

Dieterich, Anja; Kümpers, Susanne; Wörz, Markus; Ottovay, Kathrin

Working Paper

Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich

WZB Discussion Paper, No. SP I 2013-301

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Dieterich, Anja; Kümpers, Susanne; Wörz, Markus; Ottovay, Kathrin (2013) : Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich, WZB Discussion Paper, No. SP I 2013-301, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/179918>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Anja Dieterich
Susanne Kümpers
Markus Würz
Kathrin Ottovay

**Innovationsblockaden und Innovationschancen
integrierter Versorgungsformen:
Deutschland und die Schweiz im Vergleich**

Discussion Paper

SPI 2013–301

Oktober 2013

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
www.wzb.eu

Das Urheberrecht liegt bei den Autor/innen.

Discussion Papers des WZB dienen der Verbreitung von Forschungsergebnissen aus laufenden Arbeiten im Vorfeld einer späteren Publikation. Sie sollen den Ideenaustausch und die akademische Debatte befördern. Die Zugänglichmachung von Forschungsergebnissen in einem WZB Discussion Paper ist nicht gleichzusetzen mit deren endgültiger Veröffentlichung und steht der Publikation an anderem Ort und in anderer Form ausdrücklich nicht entgegen.

Discussion Papers, die vom WZB herausgegeben werden, geben die Ansichten des/der jeweiligen Autors/Autoren wieder und nicht die der gesamten Institution WZB.

Anja Dieterich, Susanne Kümpers, Markus Wörz, Kathrin Ottovay
Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen:

Deutschland und die Schweiz im Vergleich
Discussion Paper SP I 2013–301
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2013)

ISSN Nr. 0722 – 6748

Dr. Med. Anja Dieterich, MPH

Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str. 1
10115 Berlin
Tel.: +49 (0)30 65211 1664
anja.dieterich@diakonie.de

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung,
soziale Ungleichheit und Public-Health-Strategien
Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit
Marquardstr. 35
36039 Fulda
Tel.: +49 (0)661 9640 6411

Dr. Markus Wörz

Referent
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QSV)
Wegelystraße 8
10623 Berlin
Tel. +49 (0)30 27 58 38 - 0
markus.woerz@g-ba.de

M.A. Kathrin Ottovay

Institut für Soziologie (Arbeitsbereich Gesellschaftsvergleich und sozialer Wandel)
Friedrich-Schiller-Universität Jena, PF
07737 Jena
kathrin.ottovay@uni-jena.de

Alle Discussion Papers sind online abrufbar:

<http://www.wzb.eu/de/publikationen/discussion-paper/maerkte-und-politik>

Zusammenfassung

Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich

von Anja Dieterich, Susanne Kümpers, Markus Wörz, Kathrin Ottovay*

Die Gesundheitssysteme Deutschlands und der Schweiz zählen zu den teuersten der Welt, bringen aber nur mittelmäßige Gesundheitsergebnisse hervor, schöpfen mithin ihre Ressourcen und ihr Leistungspotential nur unzureichend aus. In beiden Ländern gilt die starke Abschottung von Versorgungssektoren – einhergehend mit Integrationsproblemen im Versorgungsprozess – und Versicherungsbereichen als wichtige Ursache für diese Ineffizienzen. Die fehlende Integration medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung zeigt sich als unzureichende Kommunikation/Koordination zwischen beteiligten Akteuren. Sie führt zur Segmentierung von Versorgungsprozessen und Brüchen im Behandlungsverlauf. Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen mangelt es an langfristiger, kontinuierlicher und koordinierter Betreuung und Versorgung. Die Folgen sind suboptimale Behandlungsergebnisse und – damit einhergehend – ein Verlust an Lebensqualität für Patient/-innen, zum anderen eine Verschwendung von Ressourcen.

Im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem wurden die politischen Entwicklungspfade hinsichtlich dringend erforderlicher Versorgungsintegration und die entsprechenden Innovationsprozesse untersucht und verglichen, um die Bestimmungsfaktoren für das häufige Scheitern derartiger Innovationsbemühungen ebenso wie die Voraussetzungen für die wenigen erfolgreichen Prozesse zu identifizieren. Folgende Fragen wurden bearbeitet:

- Welche politischen Entwicklungspfade wurden im deutschen und im schweizerischen Gesundheitssystem im Hinblick auf das Integrationsproblem eingeschlagen; d.h. welche institutionellen Strukturen und Anreizsysteme wurden auf der Makro- und Meso-Ebene geschaffen?
- Welche Innovationsprozesse haben sich auf dem Hintergrund dieser Steuerungsinterventionen in den beiden Ländern ergeben? Welche der intendierten Ziele werden erreicht, welche nicht?
- Welche Bestimmungsfaktoren sind für das häufige Scheitern der Innovationsbemühungen verantwortlich? Auf welchen Handlungsebenen tragen welche Bedingungen zum Scheitern dieser Innovationsbemühungen bei?
- Wie sind die Erfolgsvoraussetzungen für diejenigen Projekte zu charakterisieren, denen es dennoch gelungen ist, die Beteiligten zu einer positiven Handlungskoordination zu veranlassen und innovative Versorgungsformen auf den Weg zu bringen?
- Welche Empfehlungen an politische und andere gesellschaftliche Akteure lassen sich daraus ableiten?

Die aufgeworfenen Fragen wurden auf der Ebene nationaler Gesundheitspolitik und auf der Ebene lokaler Initiativen von Finanzierungsträgern und Leistungserbringern zur Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen untersucht. Als exemplarischer Bereich wurde die Versorgung multimorbider älterer Menschen ausgewählt. Methodisch wurden Dokumentenanalyse und halbstandardisierte Experteninterviews miteinander kombiniert.

* Unter Mitarbeit von Hartmut Reiners und Sabrina Tschiche.

Auf nationaler Ebene wurden die institutionellen Rahmenbedingungen des deutschen und des schweizerischen Gesundheitswesens analysiert.

Auf lokaler Ebene wurden Fallstudien in jeweils vier Versorgungsgebieten in Deutschland und der Schweiz durchgeführt, in denen innovative Integrationsprojekte im Bereich der Altenversorgung bereits vorhanden waren. Die ausgewählten Regionen bilden einen Querschnitt der Vielfalt existierender Ansätze hinsichtlich der geografischen Bedingungen, der Initiatoren, der inhaltlichen Schwerpunkte, und der gewählten Finanzierungsmodelle ab.

Die Befunde lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gesetzgeberische Maßnahmen, die auf Versorgungsintegration abzielen (Deutschland: besondere Versorgungsformen, Selektivverträge; Schweiz: besondere Versicherungsformen, Managed Care) haben nur eingeschränkte Bedeutung für die integrierte Gestaltung komplexer Versorgungsprozesse und bleiben vorwiegend auf medizinische Versorgung beschränkt.
- Wichtig für Entwicklungschancen umfassender integrierter Versorgung sind kommunale Steuerungskompetenzen. Diese sind der Schweiz größer als in Deutschland.
- Regulierungen der Versorgungspfade (u.a. Entlassungsmanagement) und Modelle der Übergangsvorsorge sind in der Schweiz vielerorts weiter entwickelt als in Deutschland.
- Die These, Innovation werde (nur) durch Wettbewerb gefördert, wurde empirisch nicht bestätigt – gerade die Einschränkung von Konkurrenz ermöglichte mancherorts neue Kooperationen. In Deutschland behindert die Profilierung einzelner Kassen mit Integrationsprojekten die flächendeckende Implementierung ausgereifter Konzepte. Konkurrenz von Leistungserbringern vor Ort erschwert kooperative lokale Lösungen. In der Schweiz hemmen Anreize zur Risikoselektion ein Engagement der Versicherungen für Multimorbide insgesamt.

Abstract

Blockades and opportunities for the innovation of integrated health care: a comparison of Germany and Switzerland

by Anja Dieterich, Susanne Kümpers, Markus Wörz, Kathrin Ottovay*

The health care systems of Germany and Switzerland belong to the most expensive in the world, yet they generate only average results in terms of health outcomes, thus exploiting their resources and potentials insufficiently.

In both countries a strong compartmentalization of health care sectors – going along with integration problems regarding health care delivery – as well as of insurance sectors is seen as major causes of these inefficiencies. The lack of integration between medical, nursing and social care appear as insufficient communication and coordination between the actors involved. This leads to a segmentation of health care processes and disruptions in patients' pathways. Long-term, sustainable and coordinated support and care are insufficient for patients with chronic

* In cooperation with Hartmut Reiners and Sabrina Tschiche.

diseases. Consequences are suboptimal health outcomes and – along with that – a loss of quality of life for patients, and a waste of resources on the other side.

Political trajectories regarding health care integration and innovation processes in the German and Suisse health care systems respectively have been analysed and compared in order to identify both the essential factors for the recurrent failures of attempts for innovation as well as the success factors for the few successful processes.

The following questions have been elaborated on:

- Which political trajectories have been followed in the German and Suisse health care systems regarding integrated care, i.e. which institutional structures and incentive schemes have been created on the macro and meso level?
- Which innovation processes have developed against the background of these interventions in both countries? Which of the goals have been achieved, which have not?
- Which factors are essentially responsible for the failure of innovations? Which conditions have contributed to this failure, at which level of governance?
- What are success factors for those projects that managed to bring about positive results regarding integration and to initiate innovative care pathways? Which recommendations for political and other societal actors can be distilled from that?

These questions have been analyzed at the level of national health policy as well as at the level of local initiatives of financing bodies and care providers regarding the development of integrated health care. Health care for chronically ill older people was selected as an example. With regard to methods document analysis and expert interviews have been combined. At the national level relevant institutional frameworks of the German and Suisse health care systems have been analysed. At the local level several case studies have been conducted in those areas in Germany and Switzerland where integration projects regarding care for older people were already initiated. The selected regions show a cross-section of existing diverse approaches with regard to geographical conditions, initiators, key areas and the financing models applied.

The results can be summarized as follows:

- Legislation that aims at the integration of care services (Germany: special forms of care, selective contracts; Switzerland: special forms of insurance, managed care schemes) have shown only limited significance for integrated care; their effects (if at all) are predominantly restricted to medical care.
- Local steering capacities are decisive for generating opportunities to develop comprehensive integrated care. Those are greater in Switzerland than in Germany.
- Rules for patients' pathways (e.g. discharge management) and models for intermediate care are more progressed in Switzerland compared to Germany.
- The assumption that innovation can (only) be encouraged through competition could not be confirmed – in some places a reduction of competitive incentives even enabled new cooperations. In Germany health insurance funds striving for unique selling propositions hinder comprehensive implementation of advanced integrated care concepts. Competition among care providers hinders cooperative local solutions. In Switzerland incentives for risk selection challenge efforts of insurance companies to engage for older people in general.

Inhalt

Vorwort	1
1 Einleitung.....	2
1.1 Hintergrund.....	2
1.2 Inhaltliche Schwerpunkte und Begriffsklärungen.....	4
1.3 Fragestellungen und Hypothesen.....	6
2 Aufbau und Methode der Gesamtstudie	8
3 Versorgungsstandards.....	11
3.1 Warum Versorgungsstandards?.....	11
3.2 Standards und Indikatoren für eine verbesserte Versorgung multimorbider älterer Menschen	12
3.3 Exkurs: Umgang mit den Versorgungsstandards in der Analyse der Fallstudien	19
4 Theoretische Grundlagen.....	23
4.1 Integration als Innovation.....	24
4.2 Integrierte Versorgung als Steuerungsfrage	25
4.2.1 Zur Definition von Institutionen	26
4.2.2 Die Rolle der Akteure.....	27
4.2.3 Steuerung durch staatliche, halb-staatliche und nicht-staatliche Akteure.....	28
4.2.4 Hierarchien, Märkte, Netzwerke	28
4.2.5 Exkurs: Modelle zur Klassifizierung von Zusammenarbeit	30
4.2.6 Pfadabhängigkeit(en) zwischen Dauerhaftigkeit und Veränderung	31
4.2.7 Vetospieler und Vetopunkte.....	33
4.2.8 Nationale und lokale Konfigurationen	33
4.3 Der Politikzyklus: Feedback- und Lernprozesse	35
4.4 Diskurse im Feld Integrierter Versorgung.....	37
5 Makro-Analyse: Integrationsprobleme und gesundheitspolitische Lösungsansätze in den Gesundheitssystemen Deutschlands und der Schweiz	40
5.1 Skizze des deutschen Gesundheitssystems.....	41
5.1.1 Zentrale Regulierungsinstanzen und -mechanismen.....	41
5.1.2 Versorgungsstrukturen.....	43
5.1.3 Alters- und krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen	48
5.1.4 Integrationsprobleme und Lösungsansätze im deutschen Gesundheitssystem.....	53
5.1.5 Steuerungsansätze für integrierte Versorgung	54
5.2 Skizze des schweizerischen Gesundheitssystems	62
5.2.1 Zentrale Regulierungsinstanzen und -mechanismen.....	64
5.2.2 Versorgungsstrukturen.....	68
5.2.3 Alters- und krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen	70
5.2.4 Integrationsprobleme und Lösungsansätze im schweizerischen Gesundheitssystem.....	72
5.2.5 Steuerungsversuche für integrierte Versorgung	73
5.3 Deutschland und die Schweiz im Vergleich	80
5.3.1 Zentrale Charakteristika der Gesundheitssysteme (in Bezug auf quantitative Indikatoren).....	81

5.3.2	Politische Entwicklungspfade in der Entwicklung neuer Versorgungsformen.....	81
5.3.3	Konvergenz oder Divergenz der Reformmaßnahmen?.....	83
5.3.4	Fehlanreize	83
6	Mikro-Analyse: lokale Integrationsversuche in Deutschland und der Schweiz.....	89
6.1	Deutschland	92
6.1.1	D-Süddorf: Ein Netzwerk für Patient/-innen mit Potential.....	92
6.1.2	D-Nordstadtquartier: Kooperation als Handlungsfrage	102
6.1.3	D-Weststadt: Palliativnetz in der Großstadt.....	112
6.1.4	D-Ostdorf: Vernetzte geriatrische Versorgung im ländlichen Raum	123
6.2	Schweiz.....	130
6.2.1	CH-Blaubergdorf: Eine kommunale Stiftung für die Krankenversorgung oder: ‚Ein Tal – ein Träger‘.....	130
6.2.2	CH-Gründorf: Postakutpflege – Eine verbesserte Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege	145
6.2.3	CH-Rotstadt – Altenversorgung als Gegenstand kommunaler Politik.....	153
6.2.4	CH-Gelbstadt: ‚Ambulant vor stationär‘ – Die geriatrische Behandlungskette in einer Schweizer Großstadt.....	169
7	Übergreifende Analyse und Diskussion	176
7.1	Resümee Fallstudien und Fallvergleich	176
7.2	Ländervergleich – lokale Effekte für Versorgung	187
7.3	Fallübergreifende Befunde	191
7.4	Empfehlungen.....	196
8	Anhang	199
8.1	Design und Durchführung der nationalen und der lokalen Fallstudien.....	199
8.2	Glossar von Übergangsversorgungsmodellen	205
8.3	Abkürzungsverzeichnis	208
8.4	Abbildungsverzeichnis.....	209
8.5	Tabellenverzeichnis.....	209
8.6	Literatur	210
	Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen.....	222

Vorwort

Diesem Discussion Paper liegt ein Forschungsprojekt zugrunde, das, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, 2007 bis Anfang 2009 Innovationsblockaden und -chancen integrierter Versorgung in Deutschland und der Schweiz untersucht hat. Infolge vielfältiger personeller und institutioneller Engpässe und Umbrüche konnte das Discussion Paper, auf dem Hintergrund des Projektabschlussberichts von 2009, nur sehr verspätet fertiggestellt werden. Da das Thema der (sektoren- und professionsübergreifenden) Versorgungsintegration insbesondere in Bezug auf die komplexen Versorgungsbedarfe älterer Menschen aber weiterhin aktuell ist, halten wir eine Veröffentlichung für sinnvoll. Insbesondere die Vielfalt der untersuchten lokalen Fallstudien und die bei ihrer Untersuchung deutlich gewordenen Erfolgs- und Misserfolgskriterien in den jeweiligen Kontexten sind auch - unabhängig von der ganz aktuellen politischen Situation - von Bedeutung.

Wir danken Sabrina Tschiche und Sylvia Pichorner für ihre sehr umfangreiche, teilweise auch mühsame Bearbeitung und layouterische Gestaltung des Textes, die sie nach unserem Ausscheiden aus dem WZB mit hoher Verlässlichkeit und professioneller Kompetenz übernommen haben. Wir danken dem WZB, dass es diese nachlaufenden Arbeiten unterstützt hat.

Susanne Kümpers

Rolf Rosenbrock

(Projektleitung)

1 Einleitung

Dieses Discussion Paper soll einen Beitrag zu deutschsprachigen Diskussionen über Desintegrationsprobleme im Gesundheitswesen leisten, unter denen ältere Menschen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen besonders leiden, und über Wege zu möglichen Lösungen, also über Modelle ‚wohnortnaher‘ bzw. ‚integrierter Versorgung‘. In einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekt (2007-2009) wurden die Gesundheitssysteme von Deutschland und der Schweiz und die damaligen politischen Regulierungsaktivitäten sowie acht lokale innovative Initiativen in Deutschland und der Schweiz daraufhin untersucht, wie sie eine bessere Integration einer umfassenden Versorgung zu erreichen suchen, welche nationalen und lokalen politischen Voraussetzungen sie ermöglicht haben und welche Faktoren zu Erfolg und Misserfolg beitrugen.

Das Discussion Paper wendet sich an WissenschaftlerInnen und Studierende im Bereich von ‚health services research‘ und insbesondere auch an solche LeserInnen, die an der Gestaltung gesundheitlicher und sozialer Versorgung auf der Ebene nationaler, regionaler und kommunaler Politik, der Weiterentwicklung von Angeboten medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung und als interessierte und engagierte Bürger teilhaben.

1.1 Hintergrund

Die Gesundheitssysteme Deutschlands und der Schweiz zählen im Hinblick auf einen sozial und finanziell undiskriminierten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu den leistungsfähigsten der Welt – im Vergleich zu ähnlich ausdifferenzierten Systemen sind sie aber als relativ teuer¹ anzusehen: Im Verhältnis zu den Gesundheitsausgaben bringen sie nur mittelmäßige Gesundheitsergebnisse hervor, schöpfen mithin ihre Ressourcen und ihr Leistungspotenzial nur unzureichend aus. In beiden Ländern gilt die starke Abschottung von Versorgungssektoren – einhergehend mit Integrationsproblemen im Versorgungsprozess – als wichtige Ursache für diese Ineffizienzen.

Die Fragmentierung der Versorgungsstrukturen lässt sich zurückführen

- auf unterschiedliche institutionelle Zuständigkeiten für die Steuerung des Systems (Bund, Länder bzw. Kantone, Sozialversicherungsträger, Leistungsanbieter),
- auf unterschiedliche institutionelle Zuständigkeiten für die Versorgung von PatientInnen,
- auf die Verteilung von Zuständigkeiten auf unterschiedliche Finanzierungsträger (v.a. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung),
- und auf die unterschiedlichen Vergütungsregeln für die jeweiligen Versorgungssegmente.

Die fehlende Integration der Strukturen führte zur Segmentierung von Versorgungsprozessen und zu vielfältigen Brüchen im Behandlungsverlauf. Es fehlt – immer noch – an langfristiger, kontinuierlicher Betreuung von Patienten, wie sie zur angemessenen Versorgung chronischer Erkrankungen notwendig wäre. Seit Mitte der neunziger Jahre wurden unterschiedliche Wege beschritten, um neue und effizientere Versorgungsformen zu entwickeln. Zahlreiche gemeinsame Systemmerkmale und die Erprobung unterschiedlicher Lösungswege ließen die

¹ Vgl. zu den Gesundheitsausgaben der Schweiz und Deutschlands im internationalen Vergleich Kap. 5.

Gesundheitssysteme Deutschlands und der Schweiz für einen Vergleich als besonders gut geeignet erscheinen. In beiden Gesundheitssystemen stoßen die Innovationsbemühungen auf erhebliche Schwierigkeiten und blieben oft in der Breite eher erfolglos. Allerdings gab es in beiden Ländern auch eine kleine Zahl von Modellen bzw. Projekten, die als erfolgreich anzusehen sind.

Analysen von in Deutschland und der Schweiz gemachten positiven Erfahrungen können als eine Grundlage für Politikempfehlungen zur flächendeckenden integrierten Versorgung dienen.

In dem hier dargestellten Forschungsprojekt wurden mit diesem Ziel insbesondere folgende Fragen bearbeitet:

- Welche politischen Entwicklungspfade wurden im deutschen und im schweizerischen Gesundheitssystem im Hinblick auf das Integrationsproblem eingeschlagen; d.h. welche institutionellen Strukturen und Anreizsysteme wurden auf der Makro- und Meso-Ebene geschaffen?
- Welche Innovationsprozesse haben sich vor dem Hintergrund dieser Steuerungsinterventionen in den beiden Ländern ergeben? Welche der Ziele wurden erreicht, welche nicht?
- Welche Bestimmungsfaktoren sind für das häufige Scheitern der Innovationsbemühungen verantwortlich? Welche Bedingungen trugen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zum Scheitern dieser Innovationsbemühungen bei?
- Was sind die Erfolgsvoraussetzungen für diejenigen Projekte, denen es dennoch gelungen ist, die Beteiligten zu einer positiven Handlungskoordination zu veranlassen und innovative Versorgungsformen auf den Weg zu bringen?

Das Discussion Paper beschreibt unsere Forschungsreise durch die Baustellen integrierter Versorgung in Deutschland und der Schweiz und fasst die Ergebnisse zusammen.²

Dabei gehen wir folgendermaßen vor:

Einleitend beschreiben wir unsere – normative – Perspektive auf integrierte Versorgung und auf die untersuchten Integrationsbemühungen und klären die wichtigsten Grundbegriffe. Danach werden die forschungsleitenden Fragen und Ausgangshypothesen vorgestellt.

Im Kapitel 2 wird kurz in die gewählten Forschungsmethoden und das Studiendesign eingeführt.

Im Kapitel 3 beschreiben wir Versorgungsstandards für eine bedarfsgerechte Versorgung multi-morbider Älterer (z.B. Transfer geriatrischen Wissens zwischen Spezialisten und Generalisten), die im Forschungsprozess als Indikatoren für Auswirkungen der untersuchten Innovationen auf die jeweilige lokale Versorgungsrealität dienten. Wir demonstrieren diese Methodik abschließend anhand einer Fallstudie.

Kapitel 4 erläutert die ausgewählten politikwissenschaftlichen und soziologischen Zugänge. Konzepte von Innovation, Integration, Netzwerk, Steuerung etc. werden expliziert.

Den Kern des Berichts bilden die Ergebnispräsentationen

² Folgende Forschungsschritte fanden statt: In zwei Erhebungsphasen wurden a) auf nationaler und Kantonebene Literatur- und Dokumentenanalysen sowie insgesamt 23 Experten-interviews, und b) auf lokaler Ebene acht Fallstudien in beiden Ländern mit insgesamt 127 geführten Interviews durchgeführt. Parallel und im Anschluss an die Datenerhebung erfolgte jeweils die Analyse und ‚dichte Beschreibung‘ der nationalen und lokalen Fallstudien auf der Basis detaillierter Gesprächs- und Dokumentenanalysen nach den Regeln qualitativer Forschungsmethoden. Ein weiterer Schritt umfasste die vergleichende Analyse der lokalen Fallstudien pro Land und im Ländervergleich sowie die Zusammenführung der lokal bezogenen Befunde mit den Ergebnissen der vergleichenden Untersuchung auf der Ebene der nationalen Gesundheitssysteme (Zusammenhang Mikro-Makro).

- zur Makro-Ebene (Kapitel 5): In zwei länderspezifischen Abschnitten werden die Spezifika der jeweiligen Gesundheitssysteme mit den vorhandenen Integrationsproblemen und Lösungsansätzen (Literatur- und Dokumentenanalysen, Experteninterviews) skizziert und anschließend verglichen,
- und zur Meso- und Mikro-Ebene lokaler Integrationsprojekte (Kapitel 6): Nach einem tabellarischen Überblick über zentrale Charakteristika/Profile der einzelnen Fallstudien werden die einzelnen Fallstudien in Form ‚dichter Beschreibungen‘ vorgestellt.

Die Beschreibung der Kontextbedingungen beziehen sich dabei im Wesentlichen auf den (Untersuchungs-) Zeitraum der Jahre 2007 bis 2009.

Im Kapitel 7 schließlich analysieren wir die lokalen Fallstudien im Vergleich sowie im Zusammenhang mit den Befunden der Makro-Ebene und erörtern fallübergreifend fördernde und hemmende Bedingungen für gelingende Versorgungsintegration. Den Abschluss bilden Thesen zu Empfehlungen für Weiterentwicklung und Ausbau sinnvoller Steuerungsanreize zur Förderung einer bedarfsgerechten integrierten Versorgung.

1.2 Inhaltliche Schwerpunkte und Begriffsklärungen

Folgende Themen waren Ausgangspunkt des Projekts:

- Zielgruppe multimorbide ältere Menschen

Wir untersuchten integrierte Versorgungsformen exemplarisch an der Zielgruppe multimorbider älterer Menschen. Diese Patientengruppe hat besonders komplexe Versorgungsbedarfe und wird oft schlechter als andere Bevölkerungsgruppen von Versorgungsangeboten erreicht.³ Gleichzeitig könnte diese Zielgruppe von integrierten Versorgungsformen besonders profitieren. Eine Untersuchung der Bedarfsgerechtigkeit von Integrationsansätzen für diese Gruppe ermöglicht auch allgemeinere Aussagen über die Effektivität solcher Ansätze: Wenn die Bedarfe multimorbider älterer Menschen angemessen befriedigt werden, sollten auch weniger komplexe Versorgungspfade auf vergleichbare Weise adäquat zu organisieren sein. Die untersuchten Innovationen wurden daraufhin bewertet, inwiefern davon auch solche Bevölkerungsgruppen profitierten, die im Rahmen der Regelversorgung – beispielsweise aufgrund geringer Systemkenntnisse und mangelnden ‚skills‘ – als schwer erreichbar („hard to reach“) gelten.

- Demenz- und Palliativversorgung als exemplarische Vertiefungen

Die Analyse wurde im Hinblick auf die Bereiche Palliativversorgung und Demenzversorgung vertieft. Beide Bereiche wurden im Untersuchungszeitraum wegen steigenden Bedarfs und bisher unzureichend ausgebauter Versorgungsstrukturen intensiv in Politik und Öffentlichkeit diskutiert.

- Festlegung auf ein normatives Leitbild Integrierter Versorgung⁴

³ Dies betrifft vor allem sozial benachteiligte Ältere: Die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede bestehen bis ins hohe Alter fort (Lampert, 2009). Sozial benachteiligte ältere Menschen haben mehr und schwerere chronische Krankheiten, und sind durch ihre Erkrankungen in höherem Maße als Bessergestellte in ihren Funktionen eingeschränkt und hilfsbedürftig. Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein (Kümpers, 2008).

⁴ Im Folgenden ist von integrierter Versorgung (klein geschrieben) die Rede, wenn es bspw. unspezifisch, auf Gesetzgebung oder praxisbezogen um Initiativen zu einer stärkeren Zusammen-

Mit Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen soll definiert werden, was Integrierte Versorgung idealerweise beinhalten sollte, um einen Abgleich von Ähnlichkeiten und Unterschieden in den Debatten beider Länder zu ermöglichen (Leitbild s. Kasten). Unser Leitbild entspricht internationalen Quellen für integrierte Versorgung älterer Menschen (vgl. u.a. Leichsenring, 2004:101; Nies, 2004).

Multimorbide ältere Menschen haben komplexe und wechselnde Bedarfe und benötigen lange Versorgungsverläufe. Entsprechend ist Versorgungsqualität in diesem Bereich besonders mit der Kooperation zwischen einzelnen Versorgungsbereichen verknüpft. Deshalb sollte Integrierte Versorgung ‚Cure‘ und ‚Care‘, also (medizinische) Gesundheitsversorgung und soziale Versorgung, verknüpfen. Bislang bleibt integrierte Versorgung, besonders in Deutschland, häufig auf integrierte Behandlung und klinische Perspektiven beschränkt (Schaeffer & Ewers, 2002: 318). Umfassend verstandene Integrierte Versorgung vernetzt nicht nur medizinische Leistungen, sondern auch Pflege und Sozialarbeit etc. und bezieht Elemente der Akut- und Langzeit-Versorgung, soziale Dienste, Unterbringung und weitere Dienste wie Transport und Mahlzeiten ein. Auch der informelle Sektor sollte mit berücksichtigt sein (Nies, 2004; SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007; van Raak et al., 2003).

Leitbild Integrierte Versorgung

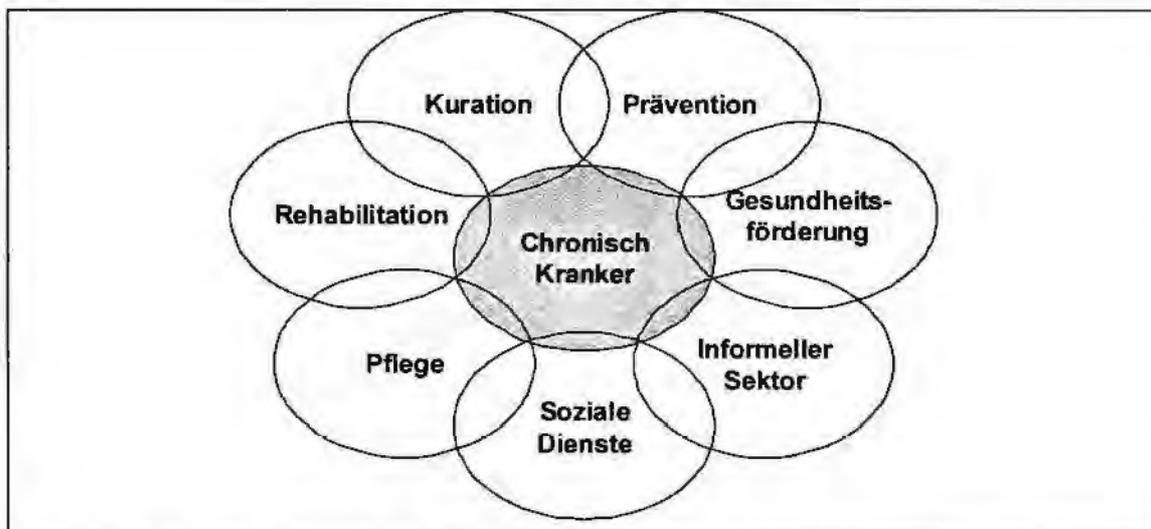
Wir meinen mit Integrierter Versorgung

- alle geplanten und organisierten Leistungen und Versorgungsprozesse, die auf multidimensionale Bedarfe eines einzelnen Nutzers oder einer Gruppe von Personen mit ähnlichen Bedarfen gerichtet sind.
- ein koordiniertes Ganzes aus Dienstleistungen, die durch verschiedene Organisationen, kooperierende Professionen und involvierte Laien gemeinsam geplant, gemanagt und für individuelle Leistungsempfänger erbracht werden.
- dass Versorgungsleistungen im Austausch mit vorhandenen lokalen Selbsthilfeeinrichtungen und „community“-basierten Initiativen geplant und umgesetzt werden.
- dass Einzelpersonen die Versorgung erhalten, derer sie bedürfen, wann und wo sie ihrer bedürfen.

Dabei sollte die Qualität einer lokalen Versorgungsstruktur sich daran messen,

- ob vorhandene relevante Probleme der Unter-, Über-, Fehlversorgung dadurch minimiert oder gelöst werden (Versorgungslücken, Doppelleistungen),
- ob sie nutzerorientiert ist, z.B. leicht auffindbare Versorgungswege und nutzerfreundliche Anlaufstellen hat,
- ob Leistungen dann zugänglich sind, wann, wo und wie sie gebraucht werden.

arbeit im Gesundheitswesen geht. Als feststehender Begriff wird Integrierte Versorgung (groß geschrieben) dann verwendet, wenn damit das Idealmodell im Sinne des definierten Leitbildes gemeint ist.



Leitbild Integrierte Versorgung (Fortsetzung)

Quelle: erweitert nach Schwartz/Helou (2000: 135)⁵

1.3 Fragestellungen und Hypothesen

Für die vergleichende Untersuchung wurden Einflussfaktoren auf der Ebene der Innovation, der lokalen Konfiguration (lokale Kontextbedingungen) und der übergeordneten Faktoren (nationaler Kontext) unterschieden. Es wurden Leitfragen formuliert, auf Basis derer auch die Interviewleitfäden entwickelt wurden. Sie wurden für die Zielgruppe und die Analysen der verschiedenen Ebenen konkretisiert und differenziert:

Politische Entwicklungspfade: Charakteristika und Nutzen nationaler Steuerungsversuche und Konzepte für integrierte Versorgung

- Wie lassen sich die politischen Entwicklungspfade (Regulierung, neue Strukturen und Anreizsysteme) zur Versorgungsintegration beschreiben und bewerten?
- Welche Konzeptionen einer integrierten Versorgung wurden in den beiden Ländern im Untersuchungszeitraum diskutiert?
- Sind diese Konzepte für die Versorgung multimorbider älterer Menschen geeignet?

Anhand dieser Fragen wurden die Auswirkungen vergangener Reformen im Gesundheitswesen in beiden Ländern (in Deutschland insbesondere die Einführung von besonderen Versorgungsformen, in der Schweiz die Einführung des KVG und von Managed Care) auf die Versorgungsrealität untersucht. Bis dato hatten Ansätze zur Förderung besonderer Versorgungsformen in diesen Ländern die Zielgruppe der Älteren kaum berücksichtigt.

Im Verlauf der Studie entstand die Frage, ob in beiden Ländern in ähnlicher Weise ‚Entmischungen‘ der Diskurse über Innovationen und der Innovationsprozesse selbst zu beobachten sind. So schienen Debatten um besondere Versorgungsformen/Managed Care und um praktische

⁵ Mögliche Modifizierungen der Grafik könnten zeigen, dass nicht nur der/die chronisch Kranke allein, sondern zusätzlich das nähere Umfeld, d.h. Angehörige mit adressiert werden sollten. Weiterhin sind die aufgeführten Sektoren nicht als trennscharf zu verstehen, sondern ineinander verschränkt: Insbesondere Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten als Querschnittsbereich in allen Versorgungsbereichen und -stadien verstanden werden.

Versorgungsintegration teilweise voneinander losgelöst stattzufinden. Auch wurden gesundheitsökonomische Ziele wie Kostendämpfung und Effizienzsteigerung und Debatten um bedarfsorientierte praktische Versorgungsintegration von jeweils unterschiedlichen Akteuren verfolgt. Damit wurde auch die Frage interessant, ob und inwieweit lokale Integrationsprojekte die neuen gesetzlichen Möglichkeiten für ihre Arbeit nutzen, bzw. für hilfreich halten.

Die Beobachtung, dass in Deutschland der Begriff der integrierten Versorgung überwiegend auf die durch die besonderen Versorgungsformen⁶ vorgeschlagenen Gestaltungsmöglichkeiten reduziert wurde, führte zu der Frage, ob die neuen Strukturen in beiden Ländern für die Versorgung älterer Menschen überhaupt relevant waren, und ob bzw. durch wen breiter gefasste Konzepte überhaupt vertreten und umgesetzt wurden.

Innovationsprozesse: Integrationsdefizite und Lösungsansätze

Wir fragten nach Versorgungsdefiziten, die auf einer mangelnden Integration von Sektoren beruhen, wie beispielsweise

- Auswirkungen des Nebeneinanders verschiedener Finanzierungs- und Regulierungsmechanismen,
- Schnittstellenproblemen in Bezug auf die Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialdiensten oder den Einbezug des informellen Sektors,
- die Verfügbarkeit von geriatrischem Fachwissen und
- wahrgenommene Probleme in der Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen.

Damit sollte das breite Spektrum lokaler Initiativen für mehr Kooperation und Vernetzung in der Versorgung älterer Menschen erfasst und bewertet werden. Außerdem haben wir die Bedeutung und das Verhältnis von ‚top down‘ und ‚bottom up‘ Prozessen und die Vor- und Nachteile verschiedener Netzformen (versorgungsproblembezogen, schnittstellenbezogen, allgemein übergreifend) beleuchtet.

Fördernde und hemmende Bedingungen für gelingende Integration

Weiter ging es darum, förderliche und hinderliche Bedingungsfaktoren für eine Integrierte Versorgung multimorbider älterer Menschen herauszuarbeiten.

- Welche Eigenschaften lokaler Initiativen wirken sich fördernd/hemmend auf Versorgungsintegration aus?
- Welche lokalen Kontextbedingungen wirken fördernd/hemmend auf Integrationsbemühungen?
- Wie wirkt sich der nationale/föderale Kontext auf lokale Integrationsbemühungen aus?

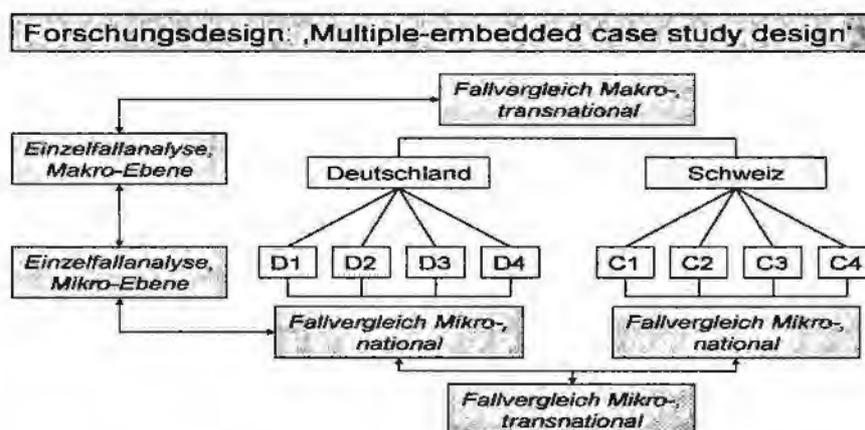
⁶ Als besondere Versorgungsformen werden im deutschen SGB V (betrifft Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber Leistungen nach den SGBn IX und XI, Rehabilitation und Behinderung sowie Pflege) diejenigen Modelle bezeichnet, die mit dem Ziel verbunden sind, herkömmliche Versorgungsstrukturen zu modifizieren und Abschottungen zwischen ihnen aufzubrechen. Sie weichen oft von der kollektivvertraglichen Regulierung ab und gehen häufig mit einer eingeschränkten Auswahl der Leistungserbringer einher (vgl. zu den besonderen Versorgungsformen auch Kapitel O).

2 Aufbau und Methode der Gesamtstudie

Methode und Design

Die Studie ist als transnational vergleichende ‚Mehrebenen- und Mehrfach-Fallstudie‘ konzipiert, da sie die Verbindung zwischen lokalen („eingebetteten“) Fällen und übergeordneten nationalen Fällen analysiert (vgl. Abb.1).⁷ Es wurden zwei aufeinander aufbauende Fälle auf nationaler Ebene – Deutschland und die Schweiz – und acht Fälle – je vier in beiden Ländern – auf lokaler Ebene untersucht. Die lokalen Fallstudien betreffen jeweils vier Gebiete im städtischen oder ländlichen Raum.

Abbildung 1: Forschungsdesign



Quelle: modifiziert nach: Kümpers S (2005). Steering integrated care in England and The Netherlands: The case of dementia care, Department of Health Organisation, Policy and Economics. Maastricht: University of Maastricht (Dissertation), S. 41.

Zur Datenerhebung wurden Literatur- und Dokumentenanalysen sowie teilstandardisierte Interviews verwandt. Die Dokumentenanalysen befassten sich im Wesentlichen mit jeweils relevanten politisch-programmatischen Texten oder Politikevaluationen. In den Interviews wurden entsprechend der verschiedenen (nationalen bzw. lokalen) Teilstudien Wissenschaftler/-innen, Manager/-innen sowie Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe in verschiedenen Kombinationen befragt. Die verschiedenen Methoden und die Auswahl der Interviewpartner/-innen – die unterschiedliche Perspektiven auf die relevanten Sachverhalte repräsentieren – wurden zur methodologischen und Daten-Triangulation genutzt. Die Analyse orientierte sich u.a. am Konzept der „Institutional Ethnography“ (vgl. De Vault & McCoy, 2002). Dieser Ansatz fokussiert darauf, wie alltägliches (auch professionelles, organisationelles und politisches) Handeln an institutionelle Regeln anschließt, von ihnen geformt wird, aber diese auch wiederum mit konstituiert; dabei werden Verbindungslinien zwischen lokalen Situationen und translokalen Prozessen von Administration und Governance untersucht.

⁷ Eine Fallstudie ist definiert als „eine empirische Forschung, die ein zeitgenössisches Phänomen in seinem realen Kontext studiert“ (Yin, 1994).

Die nationalen Fallstudien⁸

Im ersten Teil der Studie – auf der Makro-Ebene – werden das deutsche und das schweizerische Gesundheitssystem als nationale Fälle mit ihren jeweiligen politischen Entwicklungspfaden im Hinblick auf Versorgungsintegration vorgestellt. Zunächst werden die Versorgungsstrukturen in den beiden Ländern und deren Regulierung im Untersuchungszeitraum beschrieben, soweit sie für die Zielgruppe multimorbider älterer Menschen bzw. vertiefend für die Demenz- und Palliativversorgung relevant sind. Vor diesem Hintergrund werden dann Integrationsprobleme im Zusammenhang mit diesen Versorgungsstrukturen sowie Reformen, Reformversuche und Debatten um Lösungsansätze für die Altenversorgung dargestellt.

Die lokalen Fallstudien⁸

Im zweiten Teil der Studie werden die Makroanalysen auf der Ebene des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik durch lokale Fallstudien – auf der Meso- und Mikroebene – ergänzt und vertieft. Zu diesem Zweck wurden in beiden Ländern je vier Regionen mit ihren lokalen Netzwerken der Altenversorgung in Bezug auf die Möglichkeiten und Probleme integrierter Versorgungsformen analysiert.

