungssystem und ein  
255 stark gegliedertes. Es ist für Patientinnen und Patienten fast nicht überschaubar so scheint es  
256 aufgebläht, das ist sicherlich ein Nachteil, aber man muss feststellen es funktioniert gut. Der Zugang  
257 ist sehr einfach. Es gibt im Grunde gemessen an der der sehr hohen Versorgungsfrequenz eigentlich  
258 wenig Probleme in diesem System aber wir laufen natürlich auch Gefahr wenn das einfach so weiter  
259 bleibt und durch Demografie und andere Entwicklungen sowohl der Versorgungsbedarf steigt, als auch  
260 der Nachwuchs sinkt, dann haben wir ein Problem. Das haben wir heute schon, aber das wird erheblich  
261 zunehmen denn wenn die geburtenstarken Jahrgänge mal 80 werden z.B. und das ist ja gar nicht mehr  
262 so weit weg, dann gibt es natürlich, ist die Schere sehr weit auf, dass der Versorgungsbedarf sehr hoch  
263 ist und im Grunde die Personen, die fachlich notwendig sind fehlen werden und auch auf so eine  
264 solche Situation muss man sich durchaus durch ein Umsteuern auch heute schon einstellen, denn das  
265 System ist sehr träge, kann man ja im Grunde genommen auch daran schon festmachen, wenn ein  
266 Wechsel in einer Praxis findet ja nur alle paar Jahrzehnte statt die Ausbildung zum Facharzt dauert

267 über ein Jahrzehnt, die auch bis Pflegepersonal so erfahren ist, das es selbstständig ambulant arbeiten  
268 kann dauert auch viele Jahre, also von daher sind allein dadurch viele Dinge vorgegeben, dass man  
269 nicht sehr kurzfristig mit Veränderungen rechnen kann und deshalb es ist ja ein, deshalb gibt es aus  
270 meiner Sicht auch keinen andern Weg, der an einer stärkeren Integration sektorenübergreifenden  
271 Versorgung vorbei geht. #00:32:47–43#

272 **I:** Jetzt haben wir sehr viel über die Sektorenübergreifung gesprochen, welche relativen Vorteile  
273 verspricht man sich denn davon für den Patienten? #00:32:55–44#

274 **B:** Das ist im Grunde genommen sagen wir mal die Versorgung aus einer Hand, die das ist ja eines der  
275 Aspekte an die sich zwar die Bevölkerung gewöhnt hat, das man für bestimmte Fragestellungen zum  
276 Arzt, für andere ins Krankenhaus und schließlich in eine Pflegeeinrichtung kommt aber auch welche  
277 Möglichkeiten alle bestehen um z.B. Dauerpflege zu vermeiden und welche verschiedenen  
278 Abstufungen der Versorgung es vor einer solchen Situation gibt ist ja doch zu wenig bekannt und  
279 deshalb hat es natürlich insbesondere für die Betroffenen, wenn es darum geht, Selbstständigkeit  
280 solange wie möglich betreuen durch bekannte Personen solange wie möglich, wenn man das, diese  
281 Ziele sieht dann und weiß das wir es immer mehr alten Menschen, die viel mehr Wert legen auf eine  
282 solche Situation zu tun haben, dann ist das natürlich auch ein wichtiges Motiv dafür. #00:34:20–45#

283 **I:** Gehen wir mal von dem Fall aus es gibt so ein regionales Versorgungsgebilde. Über welche  
284 Kommunikationswege kann denn die Bevölkerung auf das aufmerksam gemacht werden und wie  
285 können andere Leistungserbringer in dieses Netz geholt werden? #00:34:33–46#

286 **B:** Die Kommunikationswege wären am simpelsten natürlich darüber das alle die daran beteiligt sind  
287 alle ihre Patientinnen und Patienten unmittelbar informieren. Also wenn jemand in die Praxis kommt  
288 das schon das Praxispersonal darüber informiert, dass mit wem welche Arbeitsbeziehungen bestehen,  
289 welche Schritte man tun muss, um hier und da notwendige Leistungen zu bekommen und das auch  
290 dann wenn jemand in die Klinik kommt er eine vollständige Information über seine  
291 Behandlungsalternativen nach dem stationären Aufenthalt bekommt. Möglichst schon beginnend am  
292 ersten Tag, damit wenigstens bei der doch mittlerweile vergleichswisen kurzen Liegezeit ausreichend  
293 Zeit besteht sich auf eine solche Situation vorzubereiten. Natürlich ist es sehr sinnvoll einen  
294 Internetauftritt zu haben und auch eine Information zumindest eine Sammlung der Adressen die da in  
295 einem solchen regionalen Netz zusammenarbeiten, damit auch ne Wahlmöglichkeit nach wie vor  
296 erhalten bleibt. #00:36:08–47#

297 **I:** Wenn man jetzt die Gesellschaft anschaut wird das gesamte Leben immer digitaler. Das  
298 Gesundheitswesen hängt da irgendwie noch so 15, 20 Jahre zurück. Woran kann das denn liegen?  
299 #00:36:17–48#

300 **B:** Es liegt natürlich auch deutlich daran dass das Gesundheitswesen von vielen Personen in Anspruch  
301 genommen wird, die daran nicht so gewöhnt sind. Also es gibt zwar auch sehr technikaffine ältere  
302 Menschen. Aber es gibt natürlich auch viele, die auch da über das Handy nicht hinausgekommen sind  
303 und digitale Medien nicht so sehr nutzen. Wir stellen schon fest, dass viele Menschen sich sehr  
304 intensiv informieren darüber welche Möglichkeiten der Behandlungen bestehen und da auch immer  
305 flexibler werden. Also die kleinräumige Versorgung verlassen. Allerdings glauben wir nicht oder ist es  
306 ziemlich sicher, dass das natürlich das davon abhängig ist, wie aktiv flexibel man tatsächlich bleibt  
307 und wie planbar die Behandlung ist die ansteht. Da erleben wir schon dass es also Einrichtungen gibt,  
308 die wo 100 Kilometer keine Einzelfälle mehr sind. #00:37:33–49#

309 **I:** Aber auch gerade nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch bei den Unternehmen. Es gibt z.B.  
310 noch Pflegebetriebe, die ihre gesamte Dokumentation per Hand machen. Müsste es da auch  
311 irgendwelche gesetzlichen Bestimmungen geben oder läuft das von alleine, weil die ganze Welt  
312 sowieso digitaler wird? #00:37:45–50#

313 **B:** Also ich glaube an der Stelle was Verwaltung oder so ähnliche Dinge angeht wird das eine  
314 Entwicklung sein, die wo händisch nur noch ganz wenig läuft. Es ist natürlich so, häufig gibt es ja  
315 Beschwerden über Bürokratie und das steht ja immer in einem Konflikt zu notwendigen  
316 Dokumentation, sagen wir mal die Pflege und sagen wir mal die Ärzte müssen natürlich schon  
317 dokumentieren was sie getan haben. Nur die Formen der Dokumentation, da gibt es natürlich einfache  
318 und komplizierte. Und ich weiß nicht ob ne gesetzliche Bestimmung an der Stelle wirklich weiter hilft  
319 sag ich mal ein leicht bedienbares einfaches System z.B. ein sprachgesteuertes System oder so was  
320 wird sich auch relativ einfach verbreiten. Und deshalb erwarte ich eigentlich an der Stelle kaum das es  
321 da Hemmnisse gibt weitere Digitalisierung und Dokumentation. Was eher schwieriger ist ist natürlich  
322 die dauerhafte Dokumentation bestimmter medizinischer Daten, die ja Jahrzehnte aufbewahrt werden  
323 müssen und dann so nen bisschen an die Grenze stößt wie man das dann archiviert und wie man die  
324 Daten auf Dauer dann schützt, das ist eher das Problem in dem Zusammenhang. #00:39:29–51#

325 **I:** Sie hatten eben die Finanzierung so eines Versorgungsmodells schon angesprochen. Kann so nen  
326 kleinräumiges vernetzte Versorg laufen? #00:39:40–52#

327 **B:** Also es gibt ja verschiedene Überlegungen, Pauschalierungen haben ja immer so den Nachteil, dass  
328 sie ja auch die weniger erwünschten Effekte manchmal sehr stark verstärken. Man kann das ja bei der  
329 Entwicklung des DRG-Systems feststellen. Da richtet sich die Versorgung sehr häufig nach den in den  
330 Prozeduren beschriebenen Mindestangaben. Wenn also mit einer bestimmten Diagnose sieben Tage  
331 verbunden sind, wird der Patient nicht nach fünf Tagen entlassen und ähnliche Dinge das, also  
332 Pauschalierungen haben auch immer ihre wirtschaftlich getriggerten Nachteile. Was beispielsweise in  
333 der Psychiatrie Modelle sind, so dieses persönliche Budget. Das natürlich auch eine Art der

334 Pauschalierung ist aber was dann eher ich sag mal auch den Patienten mit in die Verantwortung  
335 nimmt, das sind Ansätze die sicherlich auch überlegt werden müssen aber ne Komplexpauschale hat  
336 Vor- und Nachteile, ist nicht das Allheilmittel an der Stelle. #00:41:20–53#

337 **I:** Würde es denn schon helfen wenn die ambulante und stationäre Vergütung der Ärzte erst mal  
338 zusammengelegt würde, egal in welcher Ausgestaltung? #00:41:27–54#

339 **B:** Das wäre sicherlich nen ganz sinnvoller Aspekt, denn wenn man an der Schnittstelle ein Budget  
340 bilden würde, das wirklich beide Sektoren übergreift und das müsste man allerdings dann schon mit  
341 der Verpflichtung verbinden, dass dann auch dieses Budget, auch der ambulante und der stationäre  
342 Teil zugreifen kann, je nachdem welche Ärzte dann diese Versorgung durchführen. #00:42:05–55#

343 **I:** Wenn man von Integration spricht kommen oft die Ärzte ins Spiel. Teilweise auch die Pflege. Die  
344 Apotheker werden irgendwie gar nicht angesprochen. Müssen die viel mehr in solche Modelle  
345 eingeführt werden? #00:42:15–56#

346 **B:** Also die Apotheker haben natürlich eine aus unserer Sicht eine wichtige Rolle, was die  
347 Arzneimittelberatung angeht. Dafür braucht man allerdings aber wiederum ein Instrument so ähnlich  
348 wie die, oder analog oder identisch mit der elektronischen also mit der (...) Krankenversicherungskarte  
349 mit den entsprechenden Daten, also dann müssen die Informationen auch da sein. Denn meines  
350 Erachtens die Apotheker sind eigentlich ein Gesundheitsberuf sie werden aber nicht so  
351 wahrgenommen, sie werden ja eher so als Kaufmann wahrgenommen häufig und sie können an der  
352 Stelle von der Beratung her enorm viel bewegen und können auch so als Frühwarnsystem  
353 funktionieren denn durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind ja einige Problem in der  
354 Versorgung, weil insbesondere Personen die sehr viele Arzneimittel einnehmen müssen und da denke  
355 ich ist auch noch einiges zu tun, was insbesondere die Beratung angeht. Deshalb beziehen wir bei den  
356 Modellen wenn es um ärztliche Versorgung in Pflegeheimen geht auch jeweils die Versorgung von  
357 Apotheken mit ein, weil an der Stelle auch sozusagen eine Zusammenarbeit sehr wichtig ist.  
358 #00:43:53–57#

359 **I:** Welche Impulse erwarten sie von den kommenden geriatrischen Versorgungsverbänden für so ne  
360 Vernetzung? #00:43:58–58#

361 **B:** Also ich erwarte davon, dass tatsächlich ein solcher Verbund sich in eine solche idealere  
362 Versorgungsstruktur hinein begeben kann, das tatsächlich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte  
363 gezielt da einweisen, dass die im Verbund bestehenden Krankenhäuser die Frührehabilitation und  
364 damit die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zeitnäher einleiten und das auch dann wenn die  
365 Notwendigkeit zur ambulanten oder längerfristigen Reha besteht, dass auch genutzt wird. Also wir  
366 verbinden damit die Hoffnung, dass sich da einiges verändert. Aber es ist natürlich wiederum ein

367 System, was von oben nach unten entwickelt wird. Eigentlich eher ein Nachteil, denn eine  
368 Entwicklung von unten nach oben ist an der Stelle sinnvoller. #00:45:10–59#

369 **I:** Sie hatten das Kinzigtal als Leuchtturmprojekt angesprochen oder als eines der Leuchtturmprojekte.  
370 Was, welche fallen ihnen für NRW ein? #00:45:18–60#

371 **B:** (...) also bisher wir haben so einzelne Teilprojekte beispielsweise auch im Bereich Psychiatrie, das  
372 psychiatrische Kliniken auch Home Treatment durchführen, das sie stärker dazu übergehen individuell  
373 zu entscheiden, wie behandelt wird, stationär, teilstationär, oder auch zu Hause oder ambulant oder  
374 über die Institutsambulanz ein ansonsten haben wir eher so das was so an an geläufigen  
375 Kooperationsmodellen da ist das sich ich sag mal nach Art einer, eines relativ umfänglichen MVZ über  
376 das sich viele Disziplinen zusammenfinden, aber das ist im Grunde noch keine Integrierte Versorgung.  
377 Das ist zumindest keine Versorgung die an der Basis anfängt. #00:46:15–61#

378 **I:** Die populationsbezogenen Projekte gibt es ja nur relativ wenige in Deutschland. Sie hatten eben es  
379 schon mal teilweise angesprochen. Woran kann das denn liegen? Liegt das wirklich an dem  
380 finanziellen Risiko oder einfach weil sich wirklich die Akteure nicht grün sind? #00:46:29–62#

381 **I:** (...) man kann ja nicht unbedingt sagen, dass sich die Akteure nicht grün sind. Es fehlt manchmal  
382 einfach nur der Impuls sich da zusammzusetzen und gemeinsam etwas zu bewegen und Impulse  
383 entstehen halt häufig auch zunächst mal innerhalb einer bestimmten Gruppe und überspringen diese  
384 Gruppe auch nicht. Und von da her ist das nicht unmittelbar fehlende Bereitschaft so etwas derartiges  
385 zu tun, sondern das ist ja auch durchaus ein Problem neben der üblichen Arbeit dann so nach und nach  
386 so nen Netz hochzuziehen, das ist ja immer damit verbunden, das man auch was tun muss für die, für  
387 das es nicht unbedingt eine Gegenleistung gibt und deshalb bleiben ja auch viele Entwicklungen an  
388 einer bestimmten Stelle stehen, wenn die Beteiligten dann zufrieden sind mit dem Erreichten z.B. eine  
389 gute Vertretungsregelung organisiert haben, dann ist das Motiv noch weiter zu gehen eben zu Ende  
390 oder nicht da. Das würde ich nicht unbedingt als Vorwurf formulieren, das ist einfach, liegt auch ein  
391 bisschen an der Trägheit, die wir haben. #00:47:55–63#

392 **I:** Müsste Netzwerkmanagement denn vielleicht irgendwie über nen Geldfaktor vergütet werden?  
393 #00:48:03–64#

394 **B:** Also ich glaube schon das dann wenn ein, eine solche Kooperation eine bestimmte Schwelle  
395 überschreitet, zu komplex wird, dass eine eigenständige Organisation geben muss, dann muss man  
396 dafür auch die Möglichkeit schaffen das diese Organisation finanziert wird. #00:48:24–65#

397 **I:** Wenn Sie jetzt drei Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber in Berlin offen hätten. Welche wären das?  
398 #00:48:30–66#

399 **B:** (...) ja das da könnte man gleich beim Letzten anfangen, das dann wenn eine Organisationsstruktur  
400 eine bestimmte Komplexität überschreitet etwas Derartiges implementiert wird das der aus der

401 Integrierten Versorgung der Wettbewerbscharakter entfernt wird, das es da auch wirklich  
402 verbindlichere Vereinbarungen geben muss und das es auch an der Schnittstelle ambulant und stationär  
403 ein, eine eigenständige Vergütung geben muss, die aber auch an Bedingungen gestellt wird, die  
404 wirklich nur bezahlt wird, wenn auch beide Sektoren daran partizipieren. #00:49:18–67#

405 **I:** Fehlt Ihnen denn manchmal das große, die große Vision der Gesundheitspolitiker in Berlin, das es  
406 oft vielleicht auch wirklich dann Partei gegen Partei ist und das große Ganze fehlt? #00:49:31–68#

407 **B:** Also es ist natürlich immer wieder ein Phänomen, das die Gesundheitspolitik auf Bundesebene, das  
408 war auch in Bonn schon so dann von bestimmten ganz konkreten Versorgungslagen doch relativ weit  
409 weg ist. Es ist auch leider so, dass es politisch natürlich immer eine Rolle spielt welche Klientel ist  
410 jetzt gerade positiv oder negativ betroffen und welcher Bereich soll besonders geschützt werden und  
411 ähnliche Dinge also es ist sicherlich, es spielt sicherlich ne Rolle, dass es immer wieder auch ja eher  
412 Einschätzungen und und der Schutz bestimmter Gruppen ist, der da im Wege steht, und das ist  
413 natürlich auch, ich sag mal, ein Stück weit behindert natürlich auch die die Situation, die wir heute  
414 haben, die Entwicklungen weil man ja immer wieder feststellen kann, das System funktioniert heute  
415 relativ gut und warum soll man dann sowas ändern? Der Druck im System im System ist noch nicht  
416 hoch genug. #00:51:08–69#

417 **I:** Jetzt kommt ja von einigen Professoren hier gerade auch aus NRW die Forderung nen  
418 Demografieministerium zu errichten, wie damals das Umweltministerium. Wie stehen Sie zu so nem  
419 Vorschlag? #00:51:18–70#

420 **B:** Wir stehen dazu ich sag mal naturgemäß nicht sehr positiv weil wir Demografie als als Tätigkeit  
421 also als Ressortzuständigkeit in unserem Haus haben, weil wir eine Abteilung Pflege und Alter und  
422 natürlich darüber auch ich sag mal eine eine sehr sehr sensible, demografisensible Gesundheitspolitik  
423 machen es ist immer ein bisschen schwierig wenn man einen Teilaspekt so ganz aus der Situation  
424 heraus hebt, weil man natürlich von der Demografie her die Wirtschaftspolitik nicht ohne Weiteres  
425 besetzen kann aber trotzdem Einfluss nehmen sollte. Und bei den z.B. bei diesen Schnittstellen von  
426 Umwelt und anderen Politiken kann man ja feststellen es es gibt zwar die Umweltministerien aber das  
427 hat auch nur bis zu einem gewissen Grad tatsächlich was gebracht und da glauben wir das wir in  
428 Nordrhein–Westfalen eine Organisationsstruktur haben, die da schon relativ nah dran ist. #00:52:34–  
429 71#

430 **I:** Was möchten Sie denn abschließend noch zum Gesundheitswesen oder zur sektorenübergreifenden  
431 Versorgung sagen, was jetzt im Rahmen des Interviews noch nicht angesprochen worden ist?  
432 #00:52:41–72#

433 **B:** Ich glaube wir haben das relativ umfänglich erörtert, also mir würde spontan nichts Zusätzliches  
434 mehr einfallen, was wir noch nicht besprochen haben. #00:52:50–73#

435 **I:** Herr Dr. [...] danke schön für das Interview (...). #00:53:05-74#



**Interviewpartner 14 (11.08.2014)**

1 **I:** (...) Herr Dr. [...] Sie sind hier in Frankfurt Professor und Institutsleiter vom (...) Institutsleiter vom  
2 Institut für Allgemeinmedizin und Sie sind Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung  
3 der Entwicklung des Gesundheitswesens (...) im Gesundheitswesen. Welche Erfahrungen haben Sie  
4 denn bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:28-0#

5 **B:** Eine ganze Menge. Also zum einen natürlich theoretisch konzeptionell. Dann aber auch in diversen  
6 Projekten. Das Thema sektorenübergreifende Versorgung ist ja eines der zentralen Themen des  
7 Sachverständigenrates. Ich weiß nicht ob Sie sich das schon anschauen konnten, wir haben 2009 zu  
8 dem Thema ne ganze Menge geschrieben. Wir haben im 2012er-Gutachten die Schnittstelle  
9 ambulant/stationär genauer beleuchtet. Und auch in dem jetzigen 2014er-Gutachten haben wir uns  
10 natürlich damit beschäftigt also das ist sag ich mal in vielfacher Hinsicht konzeptionell durchdrungen  
11 und da gibt es eine ganze Reihe von Vorschlägen. In unserem Institut hier machen wir auch  
12 verschiedene Projekte die sektorübergreifenden Charakter haben nenn ich mal so. Die  
13 Allgemeinmedizin an einem Universitätsklinikum hier ist selber immer an der Schnittstelle von  
14 ambulant und stationär und wir haben hier z.B. im Bereich der onkologischen Versorgung ne ganze  
15 Reihe von Projekten mit klinischen Partnern, wo natürlich immer diese Aspekte der  
16 sektorenübergreifenden Vernetzung ne Rolle spielen. Ich kann übrigens vielleicht noch mal zur  
17 Person, wenn Sie es ganz korrekt haben wollen. Ich bin nicht Leiter des Instituts, sondern Direktor  
18 heißt das hier. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe Universität. Dann  
19 Vorsitzender des Sachverständigenrates und es gibt noch ne dritte Funktion wenn Sie das vollständig  
20 haben möchten ich bin Präsident der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und  
21 Familienmedizin (DEGAM), das ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmediziner.  
22 Das sind so die drei wichtigsten Hüte, die ich habe, neben einigen anderen. Also wenn Sie es  
23 brauchen, können Sie es dann vollständig notieren. #00:02:17-1#

24 **I:** Danke. In der Gesundheitsliteratur ist jetzt der Begriff der Integrierten Versorgung ja immer so in  
25 einer Doppelfunktion. Das ist einerseits der 140er im SGB V. Andererseits liest man es auch oft für  
26 allgemeine Sektorübergreifung, deswegen gerade auch weil der Begriff so ein bisschen verbrannt ist  
27 habe ich's jetzt erst mal Vernetzte Versorgung genannt. Das soll in meinem Konzept jetzt Sektoren-  
28 und Versicherungszweige übergreifend sein, populationsbezogen, patientenorientiert und möglichst  
29 regional arbeitend. Was halten Sie von dem Namen und wie sehen Sie das Konzept? #00:02:47-2#

30 **B:** Von von dem Begriff Vernetzte Versorgung? Kann man so machen, wobei wenn man sich unklar  
31 ist, ob es sich um ne vertikale und/oder horizontale Vernetzung handelt. Also wenn ich z.B. nen  
32 Praxisnetz habe als Beispiel, dann vernetzen sich da Praxen, aber das ist noch nicht  
33 sektorübergreifend. Es sei denn man würde es ist überhaupt die Frage was ist ein Sektor? Wenn man es

34 mal ganz genau nimmt. Ist ein Sektor der ambulante und der stationäre? So würde ich es mal primär  
35 definieren. Oder ist auch Hausarzt und Facharzt schon ein Sektor? Sind das Versorgungsbereiche? Das  
36 spielt übrigens eine Rolle, das haben wir diskutiert bei dem neuen Konzept der ambulanten  
37 spezialfachärztlichen Versorgung. Da haben wir gesagt, das ist kein neuer Sektor, sondern es ist ein  
38 neuer Versorgungsbereich, der sektorübergreifend ist. Also lange Rede kurzer Sinn, als Begriff kann  
39 man den nutzen, aber er schafft zum Teil auch wieder neue Unklarheiten, weil man nämlich nicht  
40 genau weiß, was da eigentlich vernetzt wird. #00:03:45-3#

41 **I:** Wenn Sie jetzt mal das Idealbild einer solchen sektorenübergreifenden Versorgung beschreiben  
42 sollten. Welche zwingend notwendigen Voraussetzungen oder Merkmale müssen denn dafür  
43 überhaupt gegeben sein? #00:03:55-4#

44 **B:** Bei sektorübergreifender Versorgung müssten sektorenübergreifende gemeinsame Ziele sein. Es  
45 müssten tatsächlich gelebte Kooperationen stattfinden. Dazu gehört die Sektorengrenzen  
46 überwindende Kooperation. Wir haben ja in dem Gutachten 2009 dieses Modell dargestellt, vielleicht  
47 kennen Sie diese Abbildung und im Idealfall, man könnte jetzt Minimalkriterien formulieren, man  
48 könnte auch optimale Kriterien formulieren. Optimal ist eigentlich, dass glaub ich, das, was wir da  
49 beschrieben haben, nämlich die Übernahme der Versorgungsverantwortung für eine  
50 Gesamtpopulation. Nicht nur für Kranke, die jetzt Institutionen wie Kliniken und Praxen aufsuchen,  
51 sondern für die gesamte Population. Eine gemeinsame Budgetverantwortung, gemeinsame  
52 Controllinginstrumente, also Steuerung, Finanzierung, Planung unter einem Dach. Dann  
53 Versorgungspfade, klinische Versorgungspfade, die über die Schnittstelle hinausgehen. Also nicht nur  
54 ein Institutionen internes Management sag ich mal oder eine klinische Leitlinie, die innerhalb einer  
55 Klinik oder einer Praxis greift, sondern die muss über die Sektorengrenze hinweggehen und wieder  
56 zurück. Das kann auch die organisatorische Integration bedeuten, z.B. von Pflegediensten von  
57 präventiven Angeboten von Palliativversorgung das das sind ja alles Dinge, die auch  
58 sektorübergreifend gedacht werden müssen. Dazu kommt auch natürlich ganz zentral die Datenhaltung  
59 und Evaluation das sind alles sag ich mal Bausteine, die zu einer guten sektorenübergreifenden  
60 Versorgung hinzu zugehören. #00:06:03-5#

61 **I:** Muss es dafür denn vielleicht ein professionelles Netzwerkmanagement geben? #00:06:08-6#

62 **B:** Zwingend, es kann nicht ohne funktionieren. Also man kann eine sektorenübergreifende  
63 Kooperation nicht sozusagen nebenbei bestehen lassen, weil genau all die Dinge, die ich eben  
64 aufgezählt habe nicht von selbst passieren. Im Übrigen auch von den, zumindest bei den Ärzten, sehr  
65 unbeliebt sind weil oft eine der größten Schwierigkeiten in der Umsetzung sektorenübergreifenden  
66 Versorgung darin besteht, dass Ärzte, die z.B. in ihren Praxen in kleinen Königreichen leben und  
67 genauso übrigens die Chefarzte in den Kliniken. Zum Teil nicht bereit sind sich managen zu lassen.

68 Und das muss überwunden werden es hat auch den Vorteil, dass die Ärzte sich dann auf ihre  
69 Kernaufgaben konzentrieren können, auf Anamneseerhebungen, auf Diagnostik, auf Therapie und sich  
70 nicht allzu sehr mit Managementaufgaben abgeben müssen. Auch andere Funktionen wie  
71 übergreifendes Controlling, Evaluation, Personalentwicklung, Vertragsschlüsse ja, Vertragsschlüsse  
72 und Vertragsmanagement, Selektivvertragspartner wie Krankenkassen, das geht ja nicht nebenbei auch  
73 die ganze Praxis-EDV. Nicht nur Praxis-EDV. Es ist ja mehr eine sektorenübergreifende EDV  
74 erforderlich und das kann keiner nebenbei leisten. Also deshalb ist eine der Kernforderungen und auch  
75 der Schlüssel für eine erfolgreiche sektorübergreifende Versorgung, dass man so ne  
76 Managementstruktur hat. Man muss sich dann sehr genau überlegen, was man da an Verantwortung  
77 delegiert, was für Aufgaben die hat, ob die mehr dienend ist oder einfach noch tatsächlich  
78 kontrollierend, aber ohne geht es nicht. #00:07:53-7#

79 **I:** Wie könnte das denn ausgestattet werden? Müsste sollte extrabudgetär vergütet werden oder sollte  
80 die aus Einsparungen vergütet werden? #00:08:00-8#

81 **B:** Das hängt jetzt sehr von dem Vertragskonstrukt ab. Bei einer populationsorientierten  
82 Vollversorgung im Sinne einer Capitation wäre das natürlich innerhalb der Capitation. Wenn Sie nur  
83 ein, nur einen Selektivvertrag z.B. für eine ganz bestimmte Leistung machen, meinetwegen Integrierte  
84 Versorgung bei Hüfte, das ist ja so ein Klassiker, dann muss man kucken ob man da den  
85 Managementanteil mitfinanziert oder Ad-on. Besser ist also in der Endausbaustufe, sag ich mal, wäre  
86 eigentlich das Vollversorgungsmodell mit einer umfassenden, alle Leistungen enthaltenden Capitation  
87 das Richtige und da ist die Managementpauschale sozusagen mit drin. Ob man das jetzt an eine  
88 externe Managementgesellschaft abgibt, wie z.B. Hildebrandt Gesundheitsconsult oder sowas ja oder  
89 ob das in einer Region meinetwegen von dem lokalen Krankenhaus und seiner Verwaltung zusammen  
90 mit niedergelassenen Ärzten irgendwie auf die Beine gestellt wird das ist sekundär. Kann man so oder  
91 so machen. #00:09:03-9#

92 **I:** Jetzt befinden sich ja sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen immer noch irgendwie in einer  
93 Nische in Deutschland. Wie sehen Sie eine zukünftige Verbreitung dieser Versorgungsform?  
94 #00:09:11-10#

95 **B:** Das ist äußerst zäh, es ist sogar eine gewisse Stagnation in den letzten Jahren gewesen. Es gab ja  
96 mit dieser 1%-Anschubfinanzierung nen gewissen Boom. Die haben wir allerdings als Rat kritisiert.  
97 Ersten ist es so gewesen, das da viele Verträge gemacht wurden, die auch ohne diese  
98 Anschubfinanzierung gelaufen wären. Da hatt man einfach diese 1% mitgenommen. Und dann gibt's  
99 noch ne ganze Reihe von Verträgen, die nur deshalb gemacht wurden um an diese 1% zu kommen und  
100 das große Problem ist, das man nicht eine zwingende Evaluation verlangt hat, sodass wir bis heute  
101 eigentlich nicht wissen, was daraus geworden ist und das ist bei öffentlich-rechtlichen Geldern nicht

102 akzeptabel. Deshalb laufen unsere Vorschläge darauf hinaus, wenn man sowas macht, wie jetzt z.B.  
103 über nen Innovationsfonds oder so, dann muss man das auch evaluieren. Was war die Frage nochmal  
104 ganz genau? #00:10:06–11#

105 **I:** Wie Sie die zukünftige Verbreitung sehen. #00:10:09–12#

106 **B:** Wie ich die Verbreitung sehe. Ja, also es gab diese Stagnation, die hat aber auch noch einen  
107 anderen Grund und zwar das Bundesversicherungsamt die gesetzlichen Vorgaben extrem restriktiv  
108 aus, ausgelegt. Man hat gesagt, wenn zwei Partner einen solchen Vertrag abschließen, dann müssen sie  
109 schon bei Vertragsabschluss die Beitragssatzneutralität nachweisen. Es darf also nicht mehr kosten und  
110 das ist natürlich absurd wenn ich auf die letzte Frage zurückgehe. Wenn ich eine Managementstruktur  
111 aufbauen muss, wenn ich EDV-Infrastruktur brauche, wenn ich in einer Region etwas aufbauen will,  
112 dann habe ich zunächst eine Investition. Der Return on Investment kommt bei solchen Projekten nach  
113 ungefähr fünf Jahren plus minus ja, und da ist es absurd zu verlangen, dass man von Anfang an  
114 kostenneutral ist. Und mit dieser Daumenschraube hat man sehr viele Innovationen behindert, deshalb  
115 haben wir auch verlangt, dass das gestrichen wird, dieser Refinanzierungsvorbehalt und wenn man das  
116 jetzt löst und wenn der Innovationsfonds kommt, dann kann das dem Ganzen einen neuen Schub  
117 geben. Grundsätzlich ist es notwendig es gibt ja eine kleine Bohrung sozusagen durch die Mauer  
118 zwischen den Sektoren, das ist diese ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die wir auch als Rat  
119 vorgeschlagen haben, die ist allerdings viel zu klein ausgefallen und die ist ja wegen der Angst der  
120 Vertragspartner von Ausweitung auf nen ganz enges Gebiet ja, man fängt da an mit Tuberkulose und  
121 Darmtumoren und was weiß ich begrenzt und das ist ist weit weniger als vorher also z.B. waren wir  
122 oder schlagen vor das man auch das ambulante Operieren, die stationsersetzenden Leistungen usw.  
123 damit rein nimmt und das man diesen Bereich sektorenübergreifender Versorgung schrittweise  
124 ausdehnt. #00:12:04–13#

125 **I:** Konkret erwarten Sie also vom Innovationsfonds eher wieder so ne Aufbruchsstimmung oder?  
126 #00:12:08–14#

127 **B:** Ja eindeutig. Man weiß natürlich jetzt noch nicht, das muss man mit Vorbehalt sagen wie das die  
128 Ausgestaltung ist. Ich hab da so verschiedene Signale empfangen da muss man dann sehen was daraus  
129 wird, aber im Prinzip würden dann plötzlich, wenn man mal die Versorgungsforschung raus nimmt  
130 225 Mio. Euro pro Jahr für innovative Versorgungsmodelle zur Verfügung stehen, das ist schon sehr  
131 erheblich und das bringt ne Menge Schub es ist auch sehr gut das das kommt. Man könnte auch drüber  
132 diskutieren ob das der richtige Weg ist und ob es andere gibt aber in jedem Fall bringt's jetzt mal  
133 wieder Bewegung rein. #00:12:44–15#

134 **I:** Könnte man den Teufelskreis vielleicht durchstoßen indem man z.B. über KfW–Darlehen das man  
135 das Krankenkassen dieses Budgetdenken gar nicht mehr haben. Dass sie für den Aufbau dieser

136 innovativen Versorgungsmodelle ein Budget für fünf Jahre oder für sieben Jahre z.B. zur Verfügung  
137 gestellt bekommen. #00:13:00–16#

138 **B:** Das haben wir ja, ich weiß nicht ob Sie das wissen, wir haben das ja im 2009er Gutachten  
139 vorgeschlagen dass man das macht und dass man sogar bei positiver Evaluation auf die Rückzahlung  
140 verzichten könnte. Das hatt sich allerdings nicht bewährt. Also die Krankenkassen, für die  
141 Krankenkassen ist das Geld nicht das Problem, die haben genug Geld und gerade im Augenblick.  
142 Haben die ja oder in den letzten Jahren sagen wir mal so in denen wir die Stagnation hatten, da haben  
143 die ja ganz erhebliche Reserven angehäuft. Also sowohl bei den Kassen als auch im Fonds. Und die  
144 Finanzierung solcher Projekte war nicht der limitierende Faktor, deshalb ist unser Vorschlag glaub ich  
145 trotzdem richtig, aber er ist nicht ausreichend. Es ist, das ist nicht das Kardinalproblem. Das war mehr  
146 die Bremsung durch BVA und andere Dinge und natürlich es gibt noch nen anderen Grund. Die  
147 Krankenkassen denken sehr sehr kurzfristig. Ja die denken ans nächste Jahr und müssen wir im  
148 nächsten Jahr nen Zusatzbeitrag erheben ja oder nein. Das war ja immer nen großes Thema. Und  
149 demnächst wird es dann so sein, wie groß wird der Zusatzbeitrag sein, den man erhebt und es gibt  
150 einen Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb und in diesem Zusammenhang stehen alle auf der  
151 Kostenbremse und auch deshalb wurde schon in Projekte nicht investiert, die sich vielleicht erst nach  
152 fünf Jahren refinanzieren. Dazu kommt noch nen anderes Problem. Für solche Projekte braucht man ne  
153 gewisse Marktmacht. Selbst eine Krankenkasse wie die Techniker Krankenkasse, die jetzt die größte  
154 Krankenkasse Deutschlands ist, hat in manchen Regionen oder im Durchschnitt hat die 10, 11 % der  
155 Versicherten. Das reicht einfach nicht aus, um eine populationsorientierte Versorgung umzukrempeln,  
156 wenn 90 % der anderen Versicherten anders versichert sind, ja und dann lohnt es sich für die Region,  
157 für das Krankenhaus, für die Praxen nicht für 10 % der Versicherten alles umzuschmeißen. Und das ist  
158 nen weiteres Problem bei der Umsetzung. #00:15:03–17#

159 **I:** Wir sind jetzt schon mitten in den Diffusionswiderständen. Welche fallen Ihnen denn z.B. mit  
160 technischen Hilfsmitteln oder in Verbindung mit technischen Hilfsmitteln ein? Welche Widerstände es  
161 gibt? #00:15:13–18#

162 **B:** Was meinen Sie damit? #00:15:15–19#

163 **I:** Z.B. mit einer elektronischen Patientenakte oder jetzt diese. #00:15:22–20#

164 **B:** Ach so ja die sind natürlich was den Willen zur Kooperation angeht, auch technisch gesehen ganz  
165 ganz schlecht aufgestellt in Deutschland. Wir haben wenn ich mal so den ambulanten Teil sehe,  
166 Praxis-EDV-Hersteller, die 50, 60, 70 verschiedene Produkte auf dem Markt haben. Die sogar zum  
167 Teil bei den Quartalsupdates jeweils ein Bit an der Schnittstelle ändern, damit es keine Kompatibilität  
168 gibt und damit es keine Übertragung von Daten in andere Systeme gibt. Damit sozusagen in bei einem  
169 Provider, da also bei dem einen Softwarehersteller gefangen bleibt. Es gibt keine übergreifenden

170 Kräfte, die darauf hinwirken, dass z.B. die elektronische Patientenakte standardisiert wird. Es wird  
171 eher das Gegenteil gemacht. Es gibt große Probleme in der Auseinandersetzung zu der Frage: Wer hält  
172 denn die Daten; wer hat die Kontrolle; wo werden die gespeichert? Dann kam sofort diese NSA-  
173 Befürchtung, die ja durchaus ernst zu nehmen sind hinzu. Also da das ist insgesamt total ernüchternd  
174 und enttäuschend und die elektronische Gesundheitskarte ist nen absoluter Papiertiger ja. Da ist außer  
175 nem Foto bisher kein Fortschritt zu erkennen (...) also es ist weit unterentwickelt wenn man das mit  
176 anderen Ländern vergleicht. Wie Dänemark oder so. #00:16:54–21#

177 **I:** Inwieweit sind denn auch Institutionen wie z.B. die Kassenärztlichen Vereinigungen Blockierer  
178 solcher Sektorenübergreifender Versorgungsmodelle? #00:17:01–22#

179 **B:** (...) alle, die da Eigeninteressen verfolgen, haben sich bisher in der einen oder anderen Weise als  
180 Bremser erwiesen. Und dazu gehören auch die Kassenärztlichen Vereinigungen. #00:17:20–23#

181 **I:** Ändert sich das, merkt man das aufgrund demografischer Veränderungen oder dass der Druck  
182 vielleicht auch nen bisschen höher wird, dass man so in den letzten Jahren vielleicht erkennen konnte  
183 das das auch nen in Zukunft eher zu innovativen Projekten führen kann? #00:17:32–24#

184 **B:** Bezieht sich die Frage jetzt auf die Kassenärztlichen Vereinigungen oder auf alle? #00:17:35–25#

185 **I:** Auf alle Partner also auch z.B. die Ärzteschaft als Ganzes. #00:17:39–26#

186 **B:** Also theoretisch ja praktisch nein. Also Lippenbekenntnisse gibt es jede Menge aber der  
187 tatsächliche Wille ist äußerst gering ausgeprägt. Am ehesten nach unserer Beobachtung noch in den  
188 Regionen wo wir jetzt Unterversorgung schon haben oder wo sie droht. So Marsberg ist so nen  
189 Beispiel ja. Da schließen sich das Krankenhaus, die niedergelassenen Ärzte, die Apotheker, die  
190 Volksbank, die Stadt Marsberg, die Papierfabrik und was weiß ich wer in dieser Gesundheitsstiftung  
191 zusammen und will was tun und die suchen eigentlich händeringend nach Konzepten. Also da, wo die  
192 Versorgung wirklich gefährdet ist, sind die Protagonisten auch bereit über die Schnittstellen hinweg  
193 sich zusammenzuschließen. Da, wo das nicht der Fall ist, in den Ballungszentren, herrscht nach wie  
194 vor Konkurrenz, Abschottung und darüber hinaus gibt's dann noch auf der Bundesebene die  
195 institutionellen Interessen und da sind insbesondere die Kollektivvertragspartner, sprich  
196 Kassenärztliche Vereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche  
197 Krankenhausgesellschaft, eher Institutionen, die eine solche Entwicklung, eine Vielfalt mit neuen  
198 Vertragspartnerschaften, Selektivverträge behindern. Z.B. auch bei der Bereinigung, ich weiß nicht ob  
199 Sie da noch drauf kommen. Bereinigung der Gesamtvergütung wird ganz systematisch verhindert,  
200 verzögert, weil man natürlich mit jedem Selektivvertrag, der außerhalb der KV geschlossen wird, ja  
201 selber an Einfluss und Macht verliert. #00:19:11–27#

202 **I:** Könnte man denn z.B. um gerade diese Budgetbereinigung, die ja immer als großes Hindernis auch  
203 in der Literatur aufgeführt wird kann das wirklich nur über Komplexpauschalen vielleicht gehen also  
204 z.B. im ambulanten und stationären Bereich? #00:19:22–28#

205 **B:** Sie meinen jetzt eine sogenannte kombinierte Budgets oder? #00:19:29–29#

206 **I:** Ja zum Beispiel. #00:19:30–30#

207 **B:** (...) also es gibt wahrscheinlich Verträge, also es gibt Möglichkeiten das auch anders zu regeln.  
208 Aber das wäre natürlich das Beste, wenn man von vornherein kombinierte Budgets hätte. Aber das  
209 geht ja in dem jetzigen System kaum. Wir haben ambulante Vergütungsstrukturen sprich regionale  
210 morbiditätsorientierte Budgets mit EBM-Umlage auf der einen Seite und auf der anderen Seite haben  
211 wir DRG getriebenes System, was nach ganz anderen Prinzipien funktioniert. Das sind ja zwei völlig  
212 verschiedene Welten. Und da ist wirklich die ambulante spezialfachärztliche Versorgung so ne  
213 gewisse Hoffnung, nen ganz kleines Pflänzchen, aber da wird ja erstmalig eine gemeinsame  
214 Finanzierung über die Schnittstellen hinweg ermöglicht. Also entweder muss man es so machen wie in  
215 der ASV oder das wäre sozusagen das Fernziel, man sagt wirklich ganz komplett weg mit EBM und  
216 DRG und so nem Kram, hin zu ner Capitation für versicherungsbezogene Capitation auf der Basis von  
217 Einschreibung in einen regionalen Vertrag. #00:20:46–31#

218 **I:** Müsste der Gesetzgeber denn vielleicht für unterversorgte Regionen auch den Zwang zu ner  
219 Vernetzung wie jetzt z.B. in Marsberg machen oder würde das nur dazu führen das Leute an einen  
220 Tisch kommen, die gar nicht miteinander reden wollen? #00:20:58–32#

221 **B:** Also von Zwang halte ich eigentlich gar nix. Ich würde die Anreize so setzen, dass es interessant  
222 wird. Im Übrigen sieht man am Beispiel Marsberg und anderen Orten, die kommen von selber drauf,  
223 das sie sich da zusammenschließen, die muss man nicht zwingen. Das ist eher das Problem, das man  
224 denen dann ein Konzept anbietet. Und in Brilon z.B. die haben ja dann einen anderen Weg beschritten.  
225 Wir sehen auch dass man sozusagen diese Rahmenbedingungen schafft. Dass man auch mehr Geld in  
226 die Region schafft. Ich weiß nicht haben Sie unser neues Gutachten angeschaut. Wir haben ja da  
227 Vorschläge gemacht, wie Landarztzuschlag, Kombination aus Sicherstellungszuschlägen, Fonds für  
228 die Umwandlung von Kliniken, eventuell sogar in Richtung sektorübergreifende Ausschreibung bei  
229 Unterversorgung. Das nämlich, das wäre ein ganz innovativer Vorschlag, den wir im neuen Gutachten  
230 haben, das wir sagen dort, wo es nicht klappt, da sollte man den Sicherstellungsauftrag ans Land geben  
231 und das Land soll dann regional die gesamte Versorgung ambulant und stationär ausschreiben. Und  
232 dann kommt das Geld aus dem bisherigen KV-Topf darein, und zwar nach unserem Vorschlag um 200  
233 % bereinigt und nicht 100 um mehr Geld da rein zu bringen und um, also einerseits wollen wir damit  
234 einen Anreiz schaffen, dass die KV in Marsberg sich bemüht, das es erst gar nicht so weit kommt. In  
235 Marsberg und Brilon usw. und wenn es nicht klappt, dann sollte man in so einer Region eine

236 Ausschreibung machen und zwar gleich dann für die gesamte Versorgung im Sinne von Capitation,  
237 populationsorientiert usw. und dann würde ich die 200 % aus der KV-Vergütung da rein tun,  
238 Sicherstellungszuschläge vom Land und noch Mittel aus dem Umwandlungsfonds, der jetzt  
239 möglicherweise in dieser Bund-Länder-Kommission beschlossen wird und dann hätte man plötzlich  
240 ne Menge mehr Geld, mehr als je zuvor in Marsberg oder Brilon und könnte dann in dieser Region  
241 was Neues aufbauen. Dann könnte sich das Krankenhaus mit den niedergelassenen Ärzten und  
242 vielleicht auch Externen überlegen, wie können wir vielleicht in dieser Region was aufbauen. Dann  
243 machen wir vielleicht Facharztpraxen im Krankenhaus, machen mobile Hol- und Bringendienste,  
244 mobile Praxen, Hausarztprogramme, ach so das Geld von dem Landarztzuschlag kommt natürlich auch  
245 darein und dann würden wir z.B. Leuten Übernachtungsmöglichkeiten in Marsberg bieten, die  
246 eigentlich in Paderborn wohnen oder Dortmund oder Kassel oder was weiß ich wo mit ihren Familien  
247 ja, und wir würden denen dann mehr Geld zahlen, wenn sie in Marsberg arbeiten. Wir würden die  
248 Umstrukturierung dort machen, mit Fachkräften, mobilen Diensten etc. und dann hätten wir auch die  
249 nötigen Mittel, die wir dort brauchen. Das war jetzt nen kleiner Ausflug Klammer zu. #00:23:41-33#

250 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht überhaupt Alternativen zu ner sektorübergreifenden Versorgung?  
251 #00:23:45-34#

252 **B:** (...) also wie können die aussehen? Eine Sektorenabschottung, die haben wir ja jetzt schon. Ich  
253 glaube nicht, also wenn man sich weltweit umschaut, dann haben ja alle Industrienationen ähnliche  
254 Probleme. Wir haben es mit demografischer Alterung zu tun, wir haben's mit einem Wandel des  
255 Morbiditätsspektrums zu tun, in Richtung mehr chronisch Kranke, mehr multimorbide. Wir haben das  
256 Problem der Stadt-Land Unterschiede und des Fachkräftemangels in der Pflege und in den bei den  
257 Hausärzten. Und wenn man diese Probleme überwinden will, dann geht das nicht durch Abschottung,  
258 dann braucht man mehr Kooperation. Übrigens auch, weil der Nachwuchs möchte im ärztlichen  
259 Bereich nicht als Einzelkämpfer arbeiten will, die wollen vernetzt sein. Dann auch wegen der  
260 multimorbiden Patienten, die haben eben mehrere Gesundheitsprobleme gleichzeitig, die müssen von  
261 mehreren im Team versorgt werden und auch wegen der Fortschritte der Medizin. Man kriegt nicht in  
262 einer Region alle Angebote die man braucht um eine Population ordentlich zu versorgen. Also es gibt  
263 keine, aus meiner Sicht keine Alternative zu einer Vernetzung. #00:25:01-35#

264 **I:** Inwieweit würden denn insbesondere gerade ländliche Gebiete wie Marsberg davon profitieren? Ist  
265 das wirklich die einzige Möglichkeit um überhaupt eine vernünftige Gesundheitsversorgung  
266 aufrechtzuerhalten? #00:25:12-36#

267 **B:** Also meinen Sie jetzt Vernetzung oder was? (...) generell ja wobei es natürlich ganz viele  
268 Möglichkeiten gäbe wie man die Vernetzung macht ja. Das Marsberger Krankenhaus z.B. hat das weiß  
269 ich zufällig ist elektronisch mit der Radiologie des St. Josefs Stifts oder wer gehört da zum gleichen



270 Konzern in Paderborn verbunden, also die machen die Röntgenaufnahmen im Krankenhaus Marsberg,  
271 schicken die digitalen Bilder nach Paderborn, dort sitzt nen Radiologe, befundet die und schickt sie  
272 wieder zurück. Und das ist die einzige Chance für Marsberg radiologische Expertise vorzuhalten. Sie  
273 können da keinen finanzieren, der da vor Ort sitzt. Und ich glaube auch der Nachwuchs es gibt ganz  
274 große Probleme Ärzte zurück nach Marsberg zu bringen. Es wird ein paar ganz wenige geben, die aus  
275 Marsberg kommen so wie wir, aber selbst die gehen da nicht alle hin ne. Und auch wegen dem Partner  
276 und wegen allen möglichen anderen Sachen. Und man muss sich dann lokal unterschiedlich  
277 aussehende Modelle überlegen. Durch sogenanntes local tailoring, man nimmt Anpassungen an die  
278 lokalen Bedingungen, also ich glaube, ich sehe keine echte Alternative zu einer sektorübergreifenden,  
279 also vertikalen und auch horizontalen Vernetzung. #00:26:30–37#

280 **I:** Jetzt ist ja Pflege oder auch Reha-Träger sind ja gerade in so integrierten Versorgungsmodellen  
281 immer noch auch wieder in ner Nische. Mit welchen Möglichkeiten außer mal von Finanzierung kann  
282 man denn solche Partner dazu motivieren in so nen Netzwerk beizutreten? #00:26:47–38#

283 **B:** (...) ja außerhalb der Finanzierung. Man muss glaub ich auch ne ne Integration der anderen SGBs  
284 Versorgungsbereiche andenken. Es gibt, wir sind jetzt gerade dabei, ein interessantes Modellprojekt  
285 mit auf den Weg zu bringen, wo in Bremerhaven und von einer großen Krankenkasse nee letztendlich  
286 sogar von allen Krankenkassen zusammen mit dem Senat ein solches populationsorientiertes Konzept  
287 für die Versorgung von psychisch–psychiatrisch erkrankten gemacht wird. Und da sollen dann, sollen  
288 diese anderen Gesetzbücher also Reha, Pflege und Gesundheitsversorgung integriert werden. Und das  
289 ist glaub ich die Zukunft, dass man versucht diese Partner miteinzubinden. Weil bei solch einem  
290 Erkrankungsbild liegt das auch nah, das kann man nämlich nicht allein medizinisch–ärztlich bedienen.  
291 Das ist ja schon mal ne extra Baustelle, also diese Überwindung dieser Schnittstellen und dieser  
292 Sektorengrenzen ist erheblich. Wir haben in unserem neuen Gutachten dazu Vorschläge gemacht,  
293 erstens haben wir gesagt man muss wissenschaftliches also wenn man mal die Reha nimmt, das besser  
294 untersuchen, was da die Effekte sind, und insbesondere auch die ambulante Reha mehr in den Blick  
295 nehmen. Man kann wahrscheinlich sehr viel mehr ambulant vor Ort auch machen als stationär.  
296 Zweitens haben wir gesagt es muss ein neues Verhältnis gefunden werden zwischen Kranken– und  
297 Pflegeversicherung, weil es da Verschiebebahnhöfe gibt und z.B. die Krankenversicherung gar kein  
298 Interesse an der Verhinderung von Pflege hat, weil man das in die Pflegeversicherung abschieben kann  
299 ja. Und dann müssen andere Anreize geschaffen werden das ist ein dickes Brett (...). #00:28:33–39#

300 **I:** Wäre es da vielleicht nicht die Möglichkeit, die sicherlich mit sehr sehr vielen Hürden verbunden  
301 ist, aber Pflege– und Krankenversicherung einfach zusammenzulegen? #00:28:42–40#

302 **B:** Ja also den Vorschlag gab's ja früher schon das ist eine Möglichkeit. Man muss immer wissen jede  
303 Veränderung hat auch Vor– und Nachteile. Also es ist, ein Nachteil der befürchtet wird ist, dass dann

304 die Pflege sozusagen noch mehr an Stellenwert verliert. Und sozusagen dann von der von der  
305 Krankenversicherung untergemangelt wird und die Pflege an Einfluss, Stellenwert, Autonomie und  
306 was weiß ich verliert ja. Also das ist wir haben dann einen etwas differenzierten Vorschlag gemacht  
307 können sie noch, haben sie das Gutachten eigentlich, sonst geb ich Ihnen mal eins mit hier. Das ist  
308 jetzt hier die Kurzfassung, darin finden Sie noch mal was wir uns dazu überlegt haben. #00:29:28–41#

309 **I:** (...) brauchen wir in Deutschland ein sektorübergreifendes Forschungsinstitut, welches alle Daten  
310 sammelt? #00:29:36–42#

311 **B:** Also ein Zentralforschungsinstitut, was alle alle Forschung in allen Sektoren im gesamten  
312 Gesundheitssystem macht nein. Das ist, warum sollten wir das haben. Also warum sollte man das  
313 monopolisieren? Dafür gibt's überhaupt keinen Grund. Nein ich glaube man braucht  
314 Forschungsprogramme natürlich. Das ist ja auch jetzt übrigens in der Koalitionsvereinbarung im  
315 Prinzip schon vorgesehen die 75 Mio. Euro die pro Jahr für Versorgungsforschung vorgesehen sind,  
316 wären eine Ressource die man dafür nutzen könnte. Und bei den 225 die für innovative  
317 Versorgungskonzepte vorgesehen sind, da ist ja auch nen Evaluationsanteil mit zu denken. Und da  
318 würde ich auf gar keinen Fall monopolisieren, das macht auch keinen Sinn in ne Behörde zu verlagern,  
319 das muss auch nen Wettbewerb verschiedener Konzepte. Stellen Sie sich mal vor, das würde sagen wir  
320 mal in Berlin, wird mal nen neues Rieseninstitut gebaut, was jetzt als Datenkrake sozusagen sämtliche  
321 Befunde sammelt und dann wäre Ihr Arbeitsplatz weg und der dutzenden von anderen  
322 Versorgungsforschern ebenfalls und dann würden dann alle da in einem Institut hocken, das macht  
323 überhaupt keinen Sinn. (...) es gibt muss ich vielleicht noch mal kurz sagen nen paar Sachen die  
324 müssten zentral gemacht werden, so z.B. die die Aufbereitung der Routine-Daten und die Zustellung  
325 und so, das ist auch wichtig, die Routine-Daten müssen für die Versorgungsforschung zur Verfügung  
326 gestellt werden. Das kann man nicht dezentral alles machen, aber ich sehe das mehr als  
327 Forschungsinfrastruktur die zentralisiert werden muss aber nicht die Umsetzung. #00:31:13–43#

328 **I:** Sie hatten eben schon gesagt, dass es gewisse Ständeproblematiken, die man ja oft Ärzten auch  
329 teilweise nachsagt gibt, würden denn eine sektorenübergreifende bessere Ausbildung von z.B.  
330 Pflegern, Mediziner, Apothekern da Abhilfe leisten? #00:31:27–44#

331 **B:** Unbedingt, also das wäre wichtig, dass man in der Ausbildung, das schon mit integriert, es gibt  
332 übrigens, vielleicht wissen Sie das, oder vielleicht auch nicht, einen Studiengang, einen Bachelor in  
333 Integrated health care heißt der glaub ich an der Universität in Heidelberg. Sind Sie darauf schon  
334 gestoßen? Also es gibt einen einen Studiengang, der demnächst auch als Master angeboten werden  
335 soll, der als Thema die sektorenübergreifende und professionsübergreifende Integration hat, den gibt's  
336 in Heidelberg. Macht dort das die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung und da  
337 nehmen dann teil Physiotherapeuten, Krankenpflegekräfte, Ärzte, etc. pp und die lernen dort genau das

338 schon in der Ausbildung. (...) wäre sinnvoll wenn wir im Medizinstudium z.B. auch solche Aspekte  
339 mit drin sind. #00:32:23–45#

340 **I:** Sie hatten am Anfang angesprochen, dass viele Forschung, viele Projekten die den 140er also die  
341 Anschubfinanzierung damals abgegriffen haben, nicht das am Ende gemacht haben, was eigentlich,  
342 was man sich davon versprochen hat. Sollte der Gesetzgeber bestimmte Mindeststandards vielleicht  
343 über Größe, Kapitalausstattung etablieren um so etwas zu verhindern? #00:32:44–46#

344 **B:** (...) das sollte er nun dann tun, wenn öffentlich–rechtliche Gelder sozusagen meinetwegen aus dem  
345 Innovationsfonds dafür verwendet wird. Wenn eine Krankenkasse das Projekt A oder B macht, dann  
346 ist das ihr eigenes Ding, da würde ich nicht rein regulieren. Also es muss auch sozusagen der die  
347 Krankenkassen sehen sich ja zunehmend, auch wenn das limitiert ist als Unternehmen ja und die  
348 können natürlich auch was unternehmen und da würde ich ihnen jetzt nicht so enge Fesseln anlegen,  
349 zumal dann wieder so nen BVA kommt und das dann alles kurz und klein prüft, weil man natürlich bei  
350 der Formulierung der Spielregeln nicht an alle Ausnahmen und Besonderheiten gedacht hat. Also ich  
351 würde da eher eine Vielfalt befördern, ich würde Anreize setzen und damit bestimmte Ziele angestrebt  
352 werden ich würde bei dem Innovationsfonds, das ist ja ein eigener Topf, da müssen Spielregeln klar  
353 sein, das läuft auch darauf hinaus, das man sagt es muss sektorübergreifend sein, es muss müssen  
354 Aspekte wie Multimorbidität und ländlicher Raum vielleicht auch mit bedacht werden. Und  
355 ausgenommen die wollen nicht das auch schon deutlich keine produktspezifischen Geschichten, also  
356 da braucht man auf jeden Fall Spielregeln und in dem Bereich Versorgungsforschung übrigens erst  
357 recht, denn dort besteht die große Gefahr, wenn dort neue Fleischöpfe sind, das auch Leute versuchen  
358 da ran zu kommen, die window glazing betreiben, die also eigentlich Grundlagenforschung oder  
359 klinische Forschung machen und plötzlich behaupten, sie würden auch Versorgungsforschung machen  
360 und braucht es sehr klare Spielregeln für die Förderung und für die Inanspruchnahme solcher Mittel.  
361 #00:34:29–47#

362 **I:** Viele länderübergreifende Krankenkassen werden ja vom BVA geprüft, die die nur in einem  
363 Bundesland sind nur von dem zugehörigen Prüfungsbehörden. Müsste das nicht vielleicht auch  
364 vereinheitlich werden, weil man immer wieder hört das BVA setzt also in Klammern die anderen  
365 haben's da nen bisschen leichter? #00:34:47–48#

366 **B:** (...) sagen wir mal so. Es ist auf jeden Fall so, dass es da einen großen Unterschied gibt. Ob ich  
367 jetzt als AOK Baden-Württemberg im Grunde nur von dem Sozialministerium von Baden-  
368 Württemberg geprüft werde und das Bundesversicherungsamt scheint nen großen Unterschied, in der  
369 Prüfungspraxis sehr unterschiedlich. Wir haben uns jetzt nicht dazu geäußert, ob man das dadurch löst,  
370 dass man einheitliche Prüfkriterien und Spielregeln macht oder ob man alle dem BVA unterstellt  
371 sozusagen, dazu hab ich jetzt keine abschließende Position. Also in jedem Fall sollte man das auch aus

372 Fairness, Wettbewerbsgründen, vereinheitlichen. Ob man das wie gesagt dadurch löst, dass man alle  
373 dem BVA unterstellt oder dass man nur die Kriterien klarer fasst und die Spielregeln einheitlich macht,  
374 das weiß ich nicht, da müsste man drüber nachdenken. Ich neige eher zum Zweiten. Wobei (...) der  
375 Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen ja darauf hinausläuft, ich glaube ab drei Länder sind  
376 Fusionen von drei von AOK z.B. immer einen länderumfassenden ist auch die das BVA wieder  
377 zuständig. Also der der ganze Konzentrationsprozess läuft sowie so darauf hinaus, dass immer mehr  
378 bundesunmittelbare Prüfungen dann anstehen müssen. Aber das ist ne Spezialfrage da müsste man mal  
379 die ganzen Vor- und Nachteile durchdenken, das habe ich noch nicht. #00:36:13–49#

380 **I:** Aus anderen Interviews habe ich immer wieder gehört, einer der großen Fehler damals des 140er ist,  
381 dass das als Wettbewerbs ja Instrument benutzt worden ist, diese sektorenübergreifende Versorgung.  
382 Aber eigentlich sollte es ja eher so sein, dass möglichst viele Krankenkassen sich an so nem Projekt  
383 beteiligen. Sie hatten hatten es anfangs schon gesagt, um ne gewisse Konzentration zu bekommen.  
384 Damit man ja auch bestimmt Versorgungsfälle hat und die Anzahl davon hat. Sollte das irgendwie  
385 Ihrer Meinung gestrichen werden, also dieser Wettbewerbscharakter aus diesem § weg kommt? Dass  
386 z.B. solche Verträge nur überhaupt in Kraft treten dürfen, wenn 75 % der Versicherten einer Region  
387 überhaupt in also daran beteiligt werden können, weil die Krankenkassen daran beteiligt sind z.B.  
388 AOK, Barmer und Techniker? #00:37:04–50#

389 **B:** Interessante Überlegung da hab ich noch nicht drüber nachgedacht, kann ich Ihnen nix zu sagen.  
390 Müsste man mal bis zum Ende durchdenken, weil das bedeutet auch auch wieder, weil man dann auch  
391 wieder eine Grenze setzt, das mit 70 % ist dann mit 60 % wieder nicht mehr oder wie oder wo ist die  
392 Grenze, wo man anfängt und es ist immer nen Problem, wenn man Vertragspartner zum  
393 Vertragsschluss drängt, das wird ja auch dem 73b vorgeworfen, wo es ja ne ähnliche Struktur gibt, da  
394 müssen ja die Hausärzte von mindestens 50 % der Ärzte einer KV-Region mandatiert sein, damit man  
395 solch eine Betrag abschließen kann. Das hatt alles so Vor- und Nachteile, zu dieser Frage kann ich  
396 mich nicht abschließend äußern. Das müsste man mal ganz in Ruhe durchdenken, was das alles für  
397 Folgen und für Vor- und Nachteile hat. #00:37:57–51#

398 **I:** Herrscht in der deutschen Bevölkerung vielleicht auch eine viel zu große Angst vor einer  
399 Privatisierung des Gesundheitswesens? Weil immer wenn z.B. eine Klinikette eine andere kauft oder  
400 oder irgendein Universitätsklinikum kauft gibt's nen Aufschrei in der Bevölkerung oder wird das eher  
401 durch die Medien so nen bisschen angehupt? #00:38:13–52#

402 **B:** Also ich glaube, dass die Angst größer ist als die tatsächlichen Folgen einer Privatisierung. Wir als  
403 Sachverständigenrat sagen, dass wir bisher und das ist auch durchgängig so nicht erkennen können,  
404 dass Privatisierung schlecht und öffentlich-rechtliche oder freigemeinnützige Trägerschaft gut sind. Es  
405 gibt in allen drei Sektoren gute und schlechte Krankenhäuser. Es gibt auch miserable öffentlich-

406 rechtliche Krankenhäuser und es gibt gute private und genauso geht's umgekehrt. Also die  
407 Trägerschaft alleine gleichzusetzen mit guter oder schlechter Qualität ist verkürzt, ist nicht richtig.  
408 #00:39:01–53#

409 **I:** Oft höre ich aus der Praxis, wenn man für ein Projekt z.B. nicht ist, dann sagt man einfach  
410 Datenschutz z.B. bei der elektronischen Gesundheitsakte und damit ist das Thema dann erledigt. Wird  
411 dieses dieses Thema Datenschutz in Deutschland vielleicht auch nen bisschen zu hoch gekocht? Also  
412 das oft ein vorgeschobenes Argument ist? #00:39:18–54#

413 **B:** Naja es ist zumindest bei diesen Themen über die wir jetzt sprechen, erweist es sich als ganz  
414 erheblicher Hemmschuh, weil man braucht für sektorübergreifende Versorgung den Fluss von Daten  
415 über die Sektorengrenze, das ist zwangsläufig. Und damit treten natürlich neue Probleme auf. In  
416 Hinsicht was passiert mit diesen Daten, wer kontrolliert die, wer kann die vielleicht hacken und  
417 abgreifen und missbrauchen usw. und da haben wir ne schwierige Diskussion gerade in Deutschland.  
418 Andere Länder wie Dänemark z.B. gehen da ganz anders mit um ja. Das ist ne Sache die da kann ich  
419 mich auch nicht abschließend was zu sagen, das ist eine ganz eigene Fragestellung, da müsste man  
420 auch drüber sich unterhalten welche technischen Merkmale Stichwort dezentrale Datenhaltung beim  
421 Patienten ja wäre vielleicht die richtigen, wo muss man auch sehenden Auges ganz bewusst Risiken in  
422 Kauf nehmen um andere Vorteile zu gewinnen. Es gibt auf jeden Fall nicht die eine Variante die nur  
423 Vorteile und keine Nachteile hat, das ist wie immer bei diesen Fragen eine Güterabwägung eine  
424 Interessensabwägung erforderlich. Wie die im Detail aussehen sollte ist jetzt nicht mein Spezialgebiet  
425 (...) ich weiß jetzt nicht ob Sie noch was zu Telemedizin etc. sagen oder fragen wollen da sind wir  
426 jetzt im Gegensatz zu dem Thema Datentransport usw. oder Doktor-to-Doktor-Kommunikation wie  
427 Krankenhaus Marsberg Krankenhaus Paderborn. Bei Telemedizin sind wir insgesamt eher skeptisch,  
428 weil die ganzen Studien die es dazugibt immer dann wenn sie auch höherwertig sind immer diese  
429 Gabel der Ergebnisse bringt. Je besser die Studie, desto schlechter die Ergebnisse. Wir sehen also ganz  
430 starke Hinweise auf Rosinenpickerei auf hohe Kosten mit sehr geringem Outcome wenn man ihn beim  
431 Patienten direkt misst. #00:41:20–55#

432 **I:** (...) gibt es bei unserem Praxisprojekt in Siegen diese dezentrale elektronische Gesundheitsakte den  
433 maxi-Doc-Stick, ich weiß nicht ob sie das schon gehört haben. Also es funktioniert genauso wie sie  
434 das gesagt haben, dass der Patient über eine USB-Stick seine Daten hat und das an jede Software, die  
435 über eine Druckerschnittstelle verfügt kann dieses System lesen, also quasi 99% weltweit und kann  
436 einfach Dokumente, Röntgenbilder andere Herzechos darauf speichern. Ist sowas denn vielleicht auch  
437 ne Möglichkeit, dass Daten weiter gegeben werden? #00:41:58–56#

438 **B:** Wie gesagt es ist nicht mein Spezialgebiet, aber ich glaube in diese Richtung muss es gehen. Also  
439 das hatt zumindest gegenüber dem der Idee, dass man den deutschen Zentralserver hat wo 82 Mio.