Als mögliche lokale Fälle wurden Regionen definiert, in denen eine oder mehrere Innovationen⁹ im Bereich integrierter Versorgung multimorbider Älterer identifiziert werden konnten. Diese Festlegung sollte ermöglichen, nicht nur den innovativen Bestandteil, sondern auch die Konsequenzen der Innovation(en) für die lokale Versorgung insgesamt zu betrachten (z.B. Ressourcenverlagerungen zu Lasten von Patient/-innen, die nicht an der innovativen Versorgung teilhaben oder neu entstehende Schnittstellen). Einerseits lag also in den Fallstudien der Fokus auf den jeweiligen Innovationen. Andererseits sollte in der Erhebung geklärt werden, wie die anderen Bereiche der Altenversorgung integriert sind bzw. welche ungedeckten Kooperations- und Integrationsbedarfe aus Sicht der Befragten jeweils vorhanden waren. Die Beschreibung und Analyse von Innovation und Versorgungsumwelt erfolgte forschungspragmatisch mit unterschiedlicher ‚Tiefenschärfe‘. Dies Vorgehen hat es ermöglicht, Innovationen und ‚Normalversorgung‘ sowie deren Verknüpfung in den Blick zu nehmen. Eine Beschränkung auf Sonderfälle oder Leuchtturmprojekte mit kaum generalisierbaren Erfahrungen sollte so vermieden werden.

Die Alternative, sich auf Netzwerke mit einem bestimmten Fokus (z.B. Palliativversorgung, Demenz, Schnittstelle ambulant-stationär) zu konzentrieren, erschien dem Projektteam als unbefriedigend. Bereits im Rahmen einer ersten Recherche zu lokalen Versorgungsnetzwerken in Deutschland und der Schweiz wurde deutlich, dass ein breites Spektrum unterschiedlicher, oft paralleler Netze mit verschiedenen Schwerpunkten, Begrenzungen, Trägerschaften entstanden ist (z.B. solche zu Demenzversorgung, solche zu Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie Initiativen, die alle Akteure im Bereich medizinischer, pflegerischer und sozialer Altenversorgung in einem Stadtteil zu vernetzen suchen). Der Einbezug unterschiedlicher Formen von Netzwerken und Integrationsinitiativen entspricht auch der hier zugrundeliegenden weiten Definition integrierter Versorgung, die der Einführung in den deutschen vertragspolitischen Neuerungen (§ 140 a ff. SGB V u.a.) nicht folgt.

Chancen und Grenzen eines breiten Forschungszugangs

Die Herangehensweise, sehr unterschiedliche Formen und Modelle der Kooperation für die Fallstudien auszuwählen, erscheint nicht einfach, weil sich einzelne Faktoren nicht leicht mit bestimmten Erfolgen oder Misserfolgen der Modelle in Verbindung bringen lassen, und die

⁸ Eine detailliertere Beschreibung von Methodik, Design und Durchführung der nationalen und lokalen Fallstudien ist im Anhang zur Verfügung gestellt.

⁹ Zum in dieser Studie angewandten Konzept von Innovationen siehe Kapitel O.

Multikausalität und Komplexität der Prozesse weder einfach noch zweifelsfrei zu analysieren, zu erklären und insbesondere zu generalisieren sind.

Andererseits ermöglicht eine divergente Fallauswahl die Identifikation und Analyse unterschiedlicher Zugänge zu integrierter Versorgung, und deren möglicherweise gleichartigen Problemen (z.B. hinsichtlich der Interaktion zwischen kooperativen und kompetitiven Anreizen, von Innovationsprozessen im Spannungsverhältnis zwischen traditionellen Haltungen und Veränderungsinteressen), und eine Reflexion darüber, wie sich solche Themen in den einzelnen Modellen wieder finden.

Ebenso wird ein solches Verfahren der Breite der existierenden Ansätze zu integrierter Versorgung, die aus unterschiedlichen Interessen und Motivationen resultieren, eher gerecht und bildet die existierende Komplexität besser ab. Die Stärke des gewählten empirischen Zugangs ist es deshalb, ein breites Spektrum unterschiedlicher lokaler bzw. regionaler ‚Antworten‘ – sowie deren Erfolge und Misserfolge – auf die in beiden Ländern weitgehend ungelöste Aufgabe und Herausforderung einer besseren Integration der Versorgung für multimorbide ältere Menschen abzubilden und Hypothesen über mögliche Erfolgs- wie Misserfolgskontexte in unterschiedlichen Kontexten ausdifferenzieren zu können. Allerdings bräuchte eine solche divergente Fallauswahl mehr Fälle, um zu einer Sättigung und damit zur Validierung von (kontextbezogenen) Hypothesen gelangen zu können.

Durch eine gezielte Auswahl einerseits bisher wenig beforschter Regionen und andererseits solcher Innovationen, die in der Literatur und der gesundheitswissenschaftlichen und politischen Öffentlichkeit viel Beachtung finden, bot die Studie außerdem die Chance eines kritischen Gegenlesens dieser Modellprojekte – zugespitzt auf die Bedarfsgerechtigkeit der durch sie geprägten lokalen Versorgung auf die von uns gewählte Zielgruppe.

3 Versorgungsstandards

Im Folgenden wird die Entscheidung des Forschungsteams erläutert, Versorgungsstandards für die Analyse und den Vergleich der Fallstudien zu entwickeln. Diese Standards und zugehörigen Indikatoren werden im tabellarischen Überblick sowie detaillierter im Text dargestellt. Schließlich wird am Beispiel einer Fallstudie der methodische Umgang mit den Versorgungsstandards demonstriert.

3.1 Warum Versorgungsstandards?

„Die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien erfordert (...) die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege“ (SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001: 66).

Komplexe Versorgungsbedarfe multimorbider älterer Menschen können nur mit integrierter Versorgung realisiert werden, weil die Versorgung zwischen Institutionen, Diensten und Berufsgruppen abgestimmt und koordiniert sein muss.

Zentrale Kriterien zur Bewertung einer gelungenen Versorgungsintegration sind nicht die Zufriedenheit der teilnehmenden Akteure („alle verstehen sich prima am Runden Tisch“) oder andere denkbare Erfolgsparameter wie bspw. Einsparungen, sondern ihre Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgung älterer Menschen.

Im Rahmen der Fallstudien konnten schon aus zeitlichen Beschränkungen keine ‚echte‘ Outcome-Messungen erfolgen; allerdings sind diese bei komplexen Interventionen wie Netzwerkbildungen grundsätzlich schwierig.¹⁰ Dennoch müssen Effekte auf Patienten das entscheidende Kriterium bleiben. Deshalb wurden – entsprechend dem Stand der Literatur (vgl. 3.2) – inhaltliche Versorgungsstandards und zugehörige Indikatorfragen¹¹ festgelegt, anhand derer die Versorgungssituation älterer Menschen in den Fallstudien erfragt wurde.

Bei der Zusammenstellung dieser Standards ging es nicht um Vollständigkeit, sondern um eine Auswahl von Kriterien nach

- Relevanz: Indikatoren, die als zentral für eine bedarfsorientierte Versorgung älterer Menschen gelten können,

¹⁰ Im Rahmen der Fallstudien ließen sich bspw. keine monokausalen Fragestellungen erheben, wie die, ob eine gemeinsame Trägerschaft tatsächlich zu einer nahtloseren Versorgung führt.

¹¹ In der quantitativ orientierten Qualitätsmessung werden Standards üblicherweise definiert als „gemittelte Werte validierter Indikatoren von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Kliniken und Ärzten, die mit der erforderlichen Sorgfalt arbeiten. Damit ist das tatsächliche, gegenwärtig gegebene durchschnittliche Leistungsniveau (state of the art) beschrieben.“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/I1_metho.htm). In dieser Studie werden die Begriffe ‚Standard‘ und ‚Indikator‘ mit einem breiteren Verständnis verwendet: „Indikatoren von lateinisch *indicare* (auf etwas zeigen/etwas zeigen) sind Anzeiger. Sie sind grundsätzlich unvollständige Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines Sachverhaltes, dessen Vorliegen nicht unmittelbar beobachtbar ist. Indikatoren sind unverzichtbar für das Messen komplexer Sachverhalte, durch die gewöhnlich die Programmevaluation charakterisiert wird.“ (Rogers, 1995: 15f., Herv. i. O.)

- **Integrationsbezug:** Indikatoren, die mithilfe einer besseren Kooperation und Koordination verbesserbar sind,
- **Praktikabilität:** Indikatoren, die im Rahmen des gewählten Studiendesigns erhebbar sind.

Die Einschätzung der Auswirkungen der Innovationen auf die Versorgung erfolgte, indem die Versorgungsstandards mit den jeweiligen Zielsetzungen der lokalen Akteure abgeglichen und deren Einschätzungen zur Umsetzung der Standards vor Ort erhoben wurden.

Mithilfe der Indikatorfragen wurde versucht, die Wirkung der Innovation auf die Versorgungsrealität zu operationalisieren. Das qualitative Studiendesign ermöglicht dabei einen differenzierten Umgang mit den Versorgungsstandards, indem in zwei Richtungen gefragt werden kann: Es sollte herausgearbeitet werden, inwiefern in den lokalen Fällen nach aktuellen Standards gearbeitet wird (Implementation). Weiter lässt sich an den lokalen Fällen empirisch zeigen, dass und wie definierte Standards (nur) innerhalb komplexer lokaler Konfigurationen mit ihren eigenen historischen Entwicklungslinien und ihren jeweiligen lokalen Spezifika wirksam werden. Dabei wurde deutlich, dass in den untersuchten Innovationen einzelne Standards durch lokale Akteure modifiziert und für die lokale Problemlage adaptiert werden. Auch stellte sich heraus, dass bestimmte Standards als unpraktikabel für eine spezifische lokale Versorgungskultur erscheinen können und alternative Lösungswege für die Verbesserung der Versorgungssituation erprobt werden (Transformation von Standards).

Ziel der folgenden Festlegungen ist es also weniger, für die Auswertung der Fallstudien starre Standards zu setzen. Vielmehr interessieren die spezifischen Modifikationen/Transformationen allgemeiner Standards in den lokalen Konfigurationen und die Bedingungen, unter welchen diese Konzepte für eine Verbesserung der Versorgungssituation fruchtbar gemacht werden können.

3.2 *Standards und Indikatoren für eine verbesserte Versorgung multimorbider älterer Menschen*

Zunächst werden die Standards und Indikatoren eingeführt und begründet, gefolgt von einer tabellarischen Übersicht (Tabelle 3).

a) Geriatriisches Fachwissen

- **Ausbau geriatrischer Strukturen: Maßnahmen zum Wissenstransfer zwischen Spezialisten und Generalisten**

Bedingung für eine adäquate Versorgung der wachsenden Bevölkerungsgruppe älterer multimorbider Menschen ist der Aufbau geriatrischer und gerontopsychiatrischer Strukturen in der Regelversorgung. Als eigenes Fach innerhalb der Medizin ist die Geriatrie derzeit noch im Aufbau begriffen. Weiterer Professionalisierungsbedarf wurde in beiden Ländern formuliert (vgl. z.B. Grob, 2005, 2006; Lübke et al., 2008; Lüttje et al., 2005): Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssten gestärkt, die Geriatrie als Fachdisziplin an den Universitäten weiter entwickelt werden. Um die ambulante wie stationäre Versorgung geriatrischer Patienten angemessen sicherzustellen, sei zudem ein „Zusammenrücken der Geriatrie mit anderen generalistisch orientierten Fachdisziplinen wie der Allgemeinmedizin“ (Lübke et al., 2008: A 1121) notwendig. Dies erfordert neben einer Qualifizierung von Generalisten ‚im Querschnitt‘

- den Aufbau spezialisierter Strukturen, bspw. geriatrische/gerontopsychiatrische Abteilungen in den Krankenhäusern.

- niedergelassene Ärzte mit geriatrischer und/oder gerontopsychiatrischer Qualifikation (vgl. auch Döhner & Schick, 1996; Döhner & Stamm, 2005) sowie
- flankierende Konsiliar- bzw. Liaisondienste für Heime etc., welche den Wissenstransfer in die Praxis gewährleisten.

Typische Probleme der Versorgung sind ‚Drehtüreffekte‘ geriatrischer Patienten auf akut-somatischen Stationen, Über- und/oder Fehlversorgung (z.B. Übermedikation, Defensivmedizin), aber auch Unterversorgung (z.B. unzureichende diagnostische Abklärung akuter Dekompensationen). Im Zusammenhang mit verhaltensauffälligen gerontopsychiatrischen, gleichzeitig akut kranken Patienten entsteht häufig eine Verschiebedynamik zwischen psychiatrischen Abteilungen und somatischen Stationen: Erstere möchten auf somatische Stationen verlegen, während letztere oft personell und räumlich nicht auf diese Patientengruppe eingerichtet sind und diese schnellstmöglich rückverlegen möchten. Diese Prozesse werden insbesondere in der Versorgung Demenzkranker beobachtet (zu den Problemen der Versorgung Demenzkranker in Krankenhäusern vgl. Kleina & Wingefeld, 2007).

In den Fallstudien wird der Ausbau lokaler geriatrischer und gerontopsychiatrischer Strukturen und deren Rolle für die lokalen Innovationen erfragt.

- **Case und Care Management: Maßnahmen zur fall- und netzwerkbezogenen Koordination**

Festlegungen von Versorgungsinhalten werden ergänzt durch Konzepte zum einzelfallorientierten Case Management und zu einer gemeinwesenorientierten Vernetzung durch Care Management, deren Umsetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung empfohlen wird (Döhner et al., 2002; Döhner & Kofahl, 2006; Ewers & Schaeffer, 2005; Schaeffer, 2000; Schaeffer & Ewers, 2002). Dabei ist die Notwendigkeit von Case Management als fallbezogener „Organisation komplexer Hilfen über die gesamte Zeit des Versorgungsbedarfs quer zu den Versorgungsstrukturen, also über die Grenzen verschiedener Versorgungssegmente hinweg“ (von Törne, 2005: 52) weitgehend unbestritten. Allerdings konkurrieren unterschiedliche Ansätze, in welchen Case Management entweder eher eine koordinierende Funktion („Gatekeeper“) oder eine vermittelnde Funktion („Informationsbroker“) zugeschrieben wird. Noch weiter geht das Verständnis von Case Management als umfassender Begleitung und Unterstützung der Betroffenen („Advocacy-Funktion“) (vgl. ebd.).

Die spezifische Ausgestaltung und Reichweite von Case Management ist unter anderem abhängig vom Integrationsgrad der an der Versorgung beteiligten Organisationen, insbesondere dann, wenn es über eine Gatekeeper- und Informationsbroker-Funktion hinausgehen soll. Fallbezogene Koordinationsbemühungen werden befördert durch lokale Vernetzungsprozesse (vgl. Kapitel 0) im Sinne eines Care Management.

Verschiedene Konzepte des Case Managements erfordern und akzentuieren in unterschiedlichem Ausmaß (haus-)ärztliche, pflegerische und sozialarbeiterische Kompetenzen. Zumindest in Deutschland wurde hin und wieder eine Konkurrenz der Professionen um eine neue Rolle oder Funktion sichtbar. Zu beantworten wäre hier, inwiefern „im Sinne von Diversifikation/Enhancement entweder ein neuer Beruf ‚Case Manager‘ geschaffen werden sollte, oder bestehende Berufsgruppen diese Aufgabe übernehmen müssten“ (SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007: 24) und könnten.

Für die Studie haben wir uns nicht auf ein bestimmtes Konzept von Case Management festgelegt, sondern die lokalen Fälle daraufhin untersucht, wie mit Aufgaben des Case Managements umgegangen und damit die Qualität der Versorgung beeinflusst wurde. Wir fragten, wie und von wem eine Case Manager-Funktion definiert und ausgefüllt werden sollte und wurde, und welche Akteursinteressen hierbei als mehr oder weniger legitim wahrgenommen wurden. Ein Beispiel dafür war der Vorwurf des Konzeptmissbrauchs an die Krankenkassen in der Schweiz, die ‚Case Manager‘ zur Kostenbegrenzung bei chronisch Kranken einsetzen. Auch gab es Konflikte

zwischen Sozialarbeit und Pflege darüber, welcher Berufsgruppe das Konzept Case Management ‚zusteht‘.

▪ **Schnittstellenübergreifende interdisziplinäre, interprofessionelle, interorganisationelle Versorgung**

Als zentrales Kriterium integrierter Versorgung muss die Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen und Organisationen gelten. Oft verstehen sich einzelne Einrichtungen und individuelle Fachkräfte aber nicht als Teil eines Patientenpfades bzw. Versorgungsnetzes. Hierarchien und unzureichender Informationsfluss beeinträchtigen häufig Überleitungs- und Vermittlungsprozesse. Der SVR wies auf eine Reihe von hemmenden Bedingungen für erfolgreiche Kooperationen hin: Unter anderem bestehe hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und Pflege, ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit. Die interprofessionelle Standardisierung sei zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert würden. Die Arztzentriertheit in der Gestaltung und Umsetzung der Krankenversorgung sei weiterhin in Deutschland für etliche Ineffizienzen verantwortlich (SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007: 17).

In unseren Fallstudien haben wir herausgearbeitet, wie, in welchem Umfang, mit welcher Reichweite und Verbindlichkeit verschiedene Berufsgruppen und Organisationen insbesondere an Schnittstellen kooperierten.

▪ **Leitprinzipien ‚ambulant vor stationär‘ und ‚Reha vor Pflege‘: Integrationsmaßnahmen zur Vermeidung stationärer Einweisungen und zur Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Krise/stationärer Aufnahme**

Unzureichende Koordination von Versorgung, bspw. durch mangelhaftes Entlassungsmanagement nach Krisenintervention im Krankenhaus oder unzureichende ärztliche Betreuung im Heim, führt in beiden Ländern zu vermeidbaren Heim- und Krankenseinweisungen. In Deutschland war diese Schieflage Anlass zur gesetzlichen Verankerung der Leitprinzipien ‚ambulant vor stationär‘ und ‚Reha vor Pflege‘ im Zuge der letzten Pflegereform¹².

Inwieweit ältere pflegebedürftige Patienten nach stationärem Aufenthalt wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden können, ist in hohem Maße von zielgerichteten rehabilitativen Angeboten abhängig. Diese können Einrichtungen zur Kurzzeit- oder Übergangs/Postakutpflege, Einheiten in Krankenhäusern oder Heimen sowie mobile Rehabilitation umfassen. Zudem sind berufliche Qualifikationen erforderlich wie z. B. rehabilitationsorientierte Pflegekonzepte,

12 Hier die wichtigsten Bestimmungen:

- „...Vorrang haben ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen...“ (§ 13 Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen, Abs. 1, SGB XII)
- „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ (§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege, SGB XI)
- „(1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. (2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.“ (§ 5, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, Abs. 1 & 2, SGB XI)

aktivierende Pflege (vgl. Eggert et al. (2005). Von Bedeutung ist auch hier die Kooperation von Berufsgruppen und Einrichtungen zur Integration von rehabilitierenden Maßnahmen in umfassende Versorgungspfade (Überweisung durch Hausärzte, Entlassungsplanung, systematische Beratung etc.).

In den Fallstudien wurde gefragt, wie die Leitprinzipien vor Ort diskutiert und bewertet wurden und ob sie in entsprechende Maßnahmen zu Verhinderung unnötiger Heimeinweisungen mündeten, z.B. durch ein bedarfsdeckendes Angebot zur Übergangsversorgung. Zudem wurde nach der Umsetzung rehabilitationsorientierter (aktivierender) Pflegekonzepte gefragt.

- **Sicherung fach- und hausärztlicher Versorgung im Heim: Integrationsmaßnahmen**

Insbesondere in Deutschland sind Heimbewohner hinsichtlich haus- und gebietsärztlicher Versorgung oft unterversorgt. Neben einer unzureichenden Vergütung von Hausbesuchen spielen strukturelle und prozessuale Probleme eine hinderliche Rolle, wie Informationsbarrieren durch viele in einem Heim beteiligte Hausärzte mit unterschiedlichen Behandlungsstandards, mangelnde Absprachen zwischen Medizin und Pflege und die umfassende Verordnungspflicht für das Pflegepersonal. Ansätze zur Lösung dieser Probleme beinhalten die Einstellung übergreifend zuständiger Heimärzte (zum "Berliner Projekt" vgl. Kotek, 2006) oder größere Handlungsspielräume für das Pflegepersonal (SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007).

In unseren Fallstudien wurde gefragt, in welcher Form haus- und fachärztliche Versorgung im Heim organisiert und wie deren Bedarfsgerechtigkeit bewertet wurde.

- **Zielgruppenorientierung: Integrationsmaßnahmen für mehr Bedarfsgerechtigkeit**

Gruppen sozial benachteiligter Älterer sind schwieriger erreichbar als andere. Sie nehmen trotz hoher Versorgungsbedarfe Angebote seltener in Anspruch. Im Gesundheitssystem dominieren noch immer kommunikative Strukturen, die den Mittelschicht-Bias der Inanspruchnahme tendenziell verstärken. Der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2002: 11) wies darauf hin, dass solche Strukturen bspw. die Zielgruppe alter zugewanderter Menschen nicht erreichen. Diese „nutzen bisher die Institutionen der Altenhilfe kaum. (...) Die oft noch übliche Warten-auf-Nachfrage-Struktur der Altenhilfe wird der Lebenssituation älterer Menschen nicht gerecht. Gebraucht werden aufsuchende und gemeinwesenbezogene Ansätze und offene und niedrigschwellige ambulante und stationäre Einrichtungen.“ Angebote, die sich im Sinne der ‚Gleichbehandlung‘ an ‚alle Alten‘ richten, de-thematisieren dabei die spezifischen Versorgungsbedarfe verschiedener Zielgruppen und schreiben so Benachteiligung, z.B. im Pflegeprozess, fort: „Eine gleichwertige Behandlung hingegen erfordert eine bedürfnis- und biografieorientierte Pflegebeziehung.“ (ebd., 12)

Deshalb wurde gefragt, ob lokale Innovationen differenzierte und spezifische Konzepte für schwer erreichbare Gruppen entwickeln und umsetzen.

b) Indikatoren für Verbesserungen in der Demenzversorgung

In beiden Ländern wurde empfohlen, spezialisierte Strukturen für Demenz-Patienten einzurichten bzw. weiter zu entwickeln (z.B. Demenz-Stationen in den Heimen, Wohngruppen bzw. Demenz-WGs). Insbesondere in der Pflege existieren differenzierte Konzepte zum Umgang mit Demenz-Patienten (Bundesministerium für Gesundheit, 2006; Füsgen & Hallauer, 2006; Kämmer, 2002; Klie & Schmidt, 2002a, 2002b; Sauer, 2008; Schneekloth & Wahl, 2007; Wißmann, 2008). Analog zur geriatrischen Versorgung (siehe oben) empfehlen Fachgesellschaften für die verschiedenen Erkrankungsstadien eine koordinierte Zusammenarbeit von Generalisten und Demenzspezialisten (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM, 2008).

Als zentrales Problem galt der mangelhafte Wissenstransfer zwischen Spezialisten für die Versorgung von Demenzpatienten (Gerontopsychiater, Neurologen, spezialisiertes Pflegepersonal) und Generalisten. In der Versorgungsrealität entstehen daraus multiple Versorgungsdefizite für diese Patientengruppe:

In der Allgemeinversorgung wird häufig zu spät oder unzureichend diagnostiziert. Hausärzte überweisen nicht regelhaft an Spezialisten. Die Inanspruchnahmerate fachärztlicher Behandlung verhält sich dabei vielerorts offensichtlich invers zur sozialen Schichtzugehörigkeit und zum Alter bei Erkrankungsbeginn (Bundesministerium für Familie, 2002: 233). Hausärzte spielen in der Versorgung Demenzerkrankter zwar eine zentrale Rolle (Diener, 2002; Kaduszkiewicz & van den Bussche, 2003; Melchinger & Machleidt, 2006; Riedel-Heller et al., 2000; Sandholzer et al., 2007), sind hierfür jedoch oft nicht ausreichend qualifiziert. Vor diesem Hintergrund werden zwei alternative Lösungswege kontrovers diskutiert: Während ein möglicher Entwicklungspfad auf einen Ausbau hausärztlicher Kompetenzen durch intensiven Wissenstransfer und Kooperationen mit Spezialisten setzt, fokussiert ein anderer Weg den flächendeckenden Ausbau spezialisierter Angebote von Gedächtnissprechstunden bzw. Memory-Kliniken (vgl. Helmchen & Kanowski, 2001: 69).

Weiterhin wurden Probleme bei der Vergabe von Pflegestufen (einseitige somatische Orientierung) und ungenügende Entlastungs- und Begleitungsangebote für pflegende Angehörige (z.B. durch Besuchsdienste, teilstationäre Angebote) diskutiert. Auch in der stationären Pflege erfolgt die Einrichtung spezialisierter Stationen aus Kostengründen nur zögerlich, obwohl ein Großteil der Bewohner eine Demenzerkrankung hat. Spezialisierte Pflegekonzepte finden aus finanziellen Gründen oftmals weder in der stationären noch in der ambulanten Pflege Umsetzung.¹³

In unseren Fallstudien wurde deshalb nach spezialisierten Versorgungsangeboten für an Demenz erkrankte Ältere, nach Maßnahmen zur Qualifizierung, nach Angeboten zur Entlastung und zum Einbezug von Angehörigen sowie nach der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Gebietsärzten gefragt.

c) Indikatoren für Verbesserungen in der palliativgeriatrischen Versorgung

Die Debatten über eine bedarfsgerechte Palliativversorgung unterschieden im Untersuchungszeitraum zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung. Unter allgemeiner Palliativversorgung wurde dabei die palliativmedizinische Tätigkeit in den primären Versorgungsstrukturen verstanden (durch Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen). Der Begriff der spezialisierter Palliativversorgung bezeichnet Strukturen, „deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht“ (Empfehlungen des Europarats zitiert in Schindler, 2006: 1078); mithin bündelt sich in solchen Strukturen eine hohe Palliativkompetenz. Auch in der Schweiz wurden Vor- und Nachteile des Aufbaus spezialisierter Zentren versus einer Qualifizierung aller Institutionen des Gesundheitswesens im Sinne eines „Querschnittswissens“ kontrovers diskutiert (Bosshard & Grob, 2007).

Als charakteristisch für die Entwicklung einer spezialisierter palliativen Versorgung kann deren Ursprung in der Behandlung onkologischer Patient/-innen gelten. Hierfür dürften auch Ressourcenaspekte wie die vergleichsweise gute Finanzausstattung der Krebsforschung bedeutsam sein. Der Mangel an differenzierten Konzepten für palliativgeriatrische Patienten wurde in beiden Ländern beklagt; allerdings war deren Fortentwicklung im Untersuchungszeitraum sichtbar (Davies & Higginson, 2004; Ewers & Schaeffer, 2007; Heller & Pleschberger, 2008; Husebø, 2003; Husebø & Klaschik, 2006; SAMW, 2006).

Auch im palliativen Versorgungsbereich wirken sich Integrationsdefizite zwischen den (potentiell) beteiligten Akteuren nachteilig für die Betroffenen aus. So führen unzureichende

¹³ Auf diese hat die deutsche Politik mittlerweile – wenn auch in umstrittener Weise – reagiert (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, 2012).

Qualifikationen des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen und der behandelnden Hausarzt/-innen häufig zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen in der Sterbephase. Auch die kontroversen Debatten auf medizinethischem Gebiet (Gültigkeit von Patientenverfügungen, Sterbehilfe, Sorge um unterlassene Hilfeleistungen, Defensivmedizin) beeinflussen professionelle Entscheidungen über Versorgungspfade. Während die meisten Palliativkonzepte dahingehend übereinstimmen, dass in der Sterbephase medizinische und psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden sollten, spielen in der Praxis Konflikte zwischen den Berufsgruppen in Form unterschiedlicher ‚Philosophien‘ eine relevante Rolle für wahrgenommene Versorgungsmängel und Kooperationsprobleme (z.B. intensivmedizinisch bzw. anästhesiologisch initiierte Palliativmedizin vs. Hospizbewegung).

In unseren Fallstudien wurde nach der Bereitstellung interdisziplinärer Palliativ-Teams und nach Qualifizierungsmaßnahmen für Generalisten („Querschnittwissen“) gefragt. Außerdem wurde erhoben, ob und inwieweit lokale Palliativversorgung explizit auch palliativgeriatrisch ausgerichtet ist. Am Beispiel ambulanter Hospizdienste wurde untersucht, inwieweit palliative Versorgungskonzepte medizinische und psychosoziale Aspekte berücksichtigten. Schließlich wurde die Palliativversorgung in den Fällen auch als Anwendungsbeispiel für das Leitprinzip ‚ambulant vor stationär‘ und eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit verstanden. Es wurde beleuchtet, inwiefern lokale Akteure in der Lage sind, unnötige stationäre Einweisungen in der Sterbephase zu vermeiden und ‚Sterben zuhause‘ auf Wunsch zu ermöglichen.

Abschließend werden die gewählten Versorgungsstandards und die daraus abgeleiteten Indikatorfragen in der folgenden Tabelle im Überblick vorgestellt.

Tabelle 1: Überblick über Versorgungsstandards und Indikatorfragen

Versorgungsstandard	Indikatorfragen für die Fallstudien
a) Geriatrisches Fachwissen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbau/Umsetzungsstand geriatrischer Strukturen: Integrationsmaßnahmen zum Wissenstransfer Spezialisten – Generalisten ▪ Geeignete akutmedizinische Versorgung von verhaltensauffälligen Patienten: Integrationsmaßnahmen zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es niedergelassene Geriater/ geriatrische Fachabteilungen vor Ort? Wie arbeiten diese mit den Allgemein-Versorgern zusammen? ▪ Sind stationäre Einrichtungen der Allgemeinversorgung auf desorientierte, weglaufgefährdete Patienten eingestellt? Gibt es ggf. gerontopsychiatrisch qualifiziertes Fachpersonal, das konsiliarisch einspringen kann? ▪ Wird eine ‚Verschiebeproblematik‘ gerontopsychiatrischer Patienten berichtet?
Case/Care Management	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzungsstand von Case Management: Maßnahmen zur fallbezogenen Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird „Case Management“ lokal bewertet? Was ist damit gemeint? Wer setzt Case Management bzw. Elemente dessen um? ▪ Existieren personenzentrierte Informations- und Überleitungssysteme (z.B. Überleitungsbögen, sektorenübergreifende Therapiepläne)? ▪ Gibt es neutrale, integrierte Beratungsstellen für Betroffene? ▪ Gibt es Fallkonferenzen? Wer nimmt daran teil? Gehen diese über die Organisation hinaus? ▪ Gibt es Netzwerkkonferenzen und interdisziplinäre Arbeitskreise?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzungsstand von Care Management: Maßnahmen zur gemeindewesenorientierten Vernetzung 	

- Systematische Organisation einer schnittstellenübergreifenden interdisziplinären, -professionellen, -organisationellen Versorgung
- Leitprinzip „ambulant vor stationär“: Integrationsmaßnahmen zur Vermeidung stationärer Einweisungen
- Leitprinzip „Reha vor Pflege“: Integrationsmaßnahmen zur bestmöglichen Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Dekompensation
- Sicherung der fach- und hausärztlichen Versorgung im Heim
- Existieren interdisziplinäre Fort-/Weiterbildungsangebote (z.B. Qualitätszirkel)?
- Wie wird an den Schnittstellen eines Versorgungspfades im Sinne eines Versorgungskontinuums kooperiert? Welche Routinen, Überleitungsstandards etc. gibt es?
- Wie wird das Leitprinzip diskutiert und bewertet?
- Inwieweit wird das Problem vermeidbarer Einweisungen durch die lokale Innovation adressiert?
- (Wie) werden vor Ort unnötige Heimeinweisungen vermieden?
- Sind Übergangsangebote vorhanden? Wie bedarfsdeckend können diese genutzt werden?
- Sind Konzepte rehabilitationsorientierte (aktivierende) Pflege bekannt? (Wie) werden diese umgesetzt?
- Wie ist diese organisiert (Hausarzt oder nicht)? Kommen Fachärzte zu Hausbesuchen? Werden Mängel oder Unterversorgung beschrieben?

Zielgruppenorientierung

- Integrationsmaßnahmen für mehr Bedarfsgerechtigkeit
- Gibt es Angebote für einzelne Betroffenengruppen (ethnizitäts-, gendersensibel)?

b) Demenzversorgung

- Bereitstellung spezialisierter Angebote
- Sind die spezifischen Bedarfe von demenzerkrankten Älteren lokal erkannt und thematisiert? Gibt es „geeignete therapeutische Milieus“, d.h. eigene Wohneinheiten in Pflegeheimen und speziell auf Demenzerkrankte zugeschnittene Angebote?
- Qualifizierung des Personals
- Ist das Personal in den nicht-spezialisierten Einrichtungen für den Umgang mit Demenzpatienten fortgebildet (einschließlich des hauswirtschaftlichen und technischen Personals)?
- Wie wird mit Angehörigen zusammengearbeitet? Welche Angebote gibt es: schriftliches Konzept, spezielle Beratungsangebote, Fortbildungen, feste Ansprechpartner, Angehörigengruppe?
- Angehörigenarbeit
- Wird die Demenzdiagnose routinemäßig gebietsärztlich bestätigt?
- Einbezug von Spezialisten in die Diagnosestellung durch den Hausarzt

c) Palliativversorgung

- Bereitstellung spezialisierter interdisziplinärer PC-Teams
- Palliativgeriatrischer Schwerpunkt
- Palliativversorgung als Querschnittwissen
- Berücksichtigung medizinischer UND
- Gibt es ein solches Team? Wo kommt es zum Einsatz?
- Inwieweit berücksichtigen die Angebote vor Ort explizit alte Menschen?
- Ist das Personal der Allgemein-Versorgung im Bereich Palliativversorgung fortgebildet?
- Gibt es einen psychosozialen Hospizdienst (z.B.

- psychosozialer Aspekte
- Sterben zuhause ermöglichen
- ehrenamtliche Gruppe) vor Ort?
- Verstehen sich die Hausärzte als kompetent für die häusliche Sterbebegleitung?
- Werden „unnötige KH Einweisungen“ in der Sterbephase als Problem wahrgenommen?

3.3 Exkurs: Umgang mit den Versorgungsstandards in der Analyse der Fallstudien

Die oben entwickelten Versorgungsstandards dienen als Leitlinie für die Analyse der Fallstudien v.a. zu Fragen nach der Qualität der Versorgung multimorbider älterer Menschen vor Ort und den Effekten (Versorgungsauswirkungen) der untersuchten Innovationen.

Den zusammenfassenden Bewertungen der lokalen Versorgungsstrukturen und der Darstellung von vorhandenen Versorgungsdefiziten liegt jeweils eine tabellarische Auflistung wie die folgende zugrunde.

Tabelle 2: Beispiel: Lokale Umsetzung von Versorgungsstandards in der Fallstudie D-Nordstadtquartier

Versorgungsstandard	Indikatorfragen für die Fallstudien	Umsetzungsstand in der Fallstudie
a) Geriatisches Fachwissen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbau/Umsetzungsstand geriatrischer Strukturen: Integrationsmaßnahmen zum Wissenstransfer Spezialisten – Generalisten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gibt es niedergelassene Geriater/ geriatrische Fachabteilungen vor Ort? Wie arbeiten diese mit den Allgemein-Versorgern zusammen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrische Strukturen werden als nicht optimal ausgebaut beschrieben. ▪ Die geriatrische Abteilung des nächstgelegenen KH scheint wenig unterstützend/kaum in restliches Versorgungsnetz integriert. Sie wird entweder nicht genannt oder kritisiert.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geeignete akutmedizinische Versorgung von verhaltensauffälligen Patienten: Integrationsmaßnahmen zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind stationäre Einrichtungen der Allgemeinversorgung auf desorientierte, weglaufgefährdete Patienten eingestellt? Gibt es ggf. gerontopsychiatrisch qualifiziertes Fachpersonal, das konsiliarisch einspringen kann? ▪ Wird eine ‚Verschiebeproblematik‘ gerontopsychiatrischer Patienten berichtet? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es bestehen Versorgungslücken in der Gerontopsychiatrie (keine Pflegestufen, teure oder nicht vorhandene Wohnangebote, unzureichende Demenzversorgung, s. dort) ▪ Verschiebungsproblematik zeigt sich v.a. in schnellen Entlassungen multimorbider Älterer aus dem akutstationären Bereich ohne Nachsorge-Planung in die häusliche Umgebung oder ins Heim.

Case/Care Management

- **Umsetzungsstand von Case Management: Maßnahmen zur fallbezogenen Koordination**
 - Wie wird „Case Management“ lokal bewertet? Was ist damit gemeint? Wer setzt Case Management bzw. Elemente dessen um?
 - Existieren personenzentrierte Informations- und Überleitungssysteme (Überleitungsbögen, sektorenübergreifende Therapiepläne)?
- **Umsetzungsstand von Case Management: Maßnahmen zur netzwerkbezogenen Koordination**
 - Gibt es einen (hauptamtlichen) Netzwerkmanager?
 - Gibt es neutrale, integrierte Beratungsstellen für Betroffene?
 - Gibt es Netzwerkkonferenzen und interdisziplinäre Arbeitskreise?
- **Systematische Organisation einer schnittstellenübergreifenden interdisziplinären, -professionellen, -organisationellen Versorgung**
 - Gibt es Fallkonferenzen? Wer nimmt daran teil? Gehen diese über die Organisation hinaus?
 - Existieren interdisziplinäre Fort-/Weiterbildungsangebote (z.B. Qualitätszirkel)?
 - Wie wird an den Schnittstellen eines Versorgungspfades im Sinne eines Versorgungskontinuums kooperiert? Welche Routinen, Überleitungsstandards etc. gibt es?
- **Leitprinzip ambulant vor stationär: Integrationsmaßnahmen zur Vermeidung stationärer Einweisungen**
 - Wie wird das Leitprinzip ambulant vor stationär diskutiert und bewertet?
 - Inwieweit wird das Problem vermeidbarer Einweisungen durch die lokale Innovation adressiert?
- Die zentrale Innov. (Beratungsstelle BSP*) ist eingerichtet, um die Lücke für lokales Case Management zu schließen, v.a. mit Informations-Brokerfunktion, teilweise auch Hausbesuche, längere Prozessbegleitungen. Es gibt Versorgungsauswirkungen (mehr umfassend beratene Pat.), aber keine umfassende Reichweite: weiterhin viele Parallelstrukturen und Wege.
- Das untersuchte Netzwerk für Altenversorgungsträger NAV* hat Überleitungsbögen entwickelt, Standards sind in Planung.
- Die Beratungsstelle BSP stellt parallele Infrastruktur (mit hauptamtlichen Mitarbeitern) für das Netzwerk dar.
- BSP ist weitgehend als neutrale Beratungsinstanz akzeptiert, teilweise infrage gestellt (Träger hat eigenes Angebot)
- Mitgliedschaft in NAV bedeutet verpflichtende vierteljährliche Netzwerkkonferenzen und dezentrale Arbeit in AGs.
- Vom NAV gibt es eine Fallkonferenz. Auch eine AG, die vor Netzgründung informell bereits bestand und weiterhin existiert, ist als Fallkonferenz gedacht, Teilnehmende sind meist aus der Pflege und Soz-Arbeit, Ärzte fehlen; Netzarbeit ist meist jedoch nicht auf konkreter Fallebene, dafür finden meist die jeweils Beteiligten keine Zeit (alle an einen Tisch klappt oft nicht), eher Detailabsprachen am Telefon, insbes. zwischen Ärzten und ‚Rest der Welt‘ problematisch. Auch ärztlicherseits wird ein Absprachedefizit, mangelnde Koop. bspw. zu stat. Pflegepersonal beklagt
- Die Heimeinweisungen sind gesunken. Das Leitprinzip wird durch Qualitätsprobleme in der ambulanten Pflege relativiert und ist Gegenstand von Kontroversen zwischen amb. und stat. Pflege.
- Innov. BSP wird fördernd (Beratung in Richtung Reha), hemmend: ärztl. Budgets, eingeschränkte Reichweite der BSP (oft kein Zugriff bei KH-Entlassungen).

- Leitprinzip Reha und Pflege: Integrationsmaßnahmen zur bestmöglichen Rehabilitation Pflegebedürftiger nach Dekompensation
- (Wie) werden vor Ort unnötige Heimeinweisungen vermieden?
- Sind Überangebote vorhanden? Wie bedarfsdeckend können diese genutzt werden?
- Kurzzeitpflege, Tagesklinik sind vorhanden, arbeiten nach eigenen Aussagen nicht bedarfsdeckend, zu wenig bekannt, Zuzahlungen nötig (Selektion reicherer Patienten), Tagessätze der Pflegeversicherung oft nicht ausreichend, wenig systematische Koordination mit Hausärzten u.a.
- In den Heimen sind passagere Aufenthalte bisher eher die Ausnahme, Bedarf an Konzepten der Übergangsversorgung wird gesehen, aber bisher nicht entwickelt.
- Sind Konzepte rehabilitationsorientierter (aktivierender) Pflege bekannt? (Wie) werden diese umgesetzt?
- Aktivierende Pflege wird viel thematisiert, wird aber sowohl im stat. als auch im ab. Bereich durch qualif. und personelle Probleme nur teilweise umgesetzt (kostet mehr Zeit, Budgetproblem)
- Sicherung der fach- und hausärztlichen Versorgung im Heim
- Wie ist dies organisiert? (Heimarzt oder nicht?) Kommen Fachärzte zu Hausbesuchen? Wird ein Mangel/Unterversorgung beklagt?
- Teilweise Hausarztmodell, ärztliche Versorgung in teilnehmenden Heimen scheint besser zu funktionieren.
- Kurzzeitpflege hat zu wenig ärztl. Unterstützung.
- Fachärzte kommen zu selten ins Heim (in Heimen mit Heimarzt eher), Pflegebedürftige zuhause sind unterversorgt, Hausärzte fühlen sich alleingelassen.
- Zielgruppenorientierung**
- Integrationsmaßnahmen für mehr Bedarfsgerechtigkeit
- Gibt es Angebote für einzelne Betroffenengruppen (migrations-, gendersensibel)?
- Viele Angebote (z.B. Hospitzdienst, Gemeindeförderung) verstehen sich als „für alle offen“, haben trotzdem einen Mittelschicht-Bias, meist „Komm-Strukturen“, teils aber auch niedrighschwellige zugewandene Angebote für schlecht Erreichbare (slow goes and no goes) vorhanden.
- Für jüngere gesündere Senioren gibt es mehr Angebote als für Pflegebedürftige.
- Migrant/-innen als Zielgruppe: eher in den Anfängen, z.B. Netzwerk Demenz und Migration der Alz. Selbsthilfe (überbezirklich)

b) Demenzversorgung

- Bereitstellung spezialisierter Angebote
- Qualifizierung des Personals
- Angehörigenarbeit
- Einbezug von Spezialisten in die Diagnoseerstellung durch den Hausarzt
- Sind die spezifischen Bedarfe von demenzerkrankten Älteren lokal erkannt und thematisiert? Gibt es „geeignete therapeutische Milieus“, d.h. eigene Wohneinheiten in Pflegeheimen und speziell auf Demenzerkrankte zugeschnittene Angebote?
- Ist das Personal in den Einrichtungen der Allgemein-Versorgung und Pflege für den Umgang mit Demenzpatienten fortgebildet (einschließlich des hauswirtschaftlichen und technischen Personals?)
- Wie wird mit Angehörigen zusammengearbeitet? Welche Angebote gibt es: schriftliches Konzept, spezielle Beratungsangebote, Fortbildungen, feste Ansprechpartner, Angehörigengruppe?
- Wird die Demenzdiagnose routinemäßig gebietsärztlich bestätigt?
- Kontroverse zw. Empfehlungen der Alzheimer Selbsthilfe und sog. „Integrativem Ansatz“ der Heime.
- Stat. Pflege hat bisher kaum Versorgungskonzepte entwickelt, eher bauliche Anpassung.
- Qualifizierung des Personals scheint oft von Eigeninitiative interessierter Einzelpersonen abhängig, Thema ist als relevant überall akzeptiert, Hausärzte und Arzthelfer oft nicht geschult, wenig Koop. mit Alz. Selbsthilfe.
- Zentrale Innov. (BSP) bezieht Angehörige explizit mit ein, zu wenig Entlastung pflegender Angehöriger ist omnipräsentes Thema.
- Nicht sicher beantwortbar.

c) Palliativversorgung

- Bereitstellung spezialisierter interdisziplinärer PC Teams
- Palliativgeriatrischer Schwerpunkt
- Palliativversorgung als Querschnittswissen
- Berücksichtigung medizinischer UND psychosozialer Aspekte
- Sterben zuhause ermöglichen
- Gibt es ein solches Team? Wo kommt es zum Einsatz?
- Inwieweit berücksichtigen die Angebote vor Ort explizit alte Menschen?
- Ist das Personal der Allgemein-Versorgung im Bereich Palliativversorgung im Bereich Palliativversorgung fortgebildet?
- Gibt es einen psychosozialen Hospizdienst (z.B. ehrenamtliche Gruppe) vor Ort?
- Ein palliativ tätiges Ärzteteam betreut v.a. onkol. Patienten. Ambulante Pflegedienste bieten auch PC an, Qualif. nicht sicher beantwortbar. Es scheint eine Versorgungslücke in der Palliativgeriatrie zu geben.
- Stationäre Einrichtungen konstatieren Fortbildungsbedarf.
- Es gibt einen psychosozialen Hospizdienst, der Ehrenamtliche zur häuslichen Begleitung vermittelt, diese machen keine Pflege. Der Hospizdienst beklagt mangelnde Koordination mit anderen Akteuren (v.a. Heime, Hausärzte, häusliche Pflege), nicht systematisch einbezogen, auf ‚Goodwill‘ der anderen Profis angewiesen.