440 Patientendaten liegen und der dann doch irgendwann gehakt wird, hatt das einen großen Vorteil. Weil  
441 dann der Patient der Datenherr bleibt. Auf der anderen Seite als Hausarzt weiß ich, dass das auch  
442 Grenzen hat, weil die Versorgung der älteren Dame, die nicht mehr weiß, wo ihr USB-Stick geblieben  
443 ist oder die gar nicht, die fest behauptet, dass sie nie einen gehabt hat. Die vielleicht auch  
444 diskontinuierlich dann Daten darauf gespeichert bekommt oder gar nicht, das sind alles praktische  
445 Probleme. Also deshalb kann ich gar nicht sagen, das müsste man ausprobieren, das finde ich gut,  
446 wenn das in so einer Region gemacht wird. Man kann dann Erfahrungen damit sammeln und ich hab  
447 den Eindruck aber das ist jetzt wirklich Privatmeinung, das ist keine Meinung des Rates, dass das nen  
448 guter Weg sein könnte. #00:42:57–57#

449 **I:** Mal angenommen es gibt schon so ein Versorgungsnetzwerk in einer Region über welche  
450 Kommunikationskanäle könnte denn die Bevölkerung auf dieses Netzwerk aufmerksam gemacht  
451 werden? Und wie könnten z.B. über Kommunikationskanäle andere Leistungserbringer motiviert  
452 werden daran teilzunehmen? #00:43:13–58#

453 **B:** Sie meinen jetzt ein versorgungsbezogenes Netzwerk oder elektronisch? (...) die der beste  
454 Kommunikationskanal mit weitem Abstand ist der Hausarzt. Ja also, der hat zu 90 % der Patienten der  
455 Bevölkerung pro Jahr hat einen Kontakt zu denen, die besonders krank sind und die es hier in erste  
456 Linie geht hat er schon mehr oder weniger Quartalskontakt. Also das wär glaub ich der beste Weg.  
457 Man kann natürlich darüber hinaus mit Öffentlichkeitsarbeit und mit entsprechenden Qualitätszirkeln,  
458 die dann auch in der Region dann sektorenübergreifend bestückt werden, Krankenhausärzte,  
459 niedergelassene Ärzte, Angehörige anderer Berufsgruppen mit Fallkonferenzen mit Case-  
460 Management-Ansätzen, mit verschiedenen Dingen arbeiten. Wir haben ja in unserem neuen Gutachten  
461 ich weiß nicht ob Sie es gesehen haben auch nen Vorschlag gemacht, wie in einer Region, jetzt  
462 speziell im ländlichen Raum sowas ausgestattet werden könnte. Da haben wir gesagt, man sollte zum  
463 einen eine datengestützte Versorgungsplanung machen und das ist diese Abbildung, habe Sie die  
464 gesehen? (...) mal schauen ob ich die jetzt so zufällig finde (...) wir haben gesagt datengestützte  
465 Versorgungsplanung, Versorgungsmonitoring, auf Basis der vorhandenen Daten, die man bei  
466 Landkreisen, KVn, Krankenkassen, etc., dann sollte man in der Region ein Gremium haben, das  
467 könnte dieses gemeinsame Gremium nach § 90a sein, hier könnte die Versorgungsplanung sozusagen  
468 stattfinden bezogen auf Daten aus der Region, also das heißt wie viele Patienten haben wir im  
469 Pflegeheim, wie viele brauchen Palliativversorgung, wie viele sind Diabetiker und müssen geschult  
470 werden etc.? Und dann haben wir hier diese Struktur vorgeschlagen mit lokalen Gesundheitszentren  
471 für Primär- und Langzeitversorgung entweder mehr praxisgestützt als z.B. MVZ oder  
472 Gemeinschaftspraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder mehr über die Klinik so wie in Brilon am

473 Krankenhaus angedockt und dann da drum herum diverse Dienste. Was war die Frage nochmal muss  
474 ich nachfragen? #00:45:24–59#

475 **I:** Über welche Kommunikationskanäle also z.B. Internet auch immer wichtiger wird und so oder ob's  
476 wirklich besser über den direkten Kontakt. #00:45:30–60#

477 **B:** Sie meinen jetzt direkt den Kommunikationsweg. Ich würde sagen das so, bei der Planung braucht  
478 man sowas hier, bei der Implementierung würden wir so nen lokales Gesundheitszentrum vorschlagen.  
479 und dann kann man natürlich einmal die persönliche Ansprache nutzen. Dann natürlich auch Internet  
480 und auch diverse andere Kanäle Tageszeitungen etc.. Aber ich glaube das Internet ist jetzt wenn man  
481 sowas neu aufbauen will nicht das entscheidende, der persönliche Kontakt. Wir haben in dem  
482 Gutachten auch Erfolgsfaktoren beschrieben und Hemmnisse für solche innovativen  
483 Versorgungsmodelle. Ich weiß gar nicht ob das hier mit drin ist oder irgendwo anders. Also auf jeden  
484 Fall in der Langfassung finden Sie die sind aus unserem Projekt InGe. Inge – Innovative  
485 Gesundheitsmodelle und Projekte das Modell das Projekt von Frau Erler da gibt's ne Tabelle mit  
486 fördernden und hemmenden Faktoren, die wir auch in Interviews mit ungefähr 35 verschiedenen  
487 innovativen Versorgungskonzepten raus gefiltert haben. #00:46:33–61#

488 **I:** Man hört ja oft wenn man über Leuchtturmprojekte spricht, dass das Kinzigtal eines dieser  
489 Leuchtturmprojekte ist. Warum gibt's dann, wenn das so gut ist davon nur eins in Deutschland.  
490 Warum gibt's davon nicht nicht 20? #00:46:46–62#

491 **B:** (...) das hat wahrscheinlich mehrere Faktoren, ich frag mich das auch. Es hat erstens ist es in einer  
492 besonderen Region, nicht weil das in nem Tal liegt, auch weil dort die Möglichkeit war innovativste  
493 was Versorgung angeht innovativste Krankenkasse Deutschlands ist, nämlich die AOK Baden-  
494 Württemberg, die haben das konsequent gefördert und umgesetzt. Dann kommt die auch immer  
495 persönliche Aspekte darein, also Hildebrandt und andere, die dann mit viel Energie und Herzblut  
496 sowas umsetzen, auch die Akteure vor Ort spielen ne Rolle. Dazu kommt dass die AOK eben in  
497 Baden-Württemberg eine sehr hohe Marktmacht hat, die haben glaub ich 40% oder noch mehr der  
498 Versicherten, konnten also auch mit dem entsprechenden Volumen da ran gehen. Ich weiß nicht ob es  
499 noch mehr Gründe gibt aber an anderen Stelle fehlen eben u.a. Krankenkassen die bereit sind sowas  
500 überhaupt anzupacken. Das hat nämlich auch bei der KV bei der Krankenkasse selber eine Menge  
501 Veränderungen intern ausgelöst. Genau übrigens wie die 73b und 73c Verträge in der Verknüpfung ja  
502 auch sektorübergreifend jetzt sind. Die machen jetzt noch Krankenhausverträge. Also ich glaub es ist  
503 eine besondere Konstellation, wo sich innovative Krankenkasse mit innovativen Leuten auf  
504 Promotoren und Pioniere vor Ort getroffen ist und dann noch einen, eine Managementgesellschaft die  
505 das vorangebracht hat. Es gibt ja durchaus auch andere Modelle, wie UGOM oder in Wuppertal wie  
506 heißen die denn da noch? Habe ich jetzt nicht mehr genau vor Augen. Aber ist auch egal. Also es gibt

507 noch ne Reihe von anderen, aber die haben es schwer und möglicherweise fehlen einfach auch die  
508 Anreize um sowas in größerer Fläche, in größerer Zahl, flächendeckend umzusetzen. #00:48:48–63#

509 **I:** Wenn Sie jetzt Wünsche gegenüber dem Gesetzgeber hätten, welche er schnellstmöglich ändern  
510 sollte, welche wären das denn? #00:48:54–64#

511 **B:** (...) sagen wir mal so, was er machen sollte. Sowohl in dem 2012er als auch in diesem Gutachten  
512 als auch 2009 haben wir eine Vielzahl von Vorschlägen gemacht. In dem neuen Gutachten sind die  
513 noch deutlich konkreter geworden. Und die kann ich jetzt nicht alle nochmal aufzählen, das ist ein  
514 ganzes Bündel. Es hat auch, beginnt eigentlich bei der Ausbildung im Studium, andere Vorbereitungen  
515 der Ärzte auf die spätere Berufstätigkeit, Weiterbildung, mehr Grundversorger, mehr Fachärzte für  
516 Allgemeinmedizin, dann die Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit, Rahmenbedingungen der  
517 Honorierungsstrukturen. Ermöglicht von populationsbezogenen Capitation-Modellen und dafür  
518 ist übrigens dafür der einzig wirkliche Hemmschuh die Bereinigung, also das wäre eine Sache wo er  
519 dringend ran muss, wobei es schwierig ist. Wir haben im 2012er Gutachten nen Vorschlag gemacht,  
520 aber es ist schwierig umzusetzen. Dann finde ich wichtig, dass man diesen Innovationsfonds  
521 konsequent nutzt. Dass man das Instrument der Sicherungszuschläge vereinfacht, transparenter macht,  
522 leichter erreichbar, dass man Landarztzuschläge ermöglicht, dann diesen Fonds für die Über für die  
523 Überführung der Krankenhäuser in andere Versorgungskonzepte. Also es ist eigentlich ein Bündel von  
524 Maßnahmen, es gibt nicht um es anders auszudrücken oder anders zu sagen es gibt nicht die eine  
525 Maßnahme, mit der man so mit dem Finger schnippt alle Probleme löst, das geht für das Ganze  
526 Gesundheitssystem übrigens und auch bei diesem Thema erst recht. Es ist ein Bündel von Maßnahmen  
527 und das ganz wichtig ist natürlich die Veränderung der Honorierungsstrukturen. Wir haben jetzt (...)  
528 Konzepte, Systeme sowohl im ambulante als auch im stationären Bereich die die Mengenausweitung  
529 ganz stark anreizen, ganz stark. Wir haben eine ganz hohe Operations- und Interventionsfrequenzen,  
530 wir haben ganz hohe Arzt-Patient-Kontaktraten. Wir haben keine Belohnung für Gesunderhaltung, im  
531 Gegenteil: Die Anreizsysteme zielen auf Morbidität und da brauchen wir einen Wechsel. #00:51:19–  
532 65#

533 **I:** (...) müssten denn vielleicht auch Kreise oder Kommunen besser in so ein Gesundheitsnetzwerk  
534 eingebunden werden, die oft als neutraler Partner vielleicht auch dastehen? #00:51:28–66#

535 **B:** Ja haben wir auch empfohlen, wobei man sehen muss, dass z.B. so ne Stadt Marsberg mehr oder  
536 weniger pleite ist und dass so nen Landkreis wie der Hochsauerlandkreis wenig Geld hat, die stehen  
537 wahrscheinlich auch unter dem Schutzschirm. Ich weiß es jetzt gar nicht. Die können können nicht viel  
538 tun. Sie sind auch von der Gemeindeverfassung von so her nur begrenzt bedingt in der Lage sich in  
539 gesundheitliche Versorgung einzumischen sag ich jetzt mal. Aber nichts desto trotzdem sollen sich die  
540 Gemeinden da engagieren, denn es ist eine Infrastrukturfrage. Wenn in Marsberg das Krankenhaus



541 schließt, dann hätte das eine ganze Reihe von Rückwirkungen auf andere Aspekte. Vom  
542 Landschaftsverband, der dann die Versorgungsinstitution nicht mehr hat bis hin zu der ärztlichen  
543 Versorgung und dann finden die mittelständischen Unternehmen keine Facharbeiter mehr, die mit  
544 ihren Familien dorthin ziehen, weil die für ihre Kinder und ihre Familien keine Haus- und Kinderärzte  
545 haben und deshalb sind die Gemeinden aufgefordert, die Bürgermeister sind auch alarmiert. Man sollte  
546 sie auch mit integrieren und beteiligen aber dann auch wieder das Finanzierungsproblem die sind  
547 Sozialhilfe und so schon am Rand der Möglichkeiten, müssen dann das Hallenbad schließen, weil sie  
548 es nicht mehr heizen können. In Schulen tropft es durch die Decke und das ist auch prekär. #00:52:57-  
549 67#

550 **I:** Fehlt Ihnen denn manchmal auch bei den Gesundheitspolitikern in Deutschland auch so ne Vision  
551 wie das Gesundheitswesen 2050 aussehen kann? Oder sehen sie da schon ne parteiübergreifender so  
552 nen Kompromiss? #00:53:18-68#

553 **B:** Nee das ist nen ganz klares Defizit. Die Politik insgesamt und es gilt auch für die  
554 Gesundheitspolitik, ist viel zu kurzfristig orientiert. Also wenn man Glück hat bis zum Ende der  
555 Legislaturperiode, aber es fehlen die langfristigen Konzepte und bei jedem Regierungswechsel kommt  
556 es auch wieder zu Veränderungen. Im Prinzip ist es nicht schlimm, das man sozusagen iterativ vorgeht  
557 und immer mit einem Gesetz sozusagen bestimmte Dinge regelt. Das geht auch gar nicht anders. Es  
558 gibt nicht die eine große Gesundheitsreform, nach der dann Ruhe ist. Das muss iterativ durch  
559 ständigen Wandel sozusagen muss man sich auch den Umweltbedingungen und den Entwicklungen  
560 anpassen. Aber es sollte auch auf ein Ziel steuern und das ist das Problem, das wir das nicht haben.  
561 Also wir finden, das ist übrigens ne Kernaufgabe des Sachverständigenrates wir halten glaube ich in  
562 unseren Gutachten ne rote Linie ein und sagen da wollen wir hin ja und beurteilen dann auch die  
563 verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen jeweils danach ob die jetzt dazu dienen dieses Ziel  
564 anzusteuern oder ob man vom Weg abkommt oder möglicherweise sogar Rückschritte macht.  
565 #00:54:23-69#

566 **I:** Herr Dr. [...] was mochte Sie denn abschließend noch zum Gesundheitswesen oder zu  
567 sektorenübergreifender Versorgung sagen, was jetzt vielleicht im Rahmen des Interviews noch nicht so  
568 angesprochen worden ist? #00:54:33-70#

569 **B:** (...) glaub wir haben alle wesentlichen Punkte gestreift (...), ich würde sagen lesen Sie und das  
570 Gleiche gilt für die Politiker unsere Gutachten, da steht ne Menge drin und man kann sich darüber  
571 unterhalten und man kann auch sagen das oder das ist aber nicht richtig oder wir haben ganz andere  
572 Vorstellungen, aber ich glaube das das eine ganz gute Handlungsorientierung gibt wenn man in  
573 Richtung sektorenübergreifende populationsorientierte Versorgung geht. #00:55:08-71#

574 **I:** Danke schön für das Interview. #00:55:10-72#

575 **B:** Gerne. #00:55:12-73#

**Interviewpartner 15 (15.07.2014)<sup>100</sup>**

Controlling statt Analysen bei prosper, => Versorgungsforschung, Dezernent bei der KBS im Versorgungsinstitut,

IV ist eher missverständlich, IV eher bei den HMOs aus den USA oder der Schweiz, es war die Frage wie Managed Care in das deutsche Gesundheitssystem aufgenommen werden kann, Vernetzte Versorgung zumindest weitergehender als SGB V, er hofft das sich die populationsbezogenen Projekte weiter durchsetzen, er weiß nicht genau warum sich prosper und Kinzigtal nicht flächendeckend durchsetzen, können nicht einfach kopiert werden,

Es muss ein klares Einschreibemodell her, man muss von der Honorierung im ambulanten System wegkommen, eine Pauschalvergütung ist aber auch immer ein Problem da es Fehlanreize bieten könnte, er könnte sich ein risikoadjustiertes System vorstellen, aber Qualität ist im Gesundheitssystem nur schwer messbar,

Innovationsfonds wird dafür sorgen, dass die Bereitschaft wieder bei den Krankenkassen ankommt Mittel in die Hand zu nehmen und Projekte zu stemmen, hier muss man aber aufpassen, dass die Projekte auf jeden Fall innovativ sind, => der demografische Wandel wird dazu führen, das wir sowas zwingend brauchen,

Die Regulierungstiefe ist sehr groß in Deutschland aber § 140 bietet grundsätzlich aber sehr große Spielräume, der ambulante Sektor ist sehr kleinschrittig organisiert, viele Einzelpraxen, kleine Praxen, wenige Managementfähigkeiten bei Ärzten, auch die institutionelle Struktur ist ein Problem => alle Organisationen befolgen ihre eigenen Interessen, Datenschutz ist immer ein Problem, im Privatleben nutzt aber jeder Social Media und gibt dort viel preis, man könnte mit mehr Transparenz aber bessere Vergleiche ziehen z.B. ‚der gläserne Arzt‘ oder das ‚gläserne Krankenhaus‘, so könnte man gute und schlechte Leistungserbringer herausfiltern, das gefällt vielen Akteuren nicht, Ständeproblematik sicher auch ein Problem, Darlehen durch die KfW-Bank wären sicherlich sehr gut, Krankenkassen sind auch nur ‚Behörden‘ und daher innovationsunfreundlich, denken nicht innovativ, Krankenkassen brauchen eine bestimmte Größe um Projekte zu stemmen,

Es würde Skalenerträge für Leistungserbringer bieten, bessere Arbeitsteilung, Vertretungsregelungen, Gerätegemeinschaften, weniger Wege für Patienten,

Es kann nur hin zur sektorenübergreifenden Versorgung gehen, das ist aufgrund des demografischen Wandels alternativlos,

Kapazitäten und Verfügbarkeit von Ärzten ist nur allein durch Vernetzung möglich, flankierende Angebote müssen dies unterstützen, => z.B. eine höhere Vergütung für die Hausärzte,

---

<sup>100</sup> Eine Aufzeichnung per Tonband wurde nicht gestattet. Daher bestehen nur Mitschriften bzw. ein Gedächtnisprotokoll.

Unternehmen könnten sich stärker im ländlichen Raum engagieren und z.B. Betriebsärzte als Service für Mitarbeiter + Familien einstellen, Kommunen stellen Räumlichkeiten für Ärzte oder MVZ zur Verfügung,

Honorarmodell im amb. Sektor ändern und so Transparenz schaffen, das ambulante System hat die Schlüsselrolle im Gesundheitssystem,

Nicht ganz so sicher, Geld spielt immer eine große Rolle, Sicherung der ärztlichen Versorgung in den Heimen zeigt schon den Ärztemangel,

IV immer als Wettbewerbselement angesehen, Krankenkassen differenzieren sich so im Wettbewerb,

Knappschafft hat eine Sonderstellung, historische Nähe zur Ärzteschaft = Kultur der Annäherung,

KV und PV Trennung ist historisch und politisch so gewachsen sollte zusammengelegt werden,

Muss es denn überhaupt eine Budgetbereinigung geben? Add-On Verträge sind nicht verwerflich!

Standards: Population muss mindestens 5.000 Personen haben um für prosper in Frage zu kommen,

Ausbildung ist ganz wichtig: Ärzte sollten BWL, Organisationsentwicklung, Gesundheitspolitik im Studium haben,

Gesundheitssystem ist nicht sehr stark auf Prävention ausgerichtet, sehr stark akutbezogen z.B. morbi-RSA oder DRG-System,

Er glaubt nicht an Angst vor Privatisierung, Wettbewerb führt immer zu Konzentrationen,

Apotheker sind sehr wichtig, es muss klar sein was der Patient kauft bzw. verschrieben bekommt, es gibt ein Informationsdefizit, das Primärarztssystem setzt an, das nicht so weit kommt, es ist oftmals sehr sehr aufwendig Nebenwirkungen zu finden und zeigen,

Gesundheitssystem ist digital zurück, da die verschiedenen Institutionen das nicht wollen und den Datenschutz vorschieben,

maxiDoc theoretisch möglich, aber Informationen sind nie vollständig, schwer einzuschätzen,

Es gibt keine Vision der Politik über die Gesundheitsversorgung 2050, immer andere Wege, keine Langfristplanung möglich durch Politikwechsel, das Problem des demografischen Wandels ist vielleicht noch nicht bei allen in den Köpfen angelangt, hauptsächlich die volkswirtschaftlichen Probleme, die reale Ressource ‚Arzt‘ bricht auch aus Altersgründen weg,

Lobbyarbeit immer schwer abzuschätzen, hofft das Innovationsfonds direkt nach der Sommerpause kommt, Innovation läuft immer über Wettbewerb, Projekte beim Fonds müssen definitiv innovativ sein, Krankenkassen sind auch Unternehmen und sollten als solche handeln und handeln dürfen, Summe des Innovationsfonds schon recht hoch,

**Interviewpartner 16 (19.08.2014)**

1  
2 **I:** [Herr Dr. [...] sie sind Leiter des Bereichs Gesundheit hier am Rheinisch Westfälischem Instituts für  
3 Wirtschaftsforschung welche Erfahrungen haben Sie den bereits mit sektorenübergreifender  
4 Versorgung gemacht?]

5 **B:** [Selbstverständlich beschäftigen wir uns hier am RWI im Bereich Gesundheit von  
6 wissenschaftlicher Seite mit dem Thema] der Integrierten Versorgung. (...) wir hatten da sage ich mal  
7 eher immer so aus Krankenhaussicht was wäre denn vorteilhaft einerseits für das Krankenhaus und  
8 auch wiederum für den Patienten wenn gewisse Dinge aus einer Hand laufen? Das ist so sag ich mal  
9 grundsätzlich unsere Arbeit mit dem Thema. Wir bearbeiten hier mit dem Thema, wir haben da noch  
10 am RWI ne Tochter GmbH, die HCB – Institute for Health Care Business – und dort bieten wir  
11 Beratungsleistungen an, da haben wir dann auch u.a. das Thema nationales Netzwerk bilden mit Herrn  
12 Münch von Rhön diskutiert und mit bearbeitet und da beschäftigt mit solch lokalen Netzwerken wie  
13 z.B. in der Oberpfalz das UGOM oder auch von Herrn Hildebrandt da das Kinzigtal und andere und da  
14 gibt's ja ne Menge mehr oder weniger vernetzt also oder sektorenübergreifend oft ambulant dominiert,  
15 aber in manchen Fällen auch inklusive Krankenhaus und anderen. Und da hab ich mich dann einfach  
16 aus der Fragestellung heraus mal damit beschäftigen, was machen diese lokalen Netzwerke.  
17 #00:01:29-0#

18 **I:** Jetzt ist der Begriff der Integrierten Versorgung ja in der Gesundheitsliteratur ja oft in ner  
19 Doppelfunktion steht ja einerseits für den § 140 SGB V andererseits oftmals auch für allgemeine  
20 Sektorübergreifung. Jetzt hab ich es in meinem in meiner wissenschaftlichen Arbeit jetzt erst mal  
21 Vernetzte Versorgung genannt. Das soll populationsbezogen sein, Sektoren– aber auch  
22 Versicherungszweige übergreifend und soll möglichst den Patienten in den Mittelpunkt stellen und  
23 regional arbeiten. Was halten Sie von dem Namen, was halten Sie von dem Konzept der vernetzen  
24 Versorgung? #00:01:59-1#

25 **B:** Also ich finde es gut, dass sie diesen Namen so gewählt haben ‚Vernetzte Versorgung‘. Ja um dann  
26 auch sich abzusetzen von dem vielleicht besetzten Begriff ‚Integrierte Versorgung‘. Ich arbeite auch  
27 im Moment unter diesem Begriff Netzwerkmedizin ich, dieses Büchlein hier das haben Sie vielleicht  
28 auch mal gesehen und da geht es letztendlich darum wie kann ich ne Vernetzte Versorgung bundesweit  
29 hinkriegen? Sie haben ja hier den Fokus regional ja, dort wird es, dort lebt es quasi, aber in dem  
30 Konzept wie es jetzt hier in der Netzwerkmedizin heißt ist es auf jeden Fall national angedacht, muss  
31 dann natürlich heruntergebrochen werden auf die Regionen. (...) insofern ist ja auf jeden Fall, ich les  
32 auch hier populationsbezogen, also es ist glaub ich auch nen wichtiger Punkt zu sagen wir greifen jetzt  
33 nicht irgendein kleinen Baustein raus, z.B. irgendwelche Versorgung von was weiß ich orthopädischen  
34 Patienten, wo man dann auch noch ne Reha und so aus einer Hand anbieten wollen, sondern

35 tatsächlich zu sagen gib mir ne Region, mit der Bevölkerung und ich als Leistungserbringer biete dir  
36 die Komplettversorgung an und erwarte dafür ne Entlohnung nach pro Kopf oder morbiditätsorientiert  
37 und versuche dann aus Patientensicht die Versorgung so zu generieren, dass möglichst wenig  
38 Krankheitsfälle entstehen. #00:03:43–2#

39 **I:** Wenn Sie jetzt das Idealbild für eine Vernetzte Versorgung anschauen müssten, welche  
40 zwingendnotwendigen Voraussetzungen müssten denn gegeben sein, damit die erfolgreich an den Start  
41 gehen kann? #00:03:53–3#

42 **B:** Ja also ich denke mal ne Voraussetzung wenn man mal wirklich frei denken darf, ist, dass man eine  
43 ja ne breite Menge an Leistungserbringern hinter sich bekommt. Also die, vor allem die  
44 niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser, die anderen werden sich dann mehr oder weniger  
45 daran andocken und das man auch bereit ist, dann in so einem Konstrukt einen guten Datenaustausch  
46 hinzukriegen, also auch mal abseits von Datenschutz zu sagen wir versuchen in dem Netzwerk  
47 Doppelparbeiten zu vermeiden und vor allem auch die Informationen über den Patienten griffbereit zu  
48 haben. Halt das ganze Thema Einsatz moderner IT, weil Netzwerk das ist ja auch so nen Begriff aus  
49 der IT, heißt das man miteinander ständig im Austausch steht und das ist im Moment im  
50 Gesundheitswesen eher ja kaum richtig gegeben, ist also eine wichtige Voraussetzung, dass man das  
51 hinkriegt, IT-Netzwerk. Und dann kommen die Kostenträger, die Krankenversicherungen mit ins  
52 Spiel, das sie auch bereit sind zu sagen gut wir haben den Mut sowas mal auszuprobieren mit einem  
53 Angebot seitens der Leistungserbringer und die gesetzlichen Voraussetzungen die lassen wir mal  
54 einfach, die müssen dann eben entsprechend geschaffen werden ne, damit man sowas hinkriegt. Man  
55 muss viel messen können, man braucht Transparenz über die Qualität, man muss vor allem auch den  
56 Nachweis erbringen das dieses, diese Vernetzte Versorgung besser ist als der Status quo. Also  
57 brauchen sie empirische Evidenz und das auch das allein deswegen müssen sie schon messen, Daten,  
58 IT haben, das sind ganz wichtige Voraussetzungen. Sie brauchen in so einem Netzwerk und das ist nen  
59 weiteres wichtiges ne Vergütung, also so ein Vergütungssystem, dass die Anreize setzt, das jeder  
60 Beteiligte, vielleicht sogar inklusive des Patienten, in die Richtung marschieren, die das Netzwerk als  
61 Ziel vorgibt. Also wir haben heute ja häufig (...) also z.B. im Krankenhaus haben wir heute manchmal  
62 vieles so aussieht, also die Lage ist, dass einige Ärzte eben nicht die im Sinne des Krankenhaus tätig  
63 sind, weil einfach die Vergütungsstruktur anders ist, also denken Sie an Privatpatienten, da geht es  
64 darum als Chefarzt, wie kann ich da am meisten behandeln und da werden dann auch Banalitäten  
65 behandelt, die eigentlich nicht Chefarzt nötig sind. Aber halt privat abgerechnet werden können, das ist  
66 so nen typisches Beispiel, wo eigentlich das Vergütungssystem so gestaltet ist, dass es automatisch zu  
67 Ineffizienzen führt und das ist auch nen ganz wichtiges Thema, wie kriege ich das so hin? #00:07:24–  
68 4#

69 **I:** Kann das höchstens über ne Komplexpauschale dann funktionieren oder gibt's da noch andere  
70 Wege? #00:07:29-5#

71 **B:** Also ich könnte mir vorstellen das man zunächst mal, wenn man jetzt so die volle Version fährt das  
72 man sagt gut wir haben nen populationsbezogenes Netzwerk, die Krankenversicherung sagt einfach so  
73 aller Morbi-RSA wir kriegen vom Morbi-RSA für unser Klientel was weiß ich 100 Mio. Euro in der  
74 Region und lieber Leistungserbringer wenn du bereit bist das für 95 Mio. komplett zu übernehmen,  
75 weil die Kasse braucht auch noch ein bisschen Verwaltungskosten dann geben wir das und diese 95  
76 Mio. hat jetzt einfach mal dieses Netzwerk und muss jetzt für sich sich Gedanken machen, wie vergüte  
77 ich meine einzelnen Player also den ambulanten Arzt, das Krankenhaus vielleicht das Pflegeheim, die  
78 Rehaklinik usw. und da kann man auch sich vorstellen, dass man so einen Wettbewerb von  
79 Vergütungssystemen eröffnet. Und wer da ein gutes System hat wird, wird eben auch erfolgreicher  
80 sein, weil er die Kräfte der einzelnen Akteure stärker mobilisieren kann und nicht in ne falsche  
81 Richtung lenkt, weil die Anreize schlecht sind. Komplexpauschalen ja sagen, hier könnte man sagen  
82 hier Krankenhaus du kriegst eben 10.000 Euro wenn du diesen Fall, so aller DRG mit noch was dran  
83 gehängt. (...) aber es sind halt bei allen Vergütungssysteme, das muss man sich im Vorfeld klar  
84 machen, sind das, ist automatisch auch gewisse Vorteile, sind immer mit Nachteilen verbunden. Sie  
85 kriegen das perfekte da nicht hin. Und manchmal brauchen sie ne Einzelleistungsvergütung, damit sie  
86 auch tatsächlich erbracht wird und manchmal können sie das über ne Pauschale quasi auf ne Ebene  
87 tiefer delegieren und sagen hier 10.000 Euro und wie ihr es macht ist mir egal, Hauptsache die Qualität  
88 stimmt. Und das ist halt auch ein wichtiges Thema für so nen Vergütungssystem, das man versucht die  
89 Qualität da (...) in dieser Mikrowelt konstant irgendwie zu messen. Denn dann kann na ja immer  
90 sagen ist mir egal ob die Einzelleistungen es jetzt bringt oder nicht in so ner Vergütungspauschalen  
91 Hauptsache am Ende kommen was Vernünftiges raus. Und dann brauche ich nicht dieses  
92 Mikromanagement, diese Mikrovergütung, muss aber halt immer den Output messen. Solange ich den  
93 nicht messen kann sollte ich es versuchen halt über auch Einzelleistungsvergütung gewisse Dinge, wo  
94 ich denke das die ne gute Qualität liefern anreizen. Also aber Überbegriff Vergütungssystem für so ein  
95 Netzwerk. Wohl wissend das man ja noch gar keine populationsbezogenen hat und dann kann man  
96 aber auch vielleicht über Verträge mit Krankenkasse sich zumindest nähern. #00:10:30-6#

97 **I:** Braucht man dafür sicherlich auch ein professionelles Netzwerkmanagement, sollte so ein Faktor  
98 extrabudgetär vergütet werden oder vielleicht aus Einsparungen die das Netzwerk erzielt vergütet  
99 werden? #00:10:41-7#

100 **B:** Ja also, dass es auf jeden Fall Management braucht, ist für mich sicher. Also ohne geht definitiv  
101 nicht. Es muss sich jemand drum kümmern. Das kann auch nicht eine Person alleine, je nach Größe  
102 des Netzwerks und da sollten auch Profis ran, also das sollten jetzt nicht die allergünstigsten

103 Arbeitsplätze sein. So wie man das jetzt finanziert eigentlich machen wir ja Vernetzte Versorgung,  
104 weil wir der Meinung sind wir können damit entweder bessere Qualität erzeugen oder wir können's  
105 günstiger wirtschaftlich so, wenn ich bessere Qualität erzeuge, dann sollte ich das eigentlich mit den  
106 gleichen Ressourcen hinkriegen, sonst ist es ja mehr so ne Frage ich geh auf ein neues Qualitätsniveau  
107 mit mehr Ressourcen. Also es sollten die Ressourcen, die ich bisher rein stecke in die Versorgung  
108 nicht erhöht werden, dann sollte aber die Qualität wachsen oder die Qualität bleibt wie sie ist aber es  
109 gelingt mir da mit weniger Mitteln auszukommen und wenn ich allerdings mehr Mittel brauche, weil  
110 ich noch so nen Management drüber setze, dann frage ich mich, wofür machen wir das dann. Also wo  
111 ist jetzt der in diesem Bereich Kosten–Nutzen, der Vorteil? Also mit anderen Worten, das Netzwerk  
112 muss ökonomisch vorteilhaft sein, wir haben da Einsparungen und die Einsparungen können genutzt  
113 werden um erstens das Management zu finanzieren und zweitens auch vielleicht über die  
114 Einsparungen Vergütungsanreize zu setzen. Ja also, wenn ich jetzt nicht das perfekte  
115 Vergütungsmodell festbasteln, kann dann brauchen ich, dann muss ich vielleicht das  
116 Vergütungssystem, das mir der Gesetzgeber vorschreibt, nutzen und ich muss ihn irgendwie muss ich  
117 ich nen Topf haben, wo die Einsparungen des Netzwerks reinfließen und mit diesen Topf kann ich  
118 dann vielleicht selbstständig auf der normalen GKV-Vergütung noch was draufsetzen, um die Anreize  
119 hinzukriegen und dazugehört eben Management finanzieren und Vergütungsanreize finanzieren. Wenn  
120 das nicht geht, dann ist das Netzwerk auch nicht nötig. #00:13:04–8#

121 **I:** Jetzt ist ja oft ein Problem, gerade bei den Krankenkassen, dass sie von einem Haushaltsjahr zum  
122 anderen Haushaltsjahr denken. Wie könnte man z.B. so ein System durchbrechen? Kann das denn z.B.  
123 über KfW–Darlehen funktionieren, die erstmal in fünf oder sieben Jahren zurückgezahlt werden, um  
124 so eine Netzwerkstruktur erstmal aufzubauen? Also sprich EDV oder andere Sachen. #00:00:13–9#

125 **B:** Was wir bei allem, also nicht nur bei Vernetzter Versorgung, grundsätzlich, wenn ich eine Idee  
126 habe und möchte die umsetzen irgendwas verbessern, dann brauche ich am Anfang auf jeden Fall mal  
127 Investitionsmittel. Kann mehr oder weniger sein, aber ich muss bereit sein, sage ich mal, ein Jahr  
128 durchaus auch länger ne Phase durchzulaufen, wo ich definitiv mit den Ressourcen nicht hinkomme,  
129 also Verluste mache und da kann man auch drüber nachdenken ob man da ne ne vorübergehende  
130 Finanzierungsunterstützung von macht. Aber diese Phase, die kann ich nicht einfach wegdiskutieren  
131 und, wenn ich nicht da reinkomme in diese investive Phase, dann wird auch nie was draus werden und  
132 das ist dann das Problem der Kurzfristdenke bei Krankenkassen, die dadurch herrührt, dass die  
133 zumindest bis vor Kurzem einem starken Wettbewerbsdruck ausgesetzt waren durch die  
134 Zusatzprämien, was im Prinzip auch erstmal richtig ist. Man will da auch einen Wettbewerb, aber was  
135 dazu führt, dass ne Kasse immer Angst haben muss, wenn ich investiere geht kurzfristig meine  
136 Beiträge hoch und meine Mitglieder hauen ab und dann war's für die Katz, also mach ich's nicht. Also



137 müssen wir ein Langfristdenken da rein kriegen, wie kriegt man das hin? Vielleicht bei Kassen indem  
138 man sagt man macht da ne Mitgliederbindung, wenn man sich mal für eine Kasse entscheidet, dass  
139 man dann auch drei Jahre dabei bleiben muss. Also wenn ich jetzt Telefon Telekommunikationsvertrag  
140 mach mit einem Telefonanbieter dann binde ich mich ja schon einmal auch zwei Jahre. Aber natürlich  
141 zum gegebenen Preis, also wenn Preiserhöhungen kommen ne kann man da auch raus, aber ich binde  
142 mich und dann kann dann auch der, das Unternehmen erst mal länger kalkulieren, wobei zwei Jahre ja  
143 auch wenig ist aber über solche Dinge müssen wir nachdenken, sonst kann, können Kassen nicht  
144 zumindest mittelfristig agieren. Oder Sie haben es ins Spiel gebracht man muss irgendwie so eine Art  
145 investiven Topf generieren. Wir fordern das generell im Krankenhausbereich, so einen einmaligen  
146 Investitionstopf, dass man Strukturen verbessern kann und zwar nicht jetzt nur vernetzte, sondern  
147 einfach Krankenhausstrukturen an sich und da bräuchte man jetzt einen Kapitalgeber möglicherweise  
148 KfW, also irgendwie unterstützt, die sagt wir finanzieren eben ne Anschubfinanzierung, die aber  
149 verzinst und getilgt werden muss, weil wir glauben, dass man so eine Anfangsphase überstehen muss,  
150 um dann irgendwann an Erträge zu kommen. Vielleicht kann man auch sagen, das ist dann keine  
151 Fremdfinanzierung, sondern Mischfinanzierung, dass man mit ins Risiko geht, weil ja von vornherein  
152 nicht klar ist, dass sowas funktioniert, dann ist man schon Eigenkapitalgeber. Also was sie ansprechen  
153 ist Fremdkapitalgeber, der will eigentlich kein Risiko, der will seine Zinsen und die Tilgung und dann  
154 ist er wieder draußen. Aber das ist ja fast schon wie so Start-ups, die irgendwas probieren und wo  
155 vielleicht jeder Dritte oder aber was weiß ich mehr als jeder Zweite auf die Nase fällt, ja, dass man  
156 dann mehr so ne Art Mischfinanzierung braucht, die man durchaus mit Bundesmitteln oder so nem  
157 Topf aus Kassenmittel, den man dann zwangsweise definiert, finanzieren kann. Aber da haben sie  
158 recht, ich finde es eine interessante Idee, dass man halt per Gesetzgeber zwangsweise so ne Art  
159 Mittelfristdenke idealerweise Langfristdenke rein kriegt indem man nen Investitionstopf für  
160 Netzwerkversorgung definiert, gute Idee. #00:17:29–10#

161 **I:** Jetzt sind sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen in Deutschland ja immer noch in so ner  
162 Nische, wie beurteilen Sie denn überhaupt eine zukünftige Verbreitung jetzt auch grade im Sinne unter  
163 Berücksichtigung des Innovationsfonds? #00:17:40–11#

164 **B:** Also sie meinen ob man davon ausgehen kann dass das so ein bisschen beschleunigt wird. (...)   
165 interessant ist es ja das es überhaupt in einer Nische ist. Das kann zwei Gründe haben. Also zunächst  
166 mal sind sie einfach wirtschaftlich nicht erfolgreich, warum dann kopiert es auch keiner. Das kann ich  
167 jetzt nicht so beurteilen. Ich höre zumindest die offiziellen Zahlen von UGOM Oberpfalz oder auch  
168 Kinzigtal, das man damit wirtschaftlich auch erfolgreich ist ja und damit meine ich immer inklusive  
169 aller Netzwerkkosten wie Management und so und auch Marketing und was es da alles gibt, wenn man  
170 jetzt davon ausgeht, dass die eigentlich wirtschaftlich erfolgreich sind, müsste das in einer normalen