4 Theoretische Grundlagen

Ziel der vorliegenden Studie war es, auf nationaler und lokaler Ebene Kriterien für eine gelungene Integration von Versorgung herauszuarbeiten und generalisierbare Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien auf den verschiedenen Ebenen zu identifizieren. Dazu bedurfte es analytischer Konzepte, die die Entstehungsprozesse konkreter innovativer Integrationsversuche (Entwicklungspfade), ihre strukturellen Ausgestaltungen (Organisationsformen) und ihre Auswirkungen auf die Versorgung erfassen können. Neben den Effekten auf die tatsächliche Versorgung multimorbider älterer Menschen interessierte uns die Frage, wie Integrationsversuche auf die Konfiguration der umgebenden Versorgungslandschaft wirken. Unter welchen (fördernden oder hemmenden) Bedingungen waren die untersuchten Innovationen entstanden? Wie waren sie gestaltet und welche Konsequenzen hatte dies für Versorgungsintegration?

Im Folgenden werden die Konzepte vorgestellt, anhand derer das empirische Material der nationalen und lokalen Fallstudien analysiert wurde. Ausgewählt wurden Konzepte aus der Innovationsforschung in der Organisationssoziologie, aus neo-institutionalistischen Ansätzen in den Politikwissenschaften und diskursanalytische Perspektiven. Die im Folgenden kurz angesprochenen und weiter unten detaillierter ausgeführten Konzepte wurden gewählt, weil sie

- Veränderungen/Innovationen aus unterschiedlichen Perspektiven erklären,
- einen analytischen Zugriff sowohl auf nationale als auch auf lokale Entwicklungen erlauben
- helfen, die ‚diskursive Natur‘ eines gesellschaftlichen Themas wie dem der integrierten Versorgung zu verdeutlichen:

Im ersten Schritt geht es um den Begriff der ‚Innovation‘, mit dem die angestrebten Veränderungen hin zu besser integrierter Versorgung theoretisch gerahmt wurden. Die herangezogenen Konstrukte beschreiben mögliche Innovationen und die Bedingungsfaktoren für ihre Realisierung wesentlich aus der Perspektive der handelnden Akteure/Organisationen. Aus der Projektsicht haben wir die von uns für umfassend integrierte Versorgung definierten normativen Kriterien ergänzt.

Im zweiten Schritt geht es ebenfalls um das Verstehen von Veränderung bzw. Innovationen, hier als Gegenstände politischer und gesellschaftlicher Steuerungsprozesse. Für diese Perspektive bieten sich politikwissenschaftliche Ansätze des Neo-Institutionalismus an (Aspinwall & Schneider, 2000; Scharpf, 2000a, 2000b): Sie erlauben es, Entwicklungspfade politischer Themen und diesbezüglicher Veränderungsprozesse (wie integrierte Versorgung) innerhalb der sie umgebenden institutionellen Konstellationen (die sich kulturell und strukturell manifestieren, und in denen Machtverhältnisse geronnen sind), die sie ermöglichen, begrenzen und bestimmte Richtungen drängen, zu analysieren und ihre hemmenden und förderlichen Faktoren zu identifizieren.

Ergänzend hierzu wurde das Konzept des Politik-Zyklus eingeführt: er gliedert politische Entwicklungen in die Phasen der Problemwahrnehmung, Politikformulierung, Implementierung und Evaluation. Damit lassen sich politische Prozesse als Lern- und Entwicklungsprozesse fassen.

Abschließend wurden diskursanalytische Konzepte herangezogen. Diskursanalytische Ansätze fokussieren auf den Zusammenhang von sprachlichem Handeln und gesellschaftlichen, besonders institutionellen Strukturen (Keller, 2007). Es wird untersucht, wie politische Themen aus unterschiedlichen Interessenlagen und Perspektiven sprachlich gestaltet und damit ihre Wahrnehmung wie auch ihre Umsetzung in bestimmte Richtung vorangetrieben bzw. eingeschränkt wird. Damit wird unterstrichen, dass es in den vorliegenden Untersuchungen nicht um eindeutige und unumstritten festgestellte Wirklichkeiten ging, sondern um Prozesse von Kommunikation bzw. Wissensgenerierung, in denen von unterschiedlichen Interessen

geleitet Probleme und Lösungen als ebensolche eingeführt wurden – erst dadurch wurden sie zu einem Teil einer möglicherweise gemeinsam oder gruppenspezifisch geteilten Realität.

4.1 *Integration als Innovation*

Gemeinhin wird in Bezug auf den Innovationsbegriff zwischen Produkt- und Prozessinnovationen unterschieden (vgl. zum Folgenden: Gerlinger, 2003: 8f.). Während sich Produktinnovationen auf neue Technologien beziehen, handelt es sich bei Prozessinnovationen um „soziale Innovationen“, d.h. es geht um „neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen, die [...] Probleme besser lösen, als frühere Praktiken und die deshalb wert sind, nachgeahmt und institutionalisiert zu werden.“ (Zapf zitiert in Gerlinger, 2003: 8f.). Unsere Studie konzentrierte sich auf Prozessinnovationen, die den Autor/-innen aktuell für den gesundheitspolitischen Diskurs zur integrierten Versorgung wichtig erschienen. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass es im Zusammenhang mit integrierter Versorgung auch um wichtige Produktinnovationen gehen kann (z.B. elektronische Vernetzung).

Fast alle Definitionsversuche von Innovationen heben deren Neuigkeitscharakter in den Vordergrund. Im Rahmen dieses Projekts wurde nicht so sehr auf „Neuigkeit“ an sich Wert gelegt als vielmehr darauf, dass neue Organisationsformen und Regulierungen zu einem höheren Integrationsgrad und dadurch plausibel zu einer verbesserten Qualität der Gesundheitsversorgung führen sollten. Mit anderen Worten: Das Projekt ging von einem in der Theorie und Praxis von Public Health¹⁴ verankerten normativen Innovationsbegriff aus. Aus diesem leitet sich ab, dass Innovationen einen Nutzen im Sinne der Verbesserung der gesundheitlichen Lage bzw. Versorgung aufweisen müssen (Gerlinger, 2003: 9).

Die Frage nach den Erfolgsbedingungen von Innovationen in und durch Organisationen gehört zu den klassischen Problemen sozialwissenschaftlicher Forschung (Barnett, 1953; Gillwald, 2000; March & Simon, 1958; Mohr, 1969; Rogers, 1995; Slappendel, 1996; Van de Ven & Rogers, 1988; Wolfe, 1994; Zaltman et al., 1973). Bei aller Heterogenität der empirischen Befunde lassen sich in der Innovationsforschung einige problemfeldübergreifende Befunde identifizieren, die auch für die Fragestellung dieses Projektes fruchtbar gemacht werden konnten.

Als wichtig für die Bereitschaft zur Veränderung und Innovation und für deren Erfolgsaussichten gelten gemeinhin folgende Merkmale als bedeutsam (Rogers, 1995: 15ff., 204ff., 250ff.; ähnlich auch Zaltman et al., 1973)¹⁵:

- der von den Beteiligten wahrgenommene Nutzen einer Innovation, wobei es sich dabei um ökonomischen Nutzen, um ideellen Nutzen oder um eine Verbesserung der Lebens-

¹⁴ „Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Belastung und Stärkung von Ressourcen. ... Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung.“ (Rosenbrock 1992)

¹⁵ Rogers führt dazu Folgendes aus:
„*Relative advantage* is the degree to which an innovation is perceived as better than the idea it supersedes. The degree of relative advantage may be measured in economic terms, but social prestige factors, convenience, and satisfaction are also important factors. [...] *Compatibility* is the degree to which an innovation is perceived as being consistent with the existing values, past experiences, and needs of potential adopters. [...] *Complexity* is the degree to which an innovation is perceived as difficult to understand and use. Some innovations are readily understood by most members of a social system; others are more complicated and will be adopted more slowly. [...] *Observability* is the degree to which the results of an innovation are visible to others. The easier it is for individuals to see the results of an innovation, the more likely they are to adopt it“ (Bublitz, 2001: 231)

qualität der von der Innovation betroffenen Menschen (Patienten und Leistungserbringer) handeln kann;

- die Kompatibilität mit geltenden Normen, gemachten Erfahrungen, Interessen der Anwender sowie dominanten Überzeugungen und Problemlösungsmustern;
- die Komplexität einer Innovation, also der Reichweite an Veränderungen, die zu ihrer Implementation notwendig sind.
- die Beobachtbarkeit der Ergebnisse, also der Möglichkeit, den Nutzen möglichst zeitnah zu messen.

Die Durchsetzungschancen einer Innovation werden nicht nur vom Vorhandensein eines entsprechenden Akteursinteresses und von existierenden oder wahrgenommenen Hindernissen beeinflusst, sondern auch von der Fähigkeit der beteiligten Akteure, derartige Hindernisse zu überwinden (Mohr, 1969: 111). In diesem Zusammenhang fand eine Verschiebung des Erkenntnisinteresses und der Forschungsparadigmen in der internationalen Innovationsforschung von Bedeutung statt (Slappendel, 1996; Wolfe, 1994): Standen zunächst die individuell-subjektiven und später die strukturellen Bestimmungsfaktoren von Innovationen im Mittelpunkt, so galt im nächsten Schritt das Hauptinteresse der Interaktion zwischen den Akteuren und ihrer Umwelt (Van de Ven & Rogers, 1988). Damit rückte der Prozesscharakter von Innovationen in den Mittelpunkt.

Geht man davon aus, dass Innovationen in dem hier besprochenen Sinn per se von Unsicherheit geprägte Prozesse sind, so steigen die Erfolgchancen – auch oder gerade unter restriktiven Rahmenbedingungen – in dem Maße, wie die Akteure rekursive Prozesse einbauen, die Erwartungsunsicherheit reduzieren und wechselseitiges Vertrauen aufbauen (Asdonk et al., 1991).

Dies gilt zumal für integrierte Versorgung, die sich nicht nur unter meist restriktiven Bedingungen vollzieht, sondern auch in besonderem Maße durch die skizzierte Unsicherheit gekennzeichnet ist. Anschauungsmaterial aus Gesundheitssystemen anderer Staaten eignet sich in den meisten Fällen nicht zur direkten Übertragung (z.B. Greß, 2002); Versorgungsstrukturen sind in höchst unterschiedliche nationale (und regionale) Finanzierungssysteme, institutionelle Konfigurationen und Machtstrukturen eingebunden. Die Einführung integrierter Versorgungsstrukturen kann sich somit kaum als Diffusion einer andernorts entwickelten Innovation vollziehen, sondern bedarf eigener Suchaktivitäten, die sich z.T. auf iterativem Wege („trial and error“) vollziehen. Außerdem sind meist inter-organisationelle Prozesse, nicht nur intra-organisationelle erforderlich. Die vorliegende Studie sollte Voraussetzungen für dazu notwendige Lernprozesse durch die systematische Analyse unterschiedlicher real-life Modelle verbessern.

4.2 Integrierte Versorgung als Steuerungsfrage

Medizinische und pflegerische Versorgungssysteme setzen sich aus strukturell getrennten und kulturell verschiedenen Organisationen und Professionen zusammen. Diese haben sich in Wechselwirkung mit fortschreitenden Spezialisierungen und Differenzierungen entwickelt, die sich in verschiedenen Regulierungssystemen, aber auch in unterschiedlichen organisationellen und kulturellen Werten niederschlagen. Für eine umfassend integrierte Versorgung müssen daher diese Systeme umgesteuert oder sogar neu organisiert werden.

Mit dieser Problematik haben Gesundheitssysteme die typischen Koordinationsprobleme komplexer Gesellschaften:

Jede organisierte menschliche Aktivität – von der Herstellung von Gefäßen bis zum Befördern von Menschen auf den Mond – stellt zwei fundamental unterschiedliche Anforderungen: die Arbeitsteilung in verschiedene Einzelaktivitäten, und die Koordinierung dieser Aktivitäten, um die Gesamtaufgabe zu erfüllen.¹⁶ (Mintzberg, 1983: 2)

Die Differenzierung in immer mehr Subsysteme hat beachtliche Probleme für die gesellschaftliche und politische Steuerung in postmodernen Gesellschaften geschaffen (Rhodes, 1997; Willke, 1998). Dies trifft insbesondere für komplexe Aufgaben wie die der integrierten Versorgung zu. Hier können Problemlösungen nicht auf ein Subsystem, einen Akteur oder einen Bereich beschränkt werden. Netzwerklösungen sind erforderlich, die eine Kapazität für Re-Integration über Systemgrenzen hinweg benötigen.

Zur Beschreibung und Analyse politischer Entwicklungspfade und transnationaler Unterschiede in der Politikentwicklung und -implementierung werden neo-institutionelle Ansätze genutzt, mit denen Wechselwirkungen zwischen Handlungsprozessen und institutionellen Kontexten beschreibbar sind (Nørgaard, 1996). Sie ermöglichen, die Kontextspezifität von Steuerungsprozessen zu erfassen, und damit die Unterschiedlichkeit ihrer Ergebnisse zu erklären.

Nur die genaue Kenntnis der institutionellen Landschaft und der damit verknüpften Policies erlaubt zu sagen, ob angesichts der gegebenen Strukturen und Politikbestände eine neue Maßnahme eine Erfolgschance hat bzw. ob die neue Maßnahme die alten in unerwünschter Weise beeinflusst. (Héritier, 1993: 13)

4.2.1 Zur Definition von Institutionen

Der Begriff der Institution verweist auf Kontinuitäten in Gesellschaften. ‚Rationalistische InstitutionalistInnen‘ definieren Institutionen als jede Form von Menschen gemachter Einschränkungen der Interaktionen zwischen Menschen, sowohl formellen wie informellen (North, 1990). Sie entfernen sich insofern von der neoklassischen Ökonomie mit der Annahme des ‚homo oeconomicus‘, als sie Institutionen weiter als formale Regeln fassen. Historische InstitutionalistInnen definieren Institutionen als „strukturelle und einschränkende Charakteristika“ (Aspinwall & Schneider, 2000: 7f.), die sich über die Zeit hin entwickeln. Am anderen Ende des Kontinuums verstehen soziologische InstitutionalistInnen Institutionen als „kognitiv und kulturell eingebettete“ Phänomene, die auch „sozial konstruierte und kulturell verdinglichte Weltansichten und geteilte normative Vorstellungen über Angemessenheit“ (Scharpf, 2000a: 770, eigene Übersetzung) umfassen.

In Anlehnung an letztere wenden wir eine breite Definition von Institutionen an, die „gesetzliche Arrangements, Routinen; Prozeduren, Konventionen, Normen und organisationelle Formen“ (Nørgaard, 1996) umfasst. Solche Kategorien sind als solche abstrakt und beschreiben so noch keine realen Phänomene mit definierten Eigenschaften – weil Formen und Inhalte von Institutionen unendliche Variationen umfassen und „nur in ihrer konkreten Form kausal wirksam werden.“ (Scharpf, 2000b: 77).

Im Folgenden wird zwischen institutioneller Struktur und Kultur unterschieden. ‚Struktur‘ verweist auf die eher formellen Einschränkungen, nämlich gesetzliche Regelungen, finanzielle Rahmenbedingungen, Prozeduren und Organisationsformen. ‚Kultur‘ beschreibt die eher informellen Einschränkungen, nämlich organisationelle, professionelle, politische und soziale Werte, Normen und Routinen. In Wechselwirkung miteinander gestalten sie Steuerungschancen. Kulturelle Regeln werden oft unterschätzt, weil sie weniger explizit und dadurch weniger sichtbar

16 "Every organized human activity – from the making of pots to the placing of a man on the moon – gives rise to two fundamental and opposing requirements: the division of labour into various tasks to be performed, and the coordination of these tasks to accomplish the activity." (Deutsche Übersetzung dieses Zitats und der folgenden durch S. Kümpers)

sind. Für effektive Kommunikation und Kooperation über organisationelle und professionelle Grenzen hinweg ist ein kompetenter Umgang mit ihnen entscheidend.

Mit den Begriffen ‚Einschränkung‘ und ‚Gestaltung‘ sind zwei Seiten von Institutionen angedeutet: sie limitieren Handlungen und ermöglichen sie. Zudem sind Institutionen von Menschen gemacht und in Entwicklung begriffen. Nicht nur formen Institutionen Handlungsprozesse, ebenso formen Menschen Institutionen (Aspinwall & Schneider, 2000; Scharpf, 2000b). Diese Reziprozität wird unten weiter diskutiert.

4.2.2 Die Rolle der Akteure

Die Frage, in welchem Maße Institutionen Akteure und ihre Präferenzen und Handlungen bestimmen, wurde wiederum von den verschiedenen institutionellen Ansätzen unterschiedlich beantwortet. Soziologische und viele der historischen Institutionisten begreifen Präferenzen als ‚endogen‘: sie sehen sie verwurzelt in institutionellen Kontexten und deshalb „die Reichweite der Optionen und Präferenzen begrenzt durch die historisch wiederholte Interaktionspraxis und durch die soziale Konfiguration, in der sie sich befinden“¹⁷ (Aspinwall & Schneider, 2000: 6). Rationalisten hingegen berufen sich auf den methodologischen Individualismus und betrachten menschliche Präferenzen und Aktionen als ‚exogen‘ im Hinblick auf die institutionelle Umwelt. Im Streben nach Konvergenz haben Fritz Scharpf und Renate Mayntz einen akteurzentrierten institutionellen Ansatz entwickelt, der „Akteurorientierungen (d.h. deren Präferenzen und Wahrnehmungen) als eine theoretisch abgegrenzte Kategorie behandelt, als beeinflusst, aber nicht bestimmt durch den institutionellen Rahmen, innerhalb dessen die Interaktionen stattfinden“¹⁸ (Scharpf, 2000b: 771). Ähnlich wie bei Scharpf werden bei Nørgaard individuelle Akteure als „absichtsvolle und reflektierte Individuen konzipiert, die gleichzeitig in der Geschichte und Kultur verwurzelt sind, wie sie sich in den jeweiligen Institutionen widerspiegeln“¹⁹ (1996: 32).

Diese doppelte Beschreibung individueller Akteure gewinnt durch die Tatsache, dass Institutionen in allen Gesellschaften vielfältig, komplex und verschieden sind, an Plausibilität. Individuelle Akteure haben häufig unterschiedliche Rollen und vertreten unterschiedliche Interessen (Scharpf, 1997) und sind dabei unterschiedlichen institutionellen Konfigurationen ausgesetzt. Ebenso bestehen kollektive Akteure aus vielfältigen individuellen Akteuren, und entwickeln so mit großer Wahrscheinlichkeit mehrdeutige Präferenzen. Solche Bedingungen bringen kognitive Dissonanzen hervor, und dadurch die Herausbildung gemischter Präferenzen, Perspektiven und Metaperspektiven. Solche Prozesse wiederum ermöglichen von spezifischen institutionellen Kontexten unabhängige Denkprozesse individueller Akteure, und erhöhen damit deren Potential für eine bewusste Veränderung bestehender oder die Kreation neuer Institutionen.

Deshalb, im Kontrast zu den soziologischen, historischen und rationalistischen institutionellen Ansätzen wird hier die Relation zwischen Akteuren und Institutionen nicht als entweder abhängig oder unabhängig konzipiert, sondern als beides gleichermaßen. Damit wird auf ein basales Verhältnis zwischen Institutionen und Menschen verwiesen: von Menschen gemachte Institutionen formen die Präferenzen, Wahrnehmungen, Entscheidungen und Handlungen individueller Akteure zu einem gewissen Grad, während gleichzeitig Akteure selbst Institutionen

17 “their menu of options and preferences limited by the repeated historical practice of interaction and by the social setting in which they find themselves”.

18 “treat actor orientations (i.e. their preferences and perceptions) as a theoretically distinct category – influenced but not determined by the institutional framework within which interactions occur”.

19 “intentional and reflective human beings, but simultaneously rooted in history and culture, as reflected by institutions”.

kreieren, formen und verändern. In diesem Sinne stellt das Individuum eine relevante ontologische Einheit dar.

4.2.3 Steuerung durch staatliche, halb-staatliche und nicht-staatliche Akteure

Für die folgenden Ausführungen wird ein breiter Steuerungs-begriff verwendet, der auch Koordinations- und Regulierungsabsichten halb- und nicht-staatlicher Akteure auf Makro-, Meso- und Mikroebene umfasst.²⁰ Gesundheitspolitische Steuerungsprozesse werden damit nicht als Ausdruck autonomer staatlicher Entscheidungen konzeptualisiert (Mayntz & Scharpf, 1995). Vielmehr wird berücksichtigt, dass zum einen staatliche Entscheidungen der mehr oder weniger starken und direkten lobbyistischen Beeinflussung durch das Geflecht von Verbänden und anderen Interessenträgern unterliegen, zum anderen staatliche Entscheidungsträger in der Regel die Durchsetzbarkeit sowie die Reaktionen nachgeordneter Akteure antizipativ bei ihren Steuerungsversuchen berücksichtigen (z.B. Mayntz, 1983). Ebenso kann das Handeln nachgeordneter Akteure, also von Verbänden und Individualakteuren in der Vertragspolitik und im Versorgungsprozess, nicht einfach als Folge der Implementation vorausgegangener staatlicher Entscheidungen verstanden werden. Diese nachgeordneten Akteure verfügen über zum Teil beachtliche – und im Zuge von Gesundheitsreformen seit Beginn der neunziger Jahre in beiden Ländern durchaus auch erweiterte – institutionalisierte Handlungsspielräume (Döhler & Manow, 1997; Gerlinger, 2002a, 2002b; Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Es ist also zu beachten, wie staatliche, halb- und nichtstaatliche Akteure konstruiert und institutionalisiert sind, welche (gesellschaftliche) Aufgaben welcher Art von Akteuren zugeschrieben wurden²¹, wie deren Interessenlagen konstituiert sind und über welche politische und institutionelle Macht sie verfügen (vgl. hierzu 4.2.7, Vetospieler und Vetopunkte)

Während der Staat für die Steuerung des Gesundheitswesens insgesamt von herausragender Bedeutung ist (Döhler, 1995; Scharpf, 2000b), ist er in Deutschland in besonderer Weise auf das Zusammenwirken mit anderen Akteuren angewiesen.

4.2.4 Hierarchien, Märkte, Netzwerke

Definiert als gesellschaftliche Koordinationsmodelle (Thompson et al., 1991) bzw. als institutionalisierte Modi der Interaktion (Scharpf, 1997), ermöglichen die Konzepte ‚Hierarchie‘, ‚Markt‘ und ‚Netzwerk‘ die Analyse und Typisierung von Steuerungsprozessen.

20 Im Rahmen dieses Berichts werden in Anlehnung an Rosenbrock/Gerlinger (2006: 13f.) unter der Makro- und Mesoebene folgendes verstanden: Die *Makroebene* bezieht sich auf die nationalstaatliche und supranationale Ebene (die supranationale Ebene wird hier weitestgehend ausgeblendet). Die auf nationaler Ebene getroffenen Entscheidungen betreffen die institutionelle Struktur der gesundheitlichen Versorgung und ihre Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen. Die *Mesoebene* bezieht sich auf die Landes- und kantonale Ebene und die Regulierungs- und Versorgungsentscheidungen wie sie dort getroffen werden. Im Rahmen dieses Berichts bezeichnet die *Mikroebene* die lokale Ebene der Fallstudien, d.h. die jeweiligen Konfigurationen, wie sie sich in den Fallstudien finden (vgl. zum Konfigurationsbegriff weiter unten).

21 Es ist also z.B. von großer Bedeutung, dass Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland einerseits als Vertreter von Körperschaften öffentlichen Rechts Gemeinwohlinteressen zu vertreten haben und gleichzeitig als Interessenvertreter der Kassenärzte fungieren. Entscheidungen, die in Deutschland vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GemeBA) aus KV- und Krankenkassenvertretern gefällt werden, obliegen in der Schweiz Regierungsbehörden. Je bestimmte Konstruktionen von Institutionen beeinflussen die Chancen von politischen Veränderungen und konstituieren Pfadabhängigkeiten (vgl. Kap 5).

Die marktliche Koordinierung wird als eine automatische beschrieben – als die ‚unsichtbare Hand‘ von unabhängigen und interagierenden Akteuren, die ihre individuellen Interessen vertreten. Hierarchische Koordinierung funktioniert dagegen durch systematische Administration – Bürokratie – verbunden mit Über- und Unterordnung. Netzwerkkoordinierung wird als Interaktion zwischen (strukturell) autonomen, aber (funktionell) interdependenten Akteuren in mehr oder weniger informellen längerfristigen Beziehungen, die auf Verhandlung und Vertrauen begründet sind (Thompson et al., 1991), beschrieben. Die jeweiligen Steuerungspotentiale, die diese Koordinierungstypen Regierungs- und anderen Akteuren bieten, sowie auch ihre Grenzen sind aus verschiedenen Perspektiven beschrieben worden (Scharpf, 1993; Williamson, 1985; Willke, 1998). Hierarchie und Markt werden als die typischen Interaktionsformen moderner Gesellschaften bezeichnet, während Netzwerke als aus den besonderen Situationen postmoderner Gesellschaften entstehend gedeutet werden (O’Toole, 1997; Willke, 1998); sie werden mit ‚governance‘ anstelle von ‚government‘ assoziiert (Kickert et al., 1997; Kooiman & Associates, 1997). Netzwerke wurden auch als Zwischenform zwischen Hierarchie und Markt verstanden (Williamson, 1985), oder eben als neue Form mit spezifischen Qualitäten und Potentialen (Mildenberger, 1997; Willke, 1998). Netzwerke werden vor allem als funktionell für solche Komplexaufgaben – ‚cross-cutting issues‘ (Martin, 2000), ‚wicked problems‘ (O’Toole, 1997) – angesehen, die differenzierten und fragmentierten Gesellschaften inhärent und Lösungen durch hierarchische oder marktliche Mechanismen eben nicht zugänglich sind (Atkinson & Coleman, 1992).

Integrierte Versorgung kann als ein Beispiel für solch komplexe Aufgaben gesehen werden: sie basiert auf flexibler Kooperation unterschiedlicher individueller wie kollektiver lokaler Akteure – öffentliche, halb-öffentliche und private Organisationen, oder Subsysteme dieser Organisationen, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen professionellen Domänen operierend. Politische Steuerung auf nationaler Ebene kann solche Kooperation auf lokaler Ebene durch Gesetzgebung und andere Regulierungen erleichtern.

Die Konzepte Hierarchie, Markt und Netzwerk beschreiben Idealtypen, die in der Regel nicht in reiner Form existieren. Wichtig ist deshalb die Frage, wie unterschiedliche Kombinationen funktionieren. Spezifische nationale Konfigurationen oder Teile von Konfigurationen sind assoziiert mit charakteristischen Kombinationen von Interaktionstypen (Kümpers et al., 2002). In den lokalen Fallstudien (Kapitel 6) werden unterschiedliche Kombinationen von Markt-, Hierarchie- und Netzwerkelementen deutlich und deren jeweils verschiedene Implikationen für die Realisierung integrierter Versorgung.

Die angesprochene Governance Perspektive ist gleichzeitig auch eine Erweiterung der Steuerungsperspektive. Unter Governance kann man folgendes verstehen:

„das Gesamt aller nebeneinander bestehenden Formen der kollektiven Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte, von der institutionalisierten zivilgesellschaftlichen Selbstregelung über verschiedene Formen des Zusammenwirkens staatlicher und privater Akteure bis hin zu hoheitlichem Handeln staatlicher Akteure Genau genommen sollten sogar drei Aspekte von Governance unterschieden werden: Akteurskonstellationen (z.B. Hierarchie, Netzwerk), die Modi der Interaktion zwischen ihnen (z.B. Anordnen, Verhandeln) und die Art der getroffenen Entscheidungen (Gesetze, Vereinbarungen).“ (Mayntz zitiert in: Schuppert, 2008: 26).

Wie hier beschrieben kann Netzwerk ein Governance-Modus sein. Wir verstehen unter einem Netzwerk nach Mayntz „eine Struktur bestehend aus mehreren Knoten – anders gesagt, eine Gesamtheit, die aus untereinander verbundenen, aber nicht fest gekoppelten Teilen besteht. Sobald die Teile eines Ganzen in der Art und Weise einer Maschine fest verkoppelt sind, (...) lässt sich das Netzwerkkonzept nicht mehr anwenden.“ (Mayntz, 1997: 244f., Fn 7). Dabei betont Mayntz die relative Autonomie und Freiwilligkeit der einzelnen „Knoten“ an der Netzwerkteilnahme als charakteristisch – die jedoch nicht mit einer Gleichheit einhergeht, sondern Machtunterschiede und demzufolge Hierarchien beinhalten kann.

Diesen Definitionen entsprechend fanden wir in unseren Fallstudien sowohl Innovationen mit dem Ziel integrierter Versorgung, die eine Netzwerkstruktur aufweisen (z.B. „runder Tisch Altenversorgung“) als auch solche, die für die Beteiligten verbindlicher und eher als hierarchisch gefügte Organisationen zu charakterisieren sind. Auch die Netzwerkstrukturen ihrerseits können nach der Verbindlichkeit der Zusammenarbeit unterschieden werden. In den lokalen Fallstudien ließen sich etwa Vertragsabschlüsse nach § 140a SGB V und damit eine verbindlichere Netzwerkstruktur (die sich teilweise mit informellen Kooperationen überlappen) und sehr lose gekoppelte Arrangements finden.

4.2.5 Exkurs: Modelle zur Klassifizierung von Zusammenarbeit

Eine zentrale Frage für den Vergleich der lokalen Fallstudien war deshalb, in welcher Weise Interaktionsbeziehungen ausgestaltet waren, d.h. wie das Ausmaß der Integration zwischen losen Kontakten und verbindlicher Zusammenarbeit einzuschätzen war.

Hierfür finden sich im Feld Integrierter Versorgung unterschiedlich differenzierte Ansätze zur Kategorisierung.

Leutz (1999) definiert für zunehmende Grade des Integrationsbedarfs von Patienten drei Organisationsformen von Integration, die auch als Kontinuum zwischen loser Kontaktaufnahme (Linkage) und vollständiger Integration verstehbar sind:

Linkage ist der Integrationsansatz, der am wenigsten Änderungen der regelhaften Versorgung mit sich bringt und innerhalb des bestehenden Versorgungssystems angewendet werden kann: in diesem Organisationsmodell suchen Leistungserbringer ad hoc oder auch systematisch dann externe Hilfe, wenn sie multimorbide Ältere zu versorgen haben, im Hinblick auf spezialisierte oder ergänzende Dienste.

Das Ziel von Koordination (Coordination) ist es, durch die Entwicklung und Einführung definierter Versorgungsroutinen Übergänge zu erleichtern (Informationsweitergabe etc.), und dadurch das gesamte Versorgungsspektrum für die Zielgruppe abzudecken.

Am weitestgehenden ist die Ebene der Integration, auf der umfassende Programme für eine Zielgruppe entworfen werden, unter Zusammenführung von Verantwortlichkeiten, Ressourcen und organisationaler Trägerschaft (oder verbindlicher Vertragsbeziehungen).

Relevant ist hierbei, dass diese Ebenen nicht im Sinne einer zunehmenden Integrationswirkung zu verstehen sind, sondern dass sie vielmehr mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen einhergehen (Leutz, 1999).²²

Für den deutschsprachigen Raum definieren Kofahl et al. (2004) Koordination und Kooperation als abgrenzbare Elemente von Vernetzung. Mit Koordination ist hier die „Abstimmung von Strukturmerkmalen und Teilfunktionen im Hinblick auf eine Gesamtaufgabe“ gemeint, bzw. „dass die Ziele, Interessen und Tätigkeiten von Personen respektive Organisationen in Beziehung zu einander gesetzt werden, um sie aufeinander abzustimmen“ (Kofahl et al., 2004: 23). Zentrale Voraussetzungen für Koordination sind gegenseitige Informationen und das Einhalten von Verabredungen. Charakteristisch ist das Erreichen eines gemeinsamen Ziels durch die Beteiligten. Von Kooperation ist nach diesem Modell zu sprechen, „wenn tatsächliche, sich ergänzende Handlungen innerhalb der Strukturen – gleichzeitig oder nacheinander – innerhalb einer Aufgabe stattfinden.“ Für das Feld sozialer Arbeit im Gesundheitswesen wird Kooperation als Arbeitsform mit dem Ziel einer patientenorientierten Versorgung zugespitzt. Unter Vernetzung

²² Ein konzeptionelles Problem des Leutz'schen Ansatzes ist, dass (entgegen seinem Verständnis) unserer Ansicht nach Organisationsformen für Kooperation in der Regel nicht, jedenfalls nicht in erster Linie, nach den Versorgungsbedarfen von Patienten, sondern nach den jeweiligen Interessen der beteiligten Organisationen gestaltet werden. Weiter bestätigte sich in mehrfach in den Fallstudien, dass Kooperationsformen als solche zwar wichtig sind, dass sich ihre Auswirkungen auf Versorgung aber erst in ihrer jeweiligen Realisierung zeigen.

verstehen Kofahl et al. schließlich die Verstetigung von Kooperationen: „Vernetzung ist auf Dauer angelegte Kooperation“ (Wendt 1999 nach Kofahl et al 2004).

Teilweise analog zu der in diesem Modell zunehmenden Verbindlichkeit in den Beziehungen der Beteiligten betonen Schmidt und Eggers (2007: 2163) für Koordination die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit, während sie für Kooperation bei weiter bestehender Selbstständigkeit der Organisationen eine vertragliche Grundlage der Absprachen fordern. Unter Vernetzung verstehen sie schließlich die Zusammenlegung der einzelnen Akteure zu einer neuen gemeinsamen Organisationsform mit verbindlichen gemeinsamen Regeln.

Ähnlich sind allen drei Ansätzen bei unterschiedlicher Begriffsverwendung die zunehmende Verbindlichkeit und ‚Nähe‘ der beteiligten Personen und Organisationen untereinander, bis hin zu einer organisatorischen Verschmelzung.

Obwohl die konzeptionellen Modelle als vorläufige Ansatzpunkte angesehen werden müssen, um integrierte Versorgungsmodelle und -beziehungen zu verstehen (Kodner & Kyriacou, 2000: 3), können sie doch als ‚Vergleichsraster‘ angesehen werden, mit deren Hilfe sich die in Kapitel 6 beschriebenen Fälle beschreiben und kategorisieren lassen. Im Folgenden werden wir uns begrifflich in erster Linie auf die Kategorisierung nach Leutz stützen, insbesondere um die Kategorie ‚Vernetzung‘ der beiden anderen Ansätze zu vermeiden und so Verwirrungen bei der gleichzeitigen Verwendung des Mayntzchen Netzwerkbegriffs (Definition s. oben) für die Beschreibung von Steuerungsformen zu vermeiden.

Allgemein formulieren Krücken und Meier die These, dass die „Strukturform des Netzwerkes (...) ein grundlegender Mythos der Innovationsgesellschaft“ sei, an der beteiligt zu sein, Organisationen als moderne und legitime Akteure ausweist. Die „Forderung nach Kooperation“ wird so als „institutionelle Umwelterwartung“ charakterisiert, die an Organisationen in der Versorgung alter Menschen herangetragen wird (Krücken & Meier, 2003: 3). Mit dieser Einordnung wird auf die diskursive Nutzbarkeit allgegenwärtiger Vernetzungsinitiativen hingewiesen (s. unten). Für unsere Analyse legte dies eine Untersuchung expliziter und impliziter Interessenlagen nahe (Welche Zielsetzungen wurde durch die Initiative formuliert? Welche Stakeholder waren beteiligt? Welche Vertrags- und Handlungslogiken waren zu beobachten?).

4.2.6 Pfadabhängigkeit(en) zwischen Dauerhaftigkeit und Veränderung

Ein für die Implementierung von Innovationen wichtiger Diskussionsstrang in der institutionalistischen Debatte bezieht sich auf die Pfadabhängigkeit gesellschaftlicher, sozialer und politischer Entwicklungen. Aus dieser Debatte lässt sich eine deutliche Skepsis im Hinblick auf die Durchsetzbarkeit relevanter sozialer Innovationen ableiten. Es wird betont, dass Entscheidungen der Vergangenheit über eine bestimmte Form der Problembearbeitung ein institutionelles Geflecht konstituieren, das nicht selten ein beachtliches Beharrungsvermögen entwickelt und künftige Wahlmöglichkeiten einschränken kann. Clemens und Cook konstatierten schlicht: „Institutionen dauern“²³ (Clemens & Cook, 1999: 441). Handlungsrouinen bleiben auch dann erhalten, wenn sie unter dem Gesichtspunkt ihrer Problemlösungsfähigkeit oder Effizienz als suboptimal gelten müssen (David, 1985; North, 1990). Ein einmal eingeschlagener Entwicklungspfad kann also alternative Entwicklungen erschweren, wenn nicht gar ausschließen (vgl. ebd., Kaelble & Schriewer, 1999). Das Konzept der Pfadabhängigkeit unterstreicht insbesondere die Tatsache, dass politische Prozesse nicht bei null beginnen, sondern auf politischen Erbschaften (legacies) aufbauen, die von politischen Entscheidungen der Vergangenheit her rühren. Institutionalisten betonen „dass die Formgebung des Sozialen nicht allein durch die Aggregation individuellen und organisationellen Verhaltens entsteht, sondern

23 „Institutions endure“

auch durch Institutionen, die Handlungen strukturieren“²⁴ (Clemens & Cook, 1999: 442). In diesem Zusammenhang ist das Konzept der institutionellen Trägheit wichtig, das Institutionen einen quasi naturwüchsigen („taken for granted“) Status, resistent gegenüber Veränderungen, zuschreibt. Durch kontinuierlichen Vollzug können sie zu internalisierten Skripts werden. Darüber hinaus können sie durch Autorität Legitimität erlangen. Institutionen werden deshalb für stabil gehalten, solange sie nicht durch exogene Krisen in Frage gestellt werden. In jedem Fall sind Pfadwechsel – und als einen solchen kann man die Entwicklung von einer fragmentierten zu einer integrierten Versorgung zweifellos fassen – überaus voraussetzungsreich.

Die einseitige Betonung institutioneller Stabilität blieb jedoch nicht unwidersprochen. Sie wurde als eine theoretische Schwäche institutioneller Theorie kritisiert, insofern in Theorie und Analyse institutioneller Wandel vernachlässigt wurde, und, in den Worten von Clemens und Cook, „Prozesse des Konflikts und der Innovation, die im Zentrum von Politik stehen, marginalisiert“²⁵ wurden (Clemens & Cook, 1999: 442). Eine Erklärung institutioneller Veränderungen und darin der Rolle von Akteuren werde verfehlt, wenn suggeriert wird, dass „Struktur in der Tat durch Akteure kreiert wird, diese aber anschließend, wie Frankenstein's Monster, ein Eigenleben führt“²⁶ (Aspinwall & Schneider, 2000: 10).

Spätere institutionalistisch orientierte Autoren befassen sich deshalb gerade auch mit solchen institutionellen Faktoren, die Veränderung begünstigen und ermöglichen. Lindner definiert institutionelle Veränderung als die „Einführung von neuen Regeln oder neuer Interpretation von Regeln, die entstehende Regeln oder Interpretationen ergänzen oder ersetzen“²⁷ (2003). Clemens und Cook haben die Faktoren untersucht, die in institutionellen Konfigurationen Veränderung begünstigen (Clemens & Cook, 1999: 448f.). Zunächst beschreiben sie Variationen, die aus unterschiedlichen institutionellen Bindungseffekten entstehen, ob diese nämlich ein ‚muss‘, ‚darf nicht‘ oder ‚kann‘ beinhalten. Weiter verweisen sie auf interne Widersprüche in Institutionen, die ihre Problemlösungskapazität einschränken und Leistungskrisen hervorrufen. Ebenso werden externe Einflüsse wie ökonomische Krisen oder demographische Veränderungen, beschrieben, die ein Missverhältnis zwischen Institutionen und neuen gesellschaftlichen Anforderungen und Bedürfnissen entstehen lassen können, das wiederum Veränderungsdruck erzeugt (Clemens & Cook, 1999: 441)(vgl. auch Nørgaard, 1996). Beide letztere Argumentationsstränge waren für den Gegenstand dieses Projektes, der eine zweifellos schwierige Innovation betrifft, wesentlich.

Schließlich stellt die Vielfalt von Institutionen innerhalb einer Konfiguration ihren verdinglichten Charakter in Frage: Indem individuelle Akteure zunehmend in vielfältigen Netzwerken partizipieren und dadurch von unterschiedlichen institutionellen Regeln beeinflusst werden, können sie im kognitiven Sinne unabhängig werden und Metaperspektiven entwickeln. Alle diese Muster können, weil sie individuelle kognitive Dissonanzen bewirken, mit dazu beitragen, dass Akteure Träger von Veränderung (change agents) werden.

Schließlich können institutionelle Veränderungen auch zu unbeabsichtigten Konsequenzen führen. Planung und Kontrolle gewünschter Veränderungen sind schwierig. Indem sich dieses Projekt der Analyse von Steuerungsprozessen zur Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgung widmete, gingen wir allerdings von der grundsätzlichen Möglichkeit geplanter Veränderungen aus. Um Erfolge und Misserfolge von Steuerungsprozessen zu erklären, bedarf es

24 “that the patterning of social life is not produced solely by the aggration of individual and organizational behavior but also by institutions that structure action”

25 “to marginalize the processes of conflict and innovation that are central to politics”

26 „structure indeed may be created by agents; but subsequently, like Frankenstein’s monster, structure takes on a life of its own“

27 „the introduction of new rules or rule interpretations that supplement or replace existing rules and interpretations“

der Analyse institutioneller Konfigurationen sowie der Veränderungsprozesse innerhalb der Konfigurationen.

4.2.7 Vetospieler und Vetopunkte

Für die Implementierung von Innovationen und die Frage nach institutionellen Veränderungen ist außerdem von Bedeutung, welche Vetospieler und Vetopunkte sich in einer institutionellen Landschaft befinden. Ein Vetospieler ist „ein individueller oder kollektiver Akteur, dessen Zustimmung für einen Politikwechsel unabdingbar ist“ (Tsebelis zitiert in Schmidt & Ostheim, 2007: 66). Vetospieler sind z.B. die zweite Kammer eines Parlaments, Verfassungsgerichte („constitutional veto players“) oder politische Parteien („partisan veto players“). Auch die föderalen Systeme in Deutschland und der Schweiz erhöhen das Vetopotential gegen nationales politisches Handeln beträchtlich. Als weitere zentrale Vetospieler können in Deutschland über einen längeren Zeitraum die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verstanden werden. Vetopunkte werden verstanden als institutionelle und informelle Gelegenheiten für Einflussnahme auf Entscheidungen, als „points of strategic uncertainty“ (Immergut 1992, S. 66).

Das Vetospielertheorem bezieht Unterschiede in der Staatstätigkeit verschiedener Länder auf die Fähigkeit von Regierungen und ihren parlamentarischen Mehrheiten, ihre Politik durchzusetzen und die institutionell bedingten Möglichkeiten von Akteuren, politische Entscheidungen zu blockieren. Solche Vetospieler und Vetopunkte sind auch als „institutionelle Barrieren der zentral-staatlichen Legislative und Exekutive“ gefasst worden (Schmidt, 2006: 351ff.). Diese Barrieren werden meist in einem additiven Index zusammengefasst, welcher die Stärke der Einschränkung der Regierung zum Ausdruck bringt. Bei solchen Indices liegen die Bundesrepublik Deutschland und Schweiz regelmäßig an der Spitze, d.h. in nur wenigen anderen Ländern sind Regierungen mit so vielen Schranken gegen die Mehrheitsherrschaft konfrontiert, wie in diesen beiden Ländern.

In der Bundesrepublik wirken engere konstitutionelle Schranken, mehr institutionelle Vetopunkte und dichtere checks and balances als in den meisten anderen westeuropäischen Regierungssystemen. Hiesige Regierungen haben es zudem mit relativ kohäsiven partisan veto players zu tun, da die Fraktions- und Parteidisziplin höher ist als in der Mehrzahl der OECD Staaten. (Merkel, 2007: 34)

Auch in der Schweiz ist der zeitliche Aufwand für Willensbildung und Entscheidungsfindung groß. Aus diesem Grund spricht man von der „üblichen helvetischen Verzögerung“ bei der Reaktion staatlicher Politik auf gesellschaftliche Problemlagen. Dies kann Vorteile mit sich bringen, etwa wenn es um die Vermeidung von Fehlern geht, aber auch Nachteile, beispielsweise eine verspätete Reaktion oder sogar ein unwiderrufliches Versäumnis (Schmidt, 2006: 334).

4.2.8 Nationale und lokale Konfigurationen

Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgungsprozesse finden auf lokaler Ebene statt, und setzen also auch lokale Koordinations- und Steuerungsprozesse voraus. Koordination und Kooperation müssen letztlich lokal implementiert werden, um zu funktionieren.

Interaktionen zwischen nationalen und lokalen Akteuren (central-local interactions) sind aber weder einfach noch Einbahnstraßen (John & Cole, 2000; Jones, 2000). Lokale politische Prozesse interagieren mit nationalen Policies und produzieren eine große Varianz lokaler Ergebnisse, auch hinsichtlich der hier im Vordergrund stehenden lokalen Gestaltung von Kooperation und Integration bei der Entwicklung und Durchführung der Versorgung Älterer. Durch die Existenz sehr unterschiedlicher lokaler Entwicklungen stellt sich die Frage nach der eigenen Bedeutung des Lokalen (Gieryn, 2000).

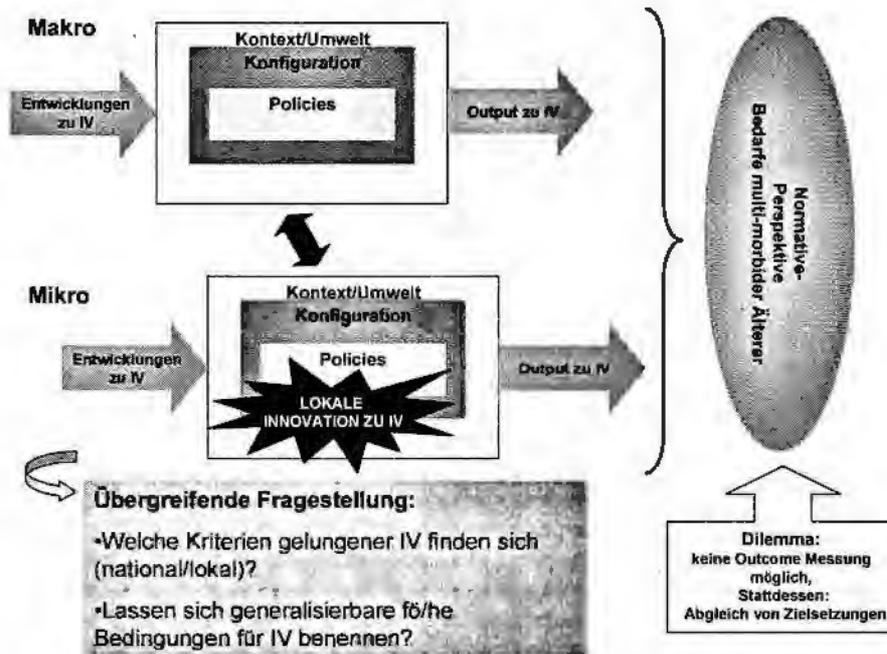
Lehmbruch (1996) hat das Konzept institutioneller Konfigurationen eingeführt, um nationale und sektorale Konstellationen von Institutionen zu beschreiben, die den Kontext zu untersuchender politischer Prozesse ausmachen. Die Charakteristika bestimmter (Sub-)Systeme werden verstanden als historisch herausgebildete Konfigurationen, deren institutionelle Struktur und Kultur die strategischen Möglichkeiten und Grenzen der Akteure für die Entwicklung und Implementierung von ‚policies‘ formen, und damit auch ihre Steuerungskapazitäten (-möglichkeiten). In einem im Design und Fragestellung vergleichbaren Projekt zur integrierten Versorgung in England und den Niederlanden wurde das Konzept der institutionellen Konfiguration erweitert und auf die lokalen institutionellen Kontexte der integrierten Versorgung angewandt (Kümpers et al., 2006). ‚Lokale Konfigurationen‘ werden als Einheiten mit ihren je eigenen strukturellen und kulturellen Charakteristika verstanden, die sich aus der Geschichte der Interaktion zwischen nationalen Gesundheitssystembedingungen, nationalen und lokalen politischen Prozessen und lokalen Versorgungsstrukturen entwickelt haben. Wesentliche Strukturmerkmale auf lokaler Ebene umfassen bestehende Versorgungsstrukturen, Arbeitsteilungen und Machtverhältnisse, und kulturell bedeutsame Aspekte betreffen allgemeine wie politische wie professionelle Werthaltungen und Verhaltensmuster. Diese unterschiedlichen Aspekte wirken aufeinander – lokale Traditionen, etablierte Versorgungsstrukturen und Aufgabenverteilungen, politische und organisationelle Geschichte und Präferenzen, besondere Vorkommnisse in Vergangenheit oder Gegenwart, persönliches und professionelles Engagement. Zusammen prägen sie den je lokalen Umgang mit den nationalen Steuerungseinflüssen, die lokalen Steuerungsaktivitäten und damit letztlich die je besonderen Umstände und Erscheinungsformen der Entwicklung und Durchführung der lokalen Versorgung, in Kümpers‘ Studie der Demenzversorgung (Kümpers, 2005).

Dabei sind lokale Konfigurationen nicht lediglich ‚Produkte‘ nationaler Konfigurationen und Politiken; sie sind Einheiten eigener Art. So wie nationale Konfigurationen Pfadabhängigkeiten zeigen (Boase, 1996; Giaimo & Manow, 1999), so geben lokale Konfigurationen analog den Implementierungsprozessen nationaler Politik ihre je eigene Form (vgl. Jones, 1999).

Das Konzept der lokalen Konfiguration eignet sich damit für die Exploration der wesentlichen Aspekte der lokalen institutionellen Kontexte, die den Rahmen integrierter Versorgung bilden. In den lokalen Fallstudien wird exemplarisch untersucht und dargestellt, wie sich lokalen Kooperationsprozesse in beiden Ländern entwickeln, und wie sich die Unterschiede durch den Blick auf die Interaktionen zwischen den nationalen und lokalen Steuerungsprozessen und auf die je spezifischen lokalen Faktoren erklären lassen.

Abbildung 2 veranschaulicht zudem, dass die jeweiligen Ergebnisse – die Outputs der integrierten Versorgungsbestrebungen – sowohl auf nationaler (Makro) wie auf lokaler (Mikro) Ebene mit der im Kapitel 0 über die Versorgungsstandards eröffneten Perspektive abgeglichen werden. Da es nicht möglich ist, Outcomes dieser Entwicklungen zu messen, wird gefragt, inwieweit die im Rahmen der Fallstudien beobachteten Zielsetzungen der IV-Initiativen mit den dort formulierten Zielsetzungen übereinstimmen und welche fördernden und hemmenden Bedingungen dabei identifiziert werden können.

Abbildung 2: Konfigurationen der Makro- und Mikroebene



Quelle: eigene Darstellung

4.3 Der Politikzyklus: Feedback- und Lernprozesse

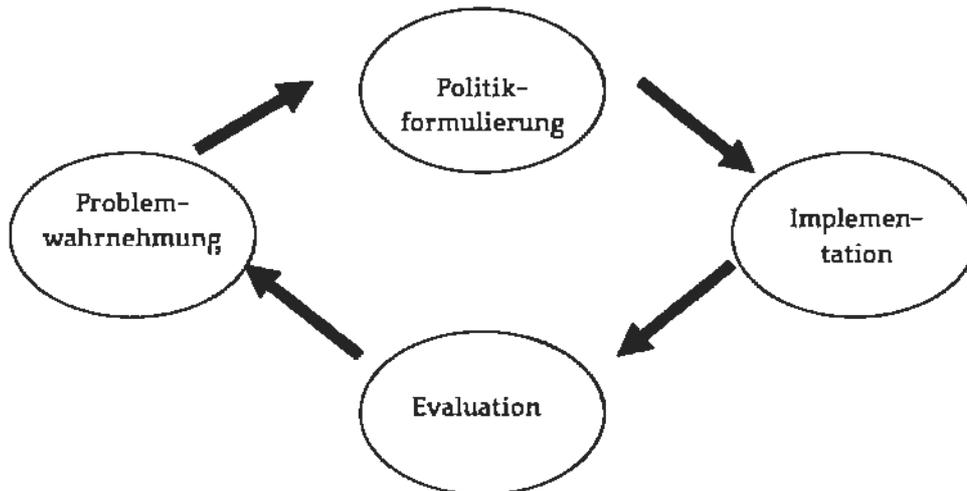
Als Instrument zur Verortung von Feedback- und Lernprozessen im Verlauf politischer Veränderungsprozesse bietet sich das Modell des Politikzyklus an (Abbildung 3), das auf politische Prozesse im Allgemeinen (z.B. Howlett & Ramesh, 1995), auf die Gesundheitspolitik (Rosenbrock, 1995; Rosenbrock & Gerlinger, 2006) und auf Innovationsprozesse (Gerlinger, 2003) angewendet wird. Mit jeweils geringfügigen Abweichungen in den unterschiedlichen Ausführungen werden die Stufen „Problemwahrnehmung“, „Politikformulierung“, „Implementation“ und „Evaluation“ unterschieden. Häufig wird der Politikzyklus als eine sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale gefasst, bei der nach erfolgter Evaluation der Politikzyklus mit einer neuen Problembewertung wieder beginnt.

Dabei handelt es sich beim Politikzyklus um einen Idealtypus im Weberischen Verständnis, dem aufgrund komplexer Kontexte weder die Realität der Gesundheitspolitik noch irgendeiner anderen Politik wohl jemals entspricht. Darüber hinaus suggeriert das Modell des Politikzyklus – bei unkritischer Anwendung – Rationalität, Objektivität und die Verfügung über nahezu unbegrenzte Information und damit Vorstellungen, die den Einfluss von Macht in der Politik ebenso vernachlässigt wie die Subjektivität – oder soziale Konstruktion – der Wirklichkeiten, die im Modell scheinbar objektiv gegeben bzw. erfassbar sind.

Eine Anwendung dieses Modells auf unsere Forschungsfrage ergab sich dennoch daraus, dass zum Verständnis von Innovationsdynamiken und -blockaden der gesamte Prozess von der Problemwahrnehmung über die Politikformulierung bis hin zur Implementation in den Blick zu nehmen war, weil auf jeder Stufe institutionelle Einflussfaktoren wirken, die die konzeptionelle Gestaltung und praktische Umsetzung von Innovationen beeinflussen können. Welches

Spektrum an Schwerpunktsetzungen und Konzepten gibt es auf lokaler Ebene? Welche Akteure sind einbezogen? Welche nicht? Welche Bedarfe werden berücksichtigt? Welche nicht?

Abbildung 3: Die Stufen des Politikzyklus



Quelle: eigene Darstellung (modifiziert nach Rosenbrock & Gerlinger, 2006)

Im Folgenden werden diese idealtypischen Stufen des Politikzyklus sowohl auf der nationalen als auch auf der lokalen Ebene in modifizierter Form berücksichtigt:

- Die **Problemwahrnehmung** erscheint als Skizzierung der jeweils aktuellen Strukturen zur Versorgung älterer Menschen und ihrer Defizite (jeweils Makro- und Mikrofallstudien). Unser Maßstab für die Feststellung von Defiziten war dabei normativ an den Bedarfen multimorbider ältere Menschen orientiert – und deckte sich nicht notwendigerweise mit Problembeschreibungen der Akteure im Feld integrierter Versorgungsansätze (z.B. betriebswirtschaftliche Argumente von Kostenträgern).
- **Politikformulierung**: Die durch nationale Gesetzgebung eröffneten neuen Möglichkeiten der vertraglichen Gestaltung integrierter Versorgung wurden im Hinblick auf ihre Reichweite für Kooperation(smöglichkeiten) in der Versorgung älterer Menschen bewertet; auf der Mikroebene werden die Zielsetzungen lokaler Innovationen vorgestellt: Welches Spektrum an Schwerpunktsetzungen?
- **Implementation**: Analysiert wurden die Zusammenhänge zwischen gesundheitspolitischen Entwicklungspfaden und lokaler Versorgungsgestaltung (Makro und Mikro): Wurden die vertragspolitischen Neuerungen tatsächlich genutzt und wenn ja in welcher Form? In umgekehrter Richtung wurden hier auch lokale Gestaltungsansätze berücksichtigt, die jenseits nationaler Steuerungsabsichten stattfanden (bottom up), um daraus Rückschlüsse über Defizite und Lücken nationaler Steuerung ziehen zu können. Unter den im Rahmen des Projekts untersuchten Fallstudien finden sich vereinzelt lokale Projekte, die auch auf regionaler bzw. nationaler Ebene Bedeutung hatten und ihrerseits Top Down Prozesse auslösten.
- Im Hinblick auf die **Evaluation** ging es schließlich darum, die Auswirkungen vertragspolitischer Neuerungen einerseits und lokaler Innovationen andererseits auf die Versorgungsintegration und in der Folge auf die Qualität der Versorgung der Zielgruppe einzuschätzen und dabei die nationalen und lokalen bzw. sektoralen fördernden und hemmenden Faktoren herauszuarbeiten.

4.4 Diskurse im Feld Integrierter Versorgung

Die von uns durchgeführten lokalen Fallstudien zeigen die Bedeutung solcher Einflussfaktoren, die charakteristischerweise als ‚Kultur‘, lokale und nationale ‚Mentalitäts‘fragen etc. gefasst werden. Oft handelt es sich dabei um Idealvorstellungen, Stereotypen oder Leitbilder, die obwohl oft eher implizit, eine hohe Wirkmächtigkeit zeigen und handlungsleitend für Akteure sind. Für eine Rekonstruktion solcher Ideen scheinen diskursanalytische Perspektiven geeignet, die mit den oben skizzierten neo-institutionalistischen Ansätzen zum einen den Rückgriff auf wissenssoziologische Positionen von Berger und Luckmann (vgl. hierzu Keller, 2004) gemeinsam haben, zum anderen den Fokus auf symbolische Dimensionen (die Legitimationen) von Institutionen auf der gesellschaftlichen Meso- bzw. Makroebene: Institutionen werden aus neo-institutioneller Sicht als „kognitiv und kulturell eingebettete“ Phänomene verstanden, die auch „sozial konstruierte und kulturell verdinglichte Weltansichten und geteilte normative Vorstellungen über Angemessenheit“ (Scharpf, 2000a: 770, eigene Übersetzung) umfassen. Im Hinblick auf den oben angedeuteten prägenden Einfluss normativer Vorstellungen stellt sich die Frage, wie diese Normen bzw. die ‚konstruierte Wirklichkeit‘ in ihren konkreten Ausformungen und Wirkungsweisen rekonstruiert und analysiert werden können.

Während neo-institutionalistische Ansätze vor allem institutionelle Konfigurationen erschließen, ergänzt die wissenssoziologische Diskursanalyse einen prozessorientierten Fokus darauf, wie durch Sprach- und Zeichengebrauch der gesellschaftlichen Akteure Wissen zirkuliert und dadurch Wirklichkeit – und Ordnungen in institutionellen Feldern der Gesellschaft – hergestellt werden. In der empirischen Anwendung diskursanalytischer Perspektiven erhalten dementsprechend die jeweiligen Sprecherpositionen der Akteure und die zugrundeliegenden Machtverhältnisse, die zu „ungleich verteilten Ressourcen der Resonanzzeugung und Artikulation“ führen, zentrale Aufmerksamkeit (Keller, 2004: 62f.).

Mit Diskursen sind im Folgenden „Praktiken des Sprach- und Zeichengebrauchs durch gesellschaftliche Akteure“ gemeint, die institutionell oder thematisch abgrenzbar und bedeutungskonstituierend wirksam sind. „Diskurse bilden ‚Welt‘ nicht ab, sondern konstituieren Realität in spezifischer Weise“ (ebd.)²⁸ Im Anschluss an Foucault bilden Diskurse „demnach Praktiken, die im sozialen Leben den Status objektiver Wahrheiten und der Faktizität sozialer Tatsachen annehmen.“ (Bublitz, 2001: 227)²⁹

Daraus folgt für die gewählte Forschungsperspektive, soziale Wirklichkeit als Wirkung von Diskursen aufzufassen und durch deren Rekonstruktion gesellschaftliche Regelmäßigkeiten zu erklären (Bublitz, 2001). Unterscheidbar sind z.B. öffentliche Diskurse und Spezialdiskurse, die innerhalb von gesellschaftlichen Teilöffentlichkeiten auftauchen (etwa in einer wissenschaftlichen Disziplin oder innerhalb einer Profession).

Damit geht die Auffassung einher, dass derzeit gültige Regeln (z.B. gesellschaftliche Normen für ein ideales Altern) sich nicht in ahistorischer Weise als unveränderlich ‚wahr‘ qualifizieren, sondern aufgrund spezifischer diskursiver Konstellationen zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt an einem konkreten gesellschaftlichen Ort als gültig erscheinen (Bublitz, 2003). Das kritische Potential der Diskursanalyse liegt darin, dass mit dieser Herangehensweise alltags-

28 In Abgrenzung zum umgangssprachlich verwendeten Begriff, der analog zu ‚Diskussion‘ oder ‚Debatte‘ auftaucht und zu differierenden Begriffsdefinitionen in anderen Wissenschaftsfeldern, z.B. bei Habermas.

29 „Signifikationsvorgänge sind zugleich Konstitutionsvorgänge“ (Gericke et al., 2006:56f), Beispiel: „Der diskursive Begriff ‚Asylant‘ bezeichnet dann nicht etwas, was in Wirklichkeit vorkommt, sondern er bringt Asylanten als Bevölkerungsgruppe und als semantischen Komplex erst hervor, die damit zugleich eingeordnet werden in eine klassifikatorische Praxis der Gesellschaft.“

sprachliche ‚Wahrheiten‘ und unhinterfragte Wissensseinheiten angefochten werden. Kulturelle Selbstverständlichkeiten werden durch die Frage nach ihrer Entstehungsweise und ihren gesellschaftlichen Funktionen infrage gestellt (Bublitz, 2001: 227). Zugespitzt kann aus dieser Perspektive die Frage bearbeitet werden: Wie ist es zu erklären, dass bestimmte Regeln und Normen für die Versorgung älterer Menschen gegenwärtig in dieser spezifischen Weise auftauchen?

Auch Äußerungen zum Thema Integrierte Versorgung müssen dabei als Akte in einem diskursiven Feld aufgefasst werden, in dem wie in einer „Arena (...) verschiedene Diskurse um die Definition/Konstitution eines Phänomens wetteifern“ (Keller, 2004: 62f.), z.B. um Organisationsformen oder zu erreichende Ziele Integrierter Versorgungsformen. Konkrete lokale Innovationen selbst sind so als diskursive Praxen bzw. Techniken zu verstehen, die gleichzeitig Effekte von Diskursen und die Voraussetzung neuer Diskurse bilden.

Gegenstand der Analyse sind Interviews und Dokumente aus den lokalen Fallstudien, die als Äußerungen verstanden werden, in denen ein oder mehrere Diskurse in konkret dokumentierbaren Zitaten deutlich werden. Der einzelne Text wird so als Diskursfragment verstanden. Gegenüber eher zufälligen Äußerungen zeichnen sich solche Aussagen durch ihren „typisierbaren und typischen Gehalt“ aus, der sich aus verschiedenen „verstreuten Äußerungen“ rekonstruieren lässt (z.B. Forderungen von Kostenträgern nach mehr gestaltendem Einfluss im Gesundheitswesen).

Produziert werden einzelne Äußerungen von sozialen Akteuren, die in „diskursiv strukturierte symbolische Kämpfe über Realitätsdefinitionen eingebunden“ sind, sowohl in „öffentlichen Diskussionsprozessen“ als auch im Rahmen „binnenwissenschaftlicher Erzeugung und Durchsetzung von Wissen“ (Keller 2004: 62). Sie produzieren – individuell oder kollektiv – Aussagen und Praktiken und (re)produzieren und transformieren dadurch Diskurse in ihren Bereichen. Sie sind also gleichzeitig Diskursen unterworfen und modifizieren diese. So wird etwa die Umsetzung gesundheitspolitischer Leitbilder durch gesellschaftliche Akteure vermittelt, die als Sprecher in Erscheinung treten (z.B. explizite Leitbilder als Instrumente der Organisationsentwicklung von Pflegediensten, geriatrischen Fachgesellschaften etc.) und explizite oder implizite Diskurskoalitionen bilden (z.B. der Diskurs um Effizienz, der von ökonomischen Akteuren wie den Krankenkassen und von lokalen Innovationen bspw. freier Träger mit unterschiedlichen Zielen genutzt wird).

Ein Leitbild der Versorgung älterer Menschen, wie beispielsweise das des/der ‚aktiven, selbstbestimmten älteren Menschen‘, kann so als Subjektposition oder Diskursposition analysiert werden, was dem Sprecher und/oder den Adressaten bestimmte Erwartungen, Angebote, Merkmale oder Eigenschaften nahe legt (z.B. das ‚aktive Alter‘ als angebotene Kollektiv-Identität). Eine These der vorliegenden Studie besteht darin, dass sich auch hinter dem Begriff der Integrierten Versorgung eine ganze Reihe verschiedener Diskurspositionen verbirgt. In ihren diskursiven Praktiken (z.B. in Interviews, wissenschaftlichen Artikeln oder Presseerklärungen) orientieren sich die Akteure, welche die Kommunikation gestalten, an den verfügbaren Ressourcen sowie den Regeln der jeweiligen Diskursfelder. Dies heißt, zu fragen, wer die Aussagen verfasst (institutionelle, strukturelle und materielle Kontexte), welche Positionen den Versorgern und Nutzer/-innen zugewiesen werden, welche Konstruktionen Beachtung finden und welche nicht (was wird ausgelassen/tabuisiert?).

Die skizzierten diskursanalytischen Werkzeuge wurden zur Bearbeitung von drei während der Datenerhebung und -analyse aufgetauchten Querschnittsthemen der Fallstudien genutzt:

- **Alte vs. neue Versorgungskulturen:** Fortlaufendes Thema in den Fallstudien war das Aufeinandertreffen ‚alter‘ und ‚neuer‘ Versorgungs-‚Kulturen‘ bzw. -philosophien. Gegenstand der Analyse war es, herauszuarbeiten, wie die lokalen Akteure sich in den jeweiligen ‚Kultur-Clashes‘ mit welchen Argumenten positionierten, mit welchen Inhalten und Zielsetzungen ‚alt‘ versus ‚neu‘ gefüllt wurden und welche übergeordneten

Diskurse sich in den lokalen Äußerungen wiederfanden (Welche Sprecherpositionen sind für welche Akteure aus welchen Gründen attraktiv?).

- **Entmischungsthese:** Die Auseinandersetzungen um mehr Kooperation schienen im Untersuchungszeitraum im Bereich der Altenversorgung teilweise losgelöst voneinander und von jeweils unterschiedlichen Akteuren mit divergenten Zielsetzungen und in verschiedenen Arenen geführt zu werden, d.h. als gesundheitsökonomische Debatten um Kostendämpfung und Effizienzgewinne einerseits und bedarfsorientierte Debatten um praktische Versorgungsintegration andererseits. Die unterschiedlichen Diskurse spiegelten sich in sprachlichen ‚Parallelwelten‘, der Begriff ‚Integrierte Versorgung‘ fand in Deutschland beispielsweise vorwiegend in gesundheitspolitischen Debatten Verwendung.
- **Leitbilder der Adressaten:** Bei der Gestaltung innovativer integrierter Versorgungskonzepte waren Leitbilder als Steuerungsinstrumente von Bedeutung. Charakteristischerweise werden in solchen Leitbildern Idealvorstellungen bspw. zu Kooperationsformen oder Qualitätsstandards formuliert. Gleichzeitig transportieren sie – oft implizit – auch spezifische Konzepte zur Zielgruppe älterer Menschen. Dabei ist zu untersuchen, inwiefern diese Zielgruppe als homogen beschrieben bzw. weiter differenziert wird (z.B. aufgrund sozialer Unterschiede) und welche Konsequenzen dies für die Gestaltung integrierter Versorgungsmodelle haben könnte.

5 Makro-Analyse: Integrationsprobleme und gesundheitspolitische Lösungsansätze in den Gesundheitssystemen Deutschlands und der Schweiz

Im Folgenden werden das deutsche und das schweizerische Gesundheitssystem mit den jeweiligen politischen Entwicklungspfaden im Hinblick auf Versorgungsintegration – zum Untersuchungszeitraum, also zwischen 2007 und 2009 – beschrieben. Es wurde darauf verzichtet, die Analysen der Gesundheitssysteme Deutschlands und der Schweiz und über die jeweiligen politischen Entwicklungen der integrierten Versorgung umfassend zu aktualisieren, da sie im Wesentlichen den Hintergrund für die lokalen Fallstudien der Jahre 2007 und 2008 bilden. An einzelnen Stellen wurden aktuelle Daten ergänzt, die zum Untersuchungszeitraum erwartete zukünftige Entwicklungen bestätigen oder widerlegen können.

Zunächst werden die jeweils zentralen Regulierungsinstanzen und -mechanismen der Gesundheitssysteme für Finanzierung und Leistungserbringung dargestellt. Dann werden relevante Versorgungsbereiche (wie z.B. geriatrische Versorgung) geschildert. Anschließend werden die Integrationsprobleme und Lösungsansätze beschrieben und schließlich Steuerungsversuche und -probleme in Bezug auf integrierte Versorgung erläutert und bewertet.

Die Beschreibung der Gesundheitssysteme und ihrer Integrationspolitiken orientiert sich an den Stufen des idealtypischen Politikzyklus, wie er im Theoriekapitel beschrieben wurde: Die Versorgungsstrukturen der beiden Gesundheitssysteme und ihre Regulierungsmechanismen zum Untersuchungszeitpunkt bildeten den Ausgangspunkt für Problemwahrnehmungen. Reformansätze, d.h. gesetzliche Neuerungen mit dem Ziel einer besseren Integration können als Maßnahmen der Politikformulierung aufgefasst werden. Die Stufen der Implementierung und Evaluation wurden anhand des Umsetzungsstandes von gesetzlichen Neuerungen sowie von Einflussfaktoren auf den – in beiden Ländern bisher oft begrenzten – Erfolg von Integrationsbemühungen skizziert. Zur gesundheitspolitischen Realität gehört, dass die im Modell idealtypisch getrennten Stufen des Politikzyklus oft gleichzeitig bzw. überlappend stattfinden.

Entsprechend der Komplexität des Themas (integrierte Versorgung) und der Vielzahl beteiligter Akteure konnte außerdem nicht von einem einzigen Politikzyklus ausgegangen werden. Integrierte Versorgungsprozesse für ältere Menschen sind Resultat des Zusammenspiels vielfältiger politischer, sozialer und weiterer Faktoren. In beiden Ländern bestand weitgehende Einigkeit über zentrale Probleme wie die Fragmentierung der Versorgungssektoren und einen prinzipiellen Integrationsbedarf. Allerdings war eine Vielfalt gleichzeitiger Prozesse und ein breites Spektrum teilweise auch widersprüchlicher Problemwahrnehmungen und Lösungsstrategien zu beobachten³⁰. Wahrnehmung und Definitionen der Integrationsprobleme unterliegen nicht nur ‚objektiven Problemlagen‘, sondern verlaufen auch entlang von Interessenlagen und Perspektiven der beteiligten Akteure (Schneider & Janning, : 51). Wir konnten nur ansatzweise die verschiedenen Akteursperspektiven und Debatten nachzeichnen. Vielmehr haben wir die Strukturen und Integrationsbemühungen aus der eingangs beschriebenen normativen Perspektive daraufhin bewertet, inwieweit sie eine verbesserte Versorgung von multimorbiden älteren Menschen wahrscheinlicher machten.

30 Für Deutschland betrifft dies zum Beispiel die verschiedenen Reformperioden, die den § 140a ff. SGB V modifiziert haben, verschiedene Reformprozesse in Bezug auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus oder auch verschiedene Zyklen der Reform der Pflegeversicherung, welche jeweils unterschiedliche Wirkungen und Einflüssen auf die Regulierung der Integrierten Versorgung als Ganzes hatten.

5.1 Skizze des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitswesen wird wesentlich durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) strukturiert, in der ca. 90% der Bevölkerung versichert sind³¹ und ca. 60% aller Gesundheitsausgaben stattfinden. Mit der GKV (und seit dem Jahr 1995 der Sozialen Pflegeversicherung) geht einher, dass viele Regulierungskompetenzen nicht bei staatlichen Stellen, sondern bei Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen.

Auch wenn Gesundheitsreformen seit den 1990er Jahren z.T. versuchten, die Trennung zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden, sind diese weiterhin strukturell und finanziell deutlich voneinander getrennt. Krankenhäuser waren im Untersuchungszeitraum noch kaum in die ambulante Versorgung einbezogen, die im Wesentlichen durch niedergelassene Vertragsarztpraxen erbracht wurde. Die Versicherten haben freie Wahl unter den Vertragsärzten. Gatekeeping durch Primärversorger gab und gibt es nur im Rahmen von Hausarztmodellen, die Krankenkassen ihren Versicherten zur freiwilligen Teilnahme anbieten müssen. Der ambulante Facharztsektor („doppelte Facharztschiene“ als Charakteristikum des deutschen und des schweizerischen Gesundheitssystems) ist weiterhin stark aufgestellt. Ambulante und stationäre Pflegeleistungen werden im Wesentlichen durch gemeinnützige und private Anbieter erbracht.

5.1.1 Zentrale Regulierungsinstanzen und -mechanismen

Zunächst werden zentrale Regulierungsmechanismen bezüglich Vergütung, Sicherstellung der Versorgung, Inhalten von Leistungskatalogen für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung kurz beschrieben (ausführliche Darstellungen: siehe Busse & Riesberg, 2005; Rosenbrock & Gerlinger, 2006).

Auf der Bundesebene werden Angelegenheiten reguliert, die die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung betreffen und in den Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt sind. Für diese Studie sind die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) und die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) wesentlich.

Wichtige Kompetenzen der Bundesländer bestehen in der Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung, der Rechtsaufsicht über regionale Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen³² sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Manche Bundesländer betreiben den ÖGD selbst, andere delegieren diese Aufgaben an die Kommunen (Busse & Riesberg, 2005: 47ff.). Beispielsweise wird der ÖGD in Nordrhein-Westfalen durch die Kreise, die kreisfreien Städte und das Land getragen. Durch das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst 1997 wurden in NRW zudem Gesundheitskonferenzen mit allen an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung beteiligten Akteuren als kommunales Planungs- und Koordinierungsinstrument eingeführt. Wichtige Ziele der Gesundheitskonferenzen bestehen in

31 Selbständige sowie Angestellte oberhalb eines bestimmten Einkommens können sich in privaten Krankenkassen (PKV) versichern. Beamte haben keinen Zugang zur GKV, sondern erhalten eine staatliche Beihilfe für 50% der Ausgaben; für die andere Hälfte schließen sie ein private Krankenversicherung ab,

32 Sobald Mitglieder einer Krankenkasse in mehr als 3 Ländern leben, geht die Aufsicht an das Bundesversicherungsamt über. Die Rechtsaufsicht eröffnet keine Möglichkeiten, das operative Geschäft der Kassen und KVen zu beeinflussen. Sie prüft im Unterschied zur Fachaufsicht nur, ob deren Arbeit den gesetzlichen Vorschriften entspricht.

einer koordinierten Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der jeweiligen Kommune.³³

Ein zentrales Organisationsprinzip in der GKV besteht in der gemeinsamen Selbstverwaltung der Leistungserbringer und der Krankenkassen, die Vorgaben des Gesetzgebers umsetzt und konkretisiert. Sie hat auf der Bundes- und der Landesebene jeweils unterschiedliche Aufgaben und Kompetenzen (Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 112):

Auf der Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das zentrale Regulierungsgremium. In ihm sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der einen, der GKV-Spitzenverband auf der anderen Seite paritätisch vertreten. Patientenorganisationen haben ein Mitsprache- aber kein Stimmrecht (<http://www.g-ba.de/>). Dieses 2004 in seinen Kompetenzen erheblich erweiterte Gremium hat die Aufgabe, Inhalte des Leistungskatalogs der GKV über Richtlinien näher zu bestimmen. Zudem verabschiedet der G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und den stationären Sektor und legt den allgemeinen Rahmen der vertragsärztlichen Vergütungen und der Krankenhausentgelte fest. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben wird der G-BA von drei wissenschaftlichen Instituten unterstützt (IQWiG, INEK, InBA³⁴). Wegen seiner Bedeutung für die praktischen Abläufe im Gesundheitswesen wird er intern auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt.

Auf der Ebene der Länder werden zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und den Leistungserbringern Versorgungsverträge geschlossen. Für die Krankenhausversorgung werden diese Verträge gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassenverbänden, ergänzt durch kleinere Selektivverträge. Die vertragsärztliche Versorgung basiert auf einem Mix aus Kollektiv- und Selektivverträgen. Über die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entscheidet der gemeinsame Zulassungsausschuss.

Eine Zäsur stellte das Ende 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) dar (Reiners 2008).³⁵ Es schaffte das berufsständische Pflichtkassenprinzip ab, das fast alle Arbeiter einer Pflichtkasse (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Knappschaft) zuwies und den Angestellten die Wahl zwischen der Pflicht- und einer Ersatzkasse ermöglichte. Dieses Gliederungsprinzip war nicht nur unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten wegen der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten fragwürdig; es hatte auch zu schwerwiegenden Verwerfungen im GKV-System mit Beitragssatzunterschieden zwischen 8 und 16 Prozent geführt. Seit 1996 können alle Versicherungsberechtigten bis auf wenige Ausnahmen (Landwirte) ihre Kasse frei wählen. Flankiert wurde diese Regelung durch einen 1994 eingeführten bundesweiten Risikostrukturausgleich, der Risikoselektion unattraktiv machen sollte. Da dieses Ziel nur teilweise erreicht wurde, wurde der RSA ab 2009 um einen direkten Morbiditätsbezug erweitert.

Der Einführung bzw. Ausdehnung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen folgte eine schrittweise Ausdehnung des Handlungsspielraums der Krankenkassen bei Verträgen mit Leistungserbringern. Hierzu zählten Modellvorhaben nach § 63 SGB V, Strukturverträge nach § 73 SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMPs) oder Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Die Verbindung von Reformversuchen, die auf eine verbesserte Versorgungsintegration hinzielen mit dem durch die Kassenwahl erweiterten Kassenwettbewerb führte allerdings dazu, dass wünschenswerte Innovationen eher behindert als befördert wurden (Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 262).

33 In der Fallstudie zu einem Palliativnetzwerk wird u.a. die Rolle der kommunalen Gesundheitskonferenz beleuchtet.

34 IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. INEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InBA – Institut des Bewertungsausschusses

35 Vgl. Reiners, H.: Der Lahnstein-Mythos: Die schwere Geburt des RSA. Göppfardt, D., Greß, S. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin 2006 (Aasgard Verlag): 13-34

5.1.2 Versorgungsstrukturen

Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung bleibt weiterhin durch drei zentrale Merkmale gekennzeichnet:

- Es besteht freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten.³⁶
- Das Angebot wird weitgehend durch frei niedergelassene Vertragsärzte erbracht.
- Die Vergütungen werden zwischen den Kassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene nach bundeseinheitlichen Vorgaben (einheitlicher Bewertungsmaßstab-EBM) ausgehandelt.

Wie die Schweiz zeichnet sich auch der deutsche niedergelassene Ärztebereich durch einen ausgeprägten Fachärztesektor aus. Im Jahr 2009 gab es bereits deutlich mehr Fach- (77.042) als Hausärzte (60.374) im ambulanten Sektor (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010: 9). Die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte hat seit den 1990er Jahren kontinuierlich zugenommen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2007b: 17f.). Wie Tabelle 5 zeigt, sind niedergelassene Ärzte noch immer überwiegend in Einzelpraxen tätig. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Möglichkeiten für einen Zusammenschluss von Ärzten und weitere Berufsgruppen in einer Einrichtung erweitert. Durch die mit diesem Gesetz initiierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurde angestrebt, eine bessere Verzahnung ärztlicher Fachgebiete und anderer Gesundheitsberufe zu erreichen und eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand anzubieten. Zudem erlaubte dies Ärzten, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2007a:43). Im Jahr 2006 gab es ca. 500 MVZ, im Jahr 2009 fast 1.500 (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Organisationsformen im ambulanten ärztlichen Sektor (2009)

Organisationsform	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte (in Tausend)
Einzelpraxen	69.2
Gruppenpraxen	49.5
Medizinische Versorgungszentren (insgesamt: 1.464)	7.1

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010: S. 20, 23).

Trotz kontinuierlich wachsender Ärztezahlen im ambulanten Bereich wird seit einigen Jahren für manche Regionen eine Unterversorgung insbesondere mit Hausärzten in verschiedenen Gutachten konstatiert (u. a. für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung). Eine vergleichende Analyse dieser Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass die Unterversorgung zunehmen wird, wenn keine Gegenmaßnahmen getroffen werden. Unterversorgte Gebiete befinden sich noch überwiegend in Ostdeutschland (Rambøll Management, 2005), entstehen aber zunehmend auch in ländlichen Regionen in den alten Bundesländern. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) kam zu dem Ergebnis, dass – nach Richtlinien der Bedarfsplanung – es insgesamt nicht zu wenige Ärzte gibt, diese aber regional ungleich verteilt sind (Klose et al., 2007: 179). Insofern muss eher von einer Fehl- als von einer Unterversorgung mit niedergelassenen Ärzten in Deutschland ausgegangen

³⁶ Das Prinzip der freien Arztwahl kann durch die Wahl einer hausarztzentrierten Versorgungsform durch die Versicherten selbständig eingeschränkt werden (vgl. ausführlicher hierzu weiter unten).

werden. Allerdings ist zu bedenken, dass durch den demographischen Wandel, der sich auch bei den berufstätigen Ärzten bemerkbar macht, die Zahl der berufstätigen Ärzte voraussichtlich nicht weiter steigen, sondern zurückgehen wird.

Die Vergütung der Leistungen der niedergelassenen Ärzte erfolgt im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), der nach gesetzlichen Vorgaben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wird. Der EBM legt die Vergütungsrelationen der einzelnen Leistungen bzw. Leistungskomplexe fest (Punktwerte) fest. Auf Landesebene vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen eine Gesamtvergütung, die sich an den Morbiditätsrisiken in der Region orientieren soll. Diese Gesamtvergütung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen dann unter den niedergelassenen Ärzten in Abstimmung mit den Krankenkassen nach den im EBM festgelegten Relationen verteilt.