171 Marktwirtschaft ja sich so kopieren, dann kommen die Nachahmer. Kommen die ja auch hier und da  
172 aber so richtig viel ist es nicht. Also kann es sein, dass man auf Widerstände trifft, weil es Besitzstände  
173 gibt, die man damit angeht, und damit ist es zwar für sich genommen ein wirtschaftlich erfolgreiches  
174 Modell. Aber es gibt Verlierer, die blockieren. Und es könnten z.B. eben bestehende Strukturen sein.  
175 Niedergelassene, die sagen nö dann mache ich nicht mit, vor allem auch Transparenz, was ja für sich  
176 auch gemeint ein wichtiger Punkt ist, will ich gar nicht. Will nicht wissen, ob ich gut oder ein  
177 schlechter Hausarzt bin. Ich bin immer gut, weil das keiner weiß kann ich's auch behaupten. Und auch  
178 für manche Krankenhäuser sagen nee, ich mach mein Ding weiter, ich will auch nicht das wir  
179 stationäre Fälle vermeiden, weil das ist ja auch so ein Mehrwert von Netzwerken und auch ein  
180 Einsparungseffekt, dass ich sag kann ich denn auch Krankenhausaufenthalte vermeiden ja. Ob man  
181 dann immer alle dafür gewinnen kann mitzumachen, fraglich. Also es gibt Besitzstände und die kann  
182 man also da hilft das vielleicht nicht so erfolgreich, das man die überspringen kann diese Widerstände.  
183 Trotzdem glaube ich, dass man ne Beschleunigung erwarten kann. Erstens wächst die Transparenz  
184 generell im Gesundheitswesen, langsam aber sicher und wenn die Transparenz sowieso da ist, dann  
185 muss ich auch keine Angst mehr davor haben. Also dann bräuchte ich deswegen nicht mehr zu  
186 opponieren. Dann bin ich irgendwann transparent. Dann wissen all die Leute, ob ich jetzt ein guter  
187 oder schlechter Arzt bin, und dann ist das Netzwerk auch nicht mehr so die Gefahr. Und die  
188 Geschichte die Herr Münch angestoßen hat und die Helios jetzt fortführen soll tatsächlich  
189 krankenhausbasiert beginnend ein bundesweites Netzwerk aufzubauen und wenn jetzt schon da der  
190 größte Player in Deutschland sogar europaweit sagt das schreiben wir uns jetzt auf die Fahnen ja dann  
191 muss man ja eigentlich erwarten das es sich zu ner Beschleunigung kommt. Der Punkt ist dann  
192 inwieweit die anderen lokalen kleinen Player das als Anstoß vielleicht auch aus Angst heraus  
193 hinnehmen um schneller voranzukommen als bisher geplant, damit sie dann ein Gegengewicht  
194 aufbauen können. Aber schon allein die Tatsache das man halt darüber diskutiert verursacht ja auch  
195 gewisse ja einen gewissen Druck jetzt mal mit den kleinen Netzwerken voranzuschreiten. #00:21:20–  
196 12#

197 **I:** Sie hatten jetzt gerade die Widerstände schon angesprochen. Welche Widerstände gibt's denn  
198 gerade so von Gesetzeslage oder gerade was auch Aufsicht und dergleichen angeht im  
199 Gesundheitswesen? #00:21:30–13#

200 **B:** Also Aufsicht meinen Sie die Länder im Bereich Krankenhaus? (...) also ja unser  
201 Gesundheitswesen ist gewachsen und hat über die Jahre die Gesetze eben auch so angepasst, dass man  
202 den Status quo, das man damit zurechtkommt. Aber die Gesetze die Rahmenbedingungen sind ja nie  
203 so, das man sagt man möchte damit für die Zukunft Voraussetzungen schaffen, um solche z.B.  
204 Vernetze Versorgung zu erleichtern. Da würde ich im Moment eher sagen Widerstände sind da

205 automatisch angelegt im im in Gesetzestexten, ich kenn da nicht alle Details, wo es jetzt hapern  
206 kann. Aber letztendlich ist es wieder die Vergütung, ja wir haben einfach eine getrennte Vergütung.  
207 Die Budgets sind wie sie sind, die Niedergelassen über die KVn, die Krankenhäuser und alle anderen  
208 und in diesen Budgets wird optimiert, aber nicht zwischen den Budgets so und solange das so ist,  
209 haben wir massive Barrieren. Also das sieht man bspw. Pflegeversicherung – Reha wo debattiert wird,  
210 macht Reha vor Pflege Sinn, das ist ja auch sowas über Sektoren Hinweggehendes, soll ich in  
211 Pflegeheimen oder soll ich schon quasi sagen wir mal präventiv Rehaleistungen anbieten, um  
212 Pflegebedürftigkeit zu minimieren. Macht kein Mensch, weil das eine zahlt die Pflegeversicherung,  
213 das andere die Krankenversicherungen, da gibt's Kosten–Nutzen–Abwägungen in den verschiedenen  
214 Töpfen und damit nicht kompatibel. Wird nicht gemacht, riesen Widerstände und da denke ich ist der  
215 größte Brocken. Man braucht entweder eine Art Fusion von verschiedenen Finanzierungstöpfen oder  
216 man braucht Ausgleichszahlungen, wobei das dann auch wieder sehr komplex werden kann, wie man  
217 die gestaltet. Sonst gibt es da keine vernünftige Zusammenarbeit. Aber natürlich ne, warum soll ich  
218 jetzt, wenn ich dem einen Topf angehöre, etwas tun, wo ich weiß, da gewinnt der andere Topf, aber ich  
219 hab ja nichts davon, weil ja der andere Topf gewinnt, dann machen sie es nicht. Man könnte auch  
220 keinen vorwerfen, so dann müssen sie ne Ebene höher. Und da stehen wir eben, wobei sie ja auch ja  
221 die aktuelle Gesetzeslage Vergütungssysteme überprüft, wobei verschiedene Detailgesetze  
222 wahrscheinlich ganz konkrete Vorgaben machen, die ich jetzt gar nicht so kenne, da kann auch  
223 bestimmt nen juristischer Interviewpartner viel mehr dazu sagen. #00:24:27–14#

224 **I:** Welche Widerstände gibt's denn überhaupt mit technischen Hilfsmitteln, weil gerade die  
225 elektronische Gesundheitskarte schwirrt ja gefühlte fünfzehn Jahre in den Köpfen rum. Wird der  
226 Datenschutz in dem Bereich eher vorgeschoben oder ist es wirklich ein großes Problem in  
227 Deutschland? #00:24:40–15#

228 **B:** Beides also ich würde wirklich glauben beides. Es gibt zunächst mal ne Grundhaltung also von  
229 Leistungserbringern, Transparenz wollen wir nicht. Denn Transparenz heißt letztendlich immer mehr  
230 Wettbewerb. Und man kann sich so schön verstecken. Ja, das läuft doch das Geschäft, ich hab doch  
231 meine Praxis, die ist auskömmlich. Ich hab nette Patienten, ich bin auch nett zu denen, die kommen  
232 immer wieder, können es eh nicht beurteilen, ich kann denen irgendwas verkaufen und die nehmen das  
233 auch immer. Sie müssen das noch nicht mal zahlen, weil Krankenkasse zahlt's ja, also dem kannste  
234 alles verkaufen. Und da fragt dann auch keiner so genau nach. Man fragt auch nicht nach, was auf der  
235 Rechnung steht, da kann man auch mal paar Dinge mehr draufsetzen. Da kann man, auch wenn man  
236 einen Kühlschrank kauft, eine ganze Küche draufsetzen und kriegt keiner mit. Das ist doch ein tolles  
237 System. Das hätten wir alle gern, dass man so Rechnungen schreiben kann, wo man eigentlich nicht  
238 weiter begründen muss, warum warum man das halt macht. Und wo man auch über die Qualität

239 danach, Produkte, die man auf die Rechnung schreibt, keine Rechenschaft hat. Und das ist ne nette ein  
240 angenehmes System für die Leistungserbringer. Da geht man nicht weg. Nichtsdestoweniger der  
241 Datenschutz und das hat auch Fritz Beske neulich mal gemeint, nimmt bei uns durchaus  
242 gesundheitsgefährdende Maßstäbe an. Der Datenschutz in Deutschland ist ein Monstrum. Ja, wir  
243 haben damit auch immer zu tun am RWI, weil mir mit Daten arbeiten. Wir haben also Auflagen und  
244 man unterstellt uns eben permanent wir würden jetzt die Liese Müller in den Daten suchen und  
245 herausfiltern was die so alles an Krankheiten hat. Es interessiert uns natürlich nicht die Bohne, wie so  
246 ne Liese Müller oder wen auch immer uns interessieren die Mengen, um da statistische Muster zu  
247 erkennen, aber keine Einzelfälle. Trotzdem klarerweise muss der Datenschutz Einzelfallinformationen  
248 unterbinden. Insofern ok und wir haben ja auch die Debatte mit ausspähen und was weiß ich. Aber wir  
249 haben ne zusätzliche Problematik, dass wir sechzehn Datenschutzgesetze in sechzehn Ländern haben  
250 und wenn sie jetzt länderübergreifend arbeiten und das kann ja bei ner Netzwerksache auch wirklich  
251 passieren, dann haben sie immer mehr an der Backe und dann können sie nur auf den kleinsten  
252 gemeinsamen Nenner gehen. Also Datenschutz im Prinzip richtig, wir übertreiben es aber. Ich würde  
253 sogar sagen, wir übertreiben es massiv. Vor allem auch durch die föderale Struktur und dann haben sie  
254 also allein, ich bin mit Rhön-Klinikum da im Austausch, sie haben dann letztendlich mit 16  
255 Bundesländern zu kämpfen. #00:27:41-16#

256 **I:** Jetzt geht die ganze Gesellschaft wird immer digitaler. Wir sehen es ja an unserem alltäglichen  
257 Privatleben. Das Gesundheitswesen liegt da immer 15-20 Jahre zurück, liegt das ausschließlich am  
258 Datenschutz oder hat das noch andere Gründe? #00:27:52-17#

259 **B:** Nee, also ausschließlich am Datenschutz nicht, das ist denke ich genau das, was wir auch noch  
260 hatten, dass der Wunsch Transparenz zu schaffen einfach nicht groß groß ist, dass man da versucht zu  
261 bremsen. Dass man aber auch gerade bei Niedergelassenen, wenn man da so in die Praxen geht, man  
262 ist ja auch immer mal wieder Patient und schaut sich dann so an, das Gefühl hat, die sind einfach noch  
263 im letzten Jahrhundert mit ihrer Zettelwirtschaft und dann immer so Karteikärtchen und man geht zum  
264 anderen Arzt, der weiß dann gar nichts vom anderen und dann muss man Kärtchen hin und her  
265 schicken. Also völlig an den modernen Möglichkeiten haben die sich entkoppelt. Weil das einfach so  
266 ein Tante-Emma-Laden ist, der funktioniert ja. Da ist ja auch nicht unbedingt der Druck da besser zu  
267 werden. Die Wartezimmer sind ja oftmals voll. Also, es läuft irgendwie und da besteht kein Druck und  
268 Datenaustausch ist auch keine Standardisierung da, wo man sagt so das ist jetzt quasi der Standard, mit  
269 dem alle gleich arbeiten können. Da hat jeder so sein System. Das ist auch was für neue kleine  
270 Netzwerke erst mal so ne Einheitlichkeit zu schaffen und ich meine das kennt ja auch jeder bei sich  
271 selbst man hat meinetwegen sein Betriebssystem, mit dem kennt man sich aus und das zu wechseln,  
272 selbst, wenn das andere besser ist, macht man nicht, weil die Einarbeitungszeit ist viel zu groß. Man

273 muss ja immer produktiv sein. Und ist aber nicht unbedingt die richtige Antwort, weil andere  
274 Branchen ja das gleiche Problem haben, warum warum beim Gesundheitswesen so weit hinterher? Ich  
275 denke wirklich, das also einerseits nen bisschen Datenschutz schon aber weil man, weil Medizin auch  
276 nicht so fassbar ist und man das auch gerne im nebulösen halten möchten. So wie damals im  
277 Mittelalter der so der Barde mit seinem Wagen durch die Lande zog und irgendwelche Schnäpse  
278 verkauft und sagt das hilft jetzt und der wollte gar nicht das man das irgendwie herausfindet, ob das  
279 jetzt Scharlatanerie ist oder vielleicht ist es ja auch nur ein Placebo, was ja auch ok wäre. Der wollte  
280 einfach den Leuten was verkaufen und nicht groß hinterfragt werden. #00:30:22–18#

281 **I:** Inwieweit würden denn jetzt insbesondere ländliche Gebiete von einer Vernetzung im  
282 Gesundheitswesen profitieren? #00:30:26–19#

283 **B:** Ländliche Gebiete sind, werden die Verlierer sein in den kommenden Jahren. Die werden  
284 Schwierigkeiten haben die Infrastruktur zu finanzieren, Thema Fixkosten. Zum Teil schrumpfende  
285 Bevölkerung. Trotz Alterung schrumpfende Patientenzahlen. Und jetzt haben sie jetzt das Problem,  
286 dass sie die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen nicht aufrechterhalten können. Und deshalb wird  
287 die ganze Trendwende, das, was wir besprochen haben wird von ihnen aufgezümt. Von den  
288 ländlichen Regionen. Da wird's zuerst brechen. Und da wird man dann den Druck spüren und der ist  
289 auch heute in manchen schon da so Oberlausitz und in den neuen Bundesländern im ländlichen ist das  
290 schon so weit, das man nicht mehr Sektoren trennend versorgen kann. Sie müssen z.B.  
291 Notfallversorgung sektorenübergreifend anbieten. Rettungsdienst, ambulant und stationär aus einer  
292 Hand. Und die Daten übertragen lassen, dass man sofort weiß, was hat denn das Unfallopfer eigentlich  
293 für Probleme? Elektronische Karte usw., das muss alles da sein. Und deswegen werden die ländlichen  
294 Gebiete naturgemäß aufgrund ihrer schwachen Zukunftsaussicht diejenigen sein, die zuerst von diesen  
295 neuen Möglichkeiten profitieren werden. #00:31:56–20#

296 **I:** Wie kann man denn möglichst andere Akteure wie z.B. Kommunen und Kreise oder aber auch  
297 Unternehmen in solche Netzwerke bekommen, den gerade Kommunen haben ja im Rahmen der  
298 Daseinsfürsorge doch schon eine relativ wichtige Aufgabe? Können die als vielleicht neutrale  
299 Vermittler auch dienen zwischen den einzelnen Ständen? #00:32:13–21#

300 **B:** Also das könne sie, wenn sie nicht selbst Eigentümer von nem Krankenhaus sind ne, dann haben sie  
301 ja auch nen kommunales Krankenhaus nen automatisches Eigeninteresse. Aber nehmen wir mal an da  
302 gibt es so einen Landkreis und dann gibt's so verschiedene Anbieter, die jetzt in anderer Trägerschaft  
303 sind, die Ärzte sowieso. Dann ist der Landkreis schon ein natürlicher Mediator, weil er sagt ich hab  
304 hier meine Bevölkerung ich sehe sie schrumpft, ich sehe ich muss Kindergärten und Schulen  
305 schließen, ich muss auch im Gesundheitswesen reduzieren, und das führt ja bei den Landräten und  
306 Politikern ja schon zu ner ungünstigen Stimmung also es ist nen Unterschied ob ich jetzt quasi als

307 Bürgermeister nen Krankenhaus eröffnen darf oder die Schule einweihe oder in dem ich hingehe sag  
308 der erste Bagger muss kommen, wir müssen das Abreißen und deswegen haben die ein Interesse da  
309 möglichst ne gute Versorgung aufrechtzuerhalten und bei schrumpfenden Ressourcen und könnten  
310 damit ein neutrales Eigeninteresse haben, so nen Mediator zu sein, die zusammenzubringen.  
311 Vorausgesetzt im Landkreis geht es auch finanziell nicht so gut sonst schießt er einfach Geld zu und  
312 bewahrt die Struktur, was man auch häufig auch sieht. #00:33:40–22#

313 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht überhaupt Alternative zu ner sektorenübergreifenden Versorgung in  
314 Deutschland? Oder sind die Auswirkungen des demografischen Wandels in Zukunft doch so stark, das  
315 wir gar nicht drum rum kommen gerade wie sie es sagten das es. #00:33:54–23#

316 **B:** Zunächst mal die klare Aussage, im Ländlichen gibt es aus meiner Sicht keine Alternativen. da  
317 müssen alle ihre Ressourcen bündeln, damit man die Fixkosten abdeckt. In den Ballungsgebieten  
318 wird's schon Alternativen geben, ob ich die gut finde, also eine Alternative ist einfach Status quo mit  
319 kleineren Anpassungen. Aber da wird's wahrscheinlich durchaus noch lange möglich sein, die  
320 bisherigen Strukturen in Zukunft zu fortzuschreiben. Weil einfach auch die Bevölkerung wieder in die  
321 Städte zuwandert vom Land und damit füllt sie auch die Infrastruktur. Dann ist der Handlungsdruck  
322 gering. Aber sagen wir mal so eine Alternative für wir sprechen ja grade, wir haben ja grade Status quo  
323 versus diese Vernetzte Versorgung, was können Alternativen sein, naja gut wenn wenn wir in der  
324 Medizin in der Forschung in dem ganzen Biotechbereich große Fortschritte machen und wir erleben ja  
325 auch einige Änderungen schon in anderen Bereichen das irgendwann der selbstfahrende PKW kommt  
326 ja, und das ist denke ich in fünf Jahren wird man sich überlegen möchte ich selbst fahren weil's mir  
327 Spaß macht oder oder nehme ich's halt lieber, das mich jemand fährt, also selbst fährt. Und so wird  
328 auch in der Medizin immer stärker nicht an den Symptomen herumgedoktert, sondern man versucht  
329 schon die Ursachen stärker zu bekämpfen. Das eine wäre Prävention, dass gar nicht so Krankheiten  
330 ausbrechen aber das hat ja die Vernetzte Versorgung auch irgendwie in sich, dass man sagt  
331 populationsbezogen. Dann hab ich nen Anreiz, möglichst keiner wird krank, also Prävention. Aber ich  
332 mein da nen Schritt weiter zu sagen mit auch wie man nennt das genomische Medizin, das man richtig  
333 hart eingreift in den menschlichen Körper und überlegen sie was es bedeuten würde wenn ich z.B.  
334 Demenz ich sage mal heilen könnte. Ja in dem ich irgendwelche Strukturen die sich da im Gehirn  
335 verändern blockiere, dass es nicht so weit kommt, was hat das für ne Bedeutung für das  
336 Gesundheitswesen, ja wir reden über Millionen Menschen, die dement sind oder noch werden.  
337 Massive Kapazitäten, die wir dafür brauchen und sie hätten das von heut auf morgen nicht mehr ja. Ist  
338 das eine Alternative, ja die Alternative ist ja gut das keiner krank wird ja, aber sie reden nur in  
339 Versorgungsangeboten und da sehe ich jetzt keine großen außer zum Status quo noch. #00:36:43–24#

340 **I:** Früher galten ja oft gerade KVn oder die Ärzteschaft als ja Blockierer von solchen  
341 sektorenübergreifenden Versorgungen, was ist denn so ne Ständeproblematik auch für nen Problem?  
342 Also so gerade im Krankenhaus die Ärzte sind ja schon relativ gewohnt in Teams zu arbeiten, aber die  
343 in den ländlichen Praxen jetzt eher nicht. Ist das heute auch noch so, dass die KVn eher Blockierer als  
344 Gestalter sind? #00:37:06–25#

345 **B:** Zunächst mal würde ich sagen sie sind eher Blockierer als Gestalter. Die Frage ist wie wird sich das  
346 weiter entwickeln? Aber ihrer Aussage im Krankenhaus arbeitet man schon mehr im Team ist zwar  
347 richtig, aber auch da haben wir heute häufig noch so sehr chefarztzentrierte Strukturen und es ist eher  
348 so ein hierarchisches Team, das man ich auch duckt und dann immer brav das macht, wobei auch das  
349 sich allmählich auflöst. Also wir kriegen da einfach mit der Wanderung der Generationen durch die  
350 Altersklassen langsam nen bisschen eine andere Kultur da rein. Und sodass dann im Krankenhaus  
351 wirkliche Teams arbeiten und jeder ebenso zu sagen einen komparativen Vorteil in das Team einbringt  
352 nicht einer alles weiß und das könnte ja irgendwann diffundieren auch in die ländlichen, weil die  
353 kommen ja halt auch alle aus dem Krankenhaus, die sich dann da niederlassen. Nichtsdestoweniger wir  
354 müssen im Status quo erst mal festhalten, das wir Ständedenken haben und zwar innerhalb der  
355 Ärzteschaft aber auch natürlich so z.B. Pflegekräften und anderen die im Krankenhaus und da wird  
356 man auch durch kluge effizienzverbessernde Vorschläge nicht automatisch auf Gegenliebe stoßen.  
357 Und wie gesagt das kriegen sie nicht von heute auf morgen weg, da müssen sie vielleicht schon 10  
358 Jahre irgendwie ins Land gehen lassen aber halt immer wieder drauf hinweisen, dass die die  
359 Nachkommen das gleich verinnerlichen und dann wächst sich das so allmählich raus. #00:38:59–26#

360 **I:** Jetzt hab ich aus anderen Interviews mitbekommen, dass ein großer Fehler vielleicht damals auch  
361 seinerzeit war, dass die IV-Projekte als Wettbewerbsinstrumente eingesetzt worden sind, weil ja  
362 gerade die Krankenkassen sich auch nicht in die Karten schauen wollen und dann hat man auch gar  
363 nicht genug Leute hat um eine Population überhaupt groß genug zu bekommen. Sollte es denn  
364 vielleicht so sein, das wir für zukünftige Vernetzungsprojekte, dass die überhaupt nur befördert werden  
365 wenn z.B. 2/3 aller Kassenpatienten die Krankenkassen sich auch in so nem Netzwerk beteiligen?  
366 #00:39:30–27#

367 **B:** Ja gute Frage. Da ist so einerseits schlägt das Herz schon noch für für Wettbewerb, weil ich sag wir  
368 wissen einfach auch nicht von vornherein welche Konzepte sind jetzt denn vorteilhaft und welche  
369 nicht. Und dann müssen wir ausprobieren und dann überlebt von 10 die ausprobieren nur einer. Das ist  
370 so wie der typische Milliardär, der in der Garage angefangen hat, der dann irgendwann irgendwann  
371 mal reich ist und dann reden alle über den, jeder kennt den. Wir reden aber nicht über die 99 anderen,  
372 die in der Garage angefangen haben, die halt gescheitert sind. Vielleicht aber auch aus zufälligen  
373 Gründen oder Fähigkeiten waren nicht da und wir müssen, wir wir dürfen nicht von vornherein

374 denken, dass wir gleich den richtigen in der Garage haben. Ja wir müssen vielleicht hundert Garagen  
375 aufmachen um dann einen oder vielleicht auch 10 tolle Konzepte irgendwie herauszufinden, das wir  
376 wissen einfach nicht und die Experten, die sich das anschauen, die können das auch nicht einfach  
377 immer wissen. Das ist Trial and Error und das ist so das eine, was da mit in der Brust schlägt. Aber das  
378 andere sehe ich natürlich auch das ist schon dieser Mengeneffekt, also sie brauchen eine kritische  
379 Masse und sie können die Zahlen nicht mal für 5% irgendwas machen, dann werden sie in der Garage  
380 sein, die wieder zumacht. Weil dann kriegen sie auch ihre ganzen wie sie auch sagen Netzwerkkosten  
381 wie Management gar nicht finanziert und sie scheitern von vornherein. Also im Grunde muss so nen  
382 Konzept angelegt sein auf Menge und das ist halt hier in diesem. Sonst werden sie von Kosten  
383 überrannt, weil die haben sie auf jeden Fall. Sie kriegen nicht die Menge rein und das könnte man  
384 schon fordern, das ein großer Anteil der Patienten vor Ort mitmacht aber auch das wäre die Frage ja  
385 gut, wenn es ne Kasse nicht hinkriegt ihre Mitglieder zu mobilisieren dann ist das ja auch nen  
386 Wettbewerbsinstrument, aber ich muss ehrlich gesagt da ein bisschen passen eine ganz klare Antwort  
387 zu geben, weil wir da halt sonst mit ganz viel Wettbewerb auch entsprechend viele Kosten  
388 produzieren. #00:42:01–28#

389 **I:** Wenn Sie jetzt mal Wünsche dem Gesetzgeber gegenüber hätten, was der als nächstes oder  
390 schleunigst ändern müsste, was wären das denn für Wünsche? #00:42:10–29#

391 **B:** Naja also (...) oft würde ich mir wünschen einfach Ruhe, ruhig zu sein ja, und zu sagen ich schau  
392 mal zu was die Leute tolles machen da und beobachte wie man die Versorgung verbessert und bin vor  
393 allem jemand, der kontrolliert und drüber schaut ist es das, was für die Bevölkerung ne gute Qualität  
394 leistet aber der sich dann weitgehend heraus hält aus Detailgeschichten und zwar sowohl Bundesland  
395 als auf Kommunalebene. Der moderiert sowie wir vorhin eben gesagt haben Landkreise, die was  
396 moderieren, aber vielleicht nicht selbst Player werden müssen, weil dann die Interessenlagen sich  
397 automatisch ändern. Und insofern stillhalten und einfach mal vier Jahre keine Reform ist auch nicht  
398 schlecht. Wenn man jetzt trotzdem sagt an welchen Ecken hapert's denn am meisten, dann würd ich  
399 schon sagen, kriegen wir irgendwie die Vergütungen vereinheitlicht, also auch da kann man ja einfach  
400 auch nicht einfach sagen macht jetzt den Schalter von A nach B und dann habt ihrs. Das ist ja immer  
401 sehr komplex, wenn Sie irgendwas ändern, ändert sich was anders dann auch wieder, aber ja die KV-  
402 Budgets löchriger machen, das man da eher sagen wir auch mal stationäre Sachen mit einbinden kann.  
403 Gerade im Ländlichen, das man die Notfallversorgung von vornherein in eine Hand gibt. Das man  
404 sagt, ihr macht keine KV-Notfallversorgung oder Krankenhaus, weil sie von vorneherein sagen, es gibt  
405 eine Notfallversorgung und dafür generieren wir Budgets. Ansonsten wenn sie nen paar Sachen haben  
406 dann kann ich da Stellung beziehen zu Änderungen gesetzlicher Art, aber ich denke die  
407 Leistungserbringer sollten das selbst in die Hand nehmen. Sie sollten vollendete Tatsachen schaffen



408 sollten zeigen ob was geht und der Gesetzgeber sollte dann den Mut haben dann auch nach zu  
409 justieren, dass das Halblegale dann legal wird. #00:44:31–30#

410 **I:** Fehlt Ihnen da manchmal auch vielleicht diese Vision von den Gesundheitspolitikern oder von den  
411 Politikern allgemein wie so nen Gesundheitswesen 2050 bei uns aussehen soll oder denken die  
412 wirklich nur von Wahl zu Wahl und dann wird wieder genau in ne andere Richtung reformiert?  
413 #00:44:45–31#

414 **B:** Ja also ne Vision fehlt. Jedes Unternehmen, aber auch dafür ist manchmal, braucht irgendwie ne  
415 Vision wo soll unser Weg uns hinführen. Aber in der Politik braucht man die es ist jetzt nur die  
416 Schwierigkeit, wie sie auch sagen, dass wir einig, wenn wir eine Vision aufbauen als Politiker die die  
417 ja nur vier Jahre lang begleiten können und danach wissen wir nicht was passiert. Wir haben ja erlebt  
418 wie es die die ganze Partei FDP rausgeflogen ist. Wenn die ne Vision erarbeitet hätte und man die für  
419 gut befunden hätte, dann wär das jetzt schon wieder begraben. Und dann ist halt die Frage mache ich  
420 das oder versuche ich so ne Art zeitlich engere Optimierung hin zu bekommen, deshalb ist die Antwort  
421 völlig klar natürlich würd jeder Politiker fast ausnahmslos, außer man hat nen gewisses Alter erreicht,  
422 immer nur in diesen Vierjahresrhythmen denken. Das haben wir als Gesellschaft ihnen irgendwie so  
423 mitgegeben, das sind die Wahlperioden und dort wie ich auch eingangs sagte eben in der Vernetzten  
424 Versorgung das Vergütungssystem bestimmt wie sich die Player in diesem Netzwerk verhalten. Das  
425 politische Vergütungssystem wie kriege ich Wählerstimmen um bei der nächsten Periode wieder dabei  
426 zu sein, das ist ganz einfach und genau daran wird man sich auch orientieren und genau deswegen  
427 wurden jetzt auch Gesetze gemacht, die in sich ökonomisch völliger Unsinn sind aber ne politische  
428 Rendite wie von also ne ökonomische Negativrendite, aber in dem Fall politische Positivrendite.  
429 Wählerstimmen, Freundlichkeit, Umfragen und so funktioniert das und sie können eigentlich nur wenn  
430 sie wissen sie haben nicht viel zu verlieren auch mal etwas darüber hinaus wagen, aber das sind die  
431 wenigsten. #00:47:08–32#

432 **I:** Jetzt ist der 140er SGB V ja sehr sehr frei ausgelegt, das hat halt in der Vergangenheit oft auch zu  
433 nem Wildwuchs geführt. Das da z.B. gerade so endoprothetische Sachen gemacht wurden, die relativ  
434 schnell aufgelegt werden konnten. Sollte denn der Gesetzgeber auch wenn wir jetzt für nen offenen  
435 Wettbewerb sind vielleicht so bestimmte Kenngrößen oder bundesweite Standards vorgeben umso nen  
436 Wildwuchs ja nen bisschen entgegen zu treten, z.B. das er ja schon gesagt hat, dass es  
437 populationsbezogen sein soll? #00:47:36–33#

438 **B:** Ja also, wir haben ja die zwei, ne populationsbezogen versus ja indikationsbezogen. Ich sag mal so,  
439 also ich find auch die populationsbezogenen besser, aber sehe da auch die Schwierigkeit, dass man da  
440 nen guten Wettbewerb hinkommt, weil sie wissen ja im Prinzip wenn sie das ernsthaft machen sagen  
441 wir machen da eine Ausschreibung. Wir haben ne Region und schreiben die Versorgung für die

442 gesamte Region aus. Jetzt kommen nen paar und sagen ich mach's für 80 Mio. der andere 82 Mio. bei  
443 der und der Qualität und einer kriegt den Zuschlag. Und nach fünf Jahren ist es ausgelaufen und andere  
444 bekommen den Zuschlag. Baut der dann neue Krankenhäuser und reißt die alten ab? Das geht ja  
445 eigentlich nicht. Wir können ja nicht im Prinzip, also bei, wenn ich Medikamente zuliefer, da liefere  
446 ich zu ja, da hab ich meine Fabrik und liefere weltweit und da gibt es einen der kauft das. Nach fünf  
447 Jahren macht der Stopp und kauft beim anderen, da gehen die Ströme anders. Aber hier reden wir über  
448 eine gesamte Infrastruktur, die können sie nicht immer so neu ausschreiben. Und deshalb ist dieses  
449 populationsbezogen so nen bisschen mit dem Wettbewerb schwierig, hatten wir auch schon etwas  
450 diskutiert. Diese indikationsbezogen sind da schon besser, ja da sagen sie macht mal der die Hüften  
451 und hat da nen tolles Konzept und dann geht's ja in seine Reha und nicht beim anderen und dann fünf  
452 Jahren später probieren wir mal das andere aus oder auch parallel. Jetzt ist das ja  
453 wettbewerbsfreundlicher um was auszuprobieren und das ist das wieder diese 100 Garagen da hat ja  
454 jeder was, wenn den 10 überleben ist das gut. Man könnte diese 100 Garagen auch als Wildwuchs  
455 bezeichnen. Man denkt das ist jetzt also Unsinn, dass man da so lauter Garagen baut wo dann jeder so  
456 Ideen vor sich hin wurschtelt. Ich sag mal anders herum was uns interessiert ist am Ende was sind die  
457 Kosten und was ist der Nutzen der einzelnen Sache und das muss die Vorgabe sein. Die ganzen  
458 Angebote die da irgendwelche kreativen Leute generieren müssen sich immer bewähren, das sie im  
459 Kosten–Nutzen–Verhältnis besser sind als das was man schon hat. Also wie eben auch die  
460 Pharmaindustrie wenn sie es richtig macht. Ich hab nen neues Medikament und muss jetzt beweisen,  
461 dass es besser ist. Oder eben günstiger ist. Und so müssen eben diese Konzepte, das sind halt keine  
462 Medikamente, das sind Konzepte sich auch beweisen, hier muss man sich fragen wie messe ich das  
463 alles. Aber nehmen wir mal einfach so rein ideal, im Idealzustand ich kann das messen und danach  
464 muss ich's aussortieren weil auch eine kleine Frage die vielleicht nur 300.000 Euro Ersparnis bringt  
465 aber auch nur weniger Patienten betrifft ist auch nen kleiner Schritt nach vorne. Und sollte man nur  
466 deswegen weil man sagt so viel Wildwuchs, zu komplex, das kann ich einfach nicht einfach verbieten.  
467 Aber es muss sich halt immer beweisen und dann ist es auch ok. #00:50:48–34#

468 **I:** Wenn man im deutschen Gesundheitswesen über Leuchtturmprojekte spricht, dann kommt man ja  
469 immer auf dieselben 6, 7, 8 Namen sie hatten es ja eben schon Kinzigtal und UGOM gesagt. Jetzt  
470 gerade hat das Kinzigtal ja wieder sehr sehr positive Zahlen vorgelegt. Warum schafft es denn auch  
471 gerade so ne Gesellschaft wie die OptiMedis AG nicht noch mal so nen Leuchtturmprojekt auf die  
472 Beine zu stellen? Wenn's doch wirklich so gut ist? Sie hatten es eben schon mal kurz angesprochen  
473 aber gibt es da noch irgendwelche anderen Widerstände? #00:51:13–35#

474 **B:** Ja sie haben ja bald den Interviewpartner, dann fragen Sie den, dann fragen sie das auch Mal. Der  
475 kann da bestimmt ganz viel berichten. Ich kann nur spekulieren. Das ist aber auch was ich eingangs

476 sagte. Wenn so ein Konzept erfolgreich umgesetzt ist und auch beweist, dass es auch wirtschaftlich  
477 besser ist als das Bewährte, dann müsste es sich ja Nachahmer finden lassen, die sagen das mach ich  
478 auch. Und die wird's auch geben, die stöbern auch durch die Lande aber was muss denn so ein  
479 Nachahmer denn können? Es ist ja nicht so, dass man sagt aha da kommt jetzt der Henry Ford und der  
480 hat jetzt dir Idee ich mach jetzt Autos am Fließband und er sieht was weiß ich BMW ob sie damals  
481 schon gab vom Namen her vielleicht schon oder oder Daimler oder so gab's ja. Mensch der hat ja ne  
482 tolle Idee ich mache jetzt in meiner Fabrik auch Fließband. Muss ich ja nur par ordre du mufti sagen  
483 jetzt wird das so gemacht. Es ist halt die Frage ist das denn bei diesen Netzwerken auch sodass ich sag  
484 par ordre du mufti ich mache jetzt nicht dem Kinzigtal was weiß ich da in im Sauerland. Jetzt wird das  
485 da auch gemacht. Und da sehen sie ja können sie nicht einfach hier hinkommen mit dem Auto und  
486 sagen ich mach jetzt hier so nen Kinzigtal. Sie müssen so auch auf der soziale Ebene diese  
487 niedergelassenen ja in ein Boot holen. Sie müssen den verklickern warum das jetzt besser ist als bisher.  
488 Und sie können vielleicht eben im Sauerland ne ganz andere Struktur von Leuten da sitzen haben als  
489 im Kinzigtal, die grundsätzlich einfach keine Kooperationsbereitschaft haben, die auch Erfahrungen  
490 gemacht haben in der Vergangenheit, die sagen mache ich nicht noch einmal und deshalb ist  
491 letztendlich so nen Projekt nicht wie in der Industrie beliebig multiplizierbar, sondern immer von den  
492 lokalen Gegebenheit abhängig, außer die kommen vielleicht mit so einem immensen Apparat und  
493 Druck wie wie das jetzt Helios–Rhön usw. möglicherweise schaffen kann und sagt Leute ihr könnt  
494 mitmachen oder ihr könnt sterben ja, also weil wir dann eben was aufziehen und investieren und bereit  
495 sind Verluste für ne Weile in Kauf zu nehmen aber ihr seid eben dann irgendwann nicht mehr  
496 überlebensfähig, wenn wir irgendwann dann uns vorwärts bewegt haben. Und dann über so nen  
497 immensen Druck über nen Bewegung verfügen. Aber so ohne Druck und ich komm da mal vorbei und  
498 trag nen Kinzigtal mit so nem LKW wo draufsteht wir waren erfolgreich, das machen wir hier  
499 genauso, das wird wahrscheinlich schwierig. #00:54:15–36#