Mit der Gesamtvergütung geht der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen über. Die Zulassung der Ärzte ist Sache des von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildeten Zulassungsausschusses, der auf Basis bundesweit geltender, vom G-BA festgelegten Kennziffern (Einwohner pro Arzt) Planungsbezirke (zumeist Landkreise und Großstädte) für weitere Zulassungen bei Überversorgung sperren kann. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Monopol bei der Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen. In Einzelfällen erhalten in Krankenhäusern arbeitende Ärzte Ermächtigungen für eingegrenzte Versorgungsbereiche. Krankenhäuser können nur in gesetzlich festgelegten Fällen (ambulantes Operieren, hochspezialisierte Leistungen – §§ 115 und 116 SGB V) ambulante medizinische Versorgung anbieten. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 wurden neben der kollektivvertraglichen Vergütung die Möglichkeit selektiver Verträge einzelner Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen ermöglicht.

Stationäre Versorgung

Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung liegt bei den Bundesländern. Zu diesem Zweck erstellen sie Krankenhauspläne, in denen die als bedarfsnotwendig angesehenen Krankenhäuser aufgelistet sind. Die Regeln, nach denen dies geschieht, werden ebenso landesrechtlich festgelegt wie die Einbindung der Kommunen und der Krankenkassen in den Planungsprozess. Die in die Landeskrankenhauspläne aufgenommenen Krankenhäuser haben Anspruch auf Investitionsmittel, die vom Landeshaushalt getragen werden. Die Krankenkassen müssen nicht mit ihnen kontrahieren, sie können prinzipiell auch die Verträge mit Plankrankenhäusern kündigen. Dazu kommt es aber nicht, weil Vertragskündigungen gemeinsam und einheitlich von allen Kassen ausgesprochen werden müssen und entsprechende Bestrebungen durch Vereinbarungen mit den Krankenhausträgern und der Landesregierung entschärft werden (z. B. Schließung oder Zusammenlegung von Abteilungen).

In Relation zur Einwohnerzahl ist die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland im internationalen Vergleich hoch. Im Jahr 2007 betrug die Bettendichte 5,7 pro 1.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 2009). 2008 gab es in Deutschland 2.083 Krankenhäuser, die durchschnittliche Verweildauer lag bei 8,1 Tagen. Bei den Krankenhäusern gibt es einen Trägerpluralismus von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern (Statistisches Bundesamt, 2009). Das Sozialgesetzbuch unterscheidet Akut-Krankenhäuser von Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen³⁷. Geriatrische Versorgungsstrukturen finden sich sowohl in

³⁷ Vgl. zu den Legaldefinitionen: § 107 Abs. 1 und 2 SGB V. Krankenhäuser- und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich bezüglich der Zulassung zur stationären Versorgung sowie hinsichtlich Finanzierung und Vergütung. Gesetzliche Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch die folgenden Krankenhäuser (sog. zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen (vgl. § 108 SGB V):

Krankenhäusern als auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (siehe hierzu ausführlicher 5.1.3).

Im Krankenhaussektor befand sich das Vergütungssystem der von den Kassen gezahlten Entgelte seit dem Jahr 2004 in einem Umstellungsprozess von einem Mischsystem aus tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten hin zu einem Fallpauschalensystem auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) statt. Dieser Prozess ist mittlerweile abgeschlossen. Er wirkte sich auf das Bemühen um Versorgungsintegration insofern aus, als die Verweildauern im Krankenhaus weiter abnehmen, und vor diesem Hintergrund die Kontinuität der Versorgung zwischen den Bereichen noch wichtiger bzw. ihr Fehlen spürbarer wird.³⁸ Zudem befördert die Einführung des neuen Entgeltsystems Tendenzen der Konzentration (zu den Konzentrationstendenzen siehe weiter unten), was möglicherweise die Wohnortnähe der Versorgung gefährdet.

In Deutschland können ambulante Leistungen im Krankenhaus in der Regel nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Allerdings wurden insbesondere seit den 1990er Jahren verschiedene Reformversuche unternommen, um Krankenhäuser für ambulante Leistungen zu öffnen.³⁹ Des Weiteren bestehen für die Krankenhäuser Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung durch Teilnahme an Modellvorhaben und Strukturverträgen, Verträgen zur integrierten Versorgung und Disease Management Programmen.

Ambulante und stationäre Pflege

Für ambulante Pflege waren in Deutschland Ende des Jahres 2006 ca. 11.000 ambulante Pflegedienste zugelassen (im Vergleich dazu 2011: 11.160, vdek 2011: 56). Durch diese Pflegedienste wurden ca. 472.000 Pflegebedürftige betreut. Praktisch alle Pflegedienste boten nicht nur Leistungen nach dem SGB XI, sondern auch Leistungen nach SGB V an (Bundesministerium für Gesundheit, 2008: 35). Ende des Jahres 2006 waren ca. 1,3 Mio. Menschen (ebd.: 17) im ambulanten Bereich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI mit einer zugeordneten Pflegestufe (2011: 1,6 Mio., vdek 2011: 54). Die Diskrepanz zwischen der Anzahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Menschen und der Gesamtzahl der Menschen mit einer Pflegestufe verdeutlicht die große Rolle der Angehörigen und des Ehrenamts. Die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste befand sich im Jahr 2006 in privater Trägerschaft (57,6%), ca. 41% der

Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG), Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Während es für Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan eines Landes sind, keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gibt, müssen die gesetzlichen Krankenkassen mit Krankenhäusern, die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, und mit Hochschulkliniken im Sinne des HBFG Versorgungsverträge abschließen – bzw. es gilt dieser durch die Aufnahme in den Krankenhausplan bereits als abgeschlossen (sog. Kontrahierungszwang) (Busse & Riesberg, 2005; Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 245f.).

38 Entstehende Lücken führten mancherorts zu öffentlichen Auseinandersetzungen und zivilgesellschaftlichen Initiativen. www.ambulante-versorgungsluecke.de

39 Hierzu zählen insbesondere: ambulante Behandlung im Krankenhaus durch Krankenhausärzte, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen dazu ermächtigt wurden, ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser, ambulante Behandlung durch Hochschulambulanzen, ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durch dazu ermächtigte psychiatrische Krankenhäuser, ambulante Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren für Kinder, ambulante Operationen durch das Krankenhaus und vor- und nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus (Rosewitz & Webber, 1990: 31-90). Eine Aufarbeitung und Analyse der politischen Reformversuche zwischen der Nachkriegszeit und der Mitte der 1980er Jahre, den ambulanten und stationären Sektor besser miteinander zu verzahnen finden sich bei (Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 254).

ambulanten Pflegedienste haben freigemeinnützige Träger und 1,8% sind öffentlich (Bundesministerium für Gesundheit, 2008: 35).

Pflegekassen dürfen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nur durch ambulante und stationäre Einrichtungen erbringen lassen, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Ein Versorgungsvertrag darf nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die gemäß § 72 Abs. 3 SGB V Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten. Wenn die Einrichtungen die gesetzlichen Ansprüche erfüllen, haben sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags. Dabei werden private und freigemeinnützige Anbieter gegenüber den öffentlichen gesetzlich bevorzugt (§ 72 SGB XI). Im Gegensatz zum ambulanten und stationären Sektor gibt es für den Pflegebereich keine Bedarfsplanung. Bei den Vergütungen lässt sich seit dem Inkrafttreten der Sozialen Pflegeversicherung eine Abkehr von landesweiten Vergütungsvereinbarungen hin zu Einzelverträgen beobachten (Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 232ff.).

Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen und der dort verfügbaren Plätze stieg in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich. Zum Ende des Jahres 2007 gab es in Deutschland 9.919 Heime (Statistisches Bundesamt, 2007: 8 (im Vergleich dazu 2011: 11.632 Pflegeheime, vdek 2011: 57). Die Anzahl der Heimplätze haben sich zwischen 1999 und 2007 um 25% erhöht. An die Stelle der herkömmlichen Altenheime sind zum Teil Einrichtungen betreuten Wohnens getreten, in denen eine selbständige Haushaltsführung möglich ist (Bundesministerium für Familie, 2006: 5). In Bezug auf die Struktur der Heime konnte mittels der Pflegestatistik Folgendes festgestellt werden:

- In stationären Heimen werden Leistungen der voll- und teilstationären Pflege in unterschiedlichen Kombinationen erbracht, dabei steht die Dauerpflege im Vordergrund. Bezüglich der Kurzzeitpflege war seit 1999 insgesamt ein rückläufiger Trend zu verzeichnen.
- Auch im stationären Pflegeheimsektor gibt es einen Trägerpluralismus. Ca. 55% aller Pflegeheime gehören dem freigemeinnützigen, 39% dem privaten und 6% dem öffentlichen Sektor an (Statistisches Bundesamt, 2007). Die Zahl der privaten Anbieter hat von 1999 bis 2007 um 40% zugenommen, die der freigemeinnützigen um 20%, die Zahl der öffentlichen ist um ca. 15% zurückgegangen (ebd.).

Die SÄVIP-Studie untersuchte die ärztliche Versorgungsstruktur in Heimen (Hallauer et al., 2005). Dabei wurden 782 Heime befragt, die ca. 10% der deutschen Pflegeheimkapazität stellen. Es ergaben sich folgende Ergebnisse:⁴⁰

- Es finden sich hohe Prävalenzen von Mobilitätseinschränkungen, Harninkontinenz, Demenz und Stuhlinkontinenz;
- Ca. 20% der Heimbewohner besuchen Arztpraxen außerhalb der Einrichtungen; Arztbesuche werden durch das Personal veranlasst. Eine freie Arztwahl findet nicht (mehr) statt.
- Die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeheimen wird de facto durch die niedergelassenen Ärzte wahrgenommen. Andere Leistungserbringer wie z.B. Krankenhäuser sind nicht daran beteiligt.
- Die hausärztliche Versorgung erscheint unproblematisch, aber die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf (Hallauer et al., 2005).

Am 1. Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Kerninhalte dieses Gesetzes können folgendermaßen zusammengefasst werden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2008; Michell-Auli et al., 2008).

⁴⁰ Im Rahmen der Fallstudien geführte Interviews in Heimen decken sich überwiegend mit diesen Befunden.

- Die Einführung von Pflegestützpunkten: Wenn es die oberste Landesbehörde bestimmt, müssen die Pflege- und Krankenkassen zur wohnortnahen Versorgung, Beratung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einrichten. Die Pflegestützpunkte sollen eine umfassende und unabhängige Beratung zu Fragen der sektorübergreifenden Koordination aller Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich Hilfestellung, deren Inanspruchnahme und die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote anbieten. Nach dem Wortlaut des Gesetzes soll beim Aufbau der Pflegestützpunkte auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgegriffen werden.
- Die Einführung eines einklagbaren Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberatung: Diese Beratung soll eine unabhängige Hilfestellung sein, wenn es um die Auswahl und die Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen geht. Es wird die Zielsetzung verfolgt, jedem hilfeschuchenden Menschen eine Beratung zur Seite zu stellen, die den ganzen Prozess der Hilfeleistung begleitet und koordiniert. Zudem wird ein Anspruch auf Versorgungsmanagement eingeführt. Dieser richtet sich vor allem darauf, bei der Krankenhausentlassung einen nahtlosen Übergang zu sichern.
- Die Leistungen für die einzelnen Pflegestufen werden schrittweise erhöht und zudem dynamisiert. Die Bundesregierung soll erstmals 2014 und danach alle drei Jahre prüfen, ob die Notwendigkeit einer Erhöhung besteht, bezogen auf die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei Jahre.
- Verbesserte Leistungen für Menschen mit Demenzerkrankungen und/oder eingeschränkter Alltagskompetenz: Vollstationäre Einrichtungen erhalten die Möglichkeit für zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Auch im ambulanten Bereich können Betroffene jetzt „Betreuungsleistungen“ erhalten (zu den Leistungen bei Demenz siehe auch 5.1.3).
- Pflegeheime erhalten im Einzelfall die Möglichkeit, einen Arzt, insbesondere einen solchen mit einer geriatrischen Fortbildung in einer stationären Pflegeeinrichtung anzustellen. Es wird aber betont, dass vorrangig Kooperationsmöglichkeiten nach § 73b, § 73c oder § 140a ff. SGB V wahrzunehmen sind.

Die Einführung der Pflegestützpunkte war auch Gegenstand in einigen der Fallstudien. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Juni 2009) befanden sich Pilotprojekte in den meisten Bundesländern in der Erprobungsphase. In verschiedenen Ländern wurde bereits mit der flächendeckenden Einführung von Pflegestützpunkten begonnen⁴¹. So beschloss der Berliner Senat am 7. Oktober 2008, Pflegestützpunkte einzuführen. Es sollte bis 2011 je ein Stützpunkt für 95.000 Einwohner/-innen aufgebaut werden (insgesamt 36 Pflegestützpunkte). Die schon bestehenden und von freien Trägern betriebenen Koordinierungsstellen "Rund ums Alter" sollten in die neue Beratungsstruktur der Pflegestützpunkte eingebunden werden (vgl. <http://www.paritaet-berlin.de/artikel/artikel.php?artikel=4199> [Zugang am 22. 11. 2008]).

Rehabilitation⁴²

Im Jahr 2008 gab es in Deutschland 1.239 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit 171.060 Betten. Sie sind zu mehr als der Hälfte in privater Trägerschaft, ca. ein Viertel gehören dem freigemeinnützigen Sektor an und ca. 18% sind in öffentlicher Trägerschaft (Statistisches

41 Bspw. in Rheinland-Pfalz, vgl. http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168258/sid_BCS3C8C2C859B42C53B4F0488369706B/nsc_true/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar-Pflegest_C3_BCTzpunkt/Pflegest_C3_BCTzpunkte-Rheinland-Pfalz.html?__nnn=true [Zugang 17. 06. 2009]

42 Zur geriatrischen Rehabilitation siehe Ausführungen unter 5.1.3.1

Bundesamt, 2009: 16). Die Legaldefinition einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ergibt sich aus § 107 Abs. 2 SGB V. Medizinische Rehabilitation wird nicht nur stationär, sondern auch teilstationär, ambulant und als mobile Rehabilitation erbracht (zu geriatrischer Rehabilitation vgl. 5.1.3). Für ihre Finanzierung sind hauptsächlich drei Träger zuständig:

- Die gesetzliche Rentenversicherung trägt die Leistungen für erwerbstätige Versicherte mit dem Ziel, deren Erwerbsfähigkeit zu sichern und wieder herzustellen.
- Die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) ist Träger der Rehabilitation bei Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen.
- Die gesetzliche Krankenversicherung ist für nicht-erwerbstätige Versicherte zuständig, d.h. auch für Rentner.

Für die Koordination der Zuständigkeiten ist die GKV zuständig. Sie hat im Einzelfall zu klären, welcher Träger für die Leistungen aufkommen muss. Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen unabhängig vom Lebensalter. Maßnahmen der Rehabilitation sind nicht nur unter humanitären Gesichtspunkten von hoher Bedeutung. Im Rahmen der Pflegeversicherung wurde in § 5 SGB XI der Grundsatz festgelegt, dass Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung haben sollen (Schulz et al., 2008: 334). Dieser gesetzlich eingeräumte Vorrang wird aber durch Schnittstellenproblematiken zwischen SGB V, SGB IX und SGB XI und unterschiedlichen Anreizstrukturen, die von den einzelnen Sozialversicherungszweigen ausgehen, unterlaufen.

Weitere Leistungen in der Altenversorgung

Neben den oben dargestellten professionalisierten Leistungserbringern kommen gerade bei der Versorgung alter Menschen den informellen Netzwerken und der Selbsthilfe eine ganz erhebliche Bedeutung zu (vgl. hierzu und zum Folgendem: Zeman, 2008: 297ff.). Deren Beitrag zur Altenversorgung übertrifft nach wie vor den der professionellen Versorgungsstrukturen. Für die betroffenen Menschen ist er auch bezüglich ihrer Lebensqualität und ihrer sozialen Integration von großer Bedeutung. Die in Gruppen und Verbänden organisierte Selbsthilfe ist oftmals eine unverzichtbare Ergänzung zum herkömmlichen Versorgungssystem. Für die Zukunft wird aber europaweit mit einer Verringerung der Kapazität für informelle Pflege gerechnet (vgl. z.B. European Commission, 2008).

5.1.3 Alters- und krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen

Alte Menschen werden selten in geriatrischen Kliniken versorgt (Steinhagen-Thiessen et al., 2003: 369). Ähnliches gilt für die Versorgung von Demenz- und Palliativpatienten. Auch hier spielen Einrichtung der Allgemeinversorgung und damit auch Generalisten in den Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle. Für alle drei Bereiche existieren jedoch auch spezialisierte Versorgungseinrichtungen. Der Bedarf für einen weiteren Ausbau wird gesehen (Naegele 2009; vgl. auch Kapitel 3).

Geriatrische Versorgungsstrukturen

Geriatrische Patienten werden durch ihr Alter, relevante Komorbidität, aktuelle und drohende funktionelle Einschränkungen definiert. Hinweise zur Identifikation eines geriatrischen Patienten finden sich in Tabelle 4. Dabei handelt es sich um geriatrietypische Konstellationen, welche eine komplexe Vorgehensweise und bestimmte Behandlungsstrukturen erfordern (Steinhagen-Thiessen et al., 2003: 367).

Tabelle 4: Geriatrie – Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen

	DISZIPLINEN				
Kriterien	angrenzende Akut-Disziplinen	Geriatrie			angrenzende Reha-Disziplinen
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. mit geriatrietypischer Multimorbidität, überwiegend 70 Jahre alt oder älter			Nicht-geriatrisch
Rehabedürftigkeit	(noch) nicht rehabedürftig	(noch) nicht rehabedürftig	rehabedürftig		rehabedürftig
Indikation	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-) rehabefähig	bedingt rehabefähig oder rehabefähig mit unsicherer Prognose; früh-rehabefähig	indikationsübergreifend rehabefähig mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	indikationsspezifisch rehabefähig im engeren Sinne mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung
Art der Behandlung	Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie	„Akutgeriatrie“		geriatriische Rehabilitation	Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung
		geriatriische Akutbehandlung	geriatriische Frührehabilitation		
			„Rehabilitative Geriatrie“		
Einrichtungsart	KH § 107 I SGB V	KH § 107 I SGB V	KH § 107 I SGB V	Reha-Einrichtung § 107 II SGB V	Reha-Einrichtung § 107 II SGB V

Quelle: Steinhagen-Thiessen (2003: 368)

Für die Behandlung geriatrischer Patienten existieren verschiedene Einrichtungsarten (vgl. ebd. 369 sowie Meinck et al., 2006: 444f.; Plate, 2003: 71ff.). Die Unterscheidung dieser Einrichtungen ergibt sich nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V). Zu unterscheiden sind Geriatrien als Krankenhäuser mit stationären bzw. teilstationären Angeboten (Tageskliniken) nach § 107 Abs. 1 i.V.m. § 39 SGB V von komplementären Strukturen in voll- und teilstationären sowie ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Nach § 107 Abs. 2 i.V.m. § 40 SGB (geriatriische Rehabilitationsklinik, geriatriisch-rehabilitative Tagesklinik und ambulante geriatriische Rehabilitation). Ihre Verteilung weist große Unterschiede zwischen den Bundesländern auf. Diese unterschiedlichen Angebotsstrukturen sind bedingt durch unterschiedliche gesundheitspolitische Entscheidungen und Entwicklungen in den Bundesländern, mit unterschiedlichen Folgen für die geriatrischen Patient/-innen (Steinhagen-Thiessen et al., 2003: 369). Im Jahr 2003 waren zwei Drittel der geriatrischen Versorgungseinrichtungen leistungsrechtlich dem Krankenhausbereich und weniger als ein Drittel dem Rehabilitationsbereich zuzurechnen. In Bezug auf die Anteile ergaben sich Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. So hatten etwa die südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg geriatriische Kapazitäten insbesondere im Rehabilitationsbereich ausgebaut. Auch hinsichtlich der Versorgungsquoten (berechnet pro

10.000 Einwohner, die 65 Jahre oder älter sind) ergaben sich Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die geriatrische Versorgungsquote im so definierten Sinne betrug im Bundesdurchschnitt 12,3 geriatrische Behandlungseinheiten (Betten oder Behandlungsplätze) mit einer Spannweite von 5,8 bis 28,9 Behandlungseinheiten (Meinck et al., 2006: 448).

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im April 2007 stationäre und ambulante geriatrische Rehabilitationsleistungen als verpflichtend zu erbringende Regelleistungen (§ 40 Abs.2 SGB V) eingeführt (Orlowski & Wasem, 2007: 25). Zudem wurde die mobile geriatrische Rehabilitation als neue Leistungsart der GKV eingeführt. Letztere ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und zeichnet sich dadurch aus, dass sie den alten Menschen in seiner vertrauten Wohnumgebung unterstützt und behandelt. Das entsprechende Assessment kann so die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren besser erfassen. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag wird als eine besondere Stärke der mobilen Rehabilitation angesehen (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2007). Ihre Implementierung verläuft allerdings langsam und stößt auf Barrieren (Schmidt-Ohlemann, 2008).

Palliative Versorgungsstrukturen

Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland wurde über lange Zeit zumindest regional als unterentwickelt angesehen. Im letzten Jahrzehnt hat die Thematik vermehrte Aufmerksamkeit erfahren, was zunächst zu einem Ausbau der stationären Strukturen führte (Schindler, 2006: 1079). Nach Schätzungen von palliativmedizinischen Experten brauchen ca. ein Viertel der Menschen, die an bösartigen Krebserkrankungen und ca. 5% der Menschen, die an weiteren, nicht krebsbedingten Erkrankungen sterben, im Verlauf ihrer Erkrankung eine spezialisierte palliative Versorgung, die über die konventionelle Versorgung hinausgeht. Gegenwärtig ist von einem entsprechenden Bedarf für ca. 85.000 Menschen jährlich auszugehen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Zunahme hochbetagter chronisch multimorbider Menschen wird dieser Bedarf weiter steigen (Schneider et al., 2008: 467).

Tabelle 5: Anzahl von Palliativstationen und stationären Hospizen im Bund und in den Ländern (inklusive Bettenzahl sowie geschätzter Bedarf)

Palliativmedizin & Hospizarbeit 2009 / stationär (Realität & Bedarf in Deutschland)

Einwohnerzahl (Stichtag: 31.12.2007) Quelle: Statistisches Bundesamt	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 25-30 Betten / 1 Mio)			Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB) (Bedarf: 25-30 Betten / 1 Mio)			Palliativstationen & Hospize Palliativ- & Hospizbetten (Bedarf: 50-60 Betten / 1 Mio)		
	PS	PB	Realität	SH	HB	Realität	H&P-B	Realität	
Baden-Württemberg (10,7 Mio Einw.)	20	170	16 Betten / 1 Mio	18	131	12 Betten / 1 Mio	38	301	28 Betten / 1 Mio
Bayern (12,5 Mio Einw.)	94	298	24 Betten / 1 Mio	10	97	8 Betten / 1 Mio	44	395	32 Betten / 1 Mio
Berlin (3,4 Mio Einw.)	5	47	14 Betten / 1 Mio	8	117	34 Betten / 1 Mio	13	164	48 Betten / 1 Mio
Brandenburg (2,5 Mio Einw.)	5	49	16 Betten / 1 Mio	6	67	27 Betten / 1 Mio	11	116	43 Betten / 1 Mio
Bremen (0,7 Einw.)	2	19	27 Betten / 1 Mio	1	8	11 Betten / 1 Mio	3	27	38 Betten / 1 Mio
Hamburg (1,8 Mio Einw.)	5	30	17 Betten / 1 Mio	5	71	42 Betten / 1 Mio	10	104	59 Betten / 1 Mio
Hessen (5,1 Mio Einw.)	10	89	15 Betten / 1 Mio	9	83	14 Betten / 1 Mio	19	172	29 Betten / 1 Mio
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio Einw.)	3	25	15 Betten / 1 Mio	4	34	20 Betten / 1 Mio	7	59	35 Betten / 1 Mio
Niedersachsen (8,0 Mio Einw.)	21	118	15 Betten / 1 Mio	15	130	16 Betten / 1 Mio	36	248	31 Betten / 1 Mio
Nordrhein-Westfalen (18,0 Mio Einw.)	39	267	15 Betten / 1 Mio	54	472	26 Betten / 1 Mio	93	739	41 Betten / 1 Mio
Rheinland-Pfalz (4,0 Mio Einw.)	13	73	18 Betten / 1 Mio	6	51	12 Betten / 1 Mio	19	118	30 Betten / 1 Mio
Saarland (1,0 Mio Einw.)	3	21	21 Betten / 1 Mio	2	24	24 Betten / 1 Mio	5	45	45 Betten / 1 Mio
Sachsen (4,2 Mio Einw.)	9	99	22 Betten / 1 Mio	5	68	16 Betten / 1 Mio	14	161	30 Betten / 1 Mio
Sachsen-Anhalt (2,4 Mio Einw.)	5	40	17 Betten / 1 Mio	4	32	13 Betten / 1 Mio	10	72	30 Betten / 1 Mio
Schleswig-Holstein (2,8 Mio Einw.)	5	41	15 Betten / 1 Mio	5	58	21 Betten / 1 Mio	10	99	36 Betten / 1 Mio
Thüringen (2,3 Mio Einw.)	6	60	25 Betten / 1 Mio	2	24	10 Betten / 1 Mio	8	84	35 Betten / 1 Mio
Gesamt (82,2 Mio Einw.)	186	1.440	17 Betten / 1 Mio	184	1.467	18 Betten / 1 Mio	339	2.807	35 Betten / 1 Mio

ständig aktualisierte Übersicht (Quelle: www.dgpalliativmedizin.de / basierend auf Daten des „Wegweiser Hospiz & Palliativmedizin“ - Stand: 30.6.2009)

Quelle: www.dgpalliativmedizin.de

Die Debatten zur Frage einer bedarfsgerechten Palliativversorgung unterschieden zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Palliativversorgung. Unter allgemeiner Palliativversorgung wird dabei die palliativmedizinische Tätigkeit in den primären Versorgungsstrukturen verstanden, z.B. durch Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen. Spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet Strukturen „deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht“ (Empfehlungen des Europarats zitiert in Schindler, 2006: 1078). In solchen Strukturen bündelt sich eine hohe Palliativkompetenz. Tabelle 5 beschreibt die Anzahl von Palliativstationen und stationären Hospizen im Jahr 2009. In Deutschland haben sich derartige spezialisierte Einrichtungen zunächst vor allem im stationären Sektor herausgebildet.

Ambulante Palliativdienste dagegen blieben bis 2007 die Ausnahme (Schindler 2006: 1078f.). Durch das GKV-WSG von 2007 wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung als neue Leistungsform eingeführt. Sie wird durch Palliative Care Teams auf Basis von Einzelverträgen der Krankenkassen mit entsprechenden Einrichtungen oder Personen in einem Leistungsverband erbracht (§ 37b und § 132d SGB V); sie sind kein Bestandteil der kollektiven vertragsärztlichen Versorgung (Dalhoff, 2008: 104). Diese Neuerung lässt sich als Beispiel einer allgemeinen Tendenz zur Reregulierung weg von kollektivvertraglichen und hin zu einzelvertraglichen Verfahren betrachten (vgl. hierzu ausführlicher weiter unten, vgl. auch: Noweski, 2008). Vom Gemeinsamen Bundesausschuss wurde eine Richtlinie verabschiedet, in der Inhalt, Umfang und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung konkretisiert wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen musste unter Beteiligung verschiedener Leistungserbringer gemeinsame Empfehlungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung entwickeln (Schneider, 2008). Diese wurden am 23.06.2008 von den damals noch bestehenden Spitzenverbänden verabschiedet.⁴³ Die Empfehlungen enthalten Kriterien für die Zulassungsvoraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen, organisatorische Voraussetzungen, personelle Anforderungen und Qualitätssicherung.

Demenzversorgung

In Deutschland leiden gegenwärtig unter den ab 65-Jährigen rund eine Mio. Menschen an einer Demenz. Die Anzahl an Neuerkrankungen beträgt jährlich ungefähr 200.000. Mehr als zwei Drittel aller Menschen mit Demenzerkrankungen sind Frauen, da sie im Vergleich zu Männern ein höheres Erkrankungsrisiko und eine höhere Lebenserwartung haben (Weyerer, 2005: 7).

60% der Menschen mit dementiellen Erkrankungen werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Diese tragen mithin die Hauptlast der Betreuung. In den letzten Jahren hat sich zudem ein breites Spektrum an Angeboten im Bereich der Angehörigen- und Selbsthilfegruppen sowie Alzheimergesellschaften gebildet (vgl. <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=2>).

Die professionelle Versorgung von Demenzkranken findet in Strukturen der ambulanten Pflege und in Alten- und Pflegeheimen statt. Allerdings ist die soziale Pflegeversicherung primär auf die Pflege von körperlichen Erkrankungen ausgerichtet, und wurden bei der Einstufung der Pflegeversicherung im wesentlichen Hilfebedarfe bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens berücksichtigt. Betreuungs-, Beaufsichtigungs- und Förderungsaufwände, die darüber hinausgehen, wurden über lange Zeit – versicherungstechnisch – ignoriert (Pick, 2003: 16).⁴⁴ Die unter diesen Bedingungen problematische Versorgungssituation von Menschen mit Demenzerkrankungen wurde in den letzten Jahren vielfach diskutiert (vgl. hierzu auch: SVR, 2005: 443ff.). Bemängelt wurde auch die unzureichende medizinische Versorgung der Demenzkranken

⁴³ Das GKV-WSG von 2007 hat ab 1.1.2009 die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände auf Bundesebene zu einem Spitzenverband Bund der GKV zusammengelegt.

⁴⁴ Vgl. aber zu den neuen Leistungen zum Betreuungsaufwand für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz weiter unten.

mit Defiziten sowohl bei der medikamentösen als auch nicht-medikamentösen Therapie. So wird eine Demenz durchschnittlich viel zu spät diagnostiziert, wodurch Chancen für Therapiemöglichkeiten, aber auch für Bewältigungsmöglichkeiten von Angehörigen und Betroffenen vergeben werden. Als Gründe für diese Defizite wird auf fehlende Aus- und Weiterbildung für Ärzte und auf eine unzureichende Vernetzung der verschiedenen Bereiche der Diagnostik, Kuratation, Rehabilitation und Pflege verwiesen (Pick, 2003: 18). Diese Mängel finden sich zum Teil auch in den hier untersuchten Fällen wieder.

Ambulante Pflegedienste versorgen ebenfalls in großer Zahl psychisch veränderte Menschen, insbesondere Demenzerkrankte. Bedauerlicherweise gibt es keine bundesweiten Daten zur Prävalenz von dementiellen Erkrankungen bei Menschen, die durch ambulante Dienste versorgt werden. Eine Untersuchung in der Stadt Mannheim ergab, dass bei etwa 10% aller Menschen, die ambulante Pflegeleistungen bezogen, Demenz der Hauptgrund für den Leistungsbezug war. Hierbei muss aber von einer Untererfassung insbesondere von leichteren Demenzformen ausgegangen werden (Weyerer, 2005: 20). Die stationäre Versorgung von Demenzerkrankten wird im Wesentlichen von Alten- und Pflegeheimen erbracht. Über 60% der Pflegeheimbewohner leiden an einer fortgeschrittenen Demenz (Bundesministerium für Familie, 2002: 168).

Wie erwähnt bezog die Soziale Pflegeversicherung in ihrer prinzipiellen Ausgestaltung insbesondere aufgrund ihrer einseitig somatischen Ausrichtung Demenzerkrankte in nur unzureichender Weise mit ein. Eine bessere Berücksichtigung der Hilfebedarfe dementiell Erkrankter wird deshalb seit langem diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2008: 28/32). Erste Ansätze wurden mit dem Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 vorgenommen: es wurden neue Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit der Zielsetzung eingeführt, die Pflegeversicherung ganzheitlicher, d.h. um nicht somatisch bedingte Pflegebedarfe ergänzt, auszurichten. Bei Feststellung eingeschränkter Alltagskompetenz bei Versicherten übernehmen die Pflegekassen seitdem monatlich Leistungen mit einem Grundbetrag von 100 Euro bzw. einem erhöhten Betrag von 200 Euro. Der GKV-Spitzenverband Bund verabschiedete eine Richtlinie über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und der Bemessung der jeweiligen Betreuungsgelder.⁴⁵ Auch vollstationäre Einrichtungen erhielten die Möglichkeit für zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Insgesamt liess sich eine – zögerliche – Verschiebung von einem eher somatisch ausgerichteten zu einem umfassenderen Pflegebegriff beobachten. Diese Entwicklung manifestierte sich etwa in der Reformdebatte um die Neudefinition der Pflegestufen. Das reformierte Pflegestufenkonzept sollte sich nicht mehr am Zeitaufwand der Pflegekräfte orientieren, sondern daran, wie stark die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen eingeschränkt ist. Insbesondere Demenzerkrankte sollten hiervon profitieren. Der vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs legte im Mai 2009 diesbezügliche Umsetzungsempfehlungen (Bundesministerium für Gesundheit 2009) vor, welche in der nächsten Legislaturperiode ⁴⁶ verabschiedet werden sollten. Zwar besteht bezüglich der Notwendigkeit der Reform einen breiten Konsens, allerdings gibt es noch Unklarheit über die prognostizierten Mehrkosten von bis zu 4 Milliarden €. Die Implementierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde bis heute nicht vorgenommen (vgl. Wingenfeld & Schaeffer, 2011).

⁴⁵ Diese Richtlinien sind abrufbar unter:
https://www.gkvspitzenverband.de/upload/Endfassung_Richtlinie_PEAVerfahren_1523.pdf [Zugang 24. 11. 2008]

⁴⁶ Vgl. hierzu:
http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2009/Presse-2-2009/pm-25-05-09.html?__nnn=true

5.1.4 Integrationsprobleme und Lösungsansätze im deutschen Gesundheitssystem

Sektoren des deutschen Gesundheitswesens sind auf den Ebenen der Versorgung, der Finanzierung bzw. Vergütung und der Regulierung voneinander abgeschottet (Rosenbrock & Gerlinger 2006). Schon im Jahr 1990 wies die Enquete Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf die mangelnde Verzahnung insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor hin. Schon damals wurden die folgenden Maßnahmen vorgeschlagen, die bis heute noch aktuell sind:

- gemeinsame Nutzung der medizinischen Technik durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte,
- Erweiterung der Möglichkeiten zur vorstationären Diagnostik sowie zur nachstationären Behandlung im Krankenhaus,
- frühzeitige Einleitung und Durchführung von rehabilitativen Maßnahmen schon im Akutkrankenhaus,
- Erweiterung von teilstationären Behandlungsmöglichkeiten,
- Mitwirkung bzw. Koordinierung beim Einsatz von ambulanten pflegerischen Diensten,
- Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des § 115 Abs. 1 SGB V,
- Förderung integrierter Versorgungsformen (Belegarztssysteme, Praxiskliniken, Krankenwohnungen usw.),
- Einbeziehung und Berücksichtigung ambulanter und stationärer sozialer Versorgungseinrichtungen in ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept,
- Finanzielle Absicherung des Pflegefallrisikos und die Sicherung der Durchgängigkeit von Krankenbehandlung und Pflegebetreuung,
- Integration der Langzeitbehandlung und der geriatrischen Rehabilitation in die Krankenhausversorgung (Deutscher Bundestag, 1990: 119).

Medizinische, pflegerische und sozialdienstliche Leistungen für ältere Menschen werden von verschiedenen Einrichtungen erbracht, was zu Koordinations- und Schnittstellenproblemen führen kann. Sie werden zudem auch durch verschiedenartige Finanzierungsträger bezahlt (GKV, PKV, GUV, GRV, Pflegeversicherung, öffentliche Haushalte). Insbesondere das Nebeneinander von gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung, durch je eigene Sozialgesetzbücher reguliert, führt weiterhin zu Schnittstellenproblemen. Die unzureichende Koordination von Leistungen und Leistungserbringung ist von besonderer Bedeutung für ältere multimorbide Menschen, die häufig der gleichzeitigen Unterstützung von mehreren Sozialleistungsträgern bedürfen.

Im Widerspruch zum gesetzlichen Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege besteht für Krankenkassen der Anreiz, Leistungen in die Pflegeversicherung zu verlagern. Krankenkassen haben nur dann ein nachhaltiges Interesse an Prävention und Rehabilitation, wenn sich deren Erfolg auch in der GKV und nicht in der Sozialen Pflegeversicherung niederschlägt. Sie handeln damit ökonomisch rational, wenn sie sich für volkswirtschaftlich ineffiziente Lösungen entscheiden (SVR, 2005: 55). Aus dieser Diskrepanz folgerte der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass der Träger die Maßnahmen finanzieren sollte, der auch den Nutzen dieser Maßnahme erhält, was mit einer Forderung der Anerkennung der Pflegekassen als Rehabilitationsträger einhergeht (ebd.).

GKV und SPV folgen ordnungspolitisch unterschiedlichen Logiken. Die SPV ist im Gegensatz zur GKV nicht am Bedarfsdeckungsprinzip orientiert, stellt also lediglich eine Art „Teilkaskoversicherung“ dar (vgl. hierzu und zu weiteren Unterschieden (Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 220f; Simon, 2008: 315f.).

Mit der Gesundheitsreform von 2007 wurden vertragspolitische Möglichkeiten zur Überbrückung von Sektorengrenzen geschaffen, die auch genutzt wurden. Sie bezogen sich jedoch vor allem auf die ärztliche Versorgung. Politische Vorstellungen oder gesetzliche Vorschriften zur systematischen Integration des Versorgungssystems existierten kaum. Einzelbestimmungen sollten an einigen Stellen für eine engere Kooperation der Sektoren sorgen. Der gesetzliche Rahmen verhinderte auch nicht die Entwicklung integrierter Versorgung, überließ aber die konkrete Ausgestaltung im Rahmen der dafür im SGB V geschaffener Möglichkeiten der Selbstverwaltung oder nachgeordneten Akteuren.

5.1.5 Steuerungsansätze für integrierte Versorgung

Bis zum Jahr 2007 wurde sichtbar, dass die seit den Empfehlungen der Enquete-Kommission von 1990 verabschiedeten Maßnahmen zum Teil erneute Schnittstellenprobleme geschaffen haben. Dazu gehörten insbesondere folgende Maßnahmen:

- die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995, die eine Teilabsicherung des Pflegerisikos zum Gegenstand hat;
- die Möglichkeiten der Krankenhäuser, vermehrt ambulante Leistungen zu erbringen;
- die Einführung der besonderen Versorgungsformen seit Mitte der 1990er Jahre, die zu mehr Versorgungsintegration (siehe zu den besonderen Versorgungsformen den folgenden Abschnitt) führen sollten.

Das im Jahr 2007 verabschiedete Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) erleichterte Krankenhäusern, ambulante hochspezialisierte Leistungen zu erbringen. Seitdem hatten sie einen Anspruch auf entsprechende Verträge mit den Krankenkassen, sofern sie dafür von den Landesbehörden zugelassen werden. Seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 können Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus arbeiten, wobei es keine Rolle spielt, ob sie angestellte oder niedergelassene Ärzte sind.

Hausarztzentrierte Versorgung

Mit dem GKV-WSG 2007 wurde die Option, Hausarztmodelle anzubieten, für die Kassen zu einer Verpflichtung. Im November 2007 hatten ca. 31 Mio. in der GKV Versicherte die Möglichkeit, sich in ein Hausarztmodell einzuschreiben.⁴⁷ Allerdings gibt es keine Angaben darüber, welche soziodemographischen Merkmale die in Hausarztmodelle eingeschriebenen Versicherten aufwiesen. Für eine Einschätzung der Bedeutung der Hausarztmodelle für eine verbesserte Versorgungsintegration ist es wichtig zu wissen, ob es sich überwiegend um gesunde Versicherte handelt, die Einsparungen bei der Praxisgebühr oder sonstige Vergünstigungen erwarten (analog den in Managed Care Modellen eingeschriebenen in der Schweiz), oder um ältere multimorbide Patienten, die sich eine verbesserte Versorgung und Koordination erhoffen. Die durch das GKV-WSG geschaffene Verpflichtung für Krankenkassen, für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Selbsthalte oder Prämienzahlungen anzubieten (§ 53 Abs. 3 SGB V), fördert eher die Teilnahme gesunder Versicherter, die einer verbesserten Steuerung kaum bedürfen.⁴⁸ Eine Studie auf Basis der Daten der Techniker Krankenkasse zeigte, dass insbesondere gesündere Versicherte Selbsthalte wählen (Felder & Werblow, 2006).

⁴⁷ http://www.diegesundheitsreform.de/gesundheitsystem/zukunft_-entwickeln/hausarztmodell/pdf/hintergruende_hausarztmodell.pdf [Zugang 18.12. 2007]

⁴⁸ Im Vergleich zur Schweiz sind solche Anreize allerdings tendenziell abgemildert, da die Teilnahme an besondere Versorgungsformen in Deutschland teilweise an konkrete Bedarfslagen gekoppelt ist z.B. in DMPs).

Integrierte Versorgungsformen (§ 140a ff. SGB V)

Nach einer Bilanz des Sachverständigenrats stellten die bis zum Oktober 2007 abgeschlossenen Verträge nach § 140a-d SGB V unter gesundheitlichen und ökonomischen Aspekten nicht zufrieden. Eine obligatorische Evaluation war gesetzlich nicht vorgesehen. Wo es diese auf freiwilliger Basis gab, deuten die publizierten Ergebnisse nicht auf den angestrebten Durchbruch in Richtung einer effektiveren und effizienteren Patientenversorgung hin. Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren führen weiterhin zu unausgeschöpften Rationalisierungspotentialen (SVR, 2007: 227).

Mit dem 2004 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz wurde zur Finanzierung von Verträgen nach § 140a ff. SGB V eine Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt, die jeweils 1% aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den individuellen Krankenhausbudgets beträgt. Die Anschubfinanzierung in dieser Form lief zum 31.12.2008 aus.