500 **I:** Dr. [...] was möchten Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur  
501 sektorenübergreifender Versorgung sagen, was vielleicht noch nicht so im Rahmen des Interviews  
502 angesprochen worden ist? #00:54:22–37#

503 **B:** Ja wir hatten nur kurz das gestreift nämlich Patientenzentriertheit, letztendlich muss diese Idee  
504 Vernetzte Versorgung immer so gedacht werden, dass ich im Mittelpunkt den Patienten stehen hab.  
505 Mich in den reinversetze und überlege, was braucht der jetzt für Bausteine? Und wie liefere ich dem  
506 das. Der Patient interessiert sich überhaupt nicht dafür ob's da irgendwelche Vergütungsstrukturen gibt  
507 oder Budgettöpfe und weshalb geht das jetzt wieder nicht oder jenes er will am Ende so wie da ihr  
508 Handy dieses Handy in der Hand halten. Und findet das gut, weil er damit viel machen kann. Der will  
509 aber nicht und das wer schon ne Überforderung, wenn sie ihm sagen würden damit du so nen Handy

510 bekommst musst du 2 Dinge tun. Du musst das Gehäuse bei A kaufen und den Inhalt bei B. Ja der will  
511 das auf einmal haben, der will nicht Wege zurücklegen und das wir irgendwie komplex und so ist es ja  
512 im Moment im Gesundheitswesen da ist man beim einen Facharzt, dann geht man zum nächsten und  
513 dann muss man da wieder warten, dann sagt der ja ich hab nen Befund und muss man in drei Wochen  
514 noch einmal kommen, weil dann wird erst was weg geschnitten, das sind so Dinge wo im Grunde gar  
515 nichts geht. Das beinhaltet die Vernetzte Versorgung. Aber Startpunkt muss jetzt nicht sein, dass ich  
516 sektorenübergreifend was mache, sondern Startpunkt muss sein: Der Patient ist jetzt im Mittelpunkt  
517 und deswegen muss ich sektorenübergreifend was anbieten. Das ist mir noch von der Sichtweise  
518 wichtig. Und dann und das merken sie ja auch bei der ganzen Technologie die wir mit uns rum tragen  
519 sie sind plötzlich auch bereit dafür zu bezahlen. Ja und sie müssen nen auch Gewinne zu machen ja  
520 dann dürfen sie auch Gewinne machen, wenn sie nen tolles Produkt hier haben und man es trotzdem  
521 kauft obwohl es vielleicht teuer ist, weil es aber einem viel Komplexität abnimmt. Und man muss in  
522 der Medizin und in der Gesundheitsversorgung nicht denken ich muss grds. irgendwie nur Kosten im  
523 Visier haben, sondern wenn ich ein gutes Produkt hab und ich die Qualität da auch hochwertig  
524 hinkriege, dann krieg ich das auch verkauft und wir gewinnen den Wettbewerb. #00:57:13–38#

525 **I:** Herr Dr. [...] danke schön für das Interview. #00:57:16–39#

526 **B:** Ja danke auch (...). #00:57:18–40#

**Interviewpartner 17 (29.08.2014)**

1 **I:** (...) Herr [...] Sie sind [...] der OptiMedis AG und (...) im Gesundheitswesen tätig. Welche  
2 Erfahrungen haben Sie denn bereits mit sektorenübergreifender Versorgung gemacht? #00:00:18-0#

3 **B:** (...) jetzt komme ich doch zum Thema Beratung ich hatte ja über zwanzig Jahre lang als Berater  
4 gearbeitet. Also das war von 1991–2011 und dort habe ich sozusagen immer Sektoren spezifische  
5 Auftraggeber gehabt. Fast immer. Also es gab so ein paar Überlappungen wenn Ministerien Aufträge  
6 vergeben habe, die so quer drüber waren aber fast immer war es Sektoren spezifisch und es hat mich  
7 aber dazu geführt zu sehen, welche Probleme grad die Sektoren spezifische Aktion hatte. Beim es hat  
8 sich häufig halt gebissen mit dem Interesse, also meinem Herkunftsinteresse an der Produktion von  
9 Gesundheitswesen. Eigentlich würde ich sagen ein Anbieter der Gesundheitsnutzen produziert muss  
10 belohnt werden. Der muss wirtschaftlich sozusagen erfolgreich sein und nicht derjenige, der kein  
11 Gesundheitsnutzen, sondern Leistungen produziert und und das war immer sozusagen die  
12 Herausforderung auch in der Beratung. Und ich war 1984 für ein halbes Jahr in den USA konnte dort  
13 mir anschauen was im Bereich des Managed Care an Initiativen entwickelt wurden, die  
14 sektorenübergreifende Logiken sozusagen produziert haben und das hatte mich dann faszinierend mit  
15 der Überlegung wie können wir solche sozusagen so ein Incentive–Konzept übertragen ins deutsche  
16 Gesundheitswesen und ja und ich hab dann 93/94 ne Kooperation mit nem amerikanischen  
17 Beratungsunternehmen, die dort genau solche sektorenübergreifenden Verträge und sozusagen  
18 Umsetzungen organisieren mit Ärztenetzen und Krankenhausnetzen usw. hab das dann versucht ins  
19 deutsche Gesundheitswesen zu übertragen noch in unter der Problematik das ja vor 2000 die  
20 Vertragsfreiheit noch nicht vorhanden war, sondern gemeinsam einheitlich verhandelt werden musste  
21 mit der Herausforderung, dass dann immer einer der etwas langsamer war, alles blockieren konnte.  
22 Und mit dem Glück, das die dann 1999 gekommene neue Ministerin sozusagen meine Beratung  
23 geschätzt hat konnte dann halt dieser § 140 folgende ins Gesetzbuch rein geschrieben werden und  
24 damit war überhaupt die technische Möglichkeit gegeben solche jetzt nicht auf ein Bundesland, das  
25 war ja auch schon vorher möglich mit Modellverträgen, sondern auf sozusagen definierte lokal  
26 überschaubare Regionen bezogene Verträge dann zu verwirklichen. Und seit der Zeit hab ich an der  
27 Umsetzung davon versucht. Das fing an im Landkreis Lüchow–Dannenberg, ich hatte dort die  
28 Geschäftsführung, die Sanierungsgeschäftsführung für ein Krankenhaus und die einzig vernünftige  
29 Logik die sich damals mir gezeigt hat war, um eine stationäre Versorgung sozusagen bevölkerungsnah  
30 zu erhalten aber nicht in dem Maße wie es damals angeboten wurde, sondern in einem verkleinerten  
31 Maße und in einer guten Abstimmung zu dem was denn auch an Qualität in einer solchen kleinen  
32 stationären Einheit geleistet werden kann und an welchen Stellen dann die Abgabe erfolgen muss an  
33 größere Kliniken in der Nachbarschaft. Nur für den Krankenhausträger, das war der Landkreis wäre

34 eine aktive Verringerung der stationären Kapazitäten des Krankenhauses finanziell desaströs gewesen.  
35 Also sozusagen bot sich nur diese Option zu sagen, gut dann bauen wir halt ein gutes ambulantes  
36 Versorgungsnetz auf, was auch vernünftige Qualität hat, wo man dann auch sagen kann ok die und die  
37 Fälle können ambulant behandelt werden. Dann baue ich eine verkleinerte stationäre Einheit da drüber  
38 und dann die Zuweisung zu größeren Kliniken in der Nachbarschaft für die komplexeren Fälle. Und  
39 wenn ich das unter einem Gesamtbudget machen kann, heißt sozusagen die jetzigen  
40 Versorgungskosten praktisch stabilisieren, dann kann ich das auch wirtschaftlich verantwortlich für  
41 den Krankenhausträger, für den Landkreis so machen, dass das halt möglich ist. Und ja das war  
42 sozusagen dort die Überlegung, die ja auch dann für die Versorgung ländlicher Räume auch für die  
43 Zukunft spannend sein könnte. Leider hat der Landkreis nach nem politischen Wechsel dann den Mut  
44 verloren das mit zu unterstützen und hat gesagt Mensch jetzt kann ich doch dieses sanierte kleine  
45 Krankenhaus vielleicht noch günstig verkaufen und noch ein bisschen Tafelsilber damit erwerben, weil  
46 der Landkreis ist sehr, in Niedersachsen ist das der ärmste Landkreis hoch verschuldet und ja und das  
47 war dann die Entscheidung und in diesem sozusagen Druck war dann, hab ich dann so reagiert, dass  
48 ich gesagt hab ok wenn der Landkreis das Verkaufen will dann überlege ich jetzt ob ich selber eine  
49 Firma gründe, die in der Lage wäre dieses Krankenhaus zu kaufen und dann die angestrebte  
50 Konstruktion, die ich schon mit Krankenkassen verhandelt hatte und auch mit den niedergelassenen  
51 relativ positiv organisiert hatte, dann auch zu realisieren. Und das war der Gründungsmoment für  
52 OptiMedis AG allerdings zu einer Zeit wo gerade so ein Börsen sozusagen Thermometer nach unten  
53 gegangen war, da war irgendwie so diese Dotcom-Blase vorher geplatzt und das hatte dazu geführt,  
54 das die Partner, an die ich da gedacht hatte es waren die Apotheker- und Ärztebank und die deutsche  
55 Krankenversicherung zu wenig Geld hatten um sozusagen sich in dieses Risiko damals was noch als  
56 Risiko erschien hineinzugeben. Und dadurch war schon mal die Firma gegründet aber nicht das  
57 Kapital um dann das Krankenhaus zu kaufen und ja und dann hab ich mich nach anderen Plätzen  
58 umgeschaut, wo diese Grundidee realisiert werden könnte und nach also dann hab ich noch als Berater  
59 bei Hildebrandt Gesundheitsconsult noch nen Stück mitgearbeitet auch verschiedene Krankenhäuser  
60 und Gruppen da beraten und letztendlich kam es dann über ein eine Internetrecherche eines  
61 Ärztenetzes, die mich dann übers Internet gefunden haben gesagt haben Herr [...] könnten sie nicht  
62 mal zu einem Workshop kommen, das war dieses Ärztenetz im Kinzigtal. #00:08:04-1#

63 **I:** Jetzt ist ja die Integrierte Versorgung zurzeit noch in einer Doppelfunktion, es ist ja einerseits im  
64 SGB V der 140er, oftmals wird er in der Gesundheitsliteratur auch für allgemeine Sektorübergreifung  
65 genannt. Und ich hab's jetzt im meinem Fall einmal Vernetzte Versorgung genannt, um von dem  
66 Begriff ein bisschen wegzukommen. Das Vernetzte Versorgung ist für mich Sektoren- und  
67 Versicherungszweige übergreifend, populationsorientiert, regional arbeitend und sollte den Patienten

68 in den Mittelpunkt stellen. Was halten Sie erst mal von dem Namen und wie sehen Sie das Konzept?  
69 #00:08:39–2#

70 **B:** Also die Punkte, die sie erwähnt haben finde ich alle sinnvoll (...) so mit sozusagen  
71 Namensschöpfungen stellen sich immer so nen paar Fragen und deshalb hab ich erstmal da noch nicht  
72 so ne Meinung dazu. in den USA wir das ja häufig population health management genannt also es gibt  
73 keine so ganz, Integrierte Versorgung ist halt durch diese Möglichkeit der disziplinentorientierten  
74 Versorgung auch nicht vollumfassend. Ich versteh das schon was Sie meinen. Aber Vernetzte  
75 Versorgung würde auch sozusagen diese Qualitäten nicht automatisch ausbilden. Das könnte ja auch  
76 eine auf eine, eine bestimmte Disziplin nur ausgerichtete Versorgung sein. Insofern müsste da noch  
77 irgendwie weitere, wir haben mal so einen Begriff gebraucht, Regional Integrierte Vollversorgung  
78 (RIVV), haben wir es dann hinterher abgekürzt, um sozusagen dieses Spezifikum auszudrücken. Aber  
79 hat hat sich noch nicht so durchgesetzt. #00:10:10–3#

80 **B:** Wenn Sie jetzt das Idealbild von ner Vernetzten Versorgung oder so ner sektorenübergreifenden  
81 Versorgung nennen sollten. Welche zwingend notwendigen Voraussetzungen müssten denn in einer  
82 Region gegeben sein, damit so nen Netzwerk überhaupt entstehen kann oder vernünftig arbeiten kann?  
83 #00:10:23–4#

84 **I:** (...) es kommt jetzt ganz drauf an was man damit will. Will man damit real nen Gesundheitsnutzen  
85 produzieren für diese Region. Im Sinne dieses Trippel–Aim–Konzeptes kenne Sie ne, brauch ich nicht  
86 zu erläutern. Oder will man sozusagen eine Versorgungssicherung durch ökonomische  
87 Auskömmlichkeit für die Praxen oder was will man damit erreichen. Wenn man das erreichen will also  
88 das Trippel-Aim-Konzept erreichen will, bessere Gesundheitserfahrung, geringere Gesamtkosten und  
89 nen besseren Gesundheitsstatus, dann würde ich sagen braucht man eine Regionsgröße die  
90 überschaubar ist. Das spielen wir so nen bisschen mit so sozusagen in so ner Bandbreite von 50.000–  
91 60.000 bis hin zu 280.000 das kommt oder das entsteht aus der Frage wie viele Ärzte muss man dann  
92 eigentlich integrieren. Das Wichtigste sind dann in dieser Integration an der Stelle die Hausärzte und  
93 wenn man eine Zahl hat, die einfach zu groß wird, das kriegt man keine keine Situation mehr hin, dass  
94 diese Ärzte ein gemeinsames Konzept vertreten, dann vertritt jeder nur sein individuelles,  
95 wirtschaftliches unternehmerisches Interesse an seiner eigenen Praxis. Aber wenn man sie auf ein  
96 neues unternehmerisches Ziel nämlich Mitgesellschafter einer regionalen Gesundheitsorganisation zu  
97 sein hin bringen will, darf diese Anzahl der Ärzte so diese klassischen Größen aus der Sozialforschung  
98 nicht übersteigen, so ich könnt mir halt vorstellen, dass man mit 80–90 das noch hinkriegt, wenn man  
99 da viel drüber ist, ist das einfach dann individualisiert sich das wieder und wird das so ne  
100 administrative Organisation und weniger eine die auch nen Stückchen sozusagen ideell Spirit tragen  
101 kann. Dann kommt, ist es eine wichtige Voraussetzung, dass man Krankenkassen hat, die also

102 möglichst 30 % oder mehr der Versicherten, die so in diesen Arztpraxen auflaufen, hat, weil damit der  
103 Arzt sein Paradigma verändert und seine Abläufe bereit ist zu verändern, muss es eine ausreichende  
104 Zahl seiner Praxis sein. Eine zu kleine Zahl führt notwendigerweise zu einem Verzicht auf sozusagen  
105 gedankliches und finanzielles und organisatorisches Invest in Ablaufveränderungen. Das wären glaub  
106 ich die entscheidenden Voraussetzungen und immer die Voraussetzung, der Nutzen der produziert  
107 wird, muss auch in irgendeiner Form vertraglich gesichert wiederum bei der Organisation ankommen,  
108 die das übernimmt und organisiert, sonst wird sie nicht investieren, sonst wird sie sich nicht auf eine  
109 sozusagen, auf das unternehmerische Ergebnis, nämlich Gesundheitsnutzen produzieren, ausrichten,  
110 sondern sie wird sich ausrichten auf das was ich eine Art Projektfinanzierung das ist so ähnlich wie bei  
111 Wissenschaftsprojekten ne. Das heißt sozusagen ich muss sozusagen das, was mein Auftraggeber  
112 sozusagen verlangt hat oder was ich im Angebot definiert hab, das muss ich erfüllen. Und und in  
113 Anführungsstrichen nach mir die Sintflut das sind nach mir ich versuche natürlich das Bestmögliche zu  
114 erreichen, das ich vielleicht eine Fortsetzung kriege also wiederum sozusagen wie finde ich einen  
115 Finanzierer den das was ich eigentlich machen will, was der jetzt zumindest nicht konterkariert,  
116 sondern was sozusagen so nen bisschen mitschwimmen kann. Und das ist keine, keine gute  
117 Voraussetzung für eine nachhaltige langfristige Strategie. Das kann ein Projekt mit irgendwie  
118 Wissenschaftlern mal machen oder ein Prof. der daraus versucht Veröffentlichungen zu produzieren  
119 und Impact-Faktor zu generieren aber wenn man dazu eine Truppe von Leuten die damit gar nichts zu  
120 tun hat mit den Veröffentlichungen nämlich die ganzen niedergelassenen, die Physiotherapeuten, die  
121 Pflege usw. die dazu zu kriegen, dann sagen die naja ist ja schön das sind engagierte Leute, kommen  
122 wir mal zusammen, vielleicht bringt's ja was aber mein Engagement halte ich doch auf Halbmast.  
123 Weil anschließend kriege ich dann die Enttäuschung ab, dass die weg sind, weil die Finanzierung  
124 aufgehört hat und was soll ich denn dann machen? Das führt auch dann zur nächsten Anforderung  
125 Langfristigkeit. Solche Projekte und solche Finanzierungsrichtlinien sollten meines Erachtens nach  
126 zehn Jahren nicht unterschreiten. Man braucht die ersten 2, 3 für Jahre sozusagen ne Infrastruktur  
127 aufzubauen, für die das Bekannt machen sozusagen das die Idee im Kopf verankern und die ersten  
128 Erfahrungen zu machen. Man braucht dann weitere Zeit das richtig ins Rollen zu bringen. Man braucht  
129 dann halt die letzten 3 Jahre auch für die Auswertung, weil das sind ja komplexe Datenmengen, die  
130 man nachher auch bekommt und daraus stabile und in sich sicherer Auswertungen zu fahren ist  
131 aufwendig. D.h. wenn man dann im 10. Jahr oder im 9. Jahr um Verlängerung verhandeln will hat man  
132 halt die Erfahrung im Grunde von nur 7 Jahren minus 1–2 Jahre Anfangszeit also 5 Jahre realer  
133 Produktionszeit und das ist auch notwendig. #00:17:16–5#



134 **I:** Jetzt ist ja so ne sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland immer noch in einer Nische. Wie  
135 beurteilen Sie denn eine zukünftige Verbreitung dieser Versorgungsform grade jetzt auch im Hinblick  
136 vielleicht mit dem Innovationsfonds? #00:17:29–6#

137 **B:** Also der Innovationsfonds wird sagen wir mal ein bisschen was stimulieren, bisschen Interesse  
138 wecken aber läuft natürlich sehr in die Gefahr genauso eine Form von Projektfinanzierung zu sein, die  
139 sozusagen aus dem unternehmerischen Model sogar tendenziell wegführen könnte. Und dafür ist die  
140 Summe dann doch auch nicht so gewaltig, dass sie wirklich in der Lage wäre. Ich glaube hier der die  
141 Barmer Straub hat nen Artikel jetzt in der Gesundheits- und Sozialpolitik veröffentlicht das im  
142 Moment 2012 nach den GKV-Daten 1,3 Mrd. Euro in in integrierte Versorgungsverträge geflossen ist  
143 und wenn man jetzt sieht die wollen irgendwie wie war das 300 insgesamt und dafür 75 glaub ich für  
144 die Wissenschaft also 225 Mio. bisschen, da sieht man das Verhältnis ist bescheiden. Trotzdem ist es  
145 ein Start und ein Anfang und kann zumindest das an der Stelle helfen das mehr beforscht wird. Weil  
146 das ist natürlich schon nen Problem. Wir haben für Kinzigtal damals 1 Mio. Forschungsgeld sozusagen  
147 aus der AOK und der LKK bekommen, weil das ist natürlich in Anführungsstrichen verlorenes Geld  
148 für die. Das hat sich inzwischen alles refinanziert aber trotzdem das ist ne Herausforderung und wenn  
149 sozusagen dadurch Kostenträger und Leistungsanbieter dazu motiviert werden mehr beforschen zu  
150 lassen finde ich das erst mal nur sinnvoll. Ansonsten ich weiß nicht ich seh da wirklich zwei  
151 Szenarien. Das eine Szenario ist Fortsetzung des bisherigen Status eine sozusagen große Vielfalt von  
152 nebeneinander arbeitenden Professionen mit unklaren Beziehungen untereinander arbeiten weiter und  
153 das Gesundheitswesen wird teurer und teurer und teurer. Ist sozusagen die eine Option und es wird  
154 nachher sozusagen die Option enthält wahrscheinlich dann auch die Bedingung das mehr und mehr  
155 privat bezahlt werden muss, was aber ebenfalls diese sozusagen Interdisziplinarität eher noch  
156 zusätzlich zerstört und erschwert oder es gibt halt mehr von der real vernetzten regional integrierten  
157 Vollversorgung und (...) also ich halt das für die klügere Option für eine Gesellschaft ich sehe das das  
158 auch als Möglichkeit das flächendeckend anzubieten, das hat nen paar Herausforderungen dann auch  
159 noch mal grade wenn man so an kartellrechtliche Fragen denkt und sowas, aber ich halt das für die  
160 klügere Option für die Gesamtgesellschaft, aber wie sich die Gesamtgesellschaft entscheidet das wird  
161 sich zeigen. Die erst mal einfacher erscheinende Option ist die Fortsetzung des Bisherigen, das ist halt  
162 immer so. Destructive innovations sind halt schwer. #00:21:28–7#

163 **I:** Welche Faktoren behindern denn überhaupt in Deutschland, was sind die größten Hemmnisse für  
164 eine sektorenübergreifende Versorgung? #00:21:34–8#

165 **B:** (...) eigentlich ist es das geronnene Denken in sozusagen dem bestehenden Vertragsmodellen. Also  
166 out-of-the-box-denken ist immer eine besondere Herausforderung. Alles ist gebahnt dafür. Die

167 Krankenkassen sind danach intern organisiert. Draußen ist danach alles danach organisiert. Also  
168 sozusagen die die Umkehrung ist das Schwere (...). #00:22:20–9#

169 **I:** Wie wirken sich auch gerade so Ständeproblematiken auf ne weitere Verbreitung aus? Also sind es  
170 wirklich oftmals die KVn oder die Ärzteschaft die solche Versorgungsnetzwerke dann auch  
171 blockieren? #00:22:30–10#

172 **B:** (...) da hab ich eigentlich die umgekehrte Erfahrung gemacht. KVn erleb ich jetzt eigentlich nicht  
173 als Blockade. Das die Blockade ist eher ein bisschen der Gesetzestext. Der uns daraus dann ein auf  
174 dem Gesetzestext beruhendes Urteil des BSG und darauf dann basierend eine Verhaltensweise des  
175 BVA und auch der Krankenkassen. Das halt eine vollständige Budgetausgliederung und zwar, ist ja  
176 nen witziger Begriff, der wird ja immer nur gedacht auf die vertragsärztliche Versorgung erforderlich  
177 sein muss. Und das produziert A Probleme und Herausforderungen, also technischer Art auch. Es  
178 produziert enorme Aufwände für alle Beteiligten, Kostenträger wie Provider, die so was machen. Und  
179 es produziert ein Konfliktpotential mit der KV. Und das ist ein völlig unsinniges Element da drin. Weil  
180 man kann, das Ganze auch machen, das man sagt wir lassen alle Vertragsbeziehungen wie sie laufen  
181 und bauen oben drüber eine virtuelle Abrechnungsebene auf. Und wenn halt sich Kosten vermindert  
182 haben im stationären Bereich oder im niedergelassenen Bereich oder im Reha oder sonstwo, dann ist  
183 das dann auf der virtuellen Ebene in der aggregierten Form hier sichtbar. Und daraus da auf dieser  
184 aggregierten Ebene kann man das Vertragswerk aufbauen. Dann braucht man gar keine  
185 Budgetausgliederung. Aber irgendwie tun sich tut sich die Politik schwer das zu verstehen. Wir hatten  
186 da sehr intensive Gespräche mit dem BMG und auch mit dem Minister in der letzten Regierung, die  
187 haben, sind da nicht ran gegangen (...). #00:24:43–11#

188 **I:** Welche Hemmnisse gibt's denn auch gerade was denn technische Hilfsmittel? #00:24:27–12#

189 **B:** Achso entschuldigen Sie jetzt mal wegen der ständischen Seite. (...) natürlich tun sich in der  
190 konkreten Arbeit deutliche Herausforderungen auf. Die (...) wobei wir merken je konkreter das wird,  
191 desto unproblematischer wird das. Also je konkreter es wird sozusagen um an die jeweiligen  
192 Fähigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen ran zu kommen dann wird's weniger problematisch. Ob  
193 das nun gerade natürlich zwischen Ärzte- und Pflegerschaft, Pflege ist immer ein Problem, aber in den  
194 Projektgruppen ergibt sich eine neue Sicht untereinander. Die Herausforderung ist halt das auch  
195 wirklich auf der anderen, auf jeder Seite Kompetenz dargestellt wird und das ist ja nicht immer so der  
196 Fall. Zum Teil ist also auch der ständische Konflikt ein sozusagen durchaus verständlicher. Da halt  
197 auch auf der anderen Seite Kompetenz fehlt. Nur nicht selten fehlt auch auf der ärztlichen Seite eine  
198 wichtige Kompetenz. Insofern gibt sich das und haben wir hinterher in einer produktiven, organisierten  
199 Form einer Projektgruppe, wo was weiß, ich ein Sozialwissenschaftler oder andere Berufsgruppe dann  
200 auch diese Projektgruppe auch professionell managed, da kann sich das ergänzen. Da kann dann auch

201 sozusagen die komplementäre Kompetenz aus unterschiedlichen Sektoren und Bereichen  
202 zusammengeführt werden. #00:26:34–13#

203 **I:** Welche Widerstände gibt's denn mit technischen Hilfsmitteln im deutschen Gesundheitswesen? Da  
204 hört man ja oft, dass der Datenschutz ein immenses Problem ist. Wird das aus Ihrer Sicht auch oft  
205 vorgeschoben oder gibt's einfach große Probleme damit in Deutschland? #00:26:47–14#

206 **B:** (...) also wir merken, dass das de facto alles händelbar ist, machbar ist. Aber es macht halt  
207 Aufwände. Und das ist schafft, das ist eine der Herausforderungen, wenn man halt kein Geld hat zum  
208 Investieren, in eine gute Datenschutzberatung, dann bleibt natürlich sozusagen ein bisschen entweder  
209 wie der Ochs vorm Berg stehen, traut sich nicht ran, oder man versucht gegen den Datenschutz  
210 unterirdisch seine Kanälchen zu bauen ne, mit höchsten Risiken, die nachher dann einem das alles  
211 zerschlagen können. Also es ist halt teuer. Also das ist halt das Problem. Das muss sozusagen  
212 miteingepreist sein in die in die Logiken der Gesellschaften. #00:27:50–15#

213 **I:** Jetzt schwirrt ja die elektronische Gesundheitskarte immer so in den Köpfen herum und gefühlt  
214 schon seit über einem Jahrzehnt. Was erwarten Sie da für Impulse gerade auch für eine  
215 sektorenübergreifende Versorgung? Kann die was helfen oder ist die eher ein Milliardengrab?  
216 #00:28:03–16#

217 **B:** (...) also wir haben ja jetzt unsere zentralisierte Patientenakte entwickelt ohne die  
218 Gesundheitskarte. Die (...) also ich erwarte mir, ich lasse es auf mich zukommen, also ich setze da  
219 jetzt keine großen Erwartungen daran, dass das kommt. Es ist natürlich völlig absurd, wie das im  
220 Moment organisiert ist, aber was halt der der größte Widerstand dagegen ist und das wurde halt  
221 anfangs nicht verstanden, dass derjenige, der sozusagen seine Einträge reinmacht in seine Praxis-EDV,  
222 halt damit am Ende halt diese Einträge anschließend von jedem anderen sichtbar sind. Dann heißt, da  
223 er produziert selber sozusagen ein offenes Bild auch seiner Fähigkeiten und Nichtfähigkeiten, seiner  
224 Fehler. Weil der andere Arzt, der rein guckt, der den Patienten behandelt, sieht dann, mein Gott wie  
225 veraltet ist denn dessen Medikationsregime. Der hat die und die Diagnose eingegeben, aber das  
226 Medikament gegeben, was für ein Schwachsinn. So, das heißt also, man macht sich wirklich  
227 transparent an der Stelle und das wurde bisher eher so diskutiert, die Ärzteschaft vermeidet halt  
228 Transparenz, weil sie halt Qualitätsprobleme befürchtet, ne, da ist, das ist es, aber sozusagen so ganz  
229 einfach nur als Vorwurf geht das auch nicht. Weil wenn wenn jeder andere, ob es nun der  
230 Wissenschaftler ist oder ich oder Manager oder der Politiker, sozusagen transparent das darstellen  
231 würde, was er heute geleistet hat, würde er glaube ich auch ein bisschen Zuckungen kriegen. Ne und  
232 das ist glaub ich eine Problematik, die bisher so nicht hinreichend begriffen worden ist. #00:30:27–17#

233 **I:** Inwieweit würden denn gerade ländliche Gebiete von einer Vernetzung im Gesundheitswesen  
234 profitieren? Ist es für viele Landstriche vielleicht auch so die einzige Möglichkeit ne adäquate  
235 Gesundheitsversorgung in Zukunft auch aufrechtzuerhalten? #00:30:38–18#

236 **B:** Ja uneingeschränktes ja. #00:30:42–19#

237 **I:** Gibt's denn aus Ihrer Sicht überhaupt Alternativen für eine sektorenübergreifende Versorgung?  
238 Gibt's da irgendwas oder müssen wir im Zuge des demografischen Wandels diese Schiene eigentlich  
239 fahren? #00:30:54–20#

240 **B:** (...) die Frage neigt zu einer Antwort ja, das Letztere, die wenn man das erst einmal ganz nüchtern  
241 betrachtet wird trotzdem wahrscheinlich versucht werden, also viele werden es versuchen das  
242 bisherige einfach fort zu führen. Und dann kommen halt zusätzliche Stellen immer noch rein, die dann  
243 nachher koordinieren, das ist wie in der Jugendhilfepolitik, in der Sozialpolitik, überall in der  
244 Wohlfahrtspolitik ja auch. Sozusagen da hat sich spezial Know-how aufgebaut und irgendwann  
245 werden dann Koordinationsstellen auch noch einmal zusätzlich finanziert und nachher werden nachher  
246 noch die Metakoordinationsstellen der Koordinationsstellen organisiert. Und das ist sozusagen also  
247 dies Prinzip ist so ubiquitär erst mal in den Köpfen drin, das es schwer sein wird da diesen  
248 hochzukriegen. (...) nur das wird dann halt teurer. #00:32:05–21#

249 **I:** Oft ist es ja so, dass Krankenkassen von Jahr zu Jahr denken, also dieses Budgetdenken. Würde es  
250 denn da vielleicht schon was helfen, wenn man über KfW-Darlehen z.B. denen für 7 oder 10 Jahre ne  
251 Möglichkeit gibt auch mal Investitionen zu tätigen? Würde das dann diesen Druck auch vielleicht ein  
252 bisschen raus nehmen? #00:32:24–22#

253 **B:** Das war einer unserer Vorschläge auch in dem, ich hatte mal so ein Gutachten gemacht für ich  
254 glaube 2008 oder so, für das BMG, von der, Acht habe ich nicht, ach egal, jedenfalls Hildebrandt-  
255 Gesundheitsconsult ein White-paper Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen und sowas  
256 und da hatten wir eingebracht wir müssten, also es müssten die Buchführungsbestimmungen der  
257 Krankenkassen auch verändert werden, dass die tatsächlich Abschreibungen auf solche Investitionen  
258 machen könnten. Diese Jahresbetrachtung ist tatsächlich eine Herausforderung für jedes Unternehmen  
259 im Grunde und Krankenkassen als Unternehmen begriffen ist halt, ist halt das Problem. So wenn sie  
260 die Ausgaben diesen Jahres halt rechtfertigen müssen gegenüber dem BVA, dann dass sie dann höhere  
261 oder niedrigere Beitragssätze nehmen können, ja dann wird man natürlich knapp bleiben. Wird man  
262 möglicherweise das richtige EDV-System anschaffen, sondern eher so sozusagen die Investition über  
263 die Zeit staffeln. Und dass Krankenkassen jetzt KfW-Darlehen in Anspruch nehmen können ich weiß  
264 gar nicht (...), ist das möglich? Heute nicht ne? (...) und es wird ihnen auch nichts nützen, weil in  
265 ihrer Buchhaltungsverordnung würde ihnen das dann wieder negativ dargestellt werden. Wir hatten  
266 das auch gedacht, so einen KfW-Stock zu machen für sozusagen Provider-Organisationen. Theoretisch

267 geht das, aber man hat ja keine Assets und damit kommt man in die Problematik, dass man halt keine  
268 Besicherung hat. Und ne reine Dienstleistungsorganisation, was das ja ist, ist für die KfW da nen  
269 bisschen schwer. Es ist einfacher da baut jemand irgendwie fünf Maschinen für zwei Mio. da rein,  
270 dann kann man eben die Maschinen zumindest mit irgendwie als Sicherung dann dagegen stellen,  
271 gegen das Darlehen. #00:34:38–23#

272 **I:** Sollten denn Ihrer Meinung nach vielleicht Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt  
273 werden? Um diesen Verschiebehof erst einmal zu stoppen? #00:34:55–24#

274 **B:** Ja, das ist also an der Grenzstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung und diesen  
275 Dyanreizen für eine sozusagen vernünftige und sinnvolle Rehabilitation und Versorgung, das ist nen  
276 echtes Problem im Gesundheitswesen. In der Demenzversorgung kann man das schön erkennen wie  
277 negativ sich das dann niederschlägt. Wir haben dafür zwei Ideen formuliert in dem Gutachten der  
278 Heinrich-Böll-Stiftung, haben sie schon rein kucken können und die eine wäre halt die völlige  
279 Verschmelzung. Die andere wär, dass man die Pflegeversicherung auch in Morbi-RSA-Logik  
280 hineinbringt, dann anschlussfähig macht und das Dritte war dann noch, das man sagen wir  
281 wechselseitige Mitfinanzierung bestrafen für nichttätig sein. Das ist ja im Moment, das was eher im  
282 Moment bisher diskutiert wird, weil es in der Politik als einfach angesehen wird. Ich glaube, dass das  
283 letztendlich nicht einfach ist, weil eher das Ganze noch mal kompliziert und noch schwerer macht  
284 sozusagen eine gute Logik drin zu erhalten, aber bisher ist das von der Politik nicht so. In dem  
285 Gutachten von der Böll-Stiftung haben wir noch eine weitere Idee drin, die Krankenkassen sozusagen  
286 ein Stück andere Incentives geben würde. Eine relativ einfache Idee und zwar wenn die Krankenkasse  
287 so wie die Diskussion der Qualitätssicherung der Leistungserbringer läuft unter einen Monitoring  
288 gesetzt werden wie hat die Krankenkasse A in Relation zu den Krankenkassen B–Z d.h. der  
289 Durchschnitt ist 1 wie hat sie einen sozusagen die Gesundheitsstatus ihrer Population verbessern  
290 können. Sollte ja eigentlich das ultimative Ziel einer Krankenkasse sein jetzt wird man davon  
291 ausgehen, dass das natürlich altersadjustiert erfolgen muss. Dafür gibt's ja alle Daten. Der Morbi-RSA  
292 hat alle Daten. Also man könnte sozusagen sehen wie war die Kohorte der Versicherten die im Jahr  
293 2013 bei den Krankenkassen A–Z waren und vergleichen wie haben die sich für 14 entwickelt. Und  
294 ohne die neuen Zugekommenen im Laufe von 13, damit man keine Verfälschung rein kriegt und dann  
295 hat die eine Krankenkasse halt sozusagen positiv gewirtschaftet und die andere negativ viele werden  
296 eher ein bisschen negativ gewirtschaftet haben aber das ließe sich dann in ein schönes Monitoring und  
297 Ranking bauen. Sodass man damit auch einen unternehmerischen Anreiz in den Kopf der  
298 Krankenkassenvorstände und der Veraltungsräte bringen kann, sozusagen Mensch da wollen wir aber  
299 natürlich optimal abschneiden, weil für die Versicherten könnte das ein Indikator sein, der neben dem