Tabelle 6: Durch Gesetzgebung geschaffene Optionen für Integrierte Versorgungsformen (Quelle KBV)

	Praxisnetze als Modellvorhaben (§ 63 ff SGB V)	Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73 a SGB V)	MVZ (§ 95 SGB V)	Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V)	besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) „Vertragswerkstatt“	Integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs-, Vergütungsformen ▪ maximal Dauer von acht Jahren ▪ wissenschaftliche Begleitung erforderlich ▪ Koppelung mit Wahlтарifen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarzt oder Ärzteverbund bekommen Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen ▪ Optimierung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im ambulanten Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen. Ärzte können als Vertragsärzte oder Angestellte arbeiten ▪ gründungsberechtigt sind alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinierungsfunktion des Hausarztes ▪ Facharztzugang grundsätzlich nur über Hausarzt ▪ Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen ▪ Kopplung mit Wahlтарifen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lösungen für besondere Versorgungsbedürfnisse, die einzelne Bereiche oder die gesamte ambulante ärztliche Versorgung umfassen ▪ Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen ▪ Kopplung mit Wahlтарifen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sektoren- oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ▪ soll bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ermöglichen ▪ Krankenkassen substituieren während der Laufzeit des Vertrages den Sicherstellungsauftrag der KVen ▪ keine Beteiligung der KVen möglich ▪ Kopplung mit Wahlтарifen
Vertragliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gesamtvertraglich oder einzelvertraglich ▪ Regelung von Grundsätzen in Bundesmantelverträgen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gesamtvertraglich ▪ einzelne Krankenkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ es gelten die Regelungen für Vertragsärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit: einzelnen Ärzten ▪ KVen mit Ermächtigung von Hausärztergemeinschaften ▪ Trägern von Einrichtungen, die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einzelvertraglich, d.h. Krankenkassen mit: einzelnen Ärzten ▪ Ärztergemeinschaften ▪ KVen ▪ Trägern von Einrichtungen, die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit zugelassenen Leistungserbringern oder Pflegekassen

Finanzierung/ Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehraufwendungen können mit Einsparungen verrechnet werden ▪ Möglichkeit der extra-budgetären Vergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit, Budgetverantwortung auf Arzt oder Ärzteverbund zu übertragen (Honorarnetz) ▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ innerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung ▪ gegebenenfalls Bereinigung der Gesamtvergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit der extra-budgetären Vergütung ▪ gegebenenfalls Bereinigung der Gesamtvergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angelegenheit der Vertragspartner ▪ Anschubfinanzierung bis Ende 2008 bis zu 1% der Gesamtvergütung sowie 1% der Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser ▪ ggf. Bereinigung der Gesamtvergütung bei Finanzbedarf über 1%
Versorgungs- realität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schätzungen gehen von mehreren hundert Praxisnetzen aus 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 809 MVZ (Stand zweites Quartal 2007) ▪ durchschnittliche Größe von vier Ärzten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 43 Hausarztmodelle in allen 16 Bundesländern (Stand September 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KBV hat bisher 7 Vertragskonzepte entwickelt ▪ bereits zahlreiche Verträge auf Landesebene 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.553 Verträge (3. Quartal 2007) • etwa 5,2 Millionen eingeschriebene Versicherte
Gesetzliche Grundlage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2. GKV-Neuordnungsgesetz, (NOG), 1.7.1997, Änderungen durch GKV-Reform 2000, 1.1.2000 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NOG, 1.7.1997 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GMG, 1.1.2004 ▪ Vertragsarzt-rechtsänderungs-gesetz (VÄndG), 1.1.2007 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GMG, 1.1.2004 ▪ Neuregelung durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), 1.4.2007 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GMG, 1.1.2004 ▪ Neuregelung durch GKV-WSG, 1.4.2007 	<ul style="list-style-type: none"> • GKV-Reform 2000, 1.1.2000 • Neuregelung durch GMG, 1.1.2004 ▪ Änderungen durch VÄndG, 1.1.2007 und GKV-WSG, 1.4.2007

Tatsächlich nahm die Anzahl der abgeschlossenen Verträge zunächst kontinuierlich zu. Zum Stichtag 30.09.2008 waren bei der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGBV 5.895 Verträge gemeldet (wenn die Verträge je Krankenkasse gezählt werden). Die Anzahl der darin eingeschriebenen Versicherten betrug ca. vier⁴⁹ Mio., das Vergütungsvolumen 819,5 Mio. €⁵⁰

Das Vertragsgeschehen gestaltet sich sehr intransparent. Vom SVR wurde die Internetseite⁵¹ ausgewertet. 25% (bzw. 611 Verträge) der Vertragsgegenstände betrafen Endoprothesen von Hüft- und Kniegelenken und weitere 10% ambulante Operationen. Vertragsgegenstände, die sich explizit auf Versorgungsbereiche bezogen, die im Rahmen unserer Studie interessierten, gab es kaum: Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose: 1,03%; Demenzerkrankungen: 0,12% bzw. 3 Verträge; Palliativmedizin: 0,12% bzw. 3 Verträge und ambulante Hospizbetreuung: 0,08% (SVR, 2007: 224). Im November 2008 wurde diese vom SVR ausgewertete Internetseite erneut konsultiert. Es zeigte sich, dass die Anzahl der Verträge im Bereich Demenz gleich geblieben war (3 Verträge), die Zahl der Verträge im Bereich palliativer Versorgung von 3 auf 32 zugenommen hatte. Zudem wurden jetzt 13 Verträge aufgeführt, die sich explizit auf die Versorgung von Pflegeheimbewohner/-innen beziehen sowie fachübergreifende Verträge, die sich zum Teil auf geriatrische Patienten richten. Aufgrund von Unvollständigkeit wie fehlende inhaltliche Tiefe war die Reichweite der Daten allerdings sehr begrenzt. In der Tendenz stützte sie die Annahme, dass sich das Vertragsgeschehen langsam hin zu komplexeren Bedarfslagen weiterentwickelt (siehe hierzu weiter unten).

Vertragsmodelle für ältere multimorbide Menschen, wie sie im Fokus unserer Studie standen, sind aufwändig zu konzipieren und zu implementieren. Die Recherchen und Interviews zwischen 2004 und 2008 ließen drei Entwicklungsstufen des Vertragsgeschehens erkennen:

- Verträge zu leicht abgrenzbaren Indikationen, die einfach zu planen und zu verhandeln sind (typisches Beispiel: Endoprothesen),
- Indikationen, die komplexer sind, z.B. Verträge für bestimmte Herz- und Kreislauf-erkrankungen,
- populationsbezogene Ansätze, die sich auf ganze Bevölkerungsgruppen beziehen (solche Ansätze finden sich derzeit sehr vereinzelt).

Mit dem GKV-WSG (2007) war zudem die Möglichkeit geschaffen worden, die Integrationsversorgung auch auf für die Pflegeversicherung nach SGB XI zugelassene Einrichtungen als potentielle Vertragspartner zuzulassen. Damit konnte Versorgung nicht nur sektorenübergreifend, sondern auch versicherungszweigübergreifend vertraglich geregelt werden. Beispielsweise kann eine Pflegekasse zusammen mit einer Krankenkasse mit vertragsärztlichen ambulanten Leistungserbringern die ärztliche Versorgung in einem stationären Heim neu regeln (Orlowski & Wasem, 2007: 113f.).

Auch in diesem Bereich (Integration der Pflege in die integrierte Versorgung) war die Entwicklung des Vertragsgeschehens sehr intransparent. Insofern konnten keine Aussagen darüber gemacht werden, wie stark die Pflege an solchen Verträgen partizipieren kann. Zum Teil bestand der Eindruck, dass die Pflege schwer in das Vertragsgeschehen einzubinden ist. Zudem wurde die Möglichkeit der Integration der Pflege in IV-Verträge erst kurz vor dem Auslaufen der Anschubfinanzierung eröffnet.

Im Rahmen unserer Fallstudien fand sich ein IV-Vertrag zur ärztlichen Versorgung in Heimen. Die Effekte solcher Verträge sind mindestens zum Teil leicht messbar (etwa anhand von sinkenden Krankenhauseinweisungen der Bewohner). Zudem profitieren sowohl Krankenkassen

49 Hier kann es zu Überschneidungen zwischen eingeschriebenen Versicherten in IV-Verträge und eingeschriebene Versicherte in Modelle der hausarztzentrierten Versorgung kommen.

50 vgl. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20080930.pdf> (Zugang 21.11.2008)

51 <http://www.krankenkassenratgeber.de/integrierte-versorgung> (Zugang 31.01.2007)

durch Einsparungen als auch Heime und ihre Bewohner/-innen durch verbesserte ärztliche Versorgung. Kooperationen kommen also tendenziell dort zustande, wo „win-win“ Situationen zu erwarten sind (vgl. hierzu auch gerade mit Bezug zur gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen Bode, 2009: 322). Hinsichtlich der Integration ambulanter komplexer Versorgung multimorbider Älterer war jedoch kein wesentlicher Fortschritt erkennbar. Das durch das GKV-WSG entstandene Zeitfenster für die Integration der Pflege war extrem kurz, da die Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 eingestellt wurde und künftige Formen der Innovationsfinanzierung ungewiss sind. Das Interesse an IV-Verträgen liess danach stark nach: „Der formale Wegfall der Anschubfinanzierung von 2009 an hat bereits dazu geführt, dass die Krankenkassen ihre Vertragsaktivitäten deutlich zurückgefahren haben. Sie konzentrieren sich stattdessen vermehrt auf Verträge zu den im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich festgelegten Krankheiten.“ (Lieschke, 2009: 541).

Der vom GKV-WSG vorgeschriebene jährliche Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung mit Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge (§ 140d Abs. 5 SGB V) wurde von der Registrierungsstelle einmalig im Jahr 2009 veröffentlicht. Das Vergütungsvolumen für Kategorien für in der Tendenz komplexe Versorgung („Vollversorgung“, „psychische Erkrankungen“, „Erkrankungen des Nervensystems“ und „Palliativversorgung“) blieb in der Summe unterhalb von 20% des Gesamtvergütungsvolumens (Grothaus, 2009: 29).

Die zunehmende Anzahl abgeschlossener Verträge und die Vielfalt an neuen Versorgungsformen liess ein neues Problem, die „neue Unübersichtlichkeit“ der gesundheitlichen Versorgung entstehen, das sich in unseren Experteninterviews und in einer Fallstudie bereits widerspiegelte. Diese Unübersichtlichkeit stellte Versicherte/Patienten wie Leistungserbringer vor Schwierigkeiten. Sie wurde im Sachverständigenratsgutachten von 2007 mit Bezug zur hausärztlichen Versorgung thematisiert:

Wenngleich zwar inzwischen eine Fülle von Verträgen existiert, so zeichnen sich jedoch weiterhin die bereits im Jahresgutachten 2005 (GA 2005, Kap. I) angedeuteten für den Hausarzt daraus resultierenden Probleme ab: Die Vertragslandschaft, an der Hausärzte weit überwiegend beteiligt sind, weist eine kaum noch zu überblickende Vielfalt und Uneinheitlichkeit auf, da alle genannten Vertrags- bzw. Modellformen nebeneinander existieren. Viele der Verträge sind auf jeweils spezifische Problemkonstellationen der Versorgung gerichtet und schreiben dadurch vielfältige Qualitätsanforderungen vor. Unklar ist bisher, wie sich dies auf die Gesamteffizienz der hausärztlichen Versorgung auswirkt. Denkbar ist, dass das hochgradig diversifizierte Vertragswesen, das auch Hausärzte in großem Umfang betrifft, durch seine oft nur auf ausschnittshafte Einzelaspekte der Versorgung, wie z.B. die Arzneimittelverordnung, bezogenen Anforderungen eine einheitliche Berufszielbildung behindert. Auch scheint fraglich wie weit unter diesen Umständen die Ausprägung vom Bedarf her gesteuerter sinnvoller hausärztlicher Versorgungsstrukturen gelingt. (SVR, 2007: 269)

Veränderungen im Steuerungskontext

Während anfangs überwiegend die Leistungserbringer auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen mit Vorschlägen für integrierte Versorgungsverträge zukamen, änderte sich der Trend. Die Krankenkassen gingen dazu über, selbst Konzepte und Versorgungsmodelle zu entwickeln. Die Konzipierung komplexerer Verträge umfasste vier Jahre und mehr, so dass die Transaktionskosten beträchtlich waren. Auch darf nicht vergessen werden, dass es bei den Verträgen nach § 140 SGB V um einen sehr kleinen Ausschnitt der Versorgung handelte.

GKV und SPV basieren auf einer bundeseinheitlichen Gesetzgebung; in ihrer Umsetzung sind sie aber bezüglich der integrierten Versorgung von regionalen Konstellationen abhängig. Für die Betreuung älterer bzw. multimorbider Menschen wäre vor Ort ein größerer Akteurskreis zu koordinieren, beispielsweise die Kommunen, Sozialhilfeträger, selbstorganisierte Dienste oder Hilfen (vgl. hierzu auch: Dietz, 1999). Daraus folgt, dass Vertragsarrangements etwa nach § 140a ff. SGB V, die sich auf umfassendere Problemlagen bezogen, immer in breitere Koordinationszusammenhänge eingebettet werden mussten, z.B. in Form von Runden Tischen oder Konferenzen. Solche Zusammenhänge werden auf Landes- bzw. auf kommunaler Ebene ent-

wickelt und gelebt. Dadurch können erhebliche regionale Unterschiede entstehen, je nach Engagement der relevanten Akteure.

Seit Beginn der 1990er Jahre hatte sich das Kräfteverhältnis innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern bzw. ihrer Verbände (hier insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen) zugunsten der Krankenkassen verschoben (vgl. für einen Überblick seit Beginn der 1990er Jahre: Rosenbrock & Gerlinger, 2006: 150f.). Die Überwindung der Vetomacht der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. grundsätzlich (Behaghel, 1994) wurde zu einer wichtigen Voraussetzung, um Verträge nach § 140 SGB V zum Abschluss zu bringen (Knieps, 2006). Insofern musste die eingangs formulierte Hypothese, dass wenig Druck auf die Ärzte bestand, weil sie auch ohne Beteiligung an der integrierten Versorgung einen Anspruch auf Vertragsabschluss mit den Kostenträgern der Gesundheitssysteme hatten, modifiziert werden. Der Druck auf die KVen nahm zu, da besondere Versorgungsformen nach § 140a ff. SGB V und § 73 SGB einen Einstieg in selektive Vertragsformen bedeuten. Teilweise zeigte sich in den Fallstudien, dass auch durch die Versicherer auf Ärzte Druck ausgeübt wurde, an besonderen Versorgungsformen teilzunehmen, weil erstere sich dadurch Beitragsnachlässe oder sonstige Vorteile versprachen. Insgesamt zeigte die Ärzteschaft zunehmende Bereitschaft, sich auf die besonderen Versorgungsformen einzulassen. Dies wurde beispielsweise an der Erstellung eines Kooperationskompasses durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung deutlich, welcher einen Ratgeber für niedergelassene Ärzte zu den neuen Versorgungsformen enthielt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2007a).

Durch die Einführung der vollständigen Wahlfreiheit im Jahr 1996 kam es zu einem erheblichen Konzentrationsprozess unter den Krankenkassen. Gab es 1993 noch über 1.000 gesetzliche Krankenkassen, waren es im Jahr 2007 nur noch ca. 240. Dieser Trend wurde durch den Gesundheitsfonds und den einheitlichen Beitragssatz ab 2009 weiter verstärkt, weil Kassen seitdem hauptsächlich über eine starke Vertragsmacht Wettbewerbsvorteile erlangen können. Die Versichertenstruktur spielt wegen des Morbiditäts-RSA keine wesentliche Rolle mehr. Die Krankenkassen erhalten ihre Finanzmittel aus dem Fonds, der seine Einnahmen aus Beitrags- und Steuermitteln speist. Wenn den Krankenkassen die aus dem Fonds zugewiesenen Mittel nicht ausreichen, um ihre Ausgaben zu bestreiten, müssen sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen. Vermeiden können die Krankenkassen dies nicht mehr durch Risikoselektion, sondern nur durch verbessertes Versorgungsmanagement oder durch Differenzierung in den freiwilligen Leistungen. Zudem wurde mit dem neuen System der Risikostrukturausgleich modifiziert, durch den Krankenkassen Ausgleichszahlungen für ca. 50-80 chronische Erkrankungen erhalten. Von der Festlegung dieser Erkrankungen geht ein starker Einfluss darauf aus, welche Erkrankungen die gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Versorgungsmanagement fokussieren und welche nicht. Daher steigern die Krankenkassen ihre Kapazitäten und Kompetenzen im Bereich des Versorgungsmanagements. Diese Prozesse waren eine wichtige Voraussetzung, damit Krankenkassen bei der Gestaltung von integrierten Versorgungsprozessen stärker in Erscheinung treten konnten.

Für die integrierte Versorgungsverträge nach § 140a ff. stellte das Jahr 2009 insofern eine Zäsur dar, als es ab diesem Jahr keine Anschubfinanzierung mehr gibt. Völlig unklar war, wie viele der jetzt abgeschlossenen Verträge nach dieser Zeit Bestand haben werden. Manche Experten gingen davon aus, dass nur eine geringe Anzahl der Integrationsverträge überdauern werde. Zum Untersuchungszeitpunkt war eine Kündigungswelle zu beobachten, die auch auf die Einführung des Gesundheitsfonds und damit einhergehende unklare finanzielle Rahmenbedingungen für die Kassen zurückgeführt wurde (Merten & Rabbata, 2008).

Im Zusammenhang der Diskussion über die Finanzierung künftiger Innovationen in der GKV wurden von der DGIV und vom Bundesverband Managed Care (BMC) sowie die im Gesundheitswesen tätige Unternehmensberatung Hildebrandt Gesundheitsconsult Reformvorschläge unterbreitet (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung & Care, 2007; Hilde-

brandt et al., 2008). DGIV und BMC schlugen vor, die Anschubfinanzierung unter konkreteren Bedingungen weiterzuführen:

- Die IV-Verträge sollten spätestens nach fünf Jahren komplett intern finanziert werden, sich mithin aus den Effekten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit selbst tragen.
- Die IV-Verträge sollten Aussagen darüber enthalten, wie die Wirtschaftlichkeit tatsächlich erreicht werden kann. Darin sollten Aussagen zur Budgetbereinigung eingeschlossen sein.
- Die Vergütung der Leistungen der IV-Verträge sollte an feste, eindeutige und überprüfbare Ziele gekoppelt sein (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung & Care, 2007).

Auch das sog. White Paper der Hildebrandt Gesundheitsconsult stellte die Frage, wie künftig Versorgungs- und Systeminnovationen ins Gesundheitswesen implementiert werden könnten⁵²: die Steuerung des Gesundheitswesens und mit den ökonomischen Anreizmechanismen für alle Beteiligten sollte ergebnisorientiert ausgerichtet werden, d.h. der erreichbare Gesundheitsnutzen sollte über ganze Behandlungsprozesse und Krankheitszyklen hinweg verdeutlicht werden.

Im Einzelnen schlug das White Paper ein Maßnahmenbündel vor, um diese Zielsetzung zu erreichen (Hildebrandt et al., 2008):

- Die Einführung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets als Bestandteil des Gesundheitsfonds (Volumen des Budgets ca. 1-3% des Fonds).
- Die Krankenkassen sollten darauf verpflichtet werden, Berichte zur Versorgungsqualität ihrer Versicherten zu erstellen (in Anlehnung und Weiterentwicklung von bereits bestehenden Qualitätsberichtsverpflichtungen).
- Die Vergütungen sowohl der selektivvertraglichen als auch der kollektivvertraglichen Regelungen sollten ergebnisbezogen und vom produzierten Gesundheitsnutzen abhängen.
- Die Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmensformen.

Die Vorschläge griffen die Befürchtung auf, dass mit dem Ende der Anschubfinanzierung und der Einführung des Gesundheitsfonds die Innovationsbereitschaft der gesetzlichen Krankenkassen und damit die Chancen zur Neu- und Weiterentwicklung integrierter Versorgungsformen sinken würden. Aus der Perspektive auf fördernde und hemmende Bedingungen von integrierter Versorgung für multimorbide ältere Menschen war zunächst zu begrüßen, dass eine differenzierte (Neu-)Gestaltung von Anreizsystemen vorgeschlagen wurde, mit der die Experimentierfreude der gesetzlichen Krankenkassen und anderer Akteure im Versorgungssystem stärker als bisher gefördert werden sollte. Ungelöst blieb jedoch – insbesondere bei einer Ansiedlung von Forschungs- und Entwicklungsbudgets bei den Krankenversicherungen – die gerade für die Versorgung älterer Menschen besonders problematische Abschottung zwischen medizinischen, pflegerischen, sozialen und informellen Versorgungsleistungen. Entsprechend der Budgetinteressen der Kassen war zu befürchten, dass entstehende Innovationen und auch der nachzuweisende Gesundheitsnutzen v.a. auf Leistungen des SGB V, ggf. noch des SGB XI beschränkt bleiben würden.

Allerdings braucht zugangsgerechte und umfassende integrierte Versorgung für Ältere (ähnlich wie im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung) möglichst setting-bezogene, wohnortnahe und komplexe Strukturen und Interventionen. Deren nachhaltige Wirkungen dürften auf Dauer hoch sein, sind aber weniger leicht als bei ‚einfacheren‘ Strategien nach zu

52 Für das Papier wurden insgesamt 190 „Meinungsbildner aus allen Bereichen des Gesundheitswesens (Vertragsärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, Wissenschaft, Industrie)“ befragt. (<http://www.gesundheitsconsult.de/gc/content/view/432/128/> [Zugang 17.6.2009])

weisen. Die zentrale Herausforderung, umfassende und komplexe bedarfsgerechte Versorgungsformen auch für schwierig erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, wurde in dem ‚White Paper‘ nicht thematisiert.

Tendenzen der horizontalen und vertikalen Integration

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich konnten Entwicklungen der horizontalen und vertikalen Integration beobachtet werden. Dies galt und gilt besonders für den stationären Sektor, in dem sich zunehmend Krankenhäuser zu Verbänden zusammenschließen, sich dabei zum Teil aber auch vertikal integrieren, indem sie sowohl ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Leistungen im Verbund anbieten. Auch im ambulanten Sektor fanden sich horizontale Integrationstendenzen: So schlossen sich ca. 80% aller niedergelassenen Kardiologen in Brandenburg in der Rechtsform einer Genossenschaft zum „Kardionetz-Brandenburg e.G.“ zusammen. Ob solche Integrations- und Konzentrationstendenzen einer Verbesserung der Versorgungsintegration dienen können, blieb unklar. So kam eine Studie zu organisatorischen Veränderungen und Konzentrationstendenzen der letzten zehn Jahre in den USA, zu folgendem, eher skeptischen Fazit: „Looking back, it was naive to think that simply creating organizations to unite hospitals and physicians would suddenly lead them to work together in a more productive manner.“ (Ginsburg & Lesser, 2006: 5). In den Niederlanden wurde festgestellt, dass vertikale Zusammenschlüsse die Wahlfreiheit der Patienten zwischen verschiedenen Anbietern gefährden können, und dass größere horizontale Zusammenschlüsse zu regionalen Monopolsituationen führten (Kümpers et al., 2002). Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass integrierte Versorgung deutlich komplexere Voraussetzungen hat, als lediglich die Vereinigung verschiedener Berufsgruppen und Sektoren unter einem organisatorischen Dach.

5.2 Skizze des schweizerischen Gesundheitssystems

Das schweizerische Gesundheitssystem entspricht einem Sozialversicherungssystem, das durch liberale Wettbewerbselemente und föderale Organisation gekennzeichnet ist (Mühlbacher et al., 2004; Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) & (WHO), 2006). Die OECD konstatiert 2006 wie 2011 einen im Vergleich guten Gesundheitszustand, eine der höchsten Lebenserwartungen der Welt und eine hohe Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung, die durch eine obligatorische Krankenversicherung mit einem umfassenden Leistungskatalog gleichen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen hat. Parallel dazu wird jedoch auf die hohen Kosten hingewiesen, die trotz der Reform der Krankenversicherung 1996 weiterhin schneller als das BIP wachsen: Mit Gesundheitsausgaben von 11,4% des BIP liegt die Schweiz zwei Prozentpunkte über dem weltweiten Durchschnitt und auf dem 7. Platz der OECD-Länder (Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) & (WHO), 2011). Dies ist nicht automatisch dem Versorgungsniveau zuzurechnen, sondern ebenso den vorhandenen Regulierungen (Reiners, 2009).

Relevante Versorgungsstrukturen für ältere Menschen umfassen stationäre und ambulante medizinische wie pflegerische und rehabilitative Leistungen, soziale Dienste und informelle Hilfeleistungen. Spitäler – in erster Linie durch die Kantone reguliert – können, anders als in Deutschland, auch ambulante Dienste anbieten. Die ambulante Versorgung ist ähnlich wie in Deutschland durch freie Arztwahl und ambulante fachärztliche Versorgung charakterisiert.

Die Organisation der Krankenversicherung wurde als Modell des regulierten oder auch gelenkten Wettbewerbs beschrieben (Gerlinger, 2003; Spycher, 2004; SVR, 2007). Das Versicherungssystem wurde mit dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG)

grundlegend reformiert. Erklärte Ziele des KVG waren angesichts steigender Ausgaben in der Krankenversicherung und hoher finanzieller Belastungen auch sozial Benachteiligter, die Solidarität bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu stärken, die Kosten in der sozialen Krankenversicherung zu dämpfen und eine hohe Versorgungsqualität zu sichern. Durch das KVG wurde ein obligatorischer Versicherungsschutz bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft für die gesamte Schweizer Wohnbevölkerung geschaffen (obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV); weiterhin existiert die Möglichkeit freiwilliger Zusatzversicherungen. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, jeden Versicherten unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand in der OKP zu versichern. Erreicht wurde mit dem KVG, Versorgungslücken zu schließen und eine flächendeckende Versorgung für die gesamte Wohnbevölkerung zu schaffen. Sie umfasst eine Grundsicherung⁵³ mit einem umfassenden einheitlichen Leistungskatalog für alle Versicherten, welcher Leistungen der Prävention, der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, der Arzneimittelversorgung und weitere therapeutische Leistungen umfasst. Wichtiger Bestandteil des KVG ist der Einbezug der ambulanten Pflege in die gesundheitliche Regelversorgung und die zeitliche Öffnung der Finanzierung von Spitalaufenthalten.

Auch nach der Reform der Krankenversicherung stiegen bei stagnierenden Versichertenzahlen die Ausgaben und entsprechend die Prämienzahlungen in den 90er Jahren weiter, so dass Reformmaßnahmen weiterhin im Hinblick auf ihre effizienzfördernde bzw. kostensenkende Wirkung hinterfragt werden. Den Reformdebatten und -maßnahmen wurde – ähnlich wie in Deutschland – häufig der Vorwurf gemacht, dass sie zu einseitig auf Kostensenkungen ausgerichtet waren und qualitätsbezogene Ziele wie einen verbesserten Patientennutzen nicht ausreichend adressierten (Olmsted Teisberg, 2008).

Wesentliche, in Abgrenzung vom deutschen Modell zu nennende Charakteristika der Krankenversicherung sind (Spöndlin, 2006):

- Es gibt ein einheitliches Krankenversicherungssystem für die gesamte Bevölkerung.
- Der Versicherungsschutz ist vom Arbeitsplatz abgekoppelt (keine Arbeitgeberbeiträge).
- Die Versicherungsbeiträge sind unabhängig von der Einkommenshöhe. Die Finanzierung der Grundsicherung erfolgt ausschließlich über Beiträge der Versicherten (Kopfprämien). Die gleiche Beitragshöhe soll einen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken (und teilweise Jungen und Alten) herstellen. Einkommensschwache Personen können Prämienverbilligungen erhalten, die von Bund und Kantonen gemeinsam getragen werden. Jeder Kanton regelt das System der Prämienverbilligung unterschiedlich. Derzeit erhalten 41% der Schweizer Haushalte (Olmsted Teisberg, 2008) bzw. (im Jahr 2009) 29% aller Versicherten (OECD, 2011, 67) Prämienverbilligungen.
- Die Krankenversicherung funktioniert nach dem Prinzip der Defizitdeckung. Die Versicherer legen jährlich neu die Beitragshöhen für die ‚Kopfprämien‘ anhand der erwarteten Kosten fest; das System verfügt so über genügend Mittel für die anfallenden Kosten. Dies führt jedoch bisher zu regelmäßigen Beitragssteigerungen.⁵⁴

⁵³ Rosenbrock und Gerlinger (2006) weisen darauf hin, dass der Begriff der „Grundsicherung“ in deutschen Debatten nicht mit dem Bedeutungsgehalt übereinstimmt, da hier meist ein wesentlich eingeschränkterer, durch Wahlleistungen zu ergänzender, Leistungsanspruch beschrieben wird.

⁵⁴ Zu den Beitragssteigerungen im Schweizerischen Gesundheitssystem heißt es im OECD-Bericht von 2011: „Dadurch, dass die Prämien schneller als Einkommen oder finanzielle Unterstützungen gestiegen sind, erhöhte sich die effektive Belastung durch Prämien. 2007 wäre diese Belastung Schweizer Behörden zufolge allerdings etwas gesunken. Für vier standardisierte Haushaltsbeispiele (einzelne/r Rentner/in, niedrigverdienende/r Alleinerziehende/r mit zwei kleinen Kindern, Familie mit vier Kindern und Mittelstandsfamilie mit zwei Kindern) stieg die effektive Belastung von 5,6% im Jahr 1998 auf 7,4% im Jahr 2002 und betrug 2007 8,9% des verfügbaren Haushaltseinkommens.“ (OECD, 2011, 68, übersetzt von Tschiche)

- Der Versicherungsschutz hat Lücken.⁵⁵ Nicht enthalten sind weitgehend zahnärztliche Behandlungen und ein Lohnausgleich im Krankheitsfall, letzterer war auch nie Gegenstand der Verhandlungen zum KVG. Auch für die Langzeitpflege werden Kosten bisher nur anteilig übernommen⁵⁶ – die Einrichtung einer eigenen Pflegeversicherung war auch politisch nicht gewollt. Seit 1998 basiert die Finanzierung von KVG-Pflegeleistungen auf Rahmentarifen, die nicht kostendeckend sind. Übernommen wurden bisher tatsächlich nur die reinen Kosten für Pflege.⁵⁷ Soziale Betreuung, Aktivierungstherapien, eigentlicher Heimaufenthalt („Hotelkosten“) fallen nicht darunter und müssen durch andere Sozialversicherer, Privathaushalte und staatliche Subventionen abgedeckt werden (zur Neuordnung der Pflegefinanzierung s.u.).
- Die Selbstbeteiligung ist höher. Die obligatorische Krankenversicherung und die Privathaushalte übernehmen jeweils ca. 1/3 der Kosten (OECD, 2011, 69).⁵⁸ Weitere Kostenträger sind die öffentliche Hand (Subventionen für Krankenhäuser, Prämien), private Versicherungen und andere Sozialversicherungen. Deutlich höher stellt sich der Anteil der Privathaushalte dar, wenn man berücksichtigt, dass diese neben den Direktzahlungen für Versorgungsleistungen (im Krankheitsfall zunächst zu zahlende „Franchise“ und ein bei diesen Betrag übersteigenden Behandlungskosten zu übernehmender prozentualer Selbstbehalt) auch für Prämien und weitere Kostenbeteiligungen im Rahmen der Versicherungen aufkommen müssen (Privathaushalte: ca. 2/3 der Kosten, BFS 2005). Allerdings ist das Ausmaß der Selbstbeteiligung wenig in der Kritik – durch das Grundprinzip einer Beschränkung des 10% Selbstbehalts auf max. 700 Fr im Jahr und einer Franchise von 300 Fr im Jahr. Ein relevanter Bevölkerungsanteil (ca. 30%) erhält eine Prämien subvention. Ein weiterer Grund ist die hohe Akzeptanz einer durch das Prämiensystem intendierten Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.

Im Folgenden werden zentrale Regulierungsinstanzen und -mechanismen des schweizerischen Gesundheitssystems im Hinblick auf Finanzierung, Vergütung und Bedarfsdeckung dargestellt, um im Anschluss daran genauer auf die einzelnen Versorgungsstrukturen einzugehen. Anschließend werden Integrationsprobleme und Lösungsansätze in der Schweiz skizziert. Schließlich werden Steuerungsversuche und -probleme in Bezug auf integrierte Versorgung dargestellt und bewertet

5.2.1 Zentrale Regulierungsinstanzen und -mechanismen

Die Regulierung des schweizerischen Gesundheitssystems stützt sich neben den staatlichen Akteuren (Bund, Kantone und Gemeinden) auf private und nicht staatliche Organisationen, insbesondere die Verbände der Leistungserbringer und Finanzierungsträger. Entsprechend dem

⁵⁵ Auch in Deutschland wurden in den letzten Jahren Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV genommen.

⁵⁶ Zur Aufteilung der Kosten für die Langzeitpflege heißt es bei der OECD: „Der Schweizer Gesundheitskonten zufolge werden ca. 40% der Langzeitpflege über die Gesundheitsversicherung, Kantone und Bezirke finanziert und 60% von den Haushalten. Jedoch wird diese Belastung für die Haushalte durch soziale Beihilfen wie Arbeitsunfähigkeitserlaubnisse und zusätzliche Leistungen für Ältere (die ca. 24% der Gesamtausgaben ausmachen) bedeutend abgemildert, so dass sich nach Abzug finanzieller Unterstützungen ein Anteil von ca. 36% für die Haushalte ergibt.“ (OECD & WHO, 2011, 46, übersetzt von Tschiche).

⁵⁷ Im Jahr 2011 wurde ein neues System für die Bezahlung von Langzeitpflege eingeführt, welches Dienstleistungen der häuslichen Pflege, der Pflege in spezifischen Einrichtungen („dedicated facilities“) und Altenpflegeheimen („nursing homes“) abdeckt (OECD, 2011, 47)

⁵⁸ Mit einer Selbstbeteiligung der Haushalte an der Pflege in Höhe von ca. 30% befindet sich die Schweiz nach Chile, Mexico, Griechenland und Korea auf dem 5. Rang der OECD-Länder (OECD ebd.).

schweizerischen Staatsaufbau ‚von unten nach oben‘ haben die Kantone eine herausragende Rolle inne. Mit ihrer hohen Entscheidungsautonomie stellen sie die eigentlichen Akteure der Versorgungsplanung dar, so dass sprichwörtlich von den „26 Gesundheitssystemen“ der Schweiz die Rede ist.

Die Kantone sind an die Rahmenvorgaben des KVG gebunden, haben aber große Gestaltungsspielräume. Die Umsetzung des KVG wird in kantonalen Gesundheitsgesetzen oder Einführungsgesetzen zum KVG geregelt. Sie sind zuständig

- für Berufszulassungen und Praxisbewilligungen,
- die Spitalplanung, -betriebsführung, -finanzierung,
- die Genehmigung der kantonalen Tarifverträge zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern,
- die Regelung der Patientenrechte,
- den Vollzug eidgenössischer Gesetze zur öffentlichen Gesundheit und Prävention.

Da das KVG kaum konkrete Vorgaben für die Spitalplanung machte, variiert diese von Kanton zu Kanton stark – bei oft intransparenten Entscheidungskriterien (Olmsted Teisberg, 2008). Kritisiert wurde die Kumulation widersprüchlicher Rollen bei den Kantonen, die teilweise gleichzeitig normativ Planende der Versorgung (z.B. Spitallisten) sowie Eigentümer von Einrichtungen und Finanzierer sind (Kocher, 2007).

Neben Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zwischen einzelnen Kantonen aufgrund sozialer und struktureller Parameter⁵⁹ spielen v.a. die Unterschiede zwischen den Sprachgebieten, d.h. der Deutschschweiz, der Romandie und dem italienischsprachigen Tessin, eine Rolle. Hier reflektieren sich politische Kulturen in wichtigen Regulierungsprinzipien des Gesundheitssystems. Die Romandie folgt eher sozialstaatlichen Orientierungen, während in der Deutschschweiz eher Marktmechanismen propagiert und gefördert werden (Schenker, 2002).

Ein zunehmend wichtiges Gremium der interkantonalen Zusammenarbeit wurde die „Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren“ (GDK), ehemals „Sanitätsdirektorenkonferenz“ (SDK). Sie stellt das politische Koordinationsorgan der 26 Kantonsregierungen dar und dient der Abstimmung und Kooperation mit Verbänden und Gesundheitsorganisationen. Beispielsweise haben über die GDK acht ostschweizerische Kantone im Bereich der Rehabilitation im Jahr 2000 beschlossen, gemeinsam eine interkantonale, KVG-konforme, leistungsorientierte Bedarfsplanung zu erarbeiten; im Jahr 2009 gab es bspw. Absprachen über Palliativversorgung und die gemeinsame Regelung der Hochleistungsmedizin (<http://bit.ly/ley809>).

Zum Teil liegen Zuständigkeiten auch unterhalb der Kantone auf der Ebene der Kommunen. Dies betrifft bspw. zum Teil die Verantwortung für die stationäre Versorgung (Träger von Spitälern und Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, gemeindepsychiatrischen Diensten), Aufgaben der Krankheitsprävention und Gesundheitsaufklärung, solche der Finanzierung und Subvention von Einrichtungen (Schoenenberger & Stuck, 2006). Im Hinblick auf die Versorgung älterer Menschen liegt die Bedeutung der Gemeinden v.a. in der Sicherstellung sozialer Dienste und häuslicher Pflegeleistungen. Oft wurden diese Aufgaben gemeinsam mit anderen Gemeinden wahrgenommen oder an private Vereine delegiert. Auch die Gemeinden können Verordnungen zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit erlassen, die sich auf eidgenössische oder kantonale Gesetze stützen.

⁵⁹ Die Kantone unterscheiden sich in ihrer Größe und Bevölkerungsdichte – Zürich mit 1,2 Mio Einwohnern im Vergleich zu Appenzell-Innerrhoden mit 15.000 – in ihrer demographischen Entwicklung und in sozioökonomischen Parametern – z.B. war das Einkommen von Basel Stadt über zwei Mal so hoch wie das in Obwalden (Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) & (WHO), 2006).

Der Bund ist vor allem für die Rahmengesetzgebung zuständig.⁶⁰ Weitere Kompetenzen liegen in den Bereichen öffentlicher Gesundheit und Krankheitsprävention, der Ausbildung und Zulassung der akademischen Gesundheitsberufe, der Zulassung der Krankenkassen, der Definition des Leistungskatalogs der Krankenversicherung und in einer Aufsichts- und Genehmigungsfunktion über die Kantone und nichtstaatlichen Organisationen im Gesundheitswesen (z.B. Genehmigung der schweizweiten Tarife, die zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelt werden, Festlegung der Höhe des Selbstbehalts, der Franchisestufen einschl. Höchststrabatte, der Subventionsziele bei den Prämienverbilligungen einschl. der kantonalen Beteiligungen).

Wichtige nicht-staatliche Akteure im Bereich der Altenversorgung sind:

- Die Verbände der Krankenversicherer, die auf Bundesebene zum Einheitsverband *Santésuisse* zusammengeschlossen sind. Die *Santésuisse* verhandelt als Vertragspartner der Leistungserbringer auf Bundes- und Kantonsebene die Tarife für den stationären Bereich (unterschiedliche Pauschalen z.B.: Tages- und abteilungsspezifische Fachgebieten- oder Kombipauschalen) und den ambulanten Sektor (TARMED: Einzelleistungskatalog für die ambulante Ärzteschaft (FMH)). Die Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung ist nicht budgetiert. Bei Kostenanstieg entsteht ein Druck, in den nächsten Verhandlungen die Taxpunktwerte nach unten zu korrigieren. Grundsätzlich braucht jeder Leistungserbringer, der im KVG vorgesehen ist, einen eigenen Tarifvertrag (z.B. Physio-, Ergotherapeuten mit 26 kantonale Spitexverträge).
- Für die Ärzteschaft die ärztliche Dachorganisation *FMH*. Sie vertritt in freier Praxis und im Krankenhaus tätige Ärzte in der Öffentlichkeit und Politik. Zusätzlich gibt es 24 kantonale Ärztesellschaften.
- Für die stationären Einrichtungen der Verband *H+ Die Spitäler der Schweiz*, in dem ca. 400 Spitäler und Pflegeheime zusammengeschlossen sind.
- Der Verband *Heime und Institutionen Schweiz, Curaviva*, der die Interessen stationärer Einrichtungen für ältere Menschen, Behinderte bzw. Kinder und Jugendliche vertritt.
- Für die ambulante Pflege der Dachverband der Nonprofit Spitex, der *Spitex Verband Schweiz* und der *Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -fachmänner, SBK*.
- Für soziale Dienstleistungen in der Altenversorgung die Schweizer Stiftung *Pro Senectute*, die in allen Kantonen vertreten ist. Diese Stiftung wurde 1917 in Winterthur vor dem Hintergrund bestehender Altersarmut gegründet.
- Die beiden großen Verbände für die organisierte Vertretung von Patienteninteressen sind die *Schweizerischen Patientenstellen* und die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patienteninteressen SAPI* (Kessler & Ziltener, 2007: 221).
- Die Schweizerische Alzheimervereinigung
- Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften *SAMW*.

Neben den Kompetenzen und Interessenlagen dieser Akteure wirkt sich ein komplexes Gefüge verschiedener Finanzierungsquellen und Vergütungsregeln auf die Erbringung von Versorgungsleistungen in der Altenversorgung aus.

Zusätzlich zur obligaten Krankenpflegeversicherung nach KVG spielen die Alters- und Hinterlassenenvorsorge bzw. Invalidenversicherung, Bund, Kantone, Kommunen sowie private Haushalte eine Rolle bei der Finanzierung der Altenversorgung.

⁶⁰ Bis 2004 war für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zuständig; damals wurde diese Aufgabe an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) übergeben, das außerdem für die Unfallversicherung (UV) zuständig ist. Das BSV regelt weiterhin die

Die Alters- und Hinterlassenenvorsorge AHV⁶¹/Invalidenversicherung IV

Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sind mit dem Bundesgesetz vom 19. März 1965 (ELG) eingeführt worden und bezwecken die materielle Existenzsicherung der in der Schweiz lebenden AHV- und IV-Rentenberechtigten. (...) Sie nehmen heutzutage eine wichtige Stellung zwischen der "klassischen" Sozialversicherung (AHV und IV) und der öffentlichen Sozialhilfe ein.