300 Indikator Beitragssatz und Leistungsvielfalt eine sozusagen dauerhaftere Information liefert nach dem  
301 Motto ja gut die schaffen es ihre Leute relativ gut gesund zu halten. #00:38:56–25#

302 **I:** Sollte denn Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber vielleicht für bestimmte unterversorgte oder  
303 bestimmte andere Regionen vorschreiben, dass es ein Netzwerk gegründet werden muss, um einfach  
304 eine Versorgung aufrecht zu erhalten oder würde das nur dazu führen dann Leute an einen Tisch  
305 kommen, die gar nicht miteinander reden wollen? #00:39:13–26#

306 **B:** (...) ja also mit Zwang, glaub ich, kann man da nicht anfangen das ist ja auch das Problem dieser  
307 lokalen Gesundheitskonferenzen da kommen die Leute hin die halt wissen wollen was sich an  
308 Fördermitteln neu auf tun könnte und was der Konkurrent plant und dann ist die AWO natürlich  
309 vertreten, wenn auch die Diakonie auch da ist also das ist (...) im Einzelfall kann das vielleicht  
310 sozusagen eine Problemwahrnehmung sozusagen ein bisschen herauskitzeln aber für sozusagen das  
311 Unternehmen von etwas anderem wird es schwer. #00:40:09–27#

312 **I:** Jetzt hört man oft auch aus der Praxis, dass die Budgetbereinigung nen großes Problem darstellt, das  
313 wie kann so etwas umgangen werden oder wie sieht auch so nen vernünftiges Finanzierungsmodell  
314 aus? Geht das wirklich nur über eine Komplexpauschale um verschiedene Sektoren da unter einen Hut  
315 zu bringen? #00:40:26–28#

316 **B:** (...) Komplexpauschale denkt ja sozusagen, dass einer dann das Gesamtgeld bekommt, ne, davon  
317 finde ich, bin ich nicht Freund von. Also was unser Modell ist ja diese virtuelle Rechnung. Und ich  
318 find die viel einfacher, überzeugender, weil Komplexpauschalen muss man dann  
319 Abrechnungsinstitutionen neu gründen, dann hat man halt, man orientiert sich sozusagen auf  
320 Geldflüsse und all das und man orientiert sich ein Stück weg von dem der Optimierung der  
321 Versorgung. Und mein Interesse wär immer, halte die Provider eher sozusagen an dem Thema dran,  
322 was kann klüger gemacht werden. Und sozusagen nimmt nicht in den Vordergrund das Thema  
323 Vergütung. Immer wenn das im Vordergrund ist, dann wird eine, ein Anreizverhalten produziert, was  
324 eher problematisch ist. #00:41:37–29#

325 **I:** Wenn Sie jetzt einmal Wünsche dem Gesetzgeber gegenüber haben, was der schnellstmöglich  
326 ändern oder verbessern sollte. Was wären das denn für Wünsche? #00:41:43–30#

327 **B:** Die Verpflichtung zur Budgetausgliederung unterstreichen. Man kann stattdessen wie wir das in der  
328 Böll-Stiftung gesagt haben die Option drin lassen, das also Krankenkassen und Provider, die das  
329 Wollen sozusagen die KV unter Druck setzen können, das was gemacht werden muss aber wer es nicht  
330 will, der braucht das nicht, also bei z.B. einer speziellen Altenversorgung im Pflegeheim ne, das  
331 versuchen über Budgetausgliederung herauszurechnen ist völlig absurd. Ne da hat man drei Leistungen  
332 des Urologen, fünf des Psychiaters und 200 Leistungen des Hausarztes für eine sehr eingeschränkte  
333 Menge das irgendwie rechnen zu wollen. Man kann ja nie die Marge erwirtschaften die überhaupt den

334 ganzen Aufwand produziert für die Budgetabklärung. Also das wär der ganz wichtige Punkt und ganz  
335 schnell. Und ja eigentlich eher wieder dieses Freiheitsmoment bestärken, das im 2000er Modell drin  
336 war, als jetzt da alle möglichen Zwangsregelungen da einzuführen, also meine Eindrücke ist der  
337 Gesetzgeber ist, der Gesetzgeber denkt eher kleinteiliger als so nen bisschen größer und der sollte  
338 eigentlich wieder sozusagen systemische Anreize setzen z.B. wie das eben mit der Krankenkasse, weil  
339 dann hat die Krankenkasse ein Interesse überhaupt an guten Leistungserbringern. Ne so kann sie sich  
340 es doch einfach machen. Sie schwimmt im Strom mit der bisherigen im Durchschnitt und spart nen  
341 bisschen bei Verwaltungskosten und schon steht sie gut da. Sie muss sich überhaupt nicht mit dem  
342 Outcome der Leistungserbringer beschäftigen. Aber wenn sie dafür ein Anreiz hätte, dann wär das  
343 sinnvoll. Man muss mein Eindruck ist, man muss systemischer heran schauen und weniger in dem  
344 Glauben sein sozusagen an jeder Detailschraube als Gesetzgeber schrauben zu wollen. #00:43:56–31#  
345 **I:** (...) wenn man sich die Leuchtturmprojekte in Deutschland anschaut, dann wird das Kinzigtal  
346 immer genannt. Warum wenn das so gut ist gibt es nur eins und nicht Hunderte? Also ich hab mir das  
347 Konzept damals angeschaut und gesagt ja so würde ich das für meine Heimatregion auch haben. Wo  
348 gibt's da die Probleme, das sich das nicht einfach noch weiter ausbreitet? #00:44:19–32#  
349 **B:** (...) jetzt kommen Sie ja aus einer Krankenkasse, haben Sie mal mit ner Krankenkasse darüber  
350 gesprochen? Was die daran hindert, das wäre interessant. Also ich kann das schlecht beantworten, aber  
351 sprechen Sie mit Krankenkassen, sprechen Sie mit der AOK Westfalen darüber. Die also was wir  
352 erfahren aber das ist natürlich auch nur ein Mosaikteil also, deshalb müssten Sie wirklich das Bild von  
353 anderer Seite sich holen. Ist ja die haben Schiss davor. Da passiert etwas, was was sich sozusagen  
354 entwickeln könnte hin außerhalb ihrer Kontrolle. Nen bisschen so ne Sorge: Könnte nicht  
355 irgendwelche, könnte nicht diese neue Organisation irgendwelche Tricks machen, die gegen die  
356 Krankenkassen laufen. So ne Sorge und da sie es noch nicht richtig einschätzen können, nicht so  
357 richtig bekannt ist, ist man erst einmal zurückhaltend dann. Im Grunde glauben viele Krankenkassen  
358 gar nicht, dass es möglich ist das zu machen. Also das wird es auch schwer sich das überhaupt  
359 vorstellen zu können und dass das möglich ist, das eine solche Organisation tatsächlich sozusagen  
360 Effektivität produziert für die Krankenkasse wie wir es da jetzt in der Presseerklärung mit der AOK  
361 zusammen ja vorgetragen haben. Also die sehen die Zahlen und sie glaube sie nicht. Also das ist so,  
362 weil im Grunde haben sie immer Gefahr erfahren, irgendwelche neuen Ideen haben meist nur mehr  
363 gekostet und nix gebracht. Und diese Misserfolgssicht sozusagen wird fortgesetzt, also auch sozusagen  
364 nach dem Motto Prävention, das bringt's doch alles gar nicht. Also hat sich so in den Köpfen  
365 verankert, dass man gar nicht sich das vorstellen kann. Also wir haben wirklich mit großen  
366 Krankenkassen gesprochen, die sagen: Was das geht doch alles gar nicht. Eure Kalkulation über zehn  
367 Jahre, zu welchen Ergebnissen ihr kommt, halten wir für völlig unrealistisch. Und deshalb sind wir da

368 auch gar nicht bereit auch nur nen paar Euros sozusagen in die Anfangsphase zu stecken, weil das wird  
369 nicht wieder rein kommen. #00:46:51–33#

370 **I:** Jetzt wenn man sich die Gesellschaft in Deutschland anschaut wird die immer digitaler, das  
371 Gesundheitswesen bleibt da irgendwie noch 10–15 Jahre zurück. Woran liegt das? #00:47:02–34#

372 **B:** (...) das Gesundheitswesen ist ja ein, eine der einzigen Branchen, die noch Fax benutzen, (...)   
373 wenn man da mal nen bisschen fest machen (...) naja woran liegt das also der die einzelne  
374 Krankenkasse, der einzelne Leistungserbringer für sich arbeitet ja durchaus mit modernen Medien. Das  
375 man denkt halt immer nur an die eigene Wirtschaftlichkeit. Wenn man sozusagen für die eigene  
376 Wirtschaftlichkeit Nutzen kriegt ja aber sozusagen wenn die Wirtschaftlichkeit sich über mehrere  
377 hinweg erstrecken soll, dann hat man kein Interesse daran. Weil der Nutzen dieser  
378 Gesamtwirtschaftlichkeit bleibt ja nicht bei einem oder kommt zu einem. D.h. Krankenkassen müssen  
379 wirklich bereit sein Nutzen zu teilen und das ist eine innere Herausforderung für einen auf Controlling  
380 ausgerichteten sektorales Controlling ausgerichteten Krankenkassenfunktionär. #00:48:04–35#

381 **I:** Kreise und Kommunen haben ja gerade in der Daseinsfürsorge auch eine sehr sehr wichtige  
382 Aufgabe. Wie bekommt man denn solche Akteure besser in so eine regionale Gesundheitsversorgung  
383 rein? #00:48:14–36#

384 **I:** (...) Sie kennen ja sicher auch dieses Gutachten von Herrn Burgi für die Robert–Bosch–Stiftung.  
385 Also es ist die Frage beschäftigt mich auch sehr. Im Alltag erleben wir im Kinzigtal Folgendes. Die  
386 Kommunalpolitiker sind stark mit uns verbunden und vielfältig Kontakte und unterstützen und sonst  
387 was. Aber sie sagen wunderbar das ihr es macht wir hätten da gar nicht die Kraft und die Zeit die  
388 Mittel dafür. Dadurch das die Gesundheitsämter ja meistens Kreis organisiert sind gibt es einfach auf  
389 der lokalen Ebene keinen Ansprechpartner dafür. Und die lokale Ebene hat ohnehin schon Tausende  
390 von Aufgaben. Also der der Hauptamtsleiter oder der Bürgermeister oder sonst was, die sind voll mit  
391 Arbeit also denen jetzt sozusagen noch ein weiteres Thema zusätzlich zu geben ist auch ein Stück  
392 Überforderung. Und dann denen Gemeinden, die von Wegzug von Ärzten und Überalterung von  
393 Ärzten bedroht sind, das sind ja meistens nicht die prosperierenden. Deshalb ist es auch so ein bisschen  
394 so ein Fehler im Denken, das ausgerechnet diese Gemeinden, denen es schon schlechter geht, die  
395 sollen jetzt investieren, ist irgendwie eine ziemlich merkwürdige Anforderung. (...) also ich glaube  
396 also mein Interesse wäre eine engere Verknüpfung herzustellen, also wir hatten auch schon einmal  
397 überlegt ob wir dann mit den Gemeinden gemeinsam einen Zweckverband gründen dazu, da sagen die  
398 Gemeinden ach Leute wisst ihr was, wir haben schon so viele Zweckverbände, wir haben da eigentlich  
399 gar kein Interesse. Macht mal eure Arbeit und wir kommen gern zu euren Veranstaltungen dazu und  
400 reden mit euch aber so so wenig formell wie notwendig und im im Innovationsfonds, da hätte ich eine  
401 Idee und zwar, dass Anträge, die für so regionale Versorgung bestellt werden, dass sie nicht nur



402 sozusagen Unterschriften der Krankenkassen und ner Providerorganisation brauchen, sondern auch ein  
403 Unterstützungsschreiben der kommunalen Ebene und vielleicht sogar so eine ganz winzige  
404 Mitfinanzierung. Winzig, weil die wirklich nicht viel Geld haben und wenn's nur, dass irgendwie der  
405 Kreis oder die Kommunen da für 3.000 Euro sozusagen so ne Erklärung mit unterzeichnen. Das würde  
406 bewirken, dass diejenigen, die das organisieren wollen, sich Gedanken machen, was die eigentlich  
407 brauchen, und würde sozusagen ne kommunale Orientierung mit befördern, das fänd ich reizvoll.  
408 #00:51:53–37#

409 **I:** Jetzt hab ich meinen Interviews mehrfach gehört das auch ein großes Problem ist damals war das  
410 oder in der in der Ausgestaltung, dass die IV ja als Wettbewerbsinstrument geplant war, oft ist es aber  
411 so, wenn man nur eine Krankenkasse sich dran beteiligt vielleicht nur 15% der Versicherten in der  
412 Region hat, dass es einfach die Mindestgrößen nicht geben sind. Sollte es die Möglichkeit geben in  
413 bestimmten Regionen, das solche Verträge vielleicht auch über den Innovationsfonds gefördert werden  
414 nur unterstützt werden, wenn z.B. 40, 50, 60% der Versicherten überhaupt dran teilnehmen können?  
415 Dass sich verschiedene Krankenkassen dann auch zusammenschließen müssen? #00:52:00–38#

416 **B:** (...) ich verstehe die Logik dahinter, aber ich bin halt sehr skeptisch gegenüber allen sozusagen  
417 Oktroyierungsversuchen. (...) also ich find das, glaub ich, keine vernünftige Idee, also wenn jetzt nur  
418 AOKn bspw. oder die eine oder andere lokale BKK solche Vertragsangebote oder Objekte dann  
419 praktisch beim Innovationsfonds einreicht wird es vielleicht aber auch so sein, ein Lernprozess bei den  
420 Ersatzkassen geben, das sie sagen also der Wettbewerb unter uns ist ja nett aber irgendwas ist auch  
421 idiotisch an uns. Sodass vielleicht dann doch sich darüber was ergibt. Wir haben so Rahmenverträge  
422 vorbereitet, das wir sagen liebe Ersatzkasse XY du hast eine Populationsgröße, die auch für solche  
423 Regionen dann schon relativ klein ist und das sagen wir mal für 100.000 Leute haben die halt vielleicht  
424 10.000 schon gut und bei 10.000 Versicherten ist die Volatilität ihrer Kostenentwicklung noch sagen  
425 wir mal ein bisschen problematisch. So jetzt kann man das durch mathematische Verfahren wie  
426 Winsorierung und sonst was alles ein bisschen Glätten aber man glättet ja auch dann Effekte weg. Also  
427 insofern wäre es reizvoller zu sagen wir haben nicht eine Region, sondern wir haben drei oder fünf  
428 Regionen, die sozusagen nach ähnlichem Muster parallel arbeiten und wir poolen diese 50.000  
429 Patienten und die rechnen wir bei dir ab. Und sozusagen untendrunter die Einzelnen poolen wir dann  
430 sozusagen nochmal untereinander. Wir haben nicht nur die 50.000 mit der Kasse A, sondern die  
431 30.000 der Kasse B und 25.000 von der Ersatzkasse C und dann kann man sozusagen untereinander  
432 das poolen und oben jeweils auf der Ersatzkassenebene poolen. Das ist so ne Logik, die daraus  
433 ermöglicht werden würde. Aber bisher zeigen die sich zurück haltend. #00:54:31–39#

434 **I:** Herrscht in der deutschen Bevölkerung vielleicht auch nen bisschen zu große Angst vor einer  
435 weiteren Privatisierung im Gesundheitswesen, weil der Arzt wird ja oft gar nicht so als wirtschaftlicher

436 Akteur wahrgenommen? Und immer wenn jetzt die eine Klinik die andere übernehmen will, dann  
437 gibt's einen großen Aufschrei durch die Medien. Ist das vielleicht nur durch die Medien gesteuert oder  
438 ist das einfach irgendwie in Deutschland so verankert? #00:54:50–40#

439 **B:** (...) das war jetzt interessant. Das ist jetzt nicht zu verwenden. Die Zeit schreibt gerade einen  
440 Artikel über Kinzigal und die Wirtschaftsredaktion der Zeit hatte gegenüber der Redakteurin, die den  
441 Artikel geschrieben hat sozusagen was passiert denn da mit dem Geld, wird da Geld den Versicherten  
442 weggenommen? Wenn also ein Gesundheitsnutzen dann halt honoriert wird an die Gesellschaft. Also  
443 deshalb würde ich schon sagen dieses Denken Gesundheit muss sozusagen ist vollzieht sich außerhalb  
444 des wirtschaftlichen Systems ist sehr sehr massiv in Deutschland. Es wird zwar, es bricht sich zwar mit  
445 der Alltagserfahrung, weil jeder Arzt ist Unternehmer aber er wird trotzdem irgendwie so anders  
446 gesehen. #00:55:53–41#

447 **I:** Fehlt Ihnen denn manchmal auch irgendwie der politische Weitblick, also jetzt bei den  
448 Gesundheitspolitikern, dass die einfach keine Vision für das Gesundheitswesen 20150 haben?  
449 #00:56:03–42#

450 **B:** (...) ja eindeutig ja also Gesundheitspolitik zeichnet sich praktisch dadurch aus als Reaktionsform  
451 auf Krisen. Da kommt der neueste Transplantationsskandal, da kommt irgendwie die Daten das zu  
452 viele Hüften eingebaut werden und dann versucht man sofort ordnungspolitisch schlecht beraten  
453 sozusagen Detailregulierungen durch den Gesetzgeber zu machen. Das ist Gesundheitspolitik  
454 klassischer Art. Und das ist natürlich sehr unklug. #00:56:40–43#

455 **I:** Wenn jetzt ein Netzwerk wie z.B. das Kinzigal schon aktiv arbeitet, über welche  
456 Kommunikationskanäle können denn neue Mitglieder oder aber auch neue Kooperationspartner  
457 eingebunden werden? Funktioniert das wirklich hauptsächlich über die direkte Ansprache oder werden  
458 da Neue Medien auch immer beliebter oder bedeutender? #00:57:00–44#

459 **B:** (...) also wir halten die Augen sehr offen, was das angeht. Aber merken dass das bisher alles noch  
460 sozusagen mit der Realität sich ziemlich bricht. Also es gibt natürlich dieses Self-tracking-Leute und  
461 die dann schon irgendwelche Variables tragen, irgendwelche und sich damit tracken aber es ist doch ne  
462 sehr verschwindende Zahl im Verhältnis zu jetzt speziell zu denen, die halt heute Hochkostenpatienten  
463 sind oder Risikopatienten sind ne, das sind eher andere. Und das sind so einzeln da kann man noch  
464 kein Modell drauf richtig aufbauen. So kleine Sachen gibt es ja jetzt, also so man kann natürlich so nen  
465 bisschen Neurotraining machen für für Leute statt da sitzen da Logopäden, das sie das am PC machen,  
466 aber sie brauchen halt nen PC dafür und nach wie vor ist das bei unserer Generation der über 70-  
467 jährigen noch nicht die Standardform. #00:58:11–45#

468 **I:** Jetzt sind ja Pflege und Reha-Einrichtungen oft auch noch in ner Nische in den IV-Verträgen. Wie  
469 können denn solche Einrichtungen besser in so ne Vernetzung eingebunden werden? Funktioniert das

470 wirklich nur über finanzielle Incentives oder gibt's da auch noch andere Möglichkeiten? #00:58:25–  
471 46#

472 **B:** (...) also wenn man jetzt der sozusagen der Ökonomie folgt, dann ist es einfach so, dass die Ärzte,  
473 die Arztpraxen im Gesundheitswesen halt die primär sozusagen Starter sind von  
474 Versorgungsprozessen und insofern brauche ich, wenn ich sozusagen eine Veränderung bewirken will  
475 erst mal den die Gruppe als Kern. Insofern liegt es nahe das dann Physiotherapie, Pflege und all die  
476 anderen Funktionen sozusagen in zweiter Linie angebunden werden. Das war auch unser Vorgehen im  
477 Kinzigtal. Theoretisch wär's natürlich genauso möglich von der Pflege aus zu starten, nur eine  
478 Erwartung ist, die würden sich sehr schwer tun, vor allem die Ärzte an Bord zu kriegen. Weil es wird  
479 schon wahrscheinlich ein Pflgeträger sein, dann werden die Ärzte sagen, naja ich arbeite ja nicht nur  
480 mit denen, sondern auch mit anderen und schon tut sich das schwer. Insofern würde ich schon  
481 weiterhin sagen, der Aufbau zunächst über die Ärzteschaft ist der wahrscheinlich der Erfolg  
482 versprechendste. #00:59:53–47#

483 **I:** Herr [...] was möchten Sie denn noch abschließend zum Gesundheitswesen oder zur  
484 sektorenübergreifenden Versorgung sagen, was jetzt im Rahmen des Interviews vielleicht noch nicht  
485 so angesprochen worden ist? #01:00:01–48#

486 **B:** Die Rolle des Patienten haben Sie bisher jetzt nicht so angesprochen. Da würde ich es gibt (...) wir  
487 sehen im Moment, dass unsere Effekte zu einem sehr großen Anteil aus der Aktivierung der Patienten  
488 kommt und die Frage ist, wie kann auch der Patient den Arzt sozusagen verändern in seiner Art zu  
489 arbeiten. Und wir, da setze ich eigentlich relativ viel Hoffnung rein, dass das sozusagen diese  
490 Veränderung, die wir eigentlich brauchen, sozusagen von beiden Seiten aus sinnvoll gesteuert werden  
491 kann. Von der Ärzteseite aus, überzeugte Ärzte mitnehmen und halt aber auch von den Patienten aus.  
492 Und ich glaube, da ist in letzten Jahren nicht genügend Aufmerksamkeit drauf geflossen. Was kann der  
493 Patient bzw. die Gruppe von Patienten, die Organisation der nicht der Patienten, das wäre jetzt falsch,  
494 sondern der lokalen der Vereine usw. auf der lokalen Ebene wie können die eigentlich auch was an der  
495 Gesundheitsversorgung verändern? Gut, da ackern wir im Moment dran. #01:01:33–49#

496 **I:** Herr [...] danke schön für das Interview (...). #01:01:50–50#

## 17. Literaturverzeichnis

- Adam**, F., „Im großen Team für den Patienten“, in: *Zeitschrift DerWesten* 19.11.2013.
- Aderhold**, J., „Probleme mit der Unscheinbarkeit sozialer Innovationen in Wissenschaft und Gesellschaft“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 109–126.
- Aderhold**, J./John, R., „Neuheit als Problem der Gesellschaft. Zur Bedeutung eines problembasierenden Selbstverständnisses einer Wissenschaft“, in: *Beiträge zur Sozialinnovation Nr. 4/2006*.
- Adlwarth**, W., *Markttrends und Marktpotenziale in der Bevölkerungsgruppe 50+*, Nürnberg: GfK Panel Services Deutschland 2008 (Vortragsmanuskript).
- Afentaktis**, A./Böhm, K., „Beschäftigte im Gesundheitswesen“, in: *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin: Robert Koch-Institut Heft 46/2009.
- Albrecht**, M./Etgeton, S./Ochmann, R. R., *Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Arztdichte). Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte*, Studie im Rahmen der Bertelsmanns Stiftung 2014.
- Alderwick**, H./Ham, C./Buck, D., *Population health systems. Going beyond integrated care*, London: 2015 (The Kings's Fund).
- Alscher**, M. D./Hopfeld, M., „Telematik und Gesundheitsberufe“, in: Robert-Bosch-Stiftung, *Neue Gesundheitsberufe neu denken – Gesundheitsberufe neu regeln*, Stuttgart: 2013, S. 63–79.
- Altgeld**, T./Kolip, P., „Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung“, in: K. Hurrelmann/T. Klotz, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* 2004, S. 41–50.
- Amelung**, V. E., „Hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping)“, in: *Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten*, 2015 (Onlineausgabe).
- Amelung**, V. E., „Einleitung“, in: V. E. Amelung/R. Hess/R. Koschorrek/T. Lang/H. Quodt/F. W. Schwartz/P. C. Scriba (Hg.), *Versorgung gemeinsam gestalten, aber wie? MSD-Forum GesundheitsPARTNER – MSD-Gesundheitspreis*, Haar: MSD SHARP & DOHME GMBH 2013, S. 9–32.
- Amelung**, V. E., *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012.
- Amelung**, V. E., „Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement“, in: V. E. Amelung/D. Deimel/W. Reuter/N. van Rooij/J. N. Weatherly (Hg.), *Managed Care in Europa*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2008, S. 3–30.
- Amelung**, V. E., „Integrierte Versorgung – von Pilotprojekten zur ‚wirklichen‘ Regelversorgung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 1–2/2007, S. 10–13.
- Amelung**, V. E., „Managed Care-Modelle der Zukunft“, in: E. Wille/K. Knabner, *Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und andere Leistungserbringer*, Frankfurt am Main: Lang Verlag 2007a, S. 57–90.

- Amelung**, V. A./Cornelius, F., „Wie beeinflussen Medizinische Versorgungszentren den Wettbewerb im Gesundheitswesen?“, in: *Public Health Forum* 17 Heft 64/2009, S. 23–24,
- Amelung**, V. E./Meyer-Luttererloh, K./Schmid, E./Seiler, R./Lägel, R./Weatherly, J. N., *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2006.
- Amelung**, V. E./Schumacher, H., *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden: Gabler Verlag 1999.
- Amelung**, V. E./Sydow, J./Windeler, A., „Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 9–24.
- Amelung**, V. E./Wolf, S., „Innovationsfonds – Von der guten Idee zur richtigen Umsetzung“, in: *Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialpolitik* 5/2013, S. 49–52.
- Amelung**, V. E./Wolf, S., „Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik?“, in: *Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialpolitik* 1/2012, S. 16–22.
- Amelung**, V.E./Wolf, S./Krauth, C., „Integrierte Versorgungsverträge und Kassenwettbewerb“, in: *Public Health Forum* 21 Heft 81/2013, S. 6e1–6e3.
- Anderson**, G./Knickman, J. R., „Changing the chronic care system to meet people’s need“, in: *Health Affairs* Jg. 20 Heft 6/2001, S. 146–160.
- Arrow**, K., „The Economics of Agency“, in: J. W. Pratt/R. Zeckhauser, *Principals and Agents* 1985, S. 1–38.
- Augurzky**, B./Roppel, U./Schmitz, H., „Kehrtwende in der Gesundheitspolitik“, in: *RWI Position* #59/2014.
- Baas**, J., „Modernisierung der GKV – Die Perspektive einer Krankenkasse auf dem weiteren Entwicklungsweg“, in: V. Schumpeldick/B. Vogel, *Gesundheitssystem im Umbruch*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag 2012, S. 249–256.
- Bäcker**, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J., *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften<sup>5</sup>2010 (Band II).
- Ballast**, T./Hildebrandt, H., „Zuhause gut versorgt“, in: *Welt der Krankenversicherung* Band 4 Heft 11/2014, S. 265–269.
- Bandelow**, N./Eckert, F./Rüsenberg, R. (Hg.), *Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- Bandemer**, S./Hilbert, J./Nimako–Doffour, A., „Potenziale sektorenübergreifender Innovationen am Beispiel der Schlaganfallversorgung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 2/2014, S. 42–46.
- Barnes**, A. J./Unruh, L./Chukmaitov, A./van Ginneken, E., „Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges“, in: *Health Policy* 118/2014, S. 1–7.

- Baumberger, J.**, *So funktioniert Managed Care: Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa*, Stuttgart: Thieme Verlag 2001.
- Beck, B.**, *Volkswirtschaft verstehen*, Zürich: vdf Hochschulverlag AG <sup>5</sup>2008.
- Becke, G./Bleses, P./Goldmann, M.**, „Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen“, in: G. Becke/P. Bleses/F. Frerichs/M. Goldmann/M. Hinding/M. Schweer (Hg.), *ZusammenArbeitGestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2015, S. 9–34.
- Becker, J./Beverungen, D./Knackstadt, R.**, „Wertschöpfungsnetzwerke von Produzenten und Dienstleistern als Option zur Organisation der Erstellung hybrider Leistungsbündel“, in: J. Becker/R. Knackstedt/D. Pfeiffer (Hg.), *Wertschöpfungsnetzwerke – Konzepte für das Netzwerkmanagement und Potenziale aktueller Informationstechnologien*, Heidelberg: Physica-Verlag 2008, S. 3–32.
- Becker, T./Dammer, I./Howaldt, J./Killich, S./Loose, A.**, „Netzwerke – praktikabel und zukunftsfähig“, in: T. Becker/I. Dammer/J. Howaldt/ /A. Loose (Hg.), *Netzwerkmanagement. Mit Kooperationen zum Unternehmenserfolg*, Berlin: Springer Verlag <sup>3</sup>2007, S. 03–12.
- Beckmann, H.-J./Beneke, H. G./Schrewe, C.**, „Der Klassiker der Netze – Medizin und Mehr (MuM), Bünde“, in: J. N. Weatherly/R. Seiler/K. Meyer-Lutterloh/E. Schmidt/R. Läger/V. E. Amelung (Hg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007, S. 189–200.
- Berchthold, P.**, „Integrierte Versorgung – das wirksame Therapiekonzept für Qualität und Wirtschaftlichkeit“, in: *Die Volkswirtschaft* 11/2009, S. 26–29.
- Berchthold, P.**, „Ärztetze – die nächste Generation“, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 88:38/2007, S. 1586–1587.
- Berchthold, P./Hess, K.**, *Evidenz für Managed Care – Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz*, Bern: Arbeitsdokument 16 des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums 2006.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung**, *Von Hürden und Helden – Wie sich das Leben auf dem Land neu erfinden muss*, Berlin: 2015.
- Berling, J.**, „Delegationsmodelle für vertragsärztliche Leistungen“, in: F. Knieps/H. Pfaff (Hg.), *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: BKK Dachverband 2014, S. 217–220.
- Berwick, D./Nolan, T./Whittington, J.**, „The triple aim: care, health, and cost“, in: *Health Affairs* 27/3 2008, S. 759–769.
- Beske, F.**, *Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege – Analysen und Lösungsansätze-*, Kiel: Schmidt & Klaunig Verlag 2011.
- Beske, F./Becker, E./Katalinic, A./Krauss, C./Pritzkeleit, R.**, *Gesundheitsversorgung 2050 – Prognosen für Deutschland und Schleswig-Holstein*, Kiel: Schmidt & Klaunig Verlag 2007.

- Beske, F./Drabinski, T./Golbach, U.**, *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern*, Kiel: Schmidt und Klaunig Verlag 2005.
- Blättel-Mink, B./Menez, R.**, *Kompendium der Innovationsforschung*, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften <sup>2</sup>2015.
- Blankart, C. B.**, „Moderne Konzepte für Gesundheitssysteme“, in: V. Schumpeldick/B. Vogel, *Gesundheitssystem im Umbruch*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag 2012, S. 175–217.
- Blankart, C. B./Fasten, E. R./Schwintowski H.-P.**, *Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten. Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit vermeiden*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2009.
- Bleses, P./Wetjen, A.**, „Ressourcen ohne Ressourcen: Verbesserung von Kooperation und Arbeitsorganisation als Handlungsstrategie bei knappen Kassen?“, in: G. Becke/J. Evers/J. Hafkesbrink/U. Henke (Hg.), *Cockpit soziale Dienstleistungen*, Berlin: LIT-Verlag Dr. W. Hopf 2014, S. 69–85.
- Bleul, G.**, „IV-Verträge in Ärztenetzen – Flop oder Erfolg?“, in: W. Hellmann/S. Eble (Hg.), *Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen steuern*, Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 269–276.
- Börsch-Supran, A.**, *Gesamtwirtschaftliche Folgen des demographischen Wandels*, Mannheim: MEA 2004.
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hg.)**, *Experteninterview – Theorien, Methoden, Anwendungsbereich*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften <sup>3</sup>2009.
- Bogner, A./Menz, W.**, „Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktionen“, in: A. Bogner/B. Littig/W. Menz (Hg.), *Das Experteninterview*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2002, S. 33–70.
- Bohnsack, R./Marotzki, W./Meuser, M. (Hg.)**, *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*, Opladen: Verlag Barbara Budrich <sup>3</sup>2011.
- Boose, C.**, *Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung und Ansätze zu seiner Weiterentwicklung*, Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin Olaf Gaudig und Peter Veit GbR 2008.
- Borchardt, A./Göthlich, S.**, „Erkenntnisgewinnung durch Fallstudien“, in: S. Albers/D. Klapper/U. Konradt/ A. Walter/J. Wolf (Hg.), *Methodik der empirischen Forschung*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag 2009, S. 37–54.
- Borg, E.**, *Spezialisierungsqualifikation ‚Entlastende Versorgungsassistentin‘ (EVA)*, Witten: Präsentation im Rahmen der 2. Expertinentagung für Medizinische Fachangestellte an der Universität Witten/Herdecke 11.05.2011.
- Braun, G.E./Güssow, J.**, „Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen“, in: G.E. Braun/F. Schulz–Nieswandt (Hg.), *Liberalisierung im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlag 2006, S. 65–94.
- Braun, G. E./Schumann, A./Güssow, J.**, „Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die

Beiträge“, in: G. E. Braun/J. Güssow/A. Schumann/G. Heßbrügge (Hg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutsche Ärzte Verlag 2009, S. 3–20.

**Braun-Thürmann, H.**, *Innovation*, Bielefeld: transcript Verlag 2005.

**Bühler, E.**, „Durch Kooperation fit für die Zukunft“, in: E. Bühler (Hg.), *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2012, S. 9–37.

**Bundesärztekammer**, „Fachberufe im Gesundheitswesen“, in: *Tätigkeitsbericht 2008 der Bundesärztekammer Kapitel 10/2009*, S. 337–377.

**Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)**, *Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR. Analysen Bau.Stadt.Raum*, Bonn: Band 6/2012.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ)**, *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin: 2005.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**, *Zahlen und Daten zur Pflegeversicherung*, Berlin: 2014.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**, *Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de*, Berlin: 2012.

**Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)**, *Regionalstrategie Daseinsfürsorge. Denkanstöße für die Praxis*, Berlin: 2011.

**Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)**, *Stellungnahme des Beirates für Raumordnung (BfR). Demographischer Wandel und Daseinsfürsorge in dünn besiedelten peripheren Räumen*, Berlin: 2009.

**Bundesverband Managed Care (BMC)**, *Entlassmanagement im Krankenhaus*, Berlin: 2012 (Positionspapier).

**Burchartz, C.**, „Finanzierung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen – ein Überblick aus der Sicht eines Finanzdienstleisters“, in: G. E. Braun/J. Güssow/A. Schumann/G. Heßbrügge (Hg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutsche Ärzte Verlag 2009, S. 21–36.

**Burgi, M.**, *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013.

**Busse, R./Riesberg, A.**, *Health Care Systems in Transition – Germany*, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe 2004.

**Busse, R./Stahl, J.**, „Integrated Care experience and outcomes in germany“, in: *Health Affairs* Band 33 Heft 9/2014, S. 1549–1558.

**Carell, A./Euteneuer, M.**, „Innovation und (Unternehmens-) Kulturen: Innovationsprozesse im Spannungsfeld von Dienstleister- und Kundenkultur!“, in: A. Carell/T. Herrmann/U.



- Kleinbeck (Hg.), *Innovationen an der Schnittstelle zwischen technischer Dienstleistung und Kunden*, Heidelberg: Physica-Verlag 2007, S. 19–34.
- Czernohorsky, G./Roth, R./Lothaller, H.**, „Die ‚Mobile Praxisassistentin‘ – Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität von Patienten mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes“, in: *Diabetes aktuell für die Hausarztpraxis* Band 10 Heft 8/2012, S. 371–377.
- Christmann, G. B.**, „Soziale Innovationen, Social Entrepreneurs und Raumbezüge“, in: P. Jähnke/G. B. Christmann/K. Balgar (Hg.), *Social Entrepreneurship. Perspektiven für die Raumentwicklung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011, S. 193–210.
- Cornelius, F./Braun, G. E./Jäger, C.**, „Finanzierung und Vergütung im MVZ“, in: *RPG* Band 14 Heft 2/2008, S. 43–52.
- Cortekar, J./Hugenroth, S.**, *Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen*, Marburg: Metropolis Verlag 2006.
- Crozier, M./Friedberg, E.**, *Die Zwänge kollektiven Handelns – über Macht und Organisation*, Frankfurt am Main: Hain Verlag 1993.
- Dahlbeck, E./Hilbert, J.**, „Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich“, in: *IAT Gelsenkirchen. Forschung Aktuell* 6/2008, S. 1–9.
- Daniel, J.**, *Management von Zulieferbeziehungen – Einflussfaktoren der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit in Deutschland*, Wiesbaden: Schriftenreihe der European Business School Schloss Reichartshausen 2007.
- Daul, G.**, „Das Projekt ‚Gesundes Kinzigtal‘“, in: *Wettbewerb für Patienten – Mit selektiven Verträgen Versorgungsqualität gestalten*, Berlin: AOK im Dialog Band 23/2008.
- Dauven, S./Cobbers, B.**, „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 5/2012, S. 8–13.
- Destatis**, *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 13. koordinierte Bevölkerungsberechnung*, Wiesbaden: 2015.
- Destatis**, *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2013*, Wiesbaden: Fachserie 12 Reihe 6.1.1/2014.
- Destatis**, *Gesundheit. Ausgaben 2012*, Wiesbaden: Fachserie 12 Reihe 7.1.1/2014a.
- Destatis**, *Gesundheit. Ausgaben 2000–2012*, Wiesbaden: Fachserie 12 Reihe 7.1.2/2014b.
- Destatis**, *682000 Kinder kamen im Jahr 2013 zur Welt*, Wiesbaden: 2014c (Pressemitteilung 434/14).
- Destatis**, *Anteil kinderloser Frauen in Deutschland*, Wiesbaden 2014d (Infografik).
- Destatis**, „Hohe Kosten im Gesundheitswesen: eine Frage des Alters?“, in: *Auszug aus Wirtschaft und Statistik*, Wiesbaden: 2011, S. 665–676.
- Destatis**, *Ältere Menschen in Deutschland und der EU*, Wiesbaden: 2011a.
- Destatis**, *Entwicklung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: 2010 (Infografik).

- Destatis**, *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsberechnung*, Wiesbaden: 2009.
- Destatis**, „Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“, in: *Demografischer Wandel in Deutschland*, Wiesbaden: Heft 2/2008.
- Deutsch**, K. W., „On Theory and Research in Innovation“, in: R. L. Merritt/A. J. Merritt (Hg.), *Innovation in the Public Sector*, Beverly Hills: Sage Verlag 1985, S. 17–35.
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)**, *Formen der integrierten Versorgung heute und morgen*, Berlin: 2009 (Positionspapier).
- Deutscher Bundestag** (Hg.). *Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen*, Berlin: Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode), Drucksache 18/5293 2015a.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)*, Berlin: Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode), Drucksache 18/4095 2015.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)*, Berlin: Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode), 2015a.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Berlin: Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode), Drucksache 18/1940 2014.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Gutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Berlin: Deutscher Bundestag (17. Wahlperiode), Kurzfassung 2012.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Berlin: Deutscher Bundestag (16. Wahlperiode), Drucksache 16/13770 2009.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Schlussbericht der Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik‘*, Berlin: Deutscher Bundestag (14. Wahlperiode), Drucksache 14/8800 2002.
- Deutscher Bundestag** (Hg.), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Berlin: Deutscher Bundestag (14. Wahlperiode), Drucksache 14/5660 2001 (Band I).
- Dietel**, H., *Institutionen und Zeit*, Tübingen: Mohr Verlag 1993.
- Dini Pou del Castillo**, M. L., *Externe Evaluation des AGnES-Projekts in Mecklenburg–Vorpommern*, Berlin 2013 (Dissertation).

- Dolderer, M./Güldensupp, H./Amelung, V. E.**, „Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster“, in: J. N. Weatherly/R. Seiler/K. Meyer-Lutterloh/E. Schmidt/R. Lägel/V. E. Amelung (Hg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007, S. 73–82.
- Dresing, T./Pehl, T.**, „Transkription“, in: G. Mey/K. Mruck (Hg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 723–733.
- Eble, S.**, „Die Gesundheitswirtschaft als Mitgestalter der integrierten Versorgung“, in: E.–W. Luthe/J. N. Weatherly (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 451–465.
- Eckardt, J.**, „Was sind integrierte Behandlungspfade (IBP)?“, in: J. Eckardt/B. Sens, *Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten*, Heidelberg: Economica Verlagsgruppe 2006, S. 9–38.
- Echterhagen, K.**, *Die Diffusion sozialer Innovationen*, Spardorf: Wilfer Verlag 1983.
- Engelhardt, W. H./Gabriel, R./Gersch, M.** (Hg.), *Diffusionshemmnisse besonderer Versorgungsformen*, Berlin: 2010 (Trendbericht Nr. 2).
- Enste, P./Merkel, S./Romanowski, S.**, „Gesundheit aus der Hosentasche? – Chancen und Grenzen gesundheitsbezogener Apps“, in: *IAT Gelsenkirchen. Forschung Aktuell* 13/2010, S. 1–16.
- Erlei, M./Leschke, M./Sauerland, D.**, *Neue Institutionenökonomik*, Stuttgart; Schäffer-Poeschel Verlag 2007.
- Ernst, S.**, *Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung – Erfolgsfaktoren und Strategien*, Münster: Shaker Verlag 2008.
- Evans, M./Hilbert, J./Mickley, B.**, *Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Wachstum, mehr Arbeit und qualitatives Wachstum*, Berlin: FES-Eigenverlag 2011 (WISO-Diskurs).
- Femers, S.**, „Aktuelle Altersbilder in der Werbung – Herausforderung für die Wirtschaftskommunikation“, in: R. Roski, *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, S. 329–350.
- Fennell, M. L./Warnecke, R. B.**, *The Diffusion of Medical Innovations*, New York und London: Plenum Press 1988.
- Floren, F. J.**, *Sozialstruktur – soziale Ungleichheit – sozialer Wandel*, Paderborn: Schöningh Verlag 2011.
- Fontaniri, M.**, „Kooperationsgestaltungsprozesse in Theorie und Praxis“, in: *Betriebswissenschaftliche Schriften* Vol. 138/1996.
- Franken, R./Franken, S.**, *Integriertes Wissens- und Innovationsmanagement. Mit Fallstudien und Beispielen aus der Unternehmenspraxis*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2011.
- Franz, H.-W./Hochgerner, J./Howaldt, J.**, „Challenge Social Innovation“, in: *Challenge Social Innovation. Potentials for Business, Social Entrepreneurship, Welfare and Civil Society*, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag 2012, S. 1–18.

- Fritz, C.-T.**, *Die Transaktionskostentheorie und ihre Kritik sowie ihre Beziehung zum soziologischen Neo-Institutionalismus*, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH 2006.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)**, *Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen*, Berlin: FES-Eigenverlag 2013, Gesprächskreis Sozialpolitik: R. Bormann/D. Engelmann/E. Fiedler/G. Gaß/C. Hermann/K. Jacobs/F. Knieps/A. Lang/H. Reiners/S. Schmidt/K.-H. Schönbach/J. Schütz/B. von Treeck/A. Walendzik/E. Walzik/ H. Weisbrod-Frey/M. Weller (WISO Diskurs).
- Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)**, *Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft*, Berlin: FES-Eigenverlag 2009, Gesprächskreis Sozialpolitik: R. Bormann/E. Fiedler/C. Hermann/F. Knieps/P. König/A. Lang/G. Naegele/M. Reichert/H. Rothgang/D. Schaeffer (WISO Diskurs – Zukunft 2020).
- Flick, U.**, *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 42011.
- Flick, U.**, „Design und Prozess qualitativer Forschung“, in: U. Flick/ E. von Kardoff/I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2005, S. 252–265.
- Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I.**, „Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick“, in: U. Flick/ E. von Kardoff/I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2005, S. 13–29.
- Gaber, E./Wildner, M.**, „Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede“, Berlin: Rober Koch-Institut Heft 52/2011.
- Gatzke, N.**, *Public Private Partnerships und öffentliche Verschuldung*, Darmstadt: Peter Lang Verlag 2009 (Dissertation).
- Gbe-Bund**, *Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung*, Tabelle heruntergeladen am 14.04.2015: [https://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_2/18/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_30/D.000/1540](https://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/18/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.000/1540).
- Gbe-Bund**, *Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung*, Tabelle heruntergeladen am 14.04.2015a [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=40303376&nummer=579&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=88347513](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=40303376&nummer=579&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=88347513).
- Gbe-Bund**, *Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. €*, Tabelle heruntergeladen am 14.04.2015b: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=55526989&nummer=522&p\\_sprache=D&p\\_indsp=99999999&p\\_aid=66289963](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=55526989&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=66289963).
- Gensichen, J./Muth, C./Butzlaff, M./Rosemann, T./Raspe, H./Müller de Cornejo, G./Beyer, M./Härter, M./Müller, U./Angermann, C./Gerlach, F./Wagner, E.**, „Die Zukunft ist chronisch: Schwerpunkt das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke“, in: *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen* 100/2006, S. 365–374.

- Georg, A.**, „Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft“, in: T. Becker/I. Dammer/J. Howaldt/A. Loose (Hg.), *Netzwerkmanagement. Mit Kooperationen zum Unternehmenserfolg*, Berlin: Springer Verlag <sup>3</sup>2007, S. 215–228.
- Gerling, V./Giesecking, A.**, „Eine demografieunterstützte Bewertung gesundheitlich-pflegerischer Versorgungsrisiken und Lösungsansätze am Beispiel innovativer Kooperationsnetzwerke im Gesundheitswesen im Rahmen des Projekts StrateGIN“, in: G. Becke/P. Bleses/F. Frerichs/M. Goldmann/M. Hinding/M. Schweer (Hg.), *ZusammenArbeitGestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2015, S. 53–70.
- Gerling, V./Giesecking, A.**, *Interkommunale Gesundheits- und Pflegenetzwerke*, Präsentation im Rahmen der Abschlusstagung des Projekts StrateGIN am 11.03.2015.
- Gerlinger, T.**, „Jahresrückblick Gesundheitspolitik“, in: *ZSR* 60 Heft 1/2014, S. 28–36.
- Gerlinger, T.**, *Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik*, Frankfurt am Main: Diskussionspapier 2007–2.
- Gersch, M./Hewing, M./Lindert, R.**, „Geschäftsmodelle zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft – Communitie, industrielle Dienstleister und Orchestratoren als Beispiele neuer Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home“, in: M. Horneber/H. Schoenauer (Hg.), *Innovative Konzepte und Dienstleistungen für besondere Lebenssituationen*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2011, S. 159–177.
- Gersch, M./Kreis, H./Reuter, A./Schröder, S.**, *Monitoring Integrierte Versorgung – Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum in Sicht?*, Berlin: Präsentation zu den Ergebnissen der zweiten Runde der Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen 05.12.2012.
- Gersch, M./Rüsike, T.**, *Diffusionshemmnisse innovativer E-Health Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen*, Berlin: 2011.
- Gillwald, K.**, *Konzepte sozialer Innovation*, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung – Working Paper 2000.
- Giesecking, A.**, *Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid – Zur neuen Rolle von Kommunen bei der Sicherstellung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung*, Präsentation vom 22.09.2014.
- Giesecking, A./Gerling, V.**, „Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid“, in: *Journal Arbeit* Jg. 14 Nr. 1/2015, S. 15–17.
- Giesecking, A./Gerling, V., A.**, „Interview zum Pflege- und Gesundheitsnetzwerk Plettenberg-Herscheid“, in: *Journal Arbeit* Jg. 14 Nr. 1/2015a, S. 18–20.
- GKV-Spitzenverband**, *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin: März 2015.
- Gläser, J./Laudel, G.**, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften <sup>4</sup>2010.
- Gläser, J./Laudel, G.**, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften <sup>3</sup>2009.

- Gläser, J./Laudel, G.**, *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006.
- Glaser, B., Strauss A. L.**, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, London and New Brunswick: Aldine Pub. 2008.
- Goldmann, M./Kemna, K./Urner, K.**, „Soziale Innovation durch sektorenübergreifende Vernetzung? – Ansätze der Gesundheitsregion Südwestfalen“, in: G. Becke/P. Bleses/F. Frerichs/M. Goldmann/M. Hinding/M. Schweer (Hg.), *ZusammenArbeitGestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2015, S. 71–88.
- Goldmann, M./Maylandt, J.**, „Sektorübergreifende Vernetzung als Beitrag zur Bewältigung demografiebedingter Versorgungsrisiken in einer ländlichen Gesundheitsregion“, in: S. Jeschke (Hg.), *Innovationfähigkeit im demografischen Wandel*, Frankfurt: Campus Verlag 2013, S. 267–276.
- Graf, C.**, „Disease Management Programme und integrierte Versorgung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 5–6/2006, S. 42–52.
- Grau, U.**, „Die Beteiligung der Apotheken an integrierten Versorgungsformen“, in: T. Bohle/M. Stellpflug/U. Grau/T. Münnch/U. Kage, *Integrierte Versorgung – Rechtsfragen, Checklisten, Vertragsmuster*, Heidelberg: Economica Verlagsgruppe 2008, S. 71–92.
- Greenhalgh, T./Robert, G./Macfarlane, F./Bate, P./Kyriakidou, O.**, *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations*, Oxford: Blackwell Publishing 2005.
- Greenhalgh, T./Robert, G./Macfarlane, F./Bate, P./Kyriakidou, O.**, „Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations“, in: *The Milbank Quarterly* Vol. 82 No. 4/2004, S. 581–629.
- Greiner, W.**, „Voraussetzung für eine sichere GKV-Finanzierung“, in: V. Schumpeldick/B. Vogel, *Gesundheitssystem im Umbruch*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag 2012, S. 218–230.
- Greß, S.**, *Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen*, Berlin: FES Eigenverlag 2010 (WISO-Diskurs).
- Greß, S./Rothgang, H.**, *Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale*, Berlin: FES-Eigenverlag 2010 (WISO-Diskurs).
- Greß, S./Stegmüller, K.**, *Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept*, Friedrich-Ebertstiftung 2011.
- Greß, S./Stegmüller, K.**, „Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklungen“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 91–102.
- Grothaus, F.-J.**, *Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008*, Berlin: BQS gGmbH 2009.

- Gronemeyer, R.**, *Die Entfernung vom Wolfsrudel. Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten*, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH 1991.
- Gundlach, G. T./Achrol, R. S./Mentzer, J. T.**, „The Structure of Commitment in Exchange“, in: *Journal of Marketing* Vol. 59/1 1995, S. 78–92.
- Güssow, J.**, „Behandlungspfade als Grundlage für neue Versorgungsformen“, in: W. Hellmann/S. Eble, *Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010, S. 165–182.
- Güssow, J.**, *Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*, München: Deutscher-Universitäts-Verlag 2007 (Dissertation).
- Güssow, J./Gröbner, M.**, „Vergütung in der Integrierten Versorgung“, in: W. Hellmann/S. Eble, *Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 47–62.
- Guntram, U.**, *Eine betriebswirtschaftliche Diffusionstheorie*, Bonn: 1984 (Dissertation).
- Hämel, K./Schaeffer, D./Ewers, M.**, „Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada?“, in: *informationsdienst Altersfragen*, Berlin: Heft 6/2014, S. 13–18.
- Häussler, B.**, *Anreiz Innovationsfonds – Erfüllen sich die Erwartungen?* Berlin: Präsentation im Rahmen des 11. DGIV Bundeskongresses 09.12.2014.
- Hahne, U.**, „Zukunftskonzepte für schrumpfende ländliche Räume. Von dezentralen und eigenständigen Lösungen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und zur Stabilisierung der *Erwerbsgesellschaft*“, in: *Zeitschrift für Stadt-, Regional- und Landesplanung* 1.0/2009, S. 2–25.
- Hajen, L.**, „Vom guten Beispiel lernen: Integrierte Versorgung in Deutschland und den USA“, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 1/2015, S. 54–61.
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H.**, *Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH 2011.
- Hanika, H.**, „Rechtliche Aspekte der Integrierten Versorgung: Stand und zukünftige Potenziale“, in: E. Häusler, *Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und Integrierte Versorgung*, Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis 2008, S. 109–162.
- Hartmannbund**, *Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation. Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“*, Berlin: Präsentation 2012.
- Haubrock, M.**, „Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements“, in: W. Zapp (Hg.), *Krankenhausmanagement – Organisatorischer Wandel und Leadership*, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag 2015, S. 15–20.
- Heinze, R. G./Naegele, G.**, „Integration und Vernetzung – Soziale Innovationen im Bereich sozialer Dienste“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation – Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 297–314.

- Heinze, R. G./Hilbert, J./Paulus, W.**, „Hospital@Home. Vernetzungen zwischen Kliniken und Haushalten?“, in: A. Goldschmidt/J. Hilbert (Hg.), *Krankenhausmanagement der Zukunft. Orientierungswissen und Anregungen von Experten*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 2011, S. 84–92.
- Heinze, R. G./Naegele, G./Schneiders, K.**, *Wirtschaftliche Potenziale des Alters*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 2011a.
- Helferrich, C.**, *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005.
- Hellmann, W.**, „Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick“, in: W. Hellmann/S. Eble, *Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade*, Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010, S. 3–58.
- Hellrung, N./Haux, R./Appelrath, H.-J./Thoben, W.**, „Informationsmanagement für vernetzte Versorgungsformen“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 103–116.
- Henke, K.-D./Troppens, S./Braeseke, G./Dreher, B./Merda, M.**, *Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt*, Baden-Baden: Nomos Verlag 2011.
- Hermann, C.**, „Ziele der AOK BW im Rahmen der integrierten Versorgung“, in: E. Wille/K. Knabner, *Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und andere Leistungserbringer*, Frankfurt am Main: Lang Verlag 2007, S. 125–134.
- Hermann, C./Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Schwartz, F. W./Witzenrath, W.** „Das Modell ‚Gesundes Kinzigtal‘. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparungscontractings“, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5–6/2006, S. 11–29.
- Hessinger, P.**, „Soziale Konstruktion von Märkten und integrierte Versorgung – Rationalitätskonflikte in der aktuellen Reorganisation des Gesundheitswesens“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 51–74.
- Hildebrandt, H.**, „Versorgungskonzepte der Zukunft: Regionale Gesundheitsversorgungsunternehmen international in der Entwicklung“, in: W. Zapp (Hg.), *Krankenhausmanagement – Organisatorischer Wandel und Leadership*, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag 2015, S. 39–45.
- Hildebrandt, H.**, *Die Zukunft sichern. Jahresbericht 2013 der Gesundes Kinzigtal GmbH*, Haslach: Verlag Schwarzwälder Post 2014.
- Hildebrandt, H.**, *Vertrauen und Verantwortung. Jahresbericht 2011 der Gesundes Kinzigtal GmbH*, Haslach: Verlag Schwarzwälder Post 2012.
- Hildebrandt, H.**, „Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen in einem nach wie vor körperschaftlich geregelten Gesundheitswesen?“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 3/2008, S. 26–34.



- Hildebrandt**, H./Bischoff-Everding, C./Saade, P./Cortekar, J./Pimperl, A./Daul, G., „Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht einer Managementgesellschaft – das Beispiel Gesundes Kinzigtal“, in: G. E. Braun/J. Güssow/A. Schumann/G. Heßbrügge (Hg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutsche Ärzte Verlag 2009, S. 49–64.
- Hildebrandt**, H./Hermann, C./Knittel, R./Richter-Reichhelm, M./Siegel, A./Witzenrath, W., „Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a share health gain approach and a shared savings contract“, in: *Journal of Integrated Care* Vol. 10/2010, S. 1–15.
- Hildebrandt**, H./Kardell, U./Wetzel, M./Buntru, K./Bächlein, B., „Elektronische Vernetzung und zentrale praxisübergreifende Patientenakte als strukturelle Gestaltungsmittel der regionalen interdisziplinären Gesundheitsversorgung im Gesunden Kinzigtal“, in: *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen* 105/2011, S. 677–683.
- Hildebrandt**, H./Knittel, R./Stunder, B./Schnaiter, M., „Mehr Qualität, mehr Nettoeinsparungen. Doppelter Nutzen für LKK-Versicherte durch Integrierte Versorgung im Kinzigtal“, in: *Welt der Krankenversicherung*, 3/2012, S. 87–92.
- Hildebrandt**, H./Pimperl, A./Schulte, T./Hermann, C./Riedel, H./Schubert, I./Köster, I./Siegel, A./Wetzel, M., „Triple Aim – Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit“, in: *Bundesgesundheitsblatt* 2015, S. 1–10.
- Hildebrandt**, H./Schulte, T./Stunder, B., „Triple Aim in Kinzigtal, Germany“, in: *Journal of Integrated Care* Vol. 20 No. 4/2012a, S. 205–222.
- Hochstadt**, S., „Stadt für alle! Einige Anmerkungen über den demographischen Wandel hinaus“, in: V. Kreuzer/T. Scholz/C. Reicher (Hg.), *Zukunft Alter – Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung*, Dortmund: INPUT-Eigenverlag, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung 2008 (Blaue Reihe), S. 27–44.
- Hoepfer**, K./Amelung, V. E./Hartmann, J./Krauth, C., „Integrierte Versorgung – zwischen Anspruch, Wirklichkeit und Evidenz in der Forschung“, in: *Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialpolitik* 5/2012, S. 21–27.
- Höppner**, K./Kuhlmey, A., „Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen“, in: *Zeitschrift GGW* Jg. 9 Heft 2/2009, S. 7–14.
- Hoffer**, H., „Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze“, in: E.-W. Luthé/J. N. Weatherly (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 339–416.
- Hoffmann**, W./Terschüren, C./Dendrich, K., „Tele-Medizinisches Versorgungszentrum und Community Medicine-Nurse“, in: M. Hey/U. Maschewsky-Schneider (Hg.), *Kursbuch Versorgungsforschung*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2006, S. 124–139.
- Hokema**, A./Sulmann, D., „Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie?“, in: K. Böhm/C. Tesch-Römer/T. Ziese (Hg.), *Beiträge zur*

*Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*, Berlin: Robert-Koch-Institut 2009.

- Hohnstein**, A., „Crowdfunding – Geld aus der Sammelbüchse“, in: *kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin* Jg. 20 Heft 2/2015, S. 13.
- Holzhausen**, M./Gaertner, B./Martus, P./Fuchs, J./Busch, M./Scheidt-Nave, C., „Operationalisierung von Multimorbidität und Autonomie für die Versorgungsforschung in alternden Populationen: Krankheitsmuster, Studienteilnahme und Lebensqualität“, in: A. Kuhlmeier/C. Tesch-Römer (Hg.), *Autonomie trotz Multimorbidität*, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG 2013, S. 23–46.
- Homburg**, C., *Quantitative Betriebswirtschaftslehre. Entscheidungsunterstützung durch Modelle*, Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH 2000.
- Hopf**, C., „Qualitative Interviews – ein Überblick“, in: U. Flick/E. von Kardoff/I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2005, S. 349–360.
- Howaldt**, J./Kopp, R./Schwarz, M., *Zur Theorie sozialer Innovationen – Tardes vernachlässigter Beitrag zur Entwicklung einer soziologischen Innovationstheorie*, Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag 2014.
- Howaldt**, J./Kopp, R./Schwarz, M., „Innovationen (forschend) gestalten – Zur neuen Rolle der Sozialwissenschaften“, in: *WSI Mitteilungen* 2/2008, S. 63–69.
- Howaldt**, J./Schwarz, M., „Soziale Innovation – Eine Herausforderung und Chance für Wissenschaft und Gesellschaft“, in: A. Georg/M. Jostmeier/H. Jacobsen (Hg.), *Sozialen Wandel gestalten – Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung*, Dortmund und Cottbus: Springer VS Verlag 2014, S. 321–339.
- Howaldt**, J./Schwarz, M., „Zur praktischen und analytischen Relevanz sozialer Innovation“, in: J. Abel/G. Bender/K. Hahn (Hg.), *Traditionell innovativ*, Berlin: edition sigma 2013, S. 245 – 258.
- Howaldt**, J./Schwarz, M., *Soziale Innovation im Fokus*, Bielefeld: transcript Verlag 2010.
- Howaldt**, J./Schwarz, M., „Soziale Innovation – Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation – Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma* 2010a, S. 87–108.
- Hübner**, U./Sellemann, B./Egbert, N./Liebe, J.-D./Flemming, D./Frey, A., *IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt Vernetzte Versorgung*, Osnabrück: 2009.
- Huerkamp**, C., „Entstehung und Ausdehnung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung 1914“, in: F. W. Schwartz/B. Badura/J. G. Brecht/W. Hofmann/K.-H. Jöckel/A. Trojan (Hg.), *Public Health – Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag 1991, S. 215 – 220.
- Hüther**, M./Naegele, G., „Demografiepolitik und Demografiestrategie – Was notwendig ist“, in: M. Hüther/G. Naegele (Hg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 365-378.

- Hurrelmann, K.**, *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Weinheim und München: Juventa-Verlag 2006.
- Jacobs, K./Schulze, S.**, „Managed Care und integrierte Versorgung in den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland“, in: J. Klauber/B.-P. Robra H. Schellschmidt (Hg.), *Krankenhaus-Report 2005: Schwerpunkt: Wege zur Integration*, Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 2006, S. 81–100.
- Jäger, C.**, „Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung“, in: *PraxisWissen – Schriftreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen* Heft IX/2014, S. 45–54.
- Jäger, C.**, „Softwaregestützte Behandlungspfade – Erfahrungen aus dem Ärztenetz Südbrandenburg“, in: W. Hellmann/S. Eble, *Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010, S. 211–226.
- Jäger, C.**, „Medizinische Versorgung trotz Ärztemangel. Wie ein Netzwerk niedergelassener Ärzte in Südbrandenburg siw Patientenbetreuung sichert und dabei noch Kosten einspart“, in: C. Links/K. Volke (Hg.), *Zukunft erfinden. Kreative Projekte in Ostdeutschland*, Berlin: Ch. Links Verlag 2009, S. 142–147.
- Jäger, C./Weber, M.**, *agneszwei im Ärztenetz Südbrandenburg*, Berlin: Präsentation im Rahmen der Konferenz zum Einsatz arztentlastender Fachkräfte 2013.
- Jähn, K./Nagel, E.**, *e-Health*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2004.
- Jähnke, P./Christmann, G. B./Balgar, K.**, „Zur Einführung: Social Entrepreneurship und Raumbezüge“, in: P. Jähnke/G. B. Christmann/K. Balgar (Hg.), *Social Entrepreneurship. Perspektiven für die Raumentwicklung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011, S. 7–22.
- Janus, K./Amelung, V. E.**, „Integrated Health Care Delivery on Transaction Cost Economics – Experiences from California and Cross-National Implications“, in: G. Savage/J. Chilingerian/M. Powell, *Advances in Health Care Management – International Health Care Management* Vol. 5/2005, S. 117–158.
- Jendges, T./Oberender, P./Jasper, M./Hacker, J.**, „Integrierte Versorgung als Option in der räumlichen Versorgung“, in: J. Klauber/B.-P. Robra H. Schellschmidt (Hg.), *Krankenhaus-Report 2005: Schwerpunkt: Wege zur Integration*, Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 2006, S. 67–80.
- Jensen, M./Meckling, W.**, „Theory of the Firm: Maagirial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure“, in: *The Journal of Financial Economics* 1997, S. 305–360.
- Jonker, J./Stark, W./Tewes, S.**, *Corporate Social Responsibility und nachhaltige Entwicklung. Einführung, Strategie und Glossar*, Berlin: Springer Verlag 2011.
- Kailuweit, I.**, *Integrierte Versorgung von (Akut-) Medizin und Pflege – das Muss der Zukunft. Lösungsideen*, Berlin: Vortrag im Rahmen des 11. DGIV Bundeskongresses 2014.
- Karnowski, V.**, *Diffusionstheorien*, Baden–Baden: Nomos Verlag 2011.
- Karrte, J./Neumann, K.**, *Der zweite Gesundheitsmarkt*, Berlin: Roland Berger Studie 2007.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**, *Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren*, Berlin: 2013.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**, *Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2013*, Berlin: 2013a.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)**, *Allgemeine Informationen zum Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ)*, München: 2015.
- Kehrbaum, T.**, *Innovation als sozialer Prozess – Die Grounded Theory als Methodologie und Praxis der Innovationsforschung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009.
- Keller, C./Morar, R./Baumgärtner-Voderholzer, R./Adam, R./Fillenberg, B.**, „Zufriedene Gründer und zufriedene Patienten. Erste bundesweite Studie zur Ergebnisqualität von Medizinischen Versorgungszentren“, in: *f&w* 23 Jahrgang Heft 6 23 /2006, S. 652–655.
- Kesselring, A./Leitner, M.**, *Soziale Innovationen in Unternehmen*, Wien: Studie im Auftrag der Unruhe Stiftung 2008.
- Killich, S.**, „Formen der Unternehmenskooperation“, in: T. Becker/I. Dammer/J. Howaldt/ /A. Loose (Hg.), *Netzwerkmanagement. Mit Kooperationen zum Unternehmenserfolg*, Berlin: Springer Verlag 2007, S. 13–22.
- Klein, B.**, „Neue Technologien und soziale Innovationen im Sozial- und Gesundheitswesen“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation – Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma* 2010, S. 271–296.
- Klös, H.-P./Naegele, G.**, „Alter als „Ressource“ – Befunde und verteilungspolitische Implikationen“, in: M. Hüther/G. Naegele (Hg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 123-138.
- Knieps, F.**, „Integrierte Versorgung auf dem Weg zur Regelversorgung. Bisheriger Entwicklungsprozess und Neuerungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 11–12/2007, S. 11–18.
- Knieps, F.**, „Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgabe der Integration aus Sicht der Politik, in: J. Klauber/B.-P. Robra H. Schellschmidt (Hg.), *Krankenhaus-Report 2005: Schwerpunkt: Wege zur Integration*, Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 2006, S. 27–36.
- Knieps, F./Amelung, V. E.**, „Medizinische Versorgungszentren – Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 5/2010, S. 17–21.
- Knieps, F./Amelung, V. E./Wolf, S.**, „Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definition, Problemanalyse“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 6/2012, S. 8–19.
- Knoche, H./Gittler, H.-J./Steffin, E.**, „Betriebliche Gesundheitsförderung und regionale Demografie“, in: F. Knieps/H. Pfaff (Hg.), *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: BKK Dachverband 2014, S. 241–246.

- Knorr**, B., „Berufsbild Netzmanager: Qualifikation und Anforderungen“, in: W. Hellmann/S. Eble (Hg.), *Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen steuern*, Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 129–136.
- Koch**, K., *Integrierte Versorgung und die Rolle der Pharmaindustrie*, Mannheim: 2009 (Dissertation).
- Köhl**, K., *Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Von Managed Care zu einer neuen Wettbewerbsreform in der GKV*, Berlin: VDM Verlag Dr. Müller 2006.
- Köhler**, K./Goldmann, M., „Soziale Innovation in der Pflege – Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation – Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma* 2010, S. 253–270.
- Kofahl**, C./Dahl, K./Döhner, H., *Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland*, Münster: LIT-Verlag 2004.
- Kohlbeck**, C., „Integrierte Versorgung: die zweite Generation“, in: *kma – Das Gesundheitsmagazin* Heft 162/2009, S. 16–19.
- Konnegen**, D./Roth, M./Deschler, T./Boschert, S., „Höhere Qualität und Effizienz: Kooperation von Ärzten und Pflegeheimen im Kinzigtal“, in: *Public Health Forum* 21 Heft 78/2013, S. 12e1–12e3.
- Korzilius**, H., „Am Lotsen führt kein Weg vorbei“, in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 106.43/2009, S. 19.
- Kowol**, U./Krohn, W., „Modernisierungsdynamik und Innovationslethargie. Auswege aus der Modernisierungsklemme“, in: B. Blättel-Mink/O. Renn, *Zwischen Akteur und System: die Organisierung von Innovation*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997, S. 39–65.
- Krauth**, C., „Managed Care“, in: *Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten*, 2015 (Onlineausgabe).
- Krüger-Brand**, H. E., „Mobile Versorgung. Praxis auf Rädern“, in: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 110 Heft 6/2013, S. 212, 213.
- Künemund**, H., „Gesundheit“, in: M. Kohli/H. Künemund (Hg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005, S. 103–124.
- Kuhlmeiy**, A., „Chronische Krankheit in Lebensphase Alter“, in: D. Schaeffer (Hg.) *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, Bern: Verlag Hans Huber 2009, S. 357-368.
- Kuhlmeiy**, A., „Gesundheit und Gesundheitseinbußen“, in: A. Kuhlmeiy/D. Schaeffer (Hg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit*, Bern: Verlag Hans Huber 2008, S. 85-96.
- Kuhlmeiy**, A./Schaeffer, D., *Alter, Gesundheit und Krankheit: Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Bern: Verlag Hand Huber 2008.
- Kunow**, C./Langer, B., „Finanzreform der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-FQWG: Deutschland und die Schweiz im Vergleich“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 6/2014, S. 27–39.
- Kurscheid**, C./Hartweg, H.-R., „Gesundheitsversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung neuer Versorgungsformen“, in: W. Hellmann/S. Eble (Hg.),

- Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen steuern*, Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 3–14.
- Kurth**, B.-M., *Auswirkungen des demografischen Wandels in Deutschland*, Berlin: Präsentation im Rahmen des 11. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. 2014.
- Lang**, A., *Positionen und Argumente zu Pflegestützpunkten, Integrierte Versorgung, Fallmanagement*, Saarbrücken: 2007.
- Langenscheidt**, *Taschenwörterbuch Englisch*, Berlin: Langenscheidt Verlag<sup>3</sup>1990.
- Lambrecht**, S., *Integrierte Versorgung 2.0: Beleuchtung der integrierten Versorgung in Deutschland nach Beendigung der Anschubfinanzierung*, Hamburg: Diplomica Verlag 2013.
- Lampert**, T./Kroll, L. E./von der Lippe, E./Müters, S./Stolzenberg, H. „Sozioökonomischer Status und Gesundheit- Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“, in: *Bundesgesundheitsblatt* 56/2013, 814-821.
- Lauer**, T., *Bonusprogramme. Rabattsysteme für Kunden erfolgreich gestalten*, Heidelberg: Springer Verlag<sup>2</sup>2011.
- Lauven**, G., „Ein gemeinsames Dach – Vorschläge für eine Systematik“, in: A. Volk, *Integrierte Versorgung – Manchmal noch schief geknüpft*, KU Sonderheft 2007, S. 6–9.
- Lauven**, G./Block, S., „Geschichte und Entwicklung des Geriatrienetzes Ruhrbistum“, in: G. Lauven/D. Frische (Hg.), *Der alte Mensch im Krankenhaus. Geriatrienetze Ruhrbistum*, Essen: Kosmas und Damian GmbH 2014, S. 25–29.
- Leimeister**, J. M./Peter, C., *Soziale Innovation – Begriffserklärung*, Kassel: Präsentation im Rahmen der Lehrveranstaltung Information Systems 2012.
- Lenartz**, N., *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*, Bonn: V & R unipress GmbH 2012.
- Lindenthal**, J./Sohn, J./Schöffski, O., *Praxisnetze der nächsten Generation. Ziele, Mitteilungen und Steuerungsmechanismen*, Burgdorf: Herz Verlag 2004.
- Linke**, C., *Managementgesellschaften im Rahmen der integrierten Versorgung – Eine institutionenökonomische Analyse der integrierten Leistungserstellung und die Entwicklung eines Lösungsdesigns –*, Bayreuth: Verlag P.C.O. 2010 (Dissertation).
- Loewer**, H., *Integrierte Versorgung – Hoffnungsträger oder Fehlversorgung*, Göttingen: 2011.
- Lohmann**, H., „Gesundheitswirtschaft“, in: W. Zapp (Hg.), *Krankenhausmanagement – Organisatorischer Wandel und Leadership*, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag 2015, S. 103–108.
- Lüngen**, M., „Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5/2014, S. 51–56.
- Lusiardi**, S., „Brücken schlagen – Synergien nutzen. Die Home-Care-Versorgung – ein Baustein zur Integrierten Versorgung“, in: E. Bühler, *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006, S. 95–120.