(...) 1999 benötigten rund 11 Prozent der AHV-Berechtigten und 24 Prozent der IV-Berechtigten die Ergänzungsleistungen zur materiellen Existenzsicherung. Die Ergänzungsleistungen stellen gleichzeitig eine bedarfsorientierte Pflegeversicherung dar. 50 bis 65 Prozent aller Heimbewohnenden beziehen Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. (Koch, 2007)

Über die Ergänzungsleistungen werden Betreuungsleistungen für ältere pflegebedürftige Menschen finanziert, die privat nicht getragen werden können, wie beispielsweise Pflegeheimaufenthalte. Die Abgrenzung zwischen Leistungen der Behandlungspflege, die von der OKP übernommen werden, AHV-pflichtigen Betreuungsleistungen und Sozialhilfeleistungen, schien v.a. in der psychogeriatrischen Pflege problematisch.⁶²

Bund, Kantone, Kommunen

Die öffentliche Hand ist mit subjektbezogenen und objektbezogenen Formen an der Finanzierung beteiligt. Hierzu zählen Prämienverbilligungen für die OKP, Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen für die Bezieher von AHV/IV-Leistungen, aber auch Sozialhilfeleistungen und die Beteiligung an der Finanzierung und Subventionierung verschiedener Einrichtungen. Kontroversen um Änderungen in den Finanzierungsanteilen zwischen Staat, Versicherern und Privathaushalten beinhalten auch den Vorschlag, staatliche Gelder, ähnlich wie diejenigen von Seiten der Versicherer, nur noch in Form festgelegter Beiträge und nicht, wie bisher in Form einer Defizitdeckung, zu verwenden. Kritiker dieses Vorschlags befürchten, dass dies zu einer erneuten Mehrbelastung der Privathaushalte führen könnte. Zum Berichtszeitpunkt trugen staatliche Stellen knapp 50% der Kosten für häusliche Hilfe und Pflege.⁶³

Alters- und Hinterlassenenvorsorge (AHV) und die Invalidenversicherung (IV). Beide Bundesämter sind im Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) angesiedelt.

61 Neben den Alters- und Hinterlassenenrenten sowie Hilflosenentschädigungen, die den größten Teil der Leistungen der AHV ausmachen, erbringt sie jedoch auch weitere Leistungen wie Beiträge an Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Lupenbrillen etc.) und Beiträge an die Spitex und andere gemeinnützige Institutionen der Altershilfe (Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz etc.) (www.ahv-iv.info, 2012).

62 Vertrauensarzt Krankenversicherer: „Dort gibt es wirklich einen Wildwuchs. Das wissen wir nicht, es gibt mittlerweile glaub ich zwei eidgenössische Gerichtsurteile, die Stellung dazu genommen haben, aber das ist ein bisschen unbedeutend. Da geht es darum, dass man an und für sich psychiatrische Pflege ambulant definiert. Das ist ein Riesenproblem. Das ist zum Beispiel eine Fragestellung, gehört es zur Pflichtleistung der Krankenversicherer, den psychiatrisch Pflegenden zu bezahlen, damit er mit dem Klienten ins Kino geht? Solche Fragen stellen sich. Es ist wirklich problematisch, wo hört es auf, wo ist die Grenze zum Sozialen, Abgrenzung von Sozialdienst, usw., dann ist es natürlich in der Spitex auch die Frage nach Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Also ich kann natürlich auch jemand zuhause betreuen, eins zu eins, dann generiere ich Kosten, die ein x-faches von dem darstellen, was ein Pflegeheim bieten würde. Aber wo ist eigentlich die Grenze? Was ist die Gesellschaft bereit zu bezahlen, damit die Klienten zuhause bleiben können. Das ist auch nicht ganz klar definiert.“

63 Auf myhandicap.ch heißt es dazu und zu den Neuerungen von 2011: „Mit der neuen Pflegefinanzierung wurden per 1. Januar 2011 die Pflege- und sogenannten Hotelleriekosten entflechtet. Heimbewohner müssen sich mit höchstens 21.60 Franken pro Tag an den Pflegekosten beteiligen. Die Restfinanzierung wird vom Kanton getragen. Dafür werden die Patienten bei den Hotelleriekosten neu belastet. Pflegeheime dürfen für die Infrastruktur pro Tag einen Beitrag von

Privathaushalte

Die Privathaushalte kommen – wenn keine Verbilligungen oder sonstige Unterstützungszahlungen beantragt werden können – für die Prämien, Franchisen und Selbstbehalte im Bereich der OKP auf, außerdem für Zusatzversicherungen (z.B. Spital- oder Krankentagegeldzusatzversicherungen) und für Direktzahlungen für Leistungen, die von den Krankenversicherungen nicht übernommen werden (z.B. weitgehend Zahnersatz⁶⁴ und Haushaltsleistungen im Bereich der ambulanten Pflege, die jedoch teilweise von Kanton und/oder Kommune subventioniert sind). Zusatzversicherungen sind für ältere Menschen oft nicht bezahlbar, da hier auch risikoäquivalente Prämien erhoben werden können.

5.2.2 Versorgungsstrukturen

Ambulante ärztliche Versorgung

Ambulante medizinische Leistungen können sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch durch Spitäler erbracht werden. Überwiegend sind dafür frei praktizierende Ärzte in Einzelpraxen verantwortlich (57%), 30% sind in Gruppenpraxen tätig und 13% führen ihre Praxis in einem Spital (FMH 2005 in (Hänggeli et al., 2007)). Die Versicherten haben grundsätzlich ein Recht auf freie Arzt- und Spitalwahl innerhalb des Kantons. Die Schweiz gehört damit wie Deutschland zu den wenigen Ländern, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung einen freien Zugang zu ambulant tätigen Spezialisten ermöglichen. Der Anteil an Grundversorgern (Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte) lag im Jahr 2010 bei 30%, 70% sind dagegen Spezialisten (FMH, 2011, in: OECD 2011, 88). Die Arztdichte hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen; im Jahr 2008 kamen auf 1000 Einwohner 0,6 Einwohner (OECD Durchschnitt liegt bei 0,75, OECD, 2011). Der 2002 vom Bundesrat eingeführte Zulassungsstopp wurde im Jahr 2005 und 2008 jeweils um weitere 3 Jahre verlängert – dessen Umsetzung unterschied sich jedoch von Kanton zu Kanton sehr stark –, im Jahr 2010 gelockert – er galt dann v.a. noch für Spezialisten – und ist 2011 schließlich ohne erneute Verlängerung ausgelaufen (nachrichten.ch: <http://bit.ly/HxJ3qz>, Ärzte-Zeitung.de: <http://bit.ly/yrOJg4>). Ein weiteres derzeit kontrovers diskutiertes Instrument zur Regulierung der Arztdichte ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Tagesanzeiger, 2011: <http://bit.ly/kapfp4>)

Stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Versorgung existieren Akutspitäler, Rehabilitationsspitäler, Spezialkliniken (meist privat getragen), Universitätskliniken und Institutionen der Langzeitpflege. Viele Akutspitäler haben Langzeitabteilungen und bieten zusätzlich Rehabilitationsleistungen an. Es gibt eine Vielzahl von Spitalträgern, wobei über 50% der Akutbetten in der Hand von Kantonen waren. Andere öffentliche Krankenhäuser (von Gemeinden, Vereinen oder Stiftungen getragen), werden von den Kantonen finanziell unterstützt. 15% der Häuser wurden privatwirtschaftlich betrieben; auch sie werden kantonale subventioniert, wenn sie in die Spitallisten der Kantone aufgenommen sind (Rosenbrock & Gerlinger, 2006).⁶⁵ Die Bettendichte sank seit einigen Jahrzehnten und lag 2003 bei 3,6 Akutbetten pro 1000 Einwohner (OECD Durchschnitt im Jahr 2003: 3,7, vgl. OECD Health Data 2010) und 2008 nur noch bei ca. 3,3 (OECD Durchschnitt von 3,4, OECD, 2011), damit einhergehend nahm die Zahl der Spitäler eher ab. Die längsten Aufenthaltsdauern fanden sich in der Geriatrie mit 36,2 Tagen (Saladin et al., 2007: 335).

34.55 Franken verlangen.“

(<http://www.myhandicap.ch/pflege-finanzierung-krankenkassen-ergaenzungsleistungen.html>)

⁶⁴ Einzelne Leistungen wie Zahnkorrekturen, Röntgen etc. sind im KVG enthalten.

⁶⁵ Der OECD (2011: 46) zufolge gab es 2009 in der Schweiz 128 private (for-profit oder non-for-profit) und 186 öffentliche Krankenhäuser.

Ambulante und stationäre Pflege

Die professionelle Pflege wird durch diplomierte Pflegefachpersonen, unterstützt von Hilfs- und Assistenzkräften, geleistet; dabei handelt es sich vorwiegend um Frauen in Teilzeittätigkeit. Unterschieden wird zwischen der ambulanten oder spitalexternen Pflege (Spitex) und der stationären oder spitalinternen Pflege (Spitin). Die Spitex-Leistungen umfassen Krankenpflege (Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung, Grundpflege), hauswirtschaftliche Unterstützung, soziale Begleitung sowie weitere Dienstleistungen wie Mahlzeiten- und Fahrdienste, Hilfsmittelverleih u.a.m. Eine Integration von Versorgungsleistungen wird dadurch erschwert, dass die unterschiedlichen Leistungen zum Teil „am gleichen Klienten“ von unterschiedlichen Personen erbracht, getrennt abgerechnet und auch aus verschiedenen Quellen finanziert werden. Die Trennung zwischen medizinischer Pflege und sog. Hotellerieleistungen in Erbringung und Abrechnung findet sich auch im stationären Sektor wieder. Im Jahr 2006 waren 74% der Spitex-Klienten älter als 64 Jahre (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007). Der Anteil älterer Menschen, die in Institutionen gepflegt werden, liegt in der Schweiz höher als in Deutschland (Höpflinger & Hugentobler, 2005b, 2005a).

Wie in Deutschland dürfen pflegerische Leistungen nur nach ärztlicher Anordnung erbracht werden; allerdings scheint der Verantwortungsbereich der Pflege in der Schweiz weiter gesteckt und damit ein selbstständigeres Arbeiten möglich zu sein. Der überwiegende Teil der ambulanten Pflege wird – anders als in Deutschland – von gemeinnützigen Spitex-Organisationen getragen, die als privatrechtliche Vereine organisiert sind. Wenige sind auch öffentlich-rechtlich (d.h. der Spitexdienst wird direkt von der Gemeinde angeboten). Zwar entsteht eine wachsende Zahl von privaten, kommerziellen Spitex-Unternehmen, private Spitex Anbieter hatten im Untersuchungszeitraum aber erst einen Marktanteil von 5-8%. Sie sind als freiberufliche Pflegefachpersonen oder kommerzielle Organisationen von den Versicherern zugelassen und erbringen auch kassenpflichtige Leistungen: In der Regel handelt es sich dabei um ergänzende Angebote (z.B. Nachtbetreuung, „Rund um die Uhr“-Pflege).⁶⁶ Durch einen Konzentrationsprozess der Spitex-Organisationen, der positiv hinsichtlich eines Abbaus von Doppelspurigkeiten und geringeren Infrastrukturkosten bewertet wurde (Gmür & Rüfenacht, 2007), verringerte sich deren Anzahl. Die Fallstudienresultate wiesen darauf hin, dass ein Zusammenschluss mehrerer Spitex-Organisationen auch ein besseres Dienstleistungsangebot ermöglichte, beispielsweise durch die gemeinsame Einstellung von Fachpersonal für Palliativversorgung.

Rehabilitation

Rehabilitation wurde mit dem KVG 1996 als Grundleistung festgelegt (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG: „ärztliche durchgeführte oder angeordnete Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation“), die stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden kann. Das gilt auch für die geriatrische Rehabilitation, die von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie als Grundprinzip geriatrischer Behandlung definiert wird und als Methode in allen geriatrischen Einrichtungen zu finden ist (SFGG/SPSG, 2006). Rehabilitative Maßnahmen werden dabei als gemeinsames Feld von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Aktivierungstherapie, Neuropsychologie, Sozialberatung und Rehabilitations-Pflege aufgefasst, die – dem oft fragilen multimorbiden Zustand hochbetagter Patienten entsprechend – immer wieder im Wechsel mit akutmedizinischen Interventionen erfolgen. Die SFGG unterscheidet dabei im stationären Bereich zwischen stationärer geriatrischer Rehabilitation, Übergangsbetreuung⁶⁷, stationärer

⁶⁶ Der Ausbau der privaten Spitex war v.a. durch ökonomische (Fehl?)Anreize des KVG begrenzt: ab einer bestimmten Versorgungsdauer (ca. 2h) Spitexversorgung, lohnte sich die Dienstleistung für die Leistungserbringer nicht mehr, da durch das KVG nur anteilig subventioniert wurde. Ein Ausbau der Leistungen war deshalb für private Anbieter nicht attraktiv.

⁶⁷ Zu den verschiedenen Definitionen von Übergangspflege, bzw. Postakutpflege siehe das Glossar im Anhang.

Langzeitbetreuung sowie spezialisierten Betreuungsangeboten (Palliativversorgung, Gerontopsychiatrie). Im teilstationären und ambulanten Bereich werden Hausärzte und Spitex, Memory-, Inkontinenz- und Sturz-Kliniken sowie Tageskliniken und Entlastungsaufenthalte, Tagespflegeplätze und Überbrückungsaufenthalte als für die Rehabilitation zuständig benannt.

Die Datenlage zu den rehabilitativen Strukturen in der Schweiz wurde als unvollständig beschrieben (Knüsel, 2007). Das Bundesamt für Statistik verzeichnete in der Krankenhausstatistik von 2004 insgesamt 47 Rehabilitationskliniken, bei insgesamt ca. 4200 Betten, davon wurden 800 der „übrigen incl. geriatrischen Rehabilitation“ zugerechnet; in der Krankenhausstatistik von 2010 sind 87 Betriebe verzeichnet, die den Aktivitätstypus Rehabilitation/ Geriatrie anbieten, und 1 201 727 Bettenbetriebstage für den Betriebstyp Rehabilitationskliniken (Bundesamt für Statistik 2010).

Weitere Leistungen in der Altenversorgung

Weitere Leistungen werden von der Schweizer Stiftung Pro Senectute angeboten, die in allen Kantonen vertreten ist. Der Leistungsvertrag, den Pro Senectute mit dem Bund abgeschlossen hat, weist den Pro-Senectute-Organisationen fünf Leistungsbereiche zu: Beratung und Unterstützung, Service (Haushilfedienst, Mahlzeitendienst, Treuhänderdienst, Besuchsdienst), Bildung, Sport und Information. Zusätzlich dazu gibt es in vielen Gemeinden Sozialberatungsstellen, die bei der Beantragung von Sozialhilfe-Leistungen zur Existenzsicherung, geregelt durch kantonale Sozialhilfegesetze, unterstützen.

Die Versorgungsleistungen werden aufgrund geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Lebens- aber auch Rollenerwartungen meist von Frauen erbracht. Teilstationäre Pflegeangebote zur Entlastung von Angehörigen versorgen überwiegend männliche Patienten.

Dem sog. informellen Sektor wird eine zentrale Bedeutung in der Altenversorgung zugesprochen, beispielsweise, wenn es um die Pflege Demenzerkrankter geht. Gleichzeitig wird die mangelnde psychologische Unterstützung, Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen als eine der zentralen Versorgungslücken thematisiert. Der Selbsthilfesektor in Form der organisierten Interessenvertretung wird als im Vergleich zu Deutschland nicht besonders gut ausgebaut beschrieben. Es wird kritisiert, dass die „Patientenvertreter (...) das Thema Alter noch nicht entdeckt“ hätten (Interview Gerontologe). Von Seiten der Patientenvertretungen selbst wird andererseits deutlich, dass v.a. knappe personelle Ressourcen dafür verantwortlich sind, dass neben der individuellen Beratungstätigkeit politische Interessenvertretungen und Lobbyarbeit zu kurz kommen (Interview Patientenvertreter).

5.2.3 Alters- und krankheitsspezifische Versorgungsstrukturen

Als Indikator für eine gelingende Anpassung des Schweizer Gesundheitssystems an die wachsende Zielgruppe multimorbider Alter konnte die rasche Entwicklung der Geriatrie als medizinisches Fachgebiet dienen. Geriatisches Fachwissen entstand anfangs kommunal vor dem Hintergrund neuer Versorgungsbedarfe und wurde von der universitären Medizin zunächst vernachlässigt. Erst nachträglich wurde eine „Trendumkehr“ konstatiert, welche die „bestehenden, gut etablierten para-universitären Geriatriestrukturen näher an die universitäre Medizin rücken“ ließ (Grob, 2004). Die gewachsene Bedeutung der Geriatrie lässt sich an der Etablierung der Facharzt-Weiterbildung zum/zur Geriater/Geriaterin durch die Schweizer Ärztesgesellschaft FMH (Dauer: 36 Monate) und die darauffolgende Gründung der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG unter dem Dach der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie ablesen.⁶⁸

⁶⁸ Im Jahr 2011 haben (statt der jährlich 10 üblichen KandidatInnen) 24 angehende GeriaterInnen für die FMH-Prüfung angemeldet. Diese Zunahme „widerspiegelt wahrscheinlich das angesichts der Zunahme der älteren Bevölkerung wachsende Bewusstsein junger KollegInnen für die Notwendigkeit einer vertieften Ausbildung in Geriatrie.“ (SGG Gerontologie-Information 2011/3, S. 6)

Eine von der FMH zertifizierte Schwerpunktbezeichnung für Geriatrie gibt es seit 2000, in 2006 waren insgesamt 133 Ärzte mit dieser Schwerpunktbezeichnung tätig, davon 75 mit Praxistätigkeit und insg. 9 Ärzte, die eine Bezeichnung für Alterspsychiatrie und -psychotherapie vorwiesen⁶⁹ (FMH, 2006). Schoenenberger et al. (2006) schätzten für 2004 eine durchschnittliche Arztdichte von einem Geriater pro 9.254 Einwohner > 65 Jahre, wobei auch hier deutliche kantonale Unterschiede mit einer Ballung in urbanen Gebieten bestanden. Insgesamt wurde eine Unterversorgung bezüglich geriatrischer und gerontopsychiatrischer fachärztlicher Versorgung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich konstatiert (z.B. SFGG/5PSG, 2006): Ein großer Teil geriatrischer Patienten wird also von Hausärzten und Internisten versorgt. Schoenenberger et al. (2006) schätzten schweizweit ca. 0,4 akutgeriatrische Betten pro 1.000 Einwohner (bei 5,8 Akutbetten pro 1.000 Einwohner insgesamt). Das geriatrische Angebot wies ausgeprägte kantonale Unterschiede auf.

Defizite wurden im Zusammenhang mit einer fehlenden Qualifikation des Personals zur frühzeitigen Erkennung und der dadurch möglichen Einleitung von Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen insbesondere bei psychogeriatrisch und dementiell Erkrankten und damit einhergehenden Unter- oder Fehlversorgung der Betroffenen beklagt (Höpflinger & Hugentobler, 2005b).

Palliativversorgung

Das Feld der Palliativversorgung wurde in der Schweiz, ähnlich wie in Deutschland, von Impulsen aus der Unterstützung Krebskranker geprägt. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften erwähnte jedoch bereits im Jahr 2006 in ihren „Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen“ die Bedeutung der Palliativversorgung in der Altersmedizin (SAMW, 2006). Die im Jahr 1988 gegründete und heute bereits 2.000 Mitglieder zählende Fachgesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGMPB) – sie nennt sich heute palliative.ch (palliative.ch, 2012) – ist als Lobbyorgan tätig und gab schon im Jahr 2001 einen Katalog mit Versorgungsstandards heraus. Im Rahmen des gesamtschweizerischen Dachverbandes gibt es kantonale Verbände (z.B. Netzwerk Palliative Care Zürich), die Öffentlichkeitsarbeit betreiben und sich für Implementierung auf lokaler Ebene einsetzen.

Palliativmedizin ist in der Schweiz kein eigenständiges Fachgebiet; die Fortbildungsaktivitäten nehmen aber zu (Husebø, 2003). Im Jahr 2006 wurde an den Universitäten Genf und Lausanne gemeinsam der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin eingerichtet (Bosshard & Grob, 2007). Die SGMPB veröffentlicht regelmäßig eine Liste von Institutionen, die sich selbst verpflichtet haben, nach den Grundsätzen von Palliative Care zu arbeiten. Im Rahmen der 2009 verabschiedeten Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 setzen Bund und Kantone gemeinsam mit palliative.ch und anderen Interessenvertretern Maßstäbe für Versorgung, Bildung, Forschung und Finanzierung im Bereich Palliative Care fest (palliative.ch, 2012).

Eychmüller und Raemy-Bass (2001) gingen für das Jahr 2004 von schweizweit 24 stationären Einrichtungen mit insg. 146 Betten (20 Betten pro 1 Mio. Einwohner) und 9 ambulanten Palliativdiensten aus. Vergleichsweise gut ausgebaut schienen Palliativangebote v.a. in der Westschweiz, in den großen deutschschweizer Städten und im Tessin zu sein. Insgesamt wurde im Untersuchungszeitraum von einer Unterversorgung ausgegangen. Die Vor- und Nachteile des Aufbaus spezialisierter palliativer Zentren gegenüber einer Qualifizierung aller Institutionen des Gesundheitswesens im Sinne eines „Querschnittswissens“ wurden kontrovers diskutiert (Bosshard & Grob, 2007). Es wurden aber auch kombinierte Konzepte (Palliativspezialisten in Kooperation mit Generalisten) nach kanadischem Vorbild verhandelt (Mazenauer, 2002). In der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 (2009) hieß es unter dem Stichpunkt „Definition und Leistungen“, dass „80% der Patientinnen und Patienten, die Dienstleistungen der Palliative Care benötigen, [...] im Rahmen der Grundversorgung (durch Pflegende und Ärztinnen/Ärzte im

⁶⁹ Die Schwerpunktweiterbildung „Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie“ gibt es seit 2006 als Spezialisierung für Fachärzt/-innen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Spital bzw. im Alters- und Pflegeheim, zu Hause durch Hausärzte oder Spitex-Mitarbeitende) betreut werden [können]“ während „[u]nterstützende Angebote wie mobile Palliative-Care-Teams [...] das notwendige Spezialwissen mit[bringen] und [...] die Betreuenden [entlasten]“ und spezialisierte Angebote wie Palliativstationen in Spitälern oder Hospizen nur bei komplexen Erkrankungen notwendig seien (20% der Fälle) (ebd., 4f.). Dazu seien die Angebote in der Grundversorgung und im spezialisierten Bereich zu definieren und mit Qualitätskriterien zu hinterlegen (Teilziel 1.1) sowie Indikationskriterien für die Inanspruchnahme unterstützender und spezialisierter Palliative Care Leistungen festzulegen (Teilziel 1.3) (ebd., 9), hieß es hinsichtlich des Soll-Zustandes der Palliative Care in der Schweiz. Außerdem müsse die Interdisziplinarität, also zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen ambulant tätigen Leistungserbringern der Grundversorgung und Spezialistinnen und Spezialisten in den Spitälern, gefördert werden (ebd., 8).

Demenzversorgung

In der Demenzversorgung wurde auch in der Schweiz von steigenden Bedarfen ausgegangen. Aktuell schätzt die Schweizerische Alzheimer Vereinigung (2012), dass in der Schweiz 170.000 Personen an einer Demenz erkrankt sind, von denen 60% zuhause leben. Während 30% der Erkrankten nur punktuelle Hilfe benötigen, sind 40% auf tägliche und 30% auf rund um die Uhr Pflege angewiesen, 10% gar rund um die Uhr Hilfe benötigen. Angesichts der demografischen Szenarien vom BFS und unveränderter Prävalenzraten der Demenz nach Altersklassen wird bis 2050 eine Erhöhung der Demenzerkrankten auf 300.000 erwartet (Schweizerische Alzheimer Vereinigung, 2012).

Das Versorgungsangebot für Demenzerkrankte wurde als „regional ungleich verteilt und meist sehr lückenhaft“ bezeichnet (Diener, 2002: 63), v.a. bezüglich ambulanter und teilstationärer Angebote und Unterstützung der Angehörigen, die auch von den Krankenkassen finanziert wurden. Die Alzheimer Vereinigung beispielsweise kam in einer Studie zu dem Ergebnis, dass die bestehenden Tagesstätten nur 12% des Bedarfes deckten (Schweizerische Alzheimer Vereinigung, 2006). Auch die Nachtbetreuung wurde als wenig verbreitet beschrieben, mit lediglich vereinzelt Angeboten: „Zu Entwicklungsprojekten befragt, gibt allerdings rund ein Dutzend Zentren an, eine Einführung der Nachtbetreuung zu prüfen. Insbesondere sind dies an ein Pflegeheim angegliederte Zentren, die bereits über die notwendige Infrastruktur verfügen“. (Schweizerische Alzheimer Vereinigung, 2006). Die Fallstudien deuteten teilweise auch bei vorhandenen Angeboten auf eine unbefriedigende Nutzung hin. Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme dürften in Problemen der Bekanntheit und in den Kostenbeteiligungen der Privathaushalte liegen. Derzeit (2012) ist der nationale Umgang mit Demenzversorgung weiterhin Thema politischer Auseinandersetzungen.⁷⁰

5.2.4 Integrationsprobleme und Lösungsansätze im schweizerischen Gesundheitssystem

Auch in der Schweiz wurde die bessere Integration von Versorgungssektoren und Leistungserbringern als zentrale Herausforderung begriffen. In der Schweiz vollzieht sich ähnlich wie in anderen westlichen Industrienationen ein demographischer Wandel mit einer Zunahme älterer Menschen und einer steigenden Inzidenz und Prävalenz chronisch-degenerativer Erkrankungen. Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie ging im Jahr 2006 davon aus, dass die Anzahl der über 80jährigen Menschen in der Schweiz bis zum Jahr 2030 um 65% ansteigt. Insbesondere wurde angesichts der Zunahme der Gruppe der Hochaltrigen ein höherer Anteil derjenigen erwartet, die in Alters- und Pflegeheimen leben werden (über 90jährige: 40%) (SFGG/SPSG, 2006). Einhergehend mit dem prognostizierten steigenden Versorgungsbedarf multimorbider alter Menschen wurden Integrationsanstrengungen wichtiger.

⁷⁰ Vgl. <http://server25.hostpoint.ch/~alzch1/alz.ch/index.php/politische-vorstoesse.html>

Problemwahrnehmungen und Lösungsvorschläge für eine bessere Integration waren in der Schweiz auf verschiedenen Ebenen erkennbar. Versorgungsrealitäten schienen allerdings teilweise durch Fehlsteuerungen geprägt, die sich durch das Geflecht unterschiedlicher Sozialversicherungsbeiträge und -leistungen, ergänzenden staatlichen Subventionen auf verschiedenen Ebenen und den zusätzlichen Finanzierungsanteilen der Privathaushalte ergeben.

Einige Anreize und ihre Auswirkungen wurden in den Interviews wiederholt angesprochen und auch in lokalen Fallstudien deutlich:

Finanzierungsunterschiede zwischen ambulanter und akutstationärer Langzeitpflege

Die Pauschalen und Einzelleistungstarife der OKP deckten nur ca. 50% der Kosten in den Spitälern ab. Betriebs- und Investitionskosten der Häuser wurden staatlich subventioniert. Der ambulante ärztliche Versorgungsbereich war ausschließlich durch die Versicherer finanziert. Dadurch entstand ein Anreiz für die Krankenversicherer, wegen der Mitfinanzierung durch die Kantone auch ambulant mögliche Behandlungen stationär im Spital durchzuführen zu lassen. Entsprechend wurde von kantonaler Seite eine Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich gefordert und waren die Krankenträger auch auf Druck der Kantone daran interessiert, Behandlungen in ihren eigenen ambulanten Bereich zu verlagern, da dies eine zusätzliche Abrechnung über Einzelleistungen in Ergänzung zu den Pauschalen ermöglichte (z.B. Wundbehandlung). Für die Kantone und Kommunen als Finanzierungsträger von Spitälern und Pflegeheimen bestand ein Anreiz, v.a. ältere multimorbide Patienten nicht im teuren Akutspital, sondern in den kostengünstigeren Langzeitpflegeeinrichtungen zu behandeln. Es wurde erwartet, dass sich dies vermutlich durch die Einführung der swissDRGs noch verstärken würde. Die Befürchtung bestand, dass hierdurch der Zugang zu akutmedizinischen Abklärungen für ältere Menschen erschwert werden könnte. Positiv könnte diese Änderung zu einer Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen beitragen. Prognostiziert wurde eine Entwicklung der Pflegezentren zu „Spezialspitälern für Nachbehandlung“, einhergehend mit einer finanziellen Mehrbelastung der Privathaushalte.

Für die Privathaushalte entstanden unterschiedliche Kostenbelastungen: Für sie war der Aufenthalt im Akutspital attraktiv, da hier ein geringerer Kostenanteil privat getragen werden musste. Pflegeheimaufenthalte dagegen erforderten, wenn keine sonstigen Unterstützungsleistungen (z.B. AHV Ergänzungsleistungen) beantragt werden konnten, den Einsatz des eigenen Vermögens. Andererseits gelten für die ambulante Pflege relativ höhere Zuzahlungsverpflichtungen als für einen stationären Pflegeaufenthalt. Einkommensschwächere Patient/-innen werden deshalb mit höherer Wahrscheinlichkeit stationär behandelt.

Mangelhafter Zielgruppenbezug von Versorgungsleistungen

Darüber hinaus existieren auch in der Schweiz soziale Ungleichheiten von Gesundheitschancen, die auch die Zielgruppe multimorbider älterer Menschen betrifft. Unterschiede in den Mortalitäts- und Morbiditätsraten finden sich entlang sozioökonomischer Gradienten gemessen am Bildungsstatus, Geschlecht, Einkommenshöhe, oder Migrationshintergrund (Mackenbach, 2006). Das hoch entwickelte Versorgungssystem der Schweiz gab hierauf zum Untersuchungszeitraum keine angemessenen Antworten: Spezifische Programme, benachteiligte Zielgruppen zu erreichen, schienen unterentwickelt.

5.2.5 Steuerungsversuche für integrierte Versorgung

Als gesetzgeberische Maßnahme für eine bessere Integration konnten Regelungen zu Managed Care im KVG verstanden werden.

Managed Care Modelle

Mit dem KVG wurde es den Versicherern ermöglicht, „besondere Versicherungsformen“ wie die „Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“ anzubieten (§ 62 KVG). Seit den 1990er Jahren hatten sich folgende Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl herausgebildet (nach Rosenbrock & Gerlinger, 2006):

- **Staff model Health Maintenance Organisations (HMOs):** Versicherung und Versorgung erfolgen durch dieselbe Einrichtung. Ärzte sind hier Angestellte einer HMO. In diesem Modell ist der Einfluss für Versicherer auf das Leistungsgeschehen am größten.
- **Group practice HMOs:** Hier wird die HMO von Ärzten gebildet, die Angestellte/Teilhaber von Gruppen- oder einer Gemeinschaft von Praxen sind. Diese erbringen die Leistungen und tragen gleichzeitig das Versicherungsrisiko bzw. finanzielle Risiken der Behandlung. Patienten wählen einen Primärversorger, in der Regel einen Hausarzt, den sie innerhalb der HMO wechseln können.
- **Arztnetze (Individual practice Assoc (IPAs)):** Hier wird ein Vertrag mit einer Arbeitsgemeinschaft von Einzelpraxen geschlossen. Die Praxen bleiben unabhängig. Derartige Arztnetze können auch selbst als Versicherungsanbieter auftreten und selbst eine HMO bilden. In Hausarztnetzen nehmen die Hausärzte eine Gatekeeperfunktion wahr: Patienten suchen zunächst den Hausarzt auf. Es besteht hier keine Budgetverantwortung für Hausärzte, diese rechnen nach traditionellem Muster ab.
- **Preferred Provider Organisations (PPOs),** auch als „Light Modelle“ bezeichnet: Dieses Modell ist der traditionellen Versicherungsform am ähnlichsten. Die Versicherer versuchen Ärzte und Kliniken zu identifizieren, die effizient arbeiten. Die Leistungsanbieter werden hier regelmäßig zu Qualität und Kosten kontrolliert. Teilweise erfolgt eine Beteiligung der Ärzte am Morbiditätsrisiko. Der Anreiz für Ärzte liegt hierbei in einer Stabilisierung/Erweiterung der Nachfrage; für die Versicherten v.a. in der Reduktion von Prämien.

Bei diesen Organisationsformen gibt es vielfache Abstufungen und Sonderformen, Übergänge sind fließend. Deshalb wurde und wird eher eine Unterscheidung nach Modellen mit bzw. ohne Budgetverantwortung empfohlen (Baur, 2005a, Moint, 2010), wobei Letztere deutlich in der Mehrheit waren.

Tabelle 7: Merkmale von HMOs, Hausarztmodellen und Ärztenetze in der Schweiz

	HMO	Hausarztmodelle	Ärztelisten
Organisationsform	Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten oder ärzte-eigene Verbände von Gruppenpraxen	Niedergelassene Ärzte, die sich auf regionaler Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben ⁷¹	Von den Krankenkassen nach Kostenkriterien selektierte Leistungserbringer (Ärzte und z.T. Krankenhäuser)
Vergütung	Finanzierung über Kopfpauschalen	Meist über die herkömmliche Einzelleistungsvergütung	Herkömmliche Einzelleistungsvergütung
Risikoübernahme	Budgetverantwortung	Nur vereinzelt Gruppen mit Budgetverantwortung, aber z.T. Erfolgsbeteiligung	Keine Budgetverantwortung
Einschränkung für die Versicherten	Versicherte müssen HMO zuerst aufsuchen	Versicherte müssen benannten Hausarzt zuerst aufsuchen	Versicherte wählen aus einer Ärzteliste von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern

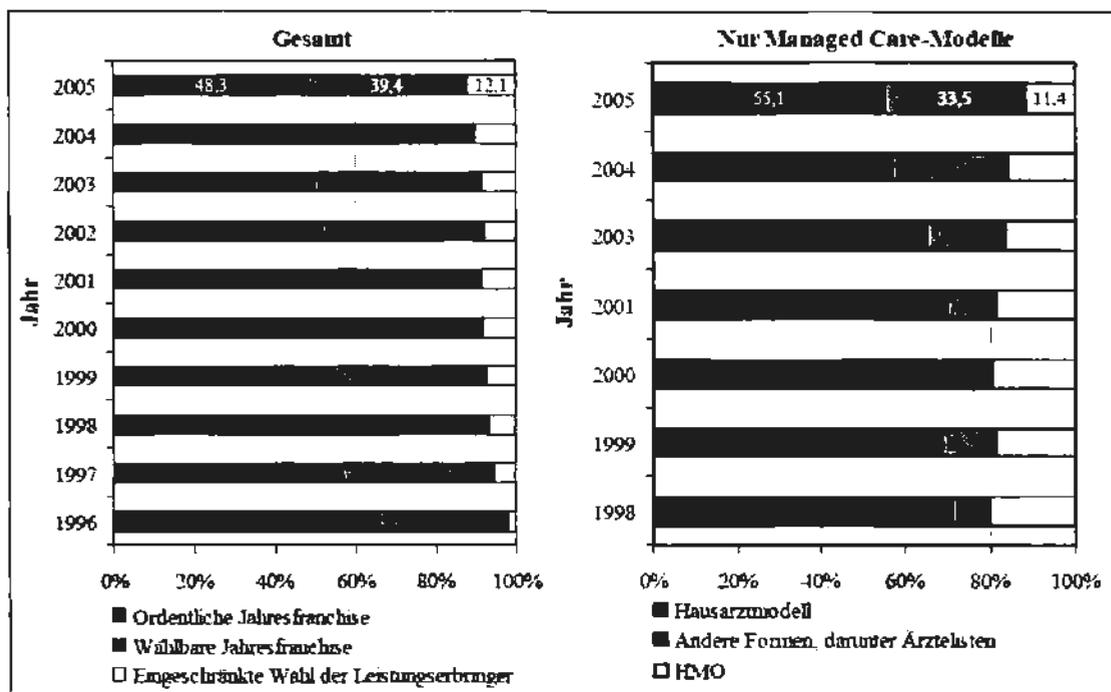
Quelle: Baur (2007)

Implementierung von Managed Care

Obwohl Wachstumsraten sowohl des Angebotes als auch der Nutzung zu beobachten waren, konnte nicht von einer flächendeckenden Verbreitung dieser Modelle gesprochen werden (s. Tabelle). Die Gründe für die geringe Verbreitung wurden zum einen in einer eingeschränkten Bereitschaft der Versicherten gesehen, sich in Managed Care Modelle einzuschreiben (v.a. bei den Älteren, Kränkeren), zum anderen aber auch in einem nach einer ersten Hochphase eher gesunkenen Angebot durch Versicherer und Leistungserbringer (Baur, 2005). Bis 2010 hatten rund 10% der Versicherten (bzw. 30%, wenn man das Hausarztmodell hinzuzählt) eine Managed-Care-Lösung mit eigener Budgetverantwortung gewählt (20min.ch, 2010).⁷²

2010 hat der Nationalrat der Managed-Care-Reform zugestimmt und eine Vorlage an den Ständerat gegeben, um Anreize für die Behandlung von Versicherten in integrierten Ärztenetzwerken zu schaffen (bspw. durch die Erhöhung des Selbstbehalts bei freier Arztwahl von 10 auf 20% oder die Verpflichtung der Versicherer auf das Angebot mindestens eines Managed-Care-Modells). 2012 sollten die neuen Spielregeln in Kraft treten (20min.ch, 2010), allerdings abhängig von einem Referendum der Schweizer Bevölkerung über eine flächendeckende Etablierung der integrierten Versorgung (d.h. Erhöhung des Anteils von Managed Care auf 60%) im Juni dieses Jahres (gesundheit-adhoc.ch, 12. Mai 2012).⁷³ Einer Einführung dieser Gesundheitsreform stehen viele Fachärzte und vor allem ältere Leistungserbringer sowie die Schwierigkeit bei der Vermittlung des Konzepts von Managed Care in der Bevölkerung entgegen (ebd.).

Abbildung 4: Entwicklung der Versichertenverteilung auf die einzelnen Versicherungsformen



Quelle: SVR (2007)

⁷¹ Mittlerweile werden auch Hausarztmodelle mit einzelnen Hausärzten abgeschlossen, ohne dass diese in einer Gruppe organisiert sind (Giovanoli, 2006).

⁷² <http://www.gesundheit-adhoc.de/index.php?m=1&s=gesundheit&id=12237>

⁷³ <http://www.gesundheit-adhoc.de/index.php?m=1&s=gesundheit&id=12237>

Managed Care Modelle waren in der Schweiz im Untersuchungszeitraum inhomogen verteilt. Während in den meisten größeren Städten der Deutschschweiz sowie in Lausanne und in Genf HMOs angesiedelt waren, gab es beispielsweise im Tessin keine Managed Care Modelle, nur wenige in der Region um Bern und in der Zentralschweiz. In der Romandie gibt es bisher ein einziges Netz in Genf, wo auch die einzige HMO vorhanden ist. Gemessen am Ziel einer flächendeckenden Vernetzung von Versorgungsstrukturen wurde bemängelt, dass Managed Care Modelle, meist von einer Krankenkasse ausgehend, nicht regional ausgerichtet sind, sondern überregional für jeweils „ihre“ Versicherten agierten, was zu einem Nebeneinander verschiedener Netze mit der Gefahr neuer Schnittstellen bzw. Versorgungsungleichheiten führen würde.

Auswirkungen von Managed Care auf Versorgungsintegration

Offen schien, inwieweit Managed Care im Sinne umfassender Versorgungsintegration wirksam sein kann. Auch wenn ursprünglich ein umfassenderer Begriff integrierter Leistungserbringung in den Konzepten enthalten war, schien es vor allem als Modell für die ambulante ärztliche Versorgung Anwendung zu finden.⁷⁴ Die Integration auch pflegerischer oder sozialarbeiterischer Leistungen und des stationären Sektors scheiterte an den Schwierigkeiten der Finanzierung, die sich aus dem Nebeneinander unterschiedlicher Finanzierungsquellen (Versicherer, öffentliche Gelder, Privathaushalte) ergaben.

Inzwischen haben sich Ärztenetze im Sinne von Managed Care als Versorgungsmodell weiter durchgesetzt (Berchtold und Peier, 2012): 17% der Versicherten sind einem Ärztenetz angeschlossen – eine Verdopplung seit 2008 – allerdings mit großen Unterschieden zwischen den Kantonen (hoher Beteiligung in der Deutschschweiz). Die Anzahl der Spezialisten in den hausärztlich getragenen Netzen nimmt zu, ebenso die Zahl der Netze mit eigener Budgetverantwortung. Inwieweit diese Entwicklung mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität bei Älteren und hochbetagten einhergeht, konnte aktuell nicht ermittelt werden. Die Beteiligung nicht-ärztlicher Professionen findet allerdings in einschlägigen Publikationen keine Erwähnung (Berchtold und Peier, 2012).

Eine Zielsetzung von Managed Care – in der Schweiz und anderswo – ist die Stärkung der koordinierenden Funktion von Hausärztinnen und Hausärzten. Ziele sind hier gleichzeitig eine bessere Qualität der Versorgung für die Betroffenen und eine Erhöhung der Effizienz. Das Recht auf freie Arztwahl wird jedoch weiterhin als hohes Gut betrachtet.

Auch die Einführung von Disease Management Programmen nach deutschem Vorbild wurde im Rahmen der Interviews eher kritisch und als für die Schweiz ungeeignet betrachtet, v.a. mit der Einschätzung, dass diese eher Mitnahmeeffekte bei den Leistungserbringern produzieren und nicht angemessen umgesetzt würden.

(Entwicklungs-)Perspektiven von Managed Care in der Schweiz

Als Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung von Managed Care Modellen wurde die Erweiterung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen durch einen direkten Morbiditätsbezug diskutiert; mit der Ergänzung des Risikoausgleichs durch die Spitaltage hat die Politik September 2007 einen ersten Schritt in diese Richtung unternommen (Strehle/Weber, 2008). Damit sollte das Problem der Risikoselektion durch die Versicherer minimiert und die Gestaltung alternativer Versorgungsformen auch chronisch Kranker für die Kassen attraktiver gemacht werden.

Im Untersuchungszeitraum spielten Managed Care Modelle in der Altenversorgung allerdings nur eine eingeschränkte Rolle. Dies wurde sowohl in den Interviews bestätigt, als auch dadurch, dass sich kein Praxisbeispiel eines Managed Care Modells finden ließ, welches speziell auf geriatrische Versorgung ausgerichtet ist.

⁷⁴ Nach Berchtold et al. (2008) hatten sich bis zum Jahr 2008 in der Schweiz 86 Ärztenetze, oft aus ärztlicher Initiative gebildet.