- Lupianez-Villanueva, F./Theben, A.**, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS3). Gesundes Kinzigtal (Germany) – Case Study Report*, Seville: 2014.
- Luthe, E.-W.**, „Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept“, in: E.-W. Luthe/J. N. Weatherly (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 3–36.
- Luthe, E.-W.**, „Modellleben der integrierten Versorgung“, in: E.-W. Luthe/J. N. Weatherly (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013a, S. 37–54.
- Maaz A./Nordheim, J./Winter, M./Kuhlmey, A.**, „Chronische Krankheit im Alter: Versorgungsrealitäten aus Patientensicht“, in: C. Janßen/B. Borgetto/G. Heller (Hg.), *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*, Weinheim und München: Juventa Verlag 2007, S. 217–236.
- Maitz, M./Granig, P.**, „Der sechste Kondratieff“, in: P. Granig/L. A. Nefiodow (Hg.), *Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2011, S. 93–138.
- Mayer, H. O.**, *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung*, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH <sup>4</sup>2008.
- Maylandt, J./Tippel, C.**, „Regionale Vernetzung in der Gesundheitsversorgung als Soziale Innovation“, in: Gesellschaft für Arbeitswirtschaft e.V. (Hg.), *Chancen durch Arbeits-, Produkt- und Systemgestaltung – Zukunftsfähigkeit für Produktions- und Dienstleistungsunternehmen*, Dortmund: 2013, S. 77–80.
- Mayring, P.**, *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim und Basel: Beltz Verlag <sup>10</sup>2008.
- Mayring, P.**, *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, Weinheim und Basel: Beltz Verlag <sup>5</sup>2002.
- Meggender, O.**, *Volkswirtschaft und Gesundheit: Investitionen in Gesundheit – Nutzen aus Gesundheit*, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 2008.
- Mehl, E./Weiß, I.**, „Selektivverträge am Beispiel der Hausarztmodelle“, in: C. Thielscher (Hg.), *Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012, S. 459–482.
- Meier, B./Schröder, C.**, *Altern in der modernen Gesellschaft – Leistungspotenziale und Sozialprofile der Generation 50-Plus*, Köln: Dt. Inst-Verlag 2007.
- Meißner, M.**, „Elektronische Patientenakte in Arztnetzen. Praxen müssen gut vernetzt sein“, in: *Dt. Ärzteblatt* Heft 3/2012, S. 19–21.
- Meißner, M.**, „Aktiengesellschaften müssen draußen bleiben“, in: *Dt. Ärzteblatt* Heft 11/2011, S. 502, 503.
- Menning, M.**, *Management als Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung: Von der Notwendigkeit als Arzt auch Unternehmer zu sein*, Berlin: Books on demand 2006.

- Meuser**, M./Nagel, U., „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, in: A. Bogner/B. Littig/W. Menz (Hg.), *Das Experteninterview*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2002, S. 71–94.
- Mey**, G./Mruck, K., „Interviews“, in: G. Mey/K. Mruck (Hg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 423–435.
- Miks**, A./Szecsenyi, J., „Entwicklung und Evaluation von Disease-Management-Programmen in Deutschland“, in: *Public Health Forum* 21 Heft 78/2013, S. 4.e1–4.e3.
- Mirrow**, C., *Innovationsbarrieren*, Berlin: Gabler Verlag 2009 (Dissertation).
- Mühlbacher**, A./Lubs, S./Röhrig, N./Schultz, A./Zimmermann, I./Nübling, M., *Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse –*, Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie 2006.
- Mühlenkamp**, H., *Die Rolle von Managed Care im US-amerikanischen Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen und gegenwärtige Erkenntnisse*, Stuttgart: Institut für Haushalts- und Konsumökonomik 2000.
- Müller**, A., *Zur Strukturgenese von und Kommunikation in Innovationsnetzwerken*, Halle an der Saale: 2004 (Dissertation).
- Müller**, M./Böhm, K., „Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens“, in: *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin: Robert Koch-Institut Heft 45/2009.
- Müller**, H.-A./Vössing, C./Amelung, V. E., „Das Verbundsystem Knappschaft“, in: J. N. Weatherly/R. Seiler/K. Meyer-Lutterloh/E. Schmidt/R. Läger/V. E. Amelung (Hg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007, S. 31–138.
- Müller**, H.-A./Vössing, C./Wöhler, A., „Versorgungsmanagement als Antwort auf den demografischen Wandel“, in: V. E. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt (Hg.), *Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand* 2011, S. 195–204.
- Müller**, S./Rüede, D./Lurtz, K./Kopf, H./Russo, P., *Deutschland 2030. Herausforderungen als Chancen für Soziale Innovationen*, Wiesbaden: 2013.
- Müller**, T., *Modellregion Siegen – Was ist 2014 konkret umsetzbar?*, Bielefeld: Präsentation im Rahmen des BMC Praktikerseminar am 24.09.2014.
- Müller**, T., *Aufbruch in neue Netzwelten. Wie Förderung und neue Konzepte die Versorgung verändern. Bericht aus Westfalen*, Berlin: Präsentation am 06.12.2013.
- Münch**, E./Scheytt, S., *Netzwerkmedizin*, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag 2014.
- Mulgan**, G./Tucker, S./Rushanara, A./Sanders, B., *Social Innovation. What it is, why it matters and how it can be accelerated*, London: The Basingstoke Press 2007.
- Musiol**, G./Kühling, C., *Kundenbindung durch Bonusprogramme. Erfolgreiche Konzeption und Umsetzung*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2009.



- Naegele, G.**, *20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht*, Berlin: FES-Eigenverlag 2014 (WISO-Diskurs).
- Naegele, G.**, „Soziale Dienste für ältere Menschen“, in: A. Evers/R. G. Heinze/T. Olk (Hg.), *Handbuch Soziale Dienste*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011, S. 404–424.
- Naegele, G.**, *Soziale Lebenslaufpolitik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010.
- Naegele, G.**, „Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen“, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42.6/2009, S. 432–440.
- Naegele, G.**, „Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven“, in: V. Kreuzer/T. Scholz/C. Reicher (Hg.), *Zukunft Alter – Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung*, Dortmund: INPUT–Eigenverlag, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung 2008 (Blaue Reihe), S. 13–27.
- Naegele, G.**, „Eine Bilanz der Pflegeversicherung in 6 Thesen“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 9–10/2007, S. 9–12.
- Naegele, G.**, „Neue Märkte und Berufe. Altern schafft Bedarf“, in: A. Niederfranke/G. Naegele/E. Frahm (Hg.), *Funkkolleg Altern 2: Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1999, S. 435–478.
- Naegele, G./Gerling, V./Schmidt, W./Giesecking, A./Joo, B.**, *Kreisdossier Siegen-Wittgenstein*. Dortmund: 2013.
- Naegele, G./Schaeffer, D.**, „Gesundheitspolitik in einer alternden Gesellschaft“, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42/2009, S. 423–424.
- Nefidow, L.**, „Die Gesundheitswirtschaft“, in: P. Granig/L. Nefidow (Hg.), *Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2011, S. 24–38.
- Neuffer, M.**, *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*, Weinheim und München: Juventa Verlag <sup>3</sup>2007.
- Niejahr, E.**, *Alt sind nur die anderen. So werden wir leben, lieben und arbeiten*, Frankfurt am Main: S. Fischer Verlage GmbH 2004.
- Nilsson, W. O.**, *Innovation. An Exploration of the Literature*, McGill University 2003
- Noack, A.**, *Soziale Innovationen in Berlin–Moabit. Zur kommunikativen Aushandlung von Neuem durch Raumpioniere im städtischen Kontext*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2015 (Dissertation).
- Noe, M.**, *Innovation 2.0 – Unternehmenserfolg durch intelligentes und effizientes Innovieren*, Wiesbaden: Springer Verlag 2013.
- Nöthen, M./Böhm, K.**, „Krankheitskosten“, in: *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin: Robert Koch-Institut Heft 48/2009.

- Nowak, P.**, „Ein ‚gesundes‘ Gesundheits- und Sozialsystem ist durch und rund um die Betroffenen integriert“, in: Neumann-Ponesch (Hg.), *Kongress Integrierte Versorgung ‚Durch Kooperation und Netzwerkarbeit zum Erfolg‘*, Linz: Wagner Verlag 2012, S. 14–17.
- Oberender, P./Linke, C.**, „Die Anschubfinanzierung – Der Motor für medizinische Leistungsstrukturinnovationen“, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium* Heft 1/2009, S. 26–32.
- Oberender, P./Zerth, J.**, *Wachstumsmarkt Gesundheit*, Stuttgart: Verlag Lucius und Lucius<sup>3</sup>2010.
- Oberhänsli, W.**, „Das elektronische Rezept (eRx) – seit vielen Jahren in der Schweiz ein Standard“, in: V. E. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt/F. Knieps/R. Lägel/S. Ozegowski/R.-U. Schlenker/R. Sjuts (Hg.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015, S. 188–194.
- Ogburn, W.**, „Culture Lag as Theory“, in: *Sociology and Social Research* 41. Jg. Heft 3/1957, S. 167–174.
- Ogburn, W.**, *Social change. With respect to culture and original nature*, London: Allen & Unwind 1923.
- Olbermann, E./Reichert, M.**, „Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung“, in: G. Naegele/H. P. Tews (Hg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1993, S. 15–42.
- Opaschowski, H. W.**, *Wir werden es erleben. Zehn Zukunftstrends für unser Leben von morgen*, Darmstadt: Primus Verlag 2002.
- Opper, S.**, „Der Neue Stand der Neuen Institutionenökonomik“, in: *Zeitschrift Wissenschaft für die Praxis* 2001, S. 601–608.
- OptiMedis AG**, *Gesundes Kinzigtal erzielt erneut gesundheitsgewinn. Evaluation belegt effektive Arzneimitteltherapie*, Haslach/Stuttgart/Kassel: 15.10.2015 (Pressemitteilung).
- Ozegowski, S./Amelung, V. E.**, „Patientenorientierung – leicht gefordert, schwer umgesetzt“, in: V. E. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt/F. Knieps/R. Lägel/S. Ozegowski/R.-U. Schlenker/R. Sjuts (Hg.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015, S. 3–8.
- Paolucci, F.**, *Health Care Financing and Insurance*, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag 2011.
- Paquet, R.**, *Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive*, Berlin: FES-Eigenverlag 2011 (WISO-Diskurs).
- Petersohn, H.**, *Data Mining. Verfahren, Prozesse, Anwendungsarchitektur*, München und Wien: Oldenbourg Verlag 2005.
- Pfaff, H./Scholten, N.**, „Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick“, in: F. Knieps/H. Pfaff (Hg.), *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: BKK Dachverband 2014, S. 23–30.
- Picot, A./Dietl, H./Franck, E.**, *Organisation. Eine ökonomische Perspektive*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag 1997.

- Pimperl**, A./Dittmann, B./Fischer, A./Schulte, T./Wendel, P./Wetzel, M./Hildebrandt, H., „Wie aus Daten Wert entsteht: Erfahrungen aus dem integrierten Versorgungssystem „Gesundes Kinzigtal“, in: P. Langkafel (Hg.), *Big Data in Medizin und Gesundheitswirtschaft. Diagnose, Therapie, Nebenwirkungen*, Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH 2014, S. 83—102.
- Pimperl**, A./Dittmann, B./Fischer, A./Schulte, T./Wendel, P./Wetzel, M./Hildebrandt, H., *Aus Daten Mehrwert erschaffen. Einsatz von Business Intelligence für Aufbau, Steuerung und Evaluation Integrierter Versorgung am Beispiel Gesundes Kinzigtal*, Hamburg: 2014a.
- Pitum-Weber**, S., *Management von Gesundheitsnetzwerken*, Dienheim: Iatros-Verlag 2011.
- Porter**, M./Guth, C., *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem – Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen*, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag 2012.
- Pröll**, U./Ammon, U./Maylandt, J., *Gesundheit bei der Arbeit als Thema von Kammern*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011.
- PwC**, *Healthcare-Barometer*, Frankfurt am Main: 2015.
- PwC**, *112 – und niemand hilft*, Frankfurt am Main: 2012.
- Raabe**, J., *Erfolgsfaktoren für Innovation in Unternehmen*, München: Gabler Verlag 2011 (Dissertation).
- Rammert**, W., „Die Innovation der Gesellschaft“, in: J. Howaldt/H. Jacobsen (Hg.), *Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S. 21–51.
- Reiners**, H., „Integrierte Versorgungsstrukturen – Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen“, in: *Zeitschrift GGW* Jg. 13 Heft 3 2013, S. 15–21.
- Richter**, R./Furubotn, E. G., *Neue Institutionenökonomik. Eine Einführung und kritische Würdigung*, Tübingen: J.C.B. Mohr <sup>3</sup>2003.
- Richter**, M. L./Suwelack, K., „Disease Management“, in: C. Thielscher (Hg.), *Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012, S. 437–458.
- RKI**, „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie >Gesundheit in Deutschland aktuell 2012<“, in: *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin: Robert Koch-Institut 2014.
- Robinson**, L., *A summary of Diffusion of Innovations* 2009.
- Rogers**, E., *Diffusion of innovations*, New York: Free Press <sup>5</sup>2003.
- Rosenbrock**, R., „Ärmer stirbt früher – Soziale Ungleichheiten wirken sich negativ auf die Lebenserwartung aus“, in: *WZB-Mitteilungen* 2008 Heft 120, S. 16–19.
- Rosenmayr**, H./Rosenmayr, L., *Der alte Mensch in der Gesellschaft*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1978.
- Roski**, R., „Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen – Business Marketing, Social Marketing und Zielgruppensegmentierung“, in: R. Roski, *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, S. 3–32.

- Roussos**, S. T./Fawcett, S. B., „A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health“, in: *Annual Review of Public Health* Heft 21/2000, S. 369–402.
- Ruedel**, I., *Workshops. Optimal vorbereiten. Spannend inszenieren. Professionell nachbereiten*, Wien: Linde Verlag 2008.
- Sauer**, T., *Regionales Gesundheits- und Pflegenetzwerk im Märkischen Kreis*, Präsentation vom 15.10.2013.
- Sawtschenko**, N., *Die Adaption von Innovationen in Organisationen*, Hamburg: Diplomica-Verlag 2007.
- Schäfers**, B., *Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland. Ein Studienbuch zur Sozialstruktur und Sozialgeschichte der Bundesrepublik*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag<sup>5</sup>1990.
- Schaeffer**, D., „Bewältigung chronischer Erkrankung – Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege“, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39/2006, S. 192–201.
- Schaeffer**, D./Ewers, M., „Integrierte Versorgung nach deutschem Muster“, in: *Pflege und Gesellschaft* 11. Jg. Heft 3/2006, S. 197–209.
- Schaeffer**, D./Kuhlmey, A., „Demographischer Wandel und Pflegerisiko“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 9–10/2007, S. 13–18.
- Schaeffer**, D./Moers, M., *Der Patient als Nutzer: Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*, Bern: Verlag Hans Huber 2004.
- Schaich–Walch**, G./David, S., *Delegation–Substitution–Innovation. Neue medizinische Versorgungsformen für eine alternde Gesellschaft – Chancen für ein längeres Leben zu Hause*, Friedrich–Ebertstiftung 2012 (Positionspapier des Managerkreis).
- Schellschmidt**, H./Klauber, J./B.-P. Robra, „Wege zur Integration – die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven“, in: J. Klauber/B.-P. Robra H. Schellschmidt (Hg.), *Krankenhaus-Report 2005: Schwerpunkt: Wege zur Integration*, Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 2006, S. 1–12.
- Schicker**, G., „Praxisnetze im Gesundheitswesen“, in: H. Schubert (Hg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, S. 146–166.
- Schillo**, S., *Berücksichtigung von Wechselwirkungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*, Köln: 2011 (Dissertation).
- Schmid**, A./Himmler, S., *Netzwerkmedizin – Impulse für Deutschland aus den USA*, Stiftung Münch (Projektbericht) 2015.
- Schmidt**, W., „Eine demografieunterstützte Bewertung gesundheitlich–pflegerischer Versorgungsrisiken“, in: *Journal Arbeit* Jg. 12 Nr. 1/2013, S. 12, 13.
- Schmidt**, W., *Eine demografisch indizierte Einschätzung relativer gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsrisiken*, Präsentation im Rahmen der 2. StrateG!N-Steuerkreissitzung am 29.08.2012.

- Schmitt**, N., „Ansprüche an vernetzte Versorgungsstrukturen aus Sicht der Krankenkassen“, in: W. Hellmann/S. Eble (Hg.), *Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen steuern*, Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2009, S. 69–76.
- Schmoller**, G. v., *Grundriß der Allgemeinen Volkswirtschaftslehre*, München: Duncker & Humblot 1900.
- Schnabel**, P.-E., „Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen“, in: R. Roski, *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009, S. 33–58.
- Schneider**, R., „Überleitungsmanagement“, in: E. Bühler, *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006, S. 51–78.
- Schoder**, J./Zweifel, P., „Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze – Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 149–166.
- Schoder**, J./Zweifel, P., „Managed Care im internationalen Vergleich: Lehren für die Schweiz“, in: *Care Management* Nr. 2/2008, S. 41–43.
- Scholz**, K., „Vertragswettbewerb zwischen Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“, in: *Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik* 11–12/2007, S. 39–43.
- Schrapppe**, M., *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015.
- Schreyögg**, J., „Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikal integrierten Gesundheitsnetzwerk – Das Beispiel der US-Veteran Health Administration“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 211–222.
- Schröteler von Brandt**, H., „Entwicklungsstrategien im ländlichen Raum vor dem Hintergrund des demographischen Wandels“, in: V. Kreuzer/T. Scholz/C. Reicher (Hg.), *Zukunft Alter – Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung*, Dortmund: INPUT-Eigenverlag, Dortmunder Beiträge zur Raumplanung 2008 (Blaue Reihe), S. 103–120.
- Schubert**, C./Vogd, W., „Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 25–50.
- Schubert**, H., „Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen“, in: H. Schubert (Hg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Beispiele*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, S. 7–105.
- Schulte**, T./Pimperl, A./Dittmann, B./Wendel, P./Hildebrandt, H., *Drei Dimensionen im internen Vergleich: Akzeptanz, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung* *Gesundes Kinzigtal*, Hamburg: OptiMedis AG 2012.

- Schulte**, T./Siegel, A./Pimperl, A./Roth, M./Hildebrandt, H., „Patientenorientierung und -aktivierung: Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“, in: V. E. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt/F. Knieps/R. Lägél/S. Ozegowski/R.-U. Schlenker/R. Sjuts (Hg.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015, S. 123–130.
- Schulz**, S., *Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand. Ansätze zur gesundheitsökonomischen Evaluation sektorenübergreifender Versorgungsformen*, Marburg: Tectum Verlag 2007
- Schumpeter**, J. A., *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*, Berlin: Duncker & Humblot <sup>1</sup>2006 (Nachdruck der ersten Ausgabe).
- Schumpeter**, J. A., *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*, Berlin: Duncker & Humblot Verlag <sup>6</sup>1964.
- Schumpeter**, J. A., *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*, Bern: A. Francke AG Verlag <sup>2</sup>1950.
- Schwartz**, F. W./Wismar, M., „Planung und Management“, in: F. W. Schwartz/B. Badura/R. Busse/R. Leidl/H. Raspe/J. Siegrist/U. Walter (Hg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer Verlag <sup>2</sup>2003, S. 558–573.
- Schwarz**, M./Howaldt, J., „Soziale Innovationen im Fokus nachhaltiger Entwicklung. Herausforderung und Chance für die soziologische Praxis“, in: J. Rückert-John (Hg.), *Soziale Innovation und Nachhaltigkeit. Perspektiven sozialen Wandels*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 53–70.
- Schwenk**, U., „Ärztedichte. Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei“, in: F. Knieps/H. Pfaff (Hg.), *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: BKK Dachverband 2014, S. 67–71.
- Seiler**, R., „Die Schwarzwaldformel – das Modell Gesundes Kinzigtal“, in: J. N. Weatherly/R. Seiler/K. Meyer-Lutterloh/E. Schmidt/R. Lägél/V. E. Amelung (Hg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007, S. 139–150.
- Seitz**, R./König, H.-H./Graf von Stillfried, D., „Grundlagen von Managed Care“, in: M. Arnold/K. W. Lauterbach/K.-J. Preuß, *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH 1999, S. 3–24.
- Siebenhüner**, B., „Methoden und Methodenprobleme der Innovationsforschung“, in H Hagen/U. Wengenroth (Hg.), *Innovationsforschung. Ansätze, Methoden, Grenzen und Perspektiven*, Münster: LIT Verlag 2007, S. 103–117.
- Siegel**, A./Köster, I./Schubert, I./Stöbel, U., „Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ein Modell für regionale Prävention und Schnittstellenoptimierung“, in: W. Kirch/T. Hoffmann/H. Pfaff (Hg.), *Prävention und Versorgung*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 2012, S. 148–164.
- Siegel**, A./Stöbel, U., „Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung in der integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“, in: J. Pundt (Hg.), *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit*, Bremen: APPOLON University Press 2014, S. 195–258.

- Siegel**, A./Stöbel, U./Gaiser, K./Hildebrandt, H., „Integrierte Vollversorgungssysteme und soziale Ungleichheit – das Beispiel ‚Gesundes Kinzigtal‘“, in: *Public Health Forum* 16 Heft 59/2008, S. 26–28.
- Siegel**, A./Stöbel, U./Geßner, D./Knittel, R./Beckebeans, F./Hildebrandt, H./Hermann, C./Trojan, A./Pfaff, H., „Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem ‚Gesundes Kinzigtal‘“, in: V. E. Amelung/J. Sydow/A. Windeler (Hg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2009, S. 223–236.
- Siegel**, A./Stöbel, U./Schubert, I./Erler, A., „Probleme der Evaluation einer regionalen integrierten Vollversorgung am Beispiel ‚Gesundes Kinzigtal‘“, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 8/2011, S. 590–596.
- Simon**, M., *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern: Hans Huber Verlag 2010.
- Sozialgesetzbuch**, *Fünftes Buch der gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin: Ministerium für Gesundheit, Stand: 15.04.2015.
- Spekman**, R./Forbes, T. M./Isabella, L. A./MacAvoy, T., „Alliance Management: A view from the past and a look to the future“, in: *Journal of Management Studies*, 35:6/1998, S. 747–772.
- Spremann**, K., „Asymmetrische Informationen“, in: *ZfB Heft* 5–6/1990, S. 561–568.
- Stahl**, K./Nadj-Kittler, M., „Wir brauchen ein System das aus Patientenerfahrung lernt“, in: V. E. Amelung/S. Eble/H. Hildebrandt/F. Knieps/R. Lägel/S. Ozegowski/R.-U. Schlenker/R. Sjuts (Hg.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015, S. 14–19.
- Sterly**, C./Hasseler, M., „Integrierte Versorgung“, in: C. Thielscher (Hg.), *Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung*, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012, S. 483–504.
- Sternberg**, M., *Altern(n) in ländlichen Räumen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Eine Analyse in vier deutschen Gemeinden*, Dortmund: 2009 (Dissertation).
- Stoffers**, C., *Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern – Unter Berücksichtigung Neuer Versorgungsformen*, Berlin: Books on demand 2012 (Dissertation).
- Straub**, C., „Wettbewerb und Gesundheitswirtschaft – Die Perspektive der GKV“, in: V. Schumpeldick/B. Vogel, *Gesundheitssystem im Umbruch*, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag 2012, S. 240–248.
- Straubhaar**, T., „Integrationspolitik und die Chancen der Zuwanderung“, in: M. Hüther/G. Naegele (Hg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 315–325.
- Tarde**, G. de, *Die Gesetze der Nachahmung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 2009.
- Theurl**, T./Franz, S., *Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen – Erste empirische Ergebnisse*, Münster: Institut für Genossenschaften 2007 (Arbeitspapier Nr. 64).
- Thürmann**, P./Holt-Noreiks, S./Nink, K./Zawinell, A., „Arzneimittelversorgung älterer Patienten“, in: C. Günster/J. Klose/N. Schmacke (Hg.), *Versorgungs-Report 2012*, Stuttgart: Schattauer Verlag 2012, S. 111–130.

- Tews, H. P.**, „Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters“, in: G. Naegele/H. P. Tews, *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1993, S. 15–42.
- Tews, H.P.**, *Altersbilder über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter*, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 1991.
- Tews, H. P.**, *Soziologie des Alterns*, Heidelberg: Quelle & Meyer Verlag <sup>3</sup>1979.
- Tophoven, C.**, *Integrierte Versorgung – Chance für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens* 2005.
- Urner, K.**, „Versorgungsrisiken in ländlichen Regionen“, in: *praevision – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention*, Nr. 4/2013, S. 22–23.
- Van den Berg, N./Meinke, C./Heymann, R./Fiß, T./Suckert, E./Pöller, C./Rogalski, H./Karopka, T./Oppermann, R./Hoffmann, W.**, „AGnES: Hausunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz“, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg.106. 1–2/05.01.2009, S. 3–9.
- Veit, C./Hertle, D./Bungard, S./Trümner, A./Ganske, V./Meyer-Hofmann, B.**, *Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung*, BQS 2012.
- Von der Osten, A.**, *Neue Praxisformen in der ambulanten medizinischen Versorgung*, Präsentation im Rahmen der StrateG!N-Interimskonferenz 01.10.2013.
- Von Leoprechting, G./Gabriel, P.**, „MVZ als wirtschaftlich strategischer Baustein für ein Krankenhaus“, in: P. Wigge/G. von Leoprechting (Hg.), *Handbuch Medizinische Versorgungszentren*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2011, S. 25–98.
- Von Stillfried, D.**, „Die Zukunft der Finanzierung und Vergütung neuer Versorgungsformen – ein Plädoyer für strategische Szenarien“, in: G. E. Braun/J. Güssow/A. Schumann/G. Heßbrügge (Hg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutsche Ärzte Verlag 2009, S. 263–273.
- Volk, A.**, „Leichte Stagnation“, in: A. Volk, *IV Plus – Die neuen Versorgungsformen*, Kulmbach: Baumann Fachzeitschriften Verlag 2009, S. 1–2.
- Wagner, E./Austin, B./von Korff, M.**, „Organizing care for patients with chronic illness“, in: *Milb. Quart* 74/1996, S. 511–544.
- Wagner, E./Austin, B./Davis, C./Hindmarsh, M./Schaefer, J./Bonomi, A.**, „Improving chronic illness care: translating evidence into action“, in: *Health Affairs* 20/2001, S. 64–78.
- Wahrig, R.**, *Fremdwörterlexikon*, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2004.
- Walendzik, A.**, *Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin: FES-Eigenverlag 2009 (WISO-Diskurs).
- Walendzik, A.**, *Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen*, Berlin: FES-Eigenverlag 2009a (WISO-Diskurs).



- Walgenbach**, P./Meyer, R., *Neoinstitutionalistische* **Walker**, A., „The Emergence and Application of Active Ageing in Europe“, in: *Journal of Ageing and Social Policy* 28/2009, S. 75-93.
- Walter**, U., „Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, in: A. Kuhlmei/D. Schaeffer, *Gesundheit und Krankheit*, Bern: Huber Verlag 2008, S. 245–262.
- Walter**, U./Nagele, G., „GeriatRIekonzept für Baden-Württemberg – Aktuelle Situation und Anforderungen an die ambulante Versorgung und an eine zukunftsweisende Weiterentwicklung“, Hannover und Dortmund: Wissenschaftliche Expertise 2012.
- Wambach**, V./Lindenthal, J., „Finanzierung und Vergütung aus Sicht der Ärztegenossenschaft Qualität und Effizienz – QuE Nürnberg“, in: G. E. Braun/J. Güssow/A. Schumann/G. Heßbrügge (Hg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2009, S. 39–48.
- Warmbrunn**, J., „Konzept für ein Überleitungsmanagement auf Landesebene – das Beispiel Geriatrie in Baden-Württemberg“, in: E. Bühler, *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006, S. 29–50.
- Weber**, D., „Regionales Versorgungsmanagement in der Gesundheitsregion Siegerland“, in: *Journal Arbeit* Jg. 14/Nr. 1 2015, S. 28, 29.
- Weber**, D., *Regionales Versorgungsmanagement in Westfalen-Lippe. Pilotprojekt Gesundheitsregion Siegerland*, Dortmund: Präsentation im Rahmen der Dialoggruppe Vernetzte Versorgung am 14.02.2014.
- Weber**, D., *Regionales Versorgungsmanagement in Westfalen-Lippe. Pilotprojekt Gesundheitsregion Siegerland*, Siegen: Präsentation im Rahmen der 5. StrateG!N-Steuerkreissitzung am 06.11.2013.
- Wendt**, W. R., „Case Management im Gesundheitswesen“, in: E.-W. Luthe (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wolfenbüttel und Oldenburg: Springer VS Verlag 2013, S. 135–150.
- Wendt**, C., *Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven*, MZES: Arbeitspapier Nr. 88/2005.
- Weatherly**, J. N., „Netzwerkmanagement im Gesundheitsbereich“, in: E.-W. Luthe/J. N. Weatherly (Hg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013, S. 103–118.
- Weatherly**, J. N., „Integrierte Versorgung. Ärzte Kooperationen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“, in: *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden: Springer VS Verlag 2013a, S. 369–382.
- Weatherly**, J. N./Seiler, R./Meyer-Lutterloh, K./Schmid, E./Lägel, R./Amelung, V. E., „Kriterien der Beurteilung neuer Versorgungsformen aus Sicht des Gesundheitssystems“, in: J. N. Weatherly/R. Seiler/K. Meyer-Lutterloh/E. Schmid/R. Lägel/V. E. Amelung (Hg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007, S. 7–10.

- Wessel, L.**, *Inscribing as institutional work: A Case Study of the Implementation of an Inter-Organizational Information System in a German Integrated Care Network*, Berlin: 2014 (Dissertation).
- Wetzel, A.**, *Geschäftsmodelle für immaterielle Wirtschaftsgüter: Auswirkungen der Digitalisierung*, Bamberg: 2004 (Dissertation).
- Wiegand, B./Jung, E./Heuzeroth, V.**, *Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung; ein Leitfaden*, Berlin: Erich Schmidt Verlag 2008.
- Wigge, P.**, „Einführung“, in: P. Wigge/G. von Leoprechting (Hg.), *Handbuch Medizinische Versorgungszentren*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2011, S. 19–24.
- Wille, E.**, *Angst vor Add-on-Verträgen? – Wieviel Liberalisierung verträgt die Selektivversorgung?*, Berlin: Präsentation im Rahmen des 11. DGIV Bundeskongresses 11.12.2014.
- Winkler, H./Schemtisch, B./Kaluza, S.**, „Principal-Agent-Probleme in projektorientierten Wertschöpfungsnetzwerken – Problemidentifikation und Lösungsansätze“, in: J. Becker/R. Knackstedt/D. Pfeiffer, *Wertschöpfungsnetzwerke – Konzepte für das Netzwerkmanagement und Potenziale aktueller Informationstechnologien*, Heidelberg: Physica-Verlag 2008, S. 65–86.
- Witzel, A.**, *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*, Frankfurt: Campus Verlag 1982.
- Wurm, S./Schöllgen, I./Tesch-Römer, C.**, „Gesundheit“, in: A. Motel-Klingebiel/S. Wurm/C. Tesch-Römer (Hg.), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2010, S. 90-117.
- Zapf, W.**, „Über soziale Innovation“, in: *Soziale Welt* 40 Jg. 1–2/1989, S. 170–183.
- Zimmermann, I./Bollmann, C.**, „Nur hochwertige Verträge haben Bestand“, A. Volk, *IV Plus – Die neuen Versorgungsformen*, Kulmbach: Baumann Fachzeitschriften Verlag 2009, S. 16–19.

## 18. Eidesstattliche Erklärung

Urner, Kai 146389

---

Name, Vorname Matr.-Nr.

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Doktorarbeit mit dem Titel: ‚Diffusionswiderstände Sozialer Innovationen im deutschen Gesundheitswesen am Beispiel der Vernetzten Versorgung‘ selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Düsseldorf, 15.12.2016

---

Ort, Datum Unterschrift

### **Belehrung:**

Wer vorsätzlich gegen eine die Täuschung über Prüfungsleistungen betreffende Regelung einer Hochschulprüfungsordnung verstößt, handelt ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000,00 € geahndet werden. Zuständige Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten ist der Kanzler/die Kanzlerin der Technischen Universität Dortmund. Im Falle eines mehrfachen oder sonstigen schwerwiegenden Täuschungsversuches kann der Prüfling zudem exmatrikuliert werden. (§ 63 Abs. 5 Hochschulgesetz – HG –). Die Abgabe einer falschen Versicherung an Eides statt wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Die Technische Universität Dortmund wird gfls. elektronische Vergleichswerkzeuge (wie z.B. die Software „turnitin“) zur Überprüfung von Ordnungswidrigkeiten in Prüfungsverfahren nutzen. Die oben stehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

Düsseldorf, 15.12.2016

---

Ort, Datum Unterschrift

## **Eidesstattliche Erklärung**

Die von mir vorgelegte Dissertation hat (**gem. § 11 Abs. 2 PromO 2011; § 12 Abs. 5 PromO 2008; § 12 Abs. 2 PromO 2010**) in der gegenwärtigen oder in einer anderen Fassung an der Technischen Universität Dortmund oder an einer anderen Hochschule im Zusammenhang mit einer staatlichen oder akademischen Prüfung bereits vorgelegen.

**JA oder NEIN (bitte ankreuzen)**

### **Betr.: PromO 1985:**

Die von mir vorgelegte Dissertation hat (**gem. § 9 Abs. 3 PromO 1985**) ganz oder teilweise einer Hochschule im Zusammenhang mit einer staatlichen oder akademischen Prüfung vorgelegen.

**JA oder NEIN (bitte ankreuzen)**

### **Anlagen**

1. Hiermit gebe ich gem. § 11 PromO 2011; § 12 PromO 2008; § 11 PromO 2010 die schriftliche eidesstattliche Versicherung, dass die Dissertation selbstständig verfasst wurde und alle in Anspruch genommenen Quellen und Hilfen in der Dissertation vermerkt wurden.

**JA oder NEIN (bitte ankreuzen)**

2. Die Dissertation in vier gebundenen, maschineschriftlichen Exemplaren und als pdf-Datei auf einem geeigneten Datenträger.

**JA oder NEIN (bitte ankreuzen)**

3. Die max. fünfseitige Zusammenfassung ist beigelegt.

**JA oder NEIN (bitte ankreuzen)**

Kai Urner

---

(Unterschrift)