Gleichzeitig wurden – alternativ oder ergänzend zu Krankenversicherern und Ärzteschaft – kommunale oder kantonale Instanzen als primär zuständige Instanzen für Integrationsbemühungen verstanden und große Spielräume auf diesen Ebenen für zentral gehalten. Der Begriff „Integrierte Versorgung“ schien weniger verbreitet zu sein. Er wurde insbesondere von Kassenvertretern mit Managed Care gleichgesetzt

In einigen Interviews wurde deutlich, dass bei Überlegungen zu einer besseren Integration „top down“- gegen „bottom up“-Strategien gegeneinander abgewogen wurden. Dabei wurde unter „bottom up“ sowohl die Entscheidungsautonomie der Kantone und Kommunen als auch die Gestaltungskompetenz der jeweils lokal beteiligten Akteure (Leistungserbringer und weitere Interessenträger) verstanden. Insbesondere von auf Bundesebene tätigen Expert/-innen wurden stärkere Interventionsmöglichkeiten vom Bund für wünschenswert erachtet. Überwiegend schienen „von oben“ aufgesetzte Anordnungen kritisch bewertet und deren nachhaltige und von „innen her“ getragene Umsetzung bezweifelt, und stattdessen „bottom up“-Ansätze, die durch „partnerschaftliche Aushandlung“ entstehen, befürwortet zu werden.

Wiederholt wurde von InterviewpartnerInnen angesprochen, dass die Integration mehrerer Versorgungsangebote oft mit dem Interesse eines einzelnen Akteurs zusammenhing, hier auch die Steuerung zu übernehmen. Das galt z.B. für das Interesse von Krankenversicherern, Netze zu gründen, um Ausgaben besser kontrollieren zu können. Sowohl für den Bereich Managed Care als auch für breitere Debatten um Integrierte Versorgung existierten hierzu heterogene Einschätzungen. Wurde einerseits von einigen für das „experimentelle“ Stadium die Trägerschaft von Integrationskonzepten (z.B. kasseneigen versus ärzteigen) für eher unwichtig gehalten, legten andere großen Wert darauf, dass Integrierte Versorgung immer als Aushandlungsprozess mehrerer Träger stattfinden müsse. Ein alternativer Vorschlag beinhaltete, dass Integration als „eigene Leistung“ anerkannt und erbracht werden solle – und nicht von einem anderen Leistungserbringer übernommen werden könne, z.B. im Sinne eines personell zusätzlich eingesetzten Case Managements.

Insgesamt erschien das Leitbild einer umfassenden Integration eher als Vision einzelner Einrichtungen, aber nicht von allgemein großer Bedeutung zu sein. In diesem Zusammenhang wurden auch Versuche, „alles zu integrieren“, als eher unrealistisch und blockierend wahrgenommen und stattdessen befürwortet, zunächst einige wenige Schnittstellen besser zu überbrücken.

Ausbau ambulanter Versorgungsangebote

Insbesondere im Zusammenhang mit überdurchschnittlich hohen Hospitalisierungsraten von pflegebedürftigen älteren Menschen wurden Verbesserungen der ambulanten Versorgung diskutiert. Dies betraf den Ausbau der ambulanten Pflege (Spitex), die zwar „rund um die Uhr“ Angebote machen konnte, dies aber bisher wegen der durch das KVG begrenzten Finanzierung nicht flächendeckend zur Anwendung kam. Dadurch wurde insbesondere bei einkommensschwächeren Patientengruppen der Heimeintritt beschleunigt.

Zum anderen gab es erste Ansätze, über „präventive Hausbesuche“ im ambulanten Sektor sowohl Früherkennung als auch Prävention und Behandlung von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit auszubauen. Ebenfalls für notwendig wurde der Ausbau von ambulanten Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige gehalten.

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen

Mit den o.g. Managed Care Modellen wurde v.a. darauf abgezielt, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Arztgruppen zu verbessern (Ärztennetze). Weitergehende Ansätze für eine bessere Koordination zwischen den einzelnen Berufsgruppen finden sich beispielsweise im Rahmen von Case Management Konzepten. Ursprünglich waren in der Schweiz ‚Case Manager‘ von den Krankenversicherungen eingesetzte Fachkräfte, die bei besonders komplexen, d.h. auch teuren Krankheitsverläufen die Leistungserbringer hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen überprüfen sollen. Wegen der eindeutigen Kostenausrichtung wurden diese Koordinierungsversuche kontrovers bewertet. Erst später gewann der gerontologische Ansatz

des Case Management weitergehende Bedeutung auch für die Schweizer Versorgungslandschaft. Im Netzwerk Case Management arbeiten v.a. Sozialarbeiter und Pflegekräfte an einer Professionalisierung der Konzepte; seit 2007 gibt es eine CM-Berufsbildung (netzwerk-cm.ch, 2012).⁷⁵

Föderalismus und Versorgungsintegration

Das Bundesamt für Gesundheit selbst charakterisierte auf seiner Homepage das schweizerische Gesundheitssystem dadurch, „dass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten zersplittert und die Beziehungen sehr komplex sind.“⁷⁶ Innerschweizerische Analysen beschreiben unklare Kompetenzverteilungen, Einnahmen- und Ausgabenverflechtungen sowie Ineffizienzen für das Gefüge zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden. Diese seien teilweise nur noch „historisch oder realpolitisch“ erklärbar (Kocher, 2007). Wichtige Initiativen in Richtung einer Zentralisierung gesundheitspolitischer Strategien sind beispielsweise die Arbeit der Gesundheitsdirektorenkonferenz und die Initiative Nationale Gesundheitspolitik vom BAG.

In in dieser Studie geführten Interviews wurden jedoch auch Positionen deutlich, die die als schwerfällig und reformfeindlich interpretierbaren föderalen Entscheidungsstrukturen direkter Demokratie mit dem Hinweis auf eine stärkere Partizipation der Beteiligten und dadurch erreichte höhere Identifikation mit und Nachhaltigkeit von Reformen verteidigten. Ein weiteres Vorteil ausgeprägter regionaler Entscheidungskompetenzen wurde darin gesehen, dass auf Besonderheiten lokaler Bedürfnisse spezifisch eingegangen werden kann (z.B. bei der Abstimmung notwendiger Kapazitäten von Pflegediensten).

Insgesamt ist zu konstatieren, dass das KVG zwar eine wichtige Lücke in Richtung einer schweizweit gleichen Zugangs zum Gesundheitssystem gefüllt hat, gleichwohl dadurch jedoch nichts an den Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem geändert wurde. Bspw. wurde mit dem KVG der Zugang zu ambulanten Leistungen schweizweit vereinheitlicht, im stationären Sektor bestanden jedoch weiterhin kantonale Begrenzungen (und Unterschiede in der Versorgung).

Steuerung durch Wettbewerb

Die These, der Kassenwettbewerb biete Fehlanreize in Form von Risikoselektion wurde in den geführten Interviews mehrfach unterstützt. Zudem wurde sie indirekt dadurch bestätigt, dass in der Dokumentenanalyse keine innovativen Versorgungskonzepte für multimorbide ältere Menschen von Versichererseite gefunden wurden. Grundsätzlich wurde der bestehende Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern jedoch positiv bewertet, weil dadurch ein Experimentierfeld entstanden war, in dem neue Versorgungskonzepte ausprobiert werden konnten.

Ein Gegenentwurf zu den wettbewerblich konkurrierenden Krankenversicherern in der Schweiz findet sich immer wieder in einer Debatte um die Einheitskasse, die in einer Volksabstimmung im Frühjahr 2007 erneut mehrheitlich abgelehnt wurde. Bereits 2003 gab es eine von der Sozialdemokratischen Partei und den Grünen lancierte „Initiative für bezahlbare Krankenkassenprämien“, die gescheitert ist. Diese bezog sich auf einheitliche Versicherungsbedingungen und Prämien für die Schweiz. Die direkt danach begonnene „Initiative für eine soziale Einheitskasse“ wurde daher als übereilt und wenig sinnvoll kritisiert. Die Einschätzungen, inwieweit ein solches Modell sinnvoll sein könnte, gingen unter Expert/innen auseinander. Zum Teil wurde durch eine Einheitskasse eine effizientere flächendeckende Umsetzung von Innovationen für praktikabler gehalten und der Wettbewerb der Krankenkassen als hemmend beschrieben. Nach einer Umfrage von saintésuisse im Jahr

75 Vgl. <http://www.netzwerk-cm.ch/>

76 Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/index.html?lang=de>
(Zugang 23.07.2012)

2011, konnten sich zwei Drittel der Schweizer „für die Idee einer Einheitskasse erwärmen“, sich dabei aber eine schrittweise Reform des Gesundheitssystems wünschten.⁷⁷

Entflechtung von Zuständigkeiten

Verschiedene Ansätze zur Entflechtung der Zuständigkeiten für die Finanzierung wurden diskutiert oder schon umgesetzt. Mit der „Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen“ (NFA), die 2008 in Kraft trat, sollte zum einen eine klarere Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, zum anderen ein Lasten- und Ressourcenausgleich zwischen ärmeren und reicheren Kantonen erreicht werden. Im Bereich des Gesundheitswesens waren v.a. die AHV/IV, die Spitex und die Prämienverbilligungen in der Krankenversicherung betroffen. Zu den Auswirkungen auf die Versorgung wurden in den Interviews wenig konkrete Einschätzungen gegeben. Grundsätzlich galt die NFA als sinnvolles Gesetz mit föderalismusstärkender Wirkung. Befürchtet wurde allerdings eine Verschlechterung für die Finanzierung der Spitexdienste, da die bisher erhaltenen Bundessubventionen wegfallen und die dann zuständigen Kantone diese Aufgabe an die Gemeinden delegieren könnten. Dies könnte zu einer zusätzlichen Belastung der Privathaushalte führen. Weder in den Experteninterviews, noch in den Fallstudien konnten jedoch eindeutig interpretierbare Auswirkungen auf eine besser integrierte Versorgung ermittelt werden.

Einführung von DRGs

Zum Untersuchungszeitraum beschlossen und mittlerweile, mit Beginn des Jahres 2012 umgesetzt, bedeutet die Einführung der swissDRGs in Ablösung des vorigen Prinzips heterogener Pauschalen erstmals eine schweizweit einheitliche Pauschalvergütung stationärer Leistungen. Verbunden mit der geplanten Einführung einer schweizweiten Wahlfreiheit hinsichtlich der Spitäler für Patienten wurde vor ihrer Einführung seitens unserer Gesprächspartner steigender Druck auf einen effizienten Spitalbetrieb erwartet: Durch die Einführung vergleichbarer Pauschalen würden erstmals spital-kantonsübergreifende Kosten-/Nutzenvergleiche möglich sein. Für die Geriatrie waren Sonderlösungen geplant, die ihren Charakteristika besser entsprechen (Grob & Münzer, 2009). Auch in Bezug auf Auswirkungen für die Versorgungsqualität unserer Zielgruppe waren die Einschätzungen heterogen. Kontrovers diskutiert wurde beispielsweise, ob Extralösungen für die Geriatrie eher Vor- oder Nachteile für die Altenversorgung mit sich bringen würde, beispielsweise hinsichtlich des Zugangs zu akutmedizinischen Einrichtungen. Im Effekt wurden, ähnlich wie in Deutschland, kürzere Spitalverweildauern erwartet. Damit einher geht ein höherer Druck auf die nachstationär zuständigen Organisationen, Versorgungspfade zu gestalten und auszubauen, dass potentiell kränkere Patienten adäquat versorgt werden können, bzw. ein höherer Druck, ambulante und stationäre Behandlung besser zu verzahnen. Versorgungsprobleme wurden vielfach befürchtet – auch kurz vor der Einführung war die Ärzteschaft mehrheitlich skeptisch, insbesondere hinsichtlich möglicher ökonomischer Einflüsse auf medizinische Entscheidungen (Golder et al., 2011). Als weiterer möglicher negativer Effekt wurde der Abbau bestimmter Bereiche der Palliativversorgung (z.B. Seelsorge) befürchtet, da diese nicht mehr in den Budgets der Spitäler enthalten sind.

In Debatten um die Spitalfinanzierung wurde diskutiert, das bisherige duale Prinzip durch eine monistische Finanzierung abzulösen. Ein Vorschlag beinhaltete das ‚Poolen‘ zur Verfügung stehender Mittel bei den Versicherern. Dabei war jedoch umstritten, wer von den beteiligten Finanzierern (öffentliche Hand, Versicherer) die Risiken einer Defizitdeckung übernimmt (bisher die Kantone) und wer einen zuvor festgelegten Beitrag zahlt. Hier wurde auch die Gefahr gesehen, dass letztlich die Defizitdeckung an die Privathaushalte delegiert werden soll. Außerdem bestand von kantonaler Seite als Spitaleignern die Sorge, über eine Abgabe der Finanzierung an die Versicherer auch an Steuerungskompetenzen zu verlieren. Da die Kantone oft gleichzeitig

⁷⁷ Vgl. Tagesanzeiger, 08.09.2011, <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Gute-Chancen-fuer-die-Einheitskasse/story/20302472>

Spitalträger und Kontrollinstanz für Vertragsabschlüsse sind, sind sie gegenüber den Versicherern derzeit in einer starken Position; dies wurde als mögliche Quelle unökonomischer Verteilungsentscheidungen kritisiert (OECD, 2011). In den Fallstudien wurde deutlich, dass nationale und kantonale Strategien in Richtung einer Zentralisierung der Spitalversorgung einen steigenden Existenzdruck insbesondere für kleinere Spitäler im ländlichen Raum bedeuten.

Im Juni 2008 wurde die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen. Zentrale Neuerungen waren:

- die Begrenzung der Kostenbeteiligung von Pflegebedürftigen auf max. 20 Prozent des höchsten Beitrags, welchen der Bundesrat festlegt (zusätzlich zum generellen Selbstbehalt der obligatorischen Krankenversicherung)⁷⁸;
- die Anhebung der Vermögensfreigrenze für Ergänzungsleistungen im Pflegefall und die Senkung der Schwelle für die Hilflosenentschädigung für AHV-Bezüger bereits ab leichtem Hilflosigkeitsgrad.

Für Akut- und Übergangspflege sind die Kosten während zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt voll durch den Versicherer und den Kanton gedeckt. Nach dieser Frist müssen die Pflegebedürftigen die erhöhte Patientenbeteiligung von bis zu 20 Prozent bezahlen. Von Seiten des Spitexverbandes wurden die Neuerungen mit Einschränkungen als „Schritt in die richtige Richtung“ bewertet (Mörikofer-Zwey, 2008).

Ein Verfassungsartikel auf Bundesebene "für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung", mit dem eine Stärkung wettbewerblicher Elemente verankert werden sollte, wurde in einem Referendum am 1.6.2008 mehrheitlich abgelehnt. Zentrale Themen, die mit diesem Artikel und den weitergehenden Reformdebatten um das KVG verhandelt wurden, waren die Einführung einer monistischen Finanzierung und der Vertragsfreiheit bzw. Befreiung vom Kontrahierungszwang. Zudem war das Modell einer dualen Grundversicherung in der Diskussion, mit dem jeder Versicherte die Möglichkeit haben sollte, zwischen der heutigen Versicherungsform und einem Modell zu wählen, das den Verzicht auf die freie Arztwahl, dafür aber finanzielle und weitere Vorteile bedeuten würde. Parallel dazu sollte den Versicherern mehr Vertragsfreiheit zugestanden werden. Dieses Modell war politisch nicht durchsetzbar und wurde im November 2008 durch die Gesundheitskommission des Ständerats verworfen (NZZ, 26.11.2008). Alternative Überlegungen betrafen die Einführung eines Vertragszwangs für die hausärztliche Versorgung und einer Vertragsfreiheit für Spezialisten (Vorschlag der Kantone). Zum Anfang des Jahres 2012 trat eine erneute Teilrevision des KVG in Kraft, die u.a. die Hospitalfinanzierung (swissDRG), den Risikoausgleich zwischen Krankenversicherern, den Umgang mit Zahlungsausfall durch Versicherte und Fragen der Vertragsfreiheit betrifft.

5.3 Deutschland und die Schweiz im Vergleich

Im Folgenden werden zunächst zentrale Charakteristika des deutschen und des schweizerischen Gesundheitswesens miteinander verglichen. Dann werden die wesentlichen politischen Entwicklungspfade einander gegenübergestellt. Abschließend werden auf der Makroebene identifizierte Steuerungsanreize und Fehlanreize, wie sie in den vergleichenden Fallbeschreibungen auf Makroebene identifiziert wurden dargestellt.

⁷⁸ Dies bedeutet eine Erhöhung gegenüber den jetzigen Zuzahlungen, wird aber dennoch aufgrund ursprünglich geplanter Erhöhungen um bis zu 50 Prozent ausdrücklich begrüßt.

5.3.1 Zentrale Charakteristika der Gesundheitssysteme (in Bezug auf quantitative Indikatoren)

Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland weisen im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Ausgaben auf. Die Schweiz steht beim Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP mit 10,8% hinter den USA (16,0%) und Frankreich (11,0%) auf dem dritten, Deutschland mit 10,4% auf dem vierten Platz. Bei den für internationale Vergleiche sinnvollerem Pro-Kopf-Ausgaben ergibt sich ein anderes Bild⁷⁹. Dort liegt die Schweiz mit 4.417 US-\$ hinter den USA (7.290 US-\$) und Norwegen (4.763 US-\$) auf dem dritten Platz, während Deutschland mit 3.588 US-\$ auf Platz 10 liegt (alle Zahlen für 2007, OECD 2009). Die Schweiz hat allerdings, wie Tabelle 11 zeigt, einen erheblichen Anteil an privaten Gesundheitsausgaben.

Trotzdem zeigt Tabelle 13 auch, dass die Kapazitäten an Krankenhausbetten in der Schweiz deutlich niedriger sind als in Deutschland.⁸⁰ Dies könnte ein Hintergrund dafür sein, dass sich – zumindest teilweise – in den Fallstudien zeigte, dass Schweizer Krankenhäuser stärker auf ein effizientes Entlassungsmanagement angewiesen zu sein schienen. Die Zahlen der OECD legen für den Bereich der Langzeitpflege nahe, dass die Schweiz deutlich mehr Kapazitäten als Deutschland für Menschen ab 65 Jahren hat, und dass auch ein höherer Anteil der über 65 Jährigen in der Schweiz in Heimen lebt. Insofern ist die Beobachtung in den Fallstudien bemerkenswert, dass in der Schweiz in viel höherem Maße Triage und Zuweisungssteuerung betrieben wird als in Deutschland. Tabelle 14, die die Gesamtausgaben für stationäre Langzeitpflege sowie auch die privaten Ausgaben für stationäre Langzeitpflege darstellt, zeigt, dass die Ausgaben insgesamt und auch die privaten Ausgaben für Langzeitpflege in der Schweiz deutlich höher sind.

5.3.2 Politische Entwicklungspfade in der Entwicklung neuer Versorgungsformen

Sowohl Deutschland als auch die Schweiz haben politische Systeme mit zahlreichen und starken Vetospielern (vgl. Kapitel 0), die den Handlungsspielraum der jeweiligen Bundesregierungen beeinflussen. Ein Vergleich der im letzten Jahrzehnt verabschiedeten Reformen in beiden Ländern auf der Makroebene deutet darauf hin, dass es in der Bundesrepublik zu einer ganzen Reihe von Maßnahmen mit der Zielsetzung einer verbesserten Integration des Gesundheitssystems gekommen ist; hierzu zählen insbesondere die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen neuen Versorgungsformen. In der Schweiz fanden sich Reformanstrengungen zu integrierter Versorgung eher vereinzelt in Gesetzesform auf nationaler Ebene wieder; hierzu zählen die oben beschriebenen Managed Care-Programme.

Greß und Stegmüller (2009) fassten die gesundheitspolitischen Strategien in Deutschland zu diese neuen Versorgungsformen folgendermaßen zusammen: Der Gesetzgeber kombiniert Instrumente der Reregulierung⁸¹ mit spezifischen Vorgaben für Kooperation. Beispiele für

79 Beim BIP-Anteil spielt naturgemäß die allgemeine Wirtschaftskraft eine zentrale Rolle. Norwegen z. B. hat mit 8,9% einen dem OECD-Durchschnitt entsprechende BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben liegt es hingegen klar über dem OECD-Durchschnitt von 2.964 US-\$. Diese Diskrepanz entsteht durch ein sehr hohes BIP pro Kopf.

80 Grundsätzlich gilt, dass diese und anderen hier präsentierten Daten der OECD mit Vorsicht interpretiert werden müssen, da sich die Definitionen und Erfassungsmethoden der einzelnen Indikatoren in den Ländern unterscheiden können – hier z.B. die Zählweise hinsichtlich Akut- und Reha-Krankenhäusern sowie Psychiatrien.

81 Greß und Stegmüller sprechen hier von Deregulierung. Mit Noweski (2008: 67ff.) bevorzugen wir den Begriff der Reregulierung, da dadurch besser zum Ausdruck kommt, dass bei der Deregulierung bzw. Dezentralisierung der Kompetenz (etwa von der kollektiv- zur selektivvertraglichen Ebene) mehr oder minder zwangsläufig neue Vorschriften, – also Reregulierung – notwendig werden. Dies zeigt

Reregulierungsinstrumente waren die integrierten Versorgungsverträge nach § 140a ff. SGB V und die besonderen ambulanten Versorgungsformen nach § 73 c SGB. Beispiele für Vorgaben für Kooperation waren die Verpflichtung zum Angebot hausarztzentrierter Versorgungsformen und das Zulassungsmodell der ambulanten Versorgung im Krankenhaus.

Dies verdeutlicht, dass es keine einheitliche Strategie in Bezug auf gesetzliche Regelungen zu den neuen Versorgungsformen gibt. Die staatlichen Eingriffe gleichen vielmehr einem „regulatorischen Flickenteppich, der zwischen den spannungsgeladenen Steuerungsmotiven Kooperation und Konkurrenz changiert ... Darüber hinaus gibt es extrem unterschiedliche Regelungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen“ (Grenz & Stegmüller, 2009: 101).

Bei der Entwicklung der neuen Versorgungsformen lassen sich politische Lernprozesse beobachten. So ging der Gesetzgeber zumindest in einigen Punkten auf den Koordinierungsbedarf zwischen dem Kollektivvertragssystem und dem Selektivvertragssystem ein. Hier ist vor allem die Problematik des Bereinigungsbedarfs der Kollektivbudgets zu nennen (ebd.).

Auch die Entwicklung, die besonderen Versorgungsformen von der Selbstverwaltung abzukoppeln und in stärkerem Maße selektivvertragliche Modelle zu verfolgen, liess sich als Lernprozess über mehrere Politikzyklen hinweg interpretieren. Diese Entwicklung wurde auch dadurch befördert, dass das Kollektivvertragssystem im ambulanten Sektor von immer weniger Ärzten unterstützt wird (Noweski, 2008: 233f.). Ob dies zu einer gemeinwohlorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt beiträgt, kann allerdings bezweifelt werden (Reiners, 2010).

Mit dieser Entwicklung geht ein Macht- und Gestaltungszuwachs der gesetzlichen Krankenkassen einher. Im ambulanten Bereich haben sie es nicht mehr zwangsläufig nur mit einem Vertreter der Leistungserbringer zu tun (Kassenärztliche Vereinigung), sondern können mit verschiedenen Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern Verträge abschließen. Das gilt insbesondere seit dem Jahr 2009 in der hausärztlichen Versorgung. Seitdem müssen Krankenkassen gem. § 73 b Abs. 4 mit Verbänden kontrahieren, die mehr als die Hälfte der Allgemeinärzte im KV-Bezirk organisiert haben. Zudem wird das Handeln der ärztlichen Profession (zumindest zum Teil) im Rahmen der besonderen Versorgungsformen in stärkerem Maße vertraglich reguliert. So werden etwa im Rahmen von IV-Verträgen nach § 140a SGB V unter Mitwirkung der Krankenkassen Leitlinien oder weitere Versorgungsstandards definiert, die dann in dem jeweiligen Integrationsprojekt Anwendung finden.

In der Schweiz ließen sich auf Bundesebene Politikzyklen wie die in Deutschland nicht identifizieren. Das mag teilweise auf das basisdemokratische System der Volksabstimmungen zurück zu führen sein. Im Untersuchungszeitraum schien die Entwicklung bei den Managed Care Modellen zu stagnieren. Zwei Volksinitiativen scheiterten. So die Abstimmung am 1. Juni 2008, die bei Annahme der Abstimmungsvorlage die Einflussmöglichkeiten der schweizerischen Krankenkassen deutlich erweitert hätte. Gesundheitspolitische Prozesse und unterschiedliche Reformentwicklungen waren hingegen stärker in den Kantonen zu beobachten.

Zudem existieren Schnittstellenproblematiken in der Schweiz nicht in derselben Form wie in Deutschland. Wie bereits beschrieben, war es in der Schweiz schon immer in höherem Maße als in Deutschland möglich, ambulante Leistungen an Krankenhäusern anzubieten. In Deutschland dagegen wurden diese Möglichkeiten in vielen kleinen Reformschritten erweitert, z.B. 2006 bzw. 2007 durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-WSG. Außerdem ist in der Schweiz die Pflege- in die Krankenversicherung integriert, was dort Klarstellungen durch den Gesetzgeber oder Gerichtsentscheidungen darüber, welcher Versicherungszweig wofür zuständig ist, erübrigt.

sich beispielsweise an der Frage der Budgetbereinigung oder auch an den Folgen verschiedener Sozialgerichtsentscheide, die zum Teil erneute gesetzgeberische Eingriffe notwendig machen.

Andererseits wurden Themen deutlich, die in Deutschland kaum auf der politischen Agenda waren, die in der Schweiz auf kantonaler und auf föderaler Ebene bearbeitet wurden. Ein relevantes Beispiel dafür ist die Übergangspflege. In der Schweiz werden als Akut- und Übergangspflege jene Pflegeleistungen begriffen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig werden und im Spital ärztlich angeordnet werden. Sie wurden für die Dauer von max. zwei Wochen durch die Spitex oder im Heim geleistet und sind von der Postakutpflege im Spital oder der stationären Rehabilitation zu unterscheiden. In Deutschland waren Themen im Zusammenhang mit Kurzzeitpflege in der Forschung sowie in Politik und Praxis kaum entwickelt (Halek, 2007).

In beiden Ländern spielte die politische Mesoebene, also die föderale Ebene der Bundesländer bzw. Kantone eine wichtige Rolle. Zwar wurden in der Schweiz mit der Verabschiedung des KVG im Jahr 1996 Kompetenzen auf die Bundesebene verlagert. Trotzdem haben die Kantone nach wie vor eine sehr hohe Entscheidungsautonomie. Die stärkere föderale und dezentrale Ausrichtung in der Schweiz wird unter anderem daran sichtbar, dass sich Leistungsansprüche gegenüber Krankenkassen zum Teil nur auf den jeweiligen Wohnkanton erstreckten und nicht darüber hinaus mitgenommen werden konnten.

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz erwies es sich als schwierig, die Pflege systematisch in Ansätze der integrierten Versorgung bzw. Managed Care einzubeziehen. In beiden Ländern steckten entsprechende Ansätze noch in den Kinderschuhen. Das galt auch, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß, für die Versorgung Demenzkranker und Palliative Care.

5.3.3 Konvergenz oder Divergenz der Reformmaßnahmen?

Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland wurde die Fragmentierung des Gesundheitssystems als Problem wahrgenommen und bearbeitet. Im Vergleich der politischen Entwicklungspfade lassen sich zwischen Deutschland und der Schweiz sowohl Unterschiede als auch Konvergenzen beobachten. Die letzte Gesundheitsreform in Deutschland zielte mit der Lockerung des Kollektivvertragssystems sowie Anreize für Versicherer und Leistungserbringer (z. B. Rabattverträge in der Arzneimittelversorgung) eher auf die Angebotsseite, mit der Praxisgebühr allerdings auch auf die Nachfrageseite. In der Schweiz wurde stärker nachfrage-seitig angesetzt, z.B. mit Steuerung der Patientenströme durch Prämien. Es finden sich aber auch Parallelen in den Regulierungsstrategien. Während in Deutschland z. B. Bonussysteme für Versicherte eingeführt wurden, fanden in der Schweiz Diskussionen um die Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs sowie um die Einführung von Zulassungsbegrenzungen für Ärzte statt. Ein weiteres Beispiel für Konvergenz ist die Einführung des DRG-Systems im stationären Sektor, die in Deutschland 2003 begann und in der Schweiz mit der Einführung der swissDRGs (erst) 2012 vollzogen wurde.

5.3.4 Fehlanreize

Wie beschrieben deckten die Pauschalen und Einzelleistungstarife der OKP ca. 50% der Kosten in den Spitälern der Schweiz. Betriebs- und Investitionskosten der Häuser wurden staatlich subventioniert. Der ambulante ärztliche Versorgungsbereich wurde ausschließlich durch die Versicherer finanziert. Dadurch war es für die Krankenversicherer interessant, auch ambulante Behandlungen im Spital durchführen zu lassen, weil der Kanton mitfinanzierte. Krankenträger waren daran interessiert, Behandlungen in ihren eigenen ambulanten Bereich zu verlagern, da dadurch eine zusätzliche Abrechnung über Einzelleistungen in Ergänzung zu den Pauschalen möglich wurde (z.B. Wundbehandlung). Obwohl auch in Deutschland die

Bundesländer über die Investitionskosten an den Krankenhauskosten beteiligt sind, besteht ein vergleichbarer Anreiz in Deutschland nicht.

Ein wichtiger Fehlanreiz in Deutschland lag und liegt in der Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung. Wenn Krankenversicherer durch Präventions- und Rehabilitationsleistungen den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. verzögern, haben sie dadurch keinen finanziellen Vorteil. In der Schweiz existierte diese Trennung der Versicherungsformen nicht; hier stellte eher die Verschiebung von finanziellen Belastungen an die Privathaushalte ein Problem dar.

In beiden Ländern wurde Wettbewerb sowohl zwischen den Krankenversicherungen als auch zwischen den Leistungserbringern politisch gefördert. Wettbewerb zwischen Krankenkassen lässt Anreize zur Risikoselektion entstehen. Darum haben Länder mit einem wettbewerberlichen Krankenkassensystem (Deutschland, Niederlande, Schweiz) einen Risikostrukturausgleich (RSA) in der einen oder anderen Form eingeführt. Im deutschen RSA-System sind die Anreize zur Risikoselektion wegen seines direkten Morbiditätsbezugs schwächer sind als in der Schweiz, wo der RSA nur auf den Faktoren Alter und Geschlecht beruht. Dennoch ließen sich auch in Deutschland weiterhin Marketingaktivitäten der Krankenkassen beobachten, die auf die Gewinnung gesünderer und finanzstärkerer Versicherten abzielten, z.B. Vergünstigungen im Wellnessbereich (Bode, 2009: 322f.) Generell ließ sich feststellen, dass Wettbewerbsmodelle nicht unmittelbar dazu führen, dass gesetzliche Krankenkassen stärker auf die Bedarfe multimorbider älterer Menschen eingehen. Gleichwohl waren Tendenzen zu beobachten, dass auch komplexe Bedarfslagen in Einzelfällen mit Hilfe neuer Versorgungsformen aufgegriffen werden. Allerdings waren diese Initiativen von Flächendeckung und umfassender Bedarfsgerechtigkeit noch weit entfernt.

Tabelle 8: Unterschiede in Bezug auf Systemunterschiede und Steuerungsanreize zwischen der Schweiz und Deutschland

Steuerungsanreize	Schweiz	Deutschland
Pflegeversicherung – Krankenversicherung	Krankenversicherung deckt den Akutspitalaufenthalt, während der Aufenthalt im Pflegeheim mit hohen Eigenanteilen belegt ist.	Kein finanzieller Anreiz für die Krankenkasse, Pflegebedürftigkeit durch Prävention/Reha zu vermeiden, da Einsparung der Pflegeversicherung zugutekommt.
Behandlung im Krankenhaus	Anreize für Krankenkassen, die Behandlung ins Spital zu verlegen, da die Kantone auch bei den Betriebskosten mitfinanzieren Im Gegenzug: Kantone als Spitaleigner an schneller Entlassung interessiert (verstärkt durch geringe Bettendichte)	Für die Krankenkassen ist die ambulante Behandlung attraktiver
Förderung des Managements von bestimmten Erkrankungen	-	Ab 2009 werden für die Krankenkassen die 80 Erkrankungen finanziell attraktiv, für die sie aus dem Gesundheitsfonds Ausgleichszahlungen erhalten
Rolle der Krankenkassen	Überwiegend Payer-Funktion der Krankenkassen, oder Eignerfunktion von HMOs	Netzwerk-governance, Player und Payer Funktion, Zunehmende Rolle auch in der Gestaltung der Versorgung
Wettbewerb zwischen Krankenkassen	Auf kantonaler Ebene durch kantonale Tarifverträge, aber auch schweizweit	bundesweit
Risikostrukturausgleich	Alter und Geschlecht, Spital- oder Pflegeheimaufenthalt von mehr als 3 Tagen im Vorjahr	Alter, Geschlecht sowie 80 ausgabenintensive Erkrankungen
Wettbewerb zwischen Leistungserbringern	Geringer (etwa kein Wettbewerb unter ambulanten Pflegediensten)	höher
Regulierung der ärztlichen Tätigkeit	Geringere Regulierung, höhere professionelle Autonomie	Höhere Regulierung, geringere Autonomie

Tabelle 9: Vergleichende Indikatoren: Gesundheitsausgaben, Krankenhausbetten und Verweildauern

	Deutschland		Schweiz	
	2000	2005	2000	2005
Gesundheitsausgaben, Anteil am BIP	10,3	10,7	10,3	11,4
Gesundheitsausgaben Anteil pro Kopf (US Dollar Kaufkraftparitäten)	2671	3251	3256	4069
Krankenhausbetten in der Akutversorgung Zahl je 1000 Einwohner	6,8	6,4	4,1	3,6
Verhältnis Beschäftigte/Betten Pflegerkräfte für die Akutversorgung/Personal pro Bett	0,74	0,74	1,12	1,31
Inanspruchnahme der stationären Versorgung/ Belegungsrate in der Akutversorgung (% der verfügbaren Bettenzahl)	81,9	74,9	84,8	86,1
Durchschnittl. Verweildauer: stationäre Versorgung Tage	11,4	10,2	12,8	11,7
Durchschnittl. Verweildauer: akute Versorgung Tage	9,7	8,7	9,3	8,5

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008

Tabelle 10: Vergleichende Indikatoren: Langzeitpflege

	Deutschland		Schweiz	
	2000	2005	2000	2005
Betten für die Langzeitpflege (LZP) in Pflegeheimen, Zahl je 1.000 Einwohner	n/a (1999:7,9)	9,2	11,3	11,3
Bevölkerung über 65 Jahre. Gesamt, in Mio. (anteilig Gesamtbevölkerung in %)	14,16	15,86 (19,2%)	1,14	1,18 (15,9%)
LZP-Empfänger in Pflegeheimen. Insgesamt, ab 65 Jahre	504631	585347	74562	77290
Institutionalisierungsrate (Anteil der Menschen über 65 Jahren in Heimen)	-	3,7%	-	6,5%
Betten für die Langzeitpflege (LZP) in Pflegeheimen, je 1.000 Einwohner ab 65 Jahre	n/a (1999:46,7)	47,8	71,5	71,1
Gesamtausgaben für stationäre Langzeitpflege/ Kopf, US-\$ Kaufkraftparität	186	254	568	738
Private Ausgaben für stationäre Langzeitpflege/ Kopf, US-\$ Wechselkurs	49	77	382	476
Private Ausgaben für stationäre Langzeitpflege in % der Gesamtgesundheitsausgaben (GGA)	1,8%GGA	2,4%GGA	11,7%GGA	11,7%GGA
Öffentliche Ausgaben für stationäre Langzeitpflege/Kopf, US-\$ Kaufkraftparität	137	167	186	262

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008

Tabelle 11: Vergleichende Indikatoren: Ausgaben nach Trägern in % der Gesamtgesundheitsausgaben

	Deutschland		Schweiz	
	1995	2005	1995	2005
Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherung	14,4	9,6	16,1	16,9
Sozialversicherung	67,3	67,4	37,6	42,7
Selbstzahlungen (Privathaushalte)	9,7	13,0	33,0	30,6
Privatversicherung	7,7	9,2	12,2	8,9
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	0,4	0,4	1,0	0,9
% der Gesamtgesundheitsausgaben	99,5	99,6	99,9	97,0

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008

6 Mikro-Analyse: lokale Integrationsversuche in Deutschland und der Schweiz

Im folgenden Kapitel werden die acht lokalen Fallstudien vorgestellt und analysiert. Tabelle 12 gibt einen Überblick über zentrale Charakteristika der ausgewählten lokalen Konfigurationen.

Die Fallstudien beschreiben die Fälle im Untersuchungszeitraum (2007-2009). Nach 2009 konnten keine Aktualisierungen oder Anschlussuntersuchungen mehr durchgeführt werden. Darum wurde für die Darstellung konsequent die Vergangenheitsform gewählt – was nicht bedeutet, dass sich vor Ort seitdem alles wieder verändert hat. Nur haben wir es nicht nachverfolgen können.

In den Unterkapiteln zu den einzelnen Fallstudien werden jeweils die regionalen Kontexte der untersuchten Innovationen skizziert. Anschließend folgt ein Überblick über die lokalen Versorgungsstrukturen und ihre Defizite im Hinblick auf die Versorgungsbedarfe multimorbider Älterer. Im Anschluss daran werden jeweils die lokale(n) Innovation(en) und die damit verbundenen Interessen beteiligter und nicht-beteiligter Akteure genauer charakterisiert. Abschließend werden die untersuchten Innovationen hinsichtlich ihrer Versorgungsauswirkungen bewertet und wird der jeweilige Fall zusammenfassend hinsichtlich der lokalen und übergeordneten Chancen und Barrieren analysiert.⁸²

Folgende Themenbereiche wurden untersucht:

- Die Bedeutung von Wettbewerb im jeweiligen Fall
- Der Einfluss von bedeutendem individuellen/persönlichen Engagement („P-Faktor“)
- Zusammenhänge zwischen nationalen Reformen und lokalen Entwicklungen („Entmischungsthese“: in lokalen Prozesse wird wenig Gebrauch von neuen Vertragsoptionen gemacht)
- Aushandlungsprozesse zwischen ‚alten‘ und ‚neuen‘ Versorgungskulturen
- Zielgruppenbezüge der innovativen Projekte

⁸² Zur Fragen der Vertraulichkeit und Konsequenzen für sprachliche Regelungen bei den Fallbeschreibungen siehe Anhang: ‚Ethische Fragen‘

Tabelle 12: Profile der Fallstudien im Überblick⁸³

Deutschland	Initiative Gesundheit D-Süddorf	Geriatriverbund D-Ostdorf	Palliativnetzwerk D-Weststadt	Stadtteilnetzwerk D-Nordstadtquartier
Thema der Innovation	Populationsbezogener IV Vertrag nach § 140a ff.	Geriatrisches Netzwerk	Eher informelles Palliativnetzwerk mit daran anknüpfenden neuen Versorgungsformen	Netzwerk der lokalen Altenversorgungsträger mit Beratungsstelle für ältere Pflegebedürftige und Angehörige
Einzugsbereich	30.000 Versicherte einer gesetzl. Krankenkasse (60.000 Einw. i.d. Region)	Ca. 20.000 Einwohner	Großstadt mit 500.000 Einwohnern	Kommunaler Planungsraum mit ca. 20.000 Einwohnern
Regionale Spezifika	Ländliche Region, Talschaft, eher wohlhabend, geringe Arbeitslosigkeit	Ländliche Region, hohe Arbeitslosigkeit, Nähe zur Großstadt, hoher Anteil Älterer	Großstadt mit überdurchschnittlich hoher Arbeitslosigkeit. Interviews im ärmeren Teil der Stadt	Innerstädtischer Bezirk, sozialstrukturell gemischt, hoher Anteil Älterer
Regulationsinstrumente	Vertragsabschluss: Versicherer, Ärztenetz, Managementfirma, ‚Einspar-Contracting‘ Selektive Verträge mit lokalen Einrichtungen, Kosten-Nutzen-Rechnungen der beteiligten Ärzte	Zertifizierung der Netzwerkteilnehmer durch Vorstand des lokalen Geriatriverbundes	Pflege- und Gesundheitskonferenz auf städtischer Ebene	Qualitätsmerkmal Netzwerkpartner, sonst kein systematisches QM, kaum formale Regulierung möglich
Koordinationsmechanismen	Qualitätszirkel, Entwicklung von Standards/Leitlinien, Vernetzungstreffen zur Programmplanung, ärztlicher Beirat berät Managementfirma	Entwicklung von Standards, Qualitätszirkel, regelmäßige Treffen des Geriatriverbundes	Entwicklung von Standards, Fort- und Weiterbildung, Hospital Support Teams, Überleitungsbögen	Vierteljährliche Netzwerktreffen, inhaltliche Arbeit in AGs (u.a. Fallbesprechungen), Vermittlungsfunktion der Beratungsstelle: bevorzugt Netzwerkpartner
Einbezug Berufsgruppen/Org.	Mitglieder eines lokalen Ärztenetzes (amb/stat), einzelne Psychologen und Physiotherapeuten	Offen für alle Berufsgruppen, Leistungserbringer, die an der geriatrischen Versorgung beteiligt sind		Träger lokaler Altenhilfe, v.a. Pflege und Sozialarbeit (amb und stat)
Nicht einbezogen	Pflege und Sozialarbeit, Parallelstrukturen (Beratungsstelle Alter, Arbeitsgemeinschaft & Trägerkonferenz Pflege)	(niedergelassene) Fachärzte		Ärzteschaft (KH und amb.), insbesondere Hausärzte, Seelsorge, Wohnungsbaugesellschaften

⁸³ Für einen Überblick über die Analyse der Fallstudien vgl. Tabelle 14: Analyse der Fallstudien im Überblick

Schweiz	Blaudorf Stiftung, Blaubergdorf	Spitalregion CH-Gründorf	Runder Tisch Geriatrie CH-Rotstadt	Geriatrische Behandlungskette CH-Gelbstadt
Thema der Innovation	Gemeinsame Trägerschaft von Spital, Heimen und ambulanter Pflege (Spitex)	Postakutpflege Spitalexterne Palliativpflege Coach	Runder Tisch aller städtischen Einrichtungen, geriatrisches Schwerpunktkrankenhaus	Konzept der geriatrischen Behandlungskette
Einzugsbereich	26.000 Einwohner einer kantonalen Spitalregion	Ca. 170.000 Einwohner	Rund ums Rosenspital, unscharf	Großstadt
Regionale Spezifika	Ländlich, Talschaft	Eher ländlich	Städtisch	Städtisch
Regulationsinstrumente	Einsparvorgaben des kommunalen Trägers, wirtschaftliche Abhängigkeit der Betriebe	Kantonale Vorgaben Vom Krankenhaus indirekt gesteuerter Versorgungspfad	Stadt als Träger der Einrichtungen nimmt Einfluss über Finanzierung	Kanton ist Träger der zentralen geriatrischen Einrichtung. Gesundheitsdepartement muss Pflegeheimübertritt zustimmen
Koordinationsmechanismen	Qualitätszirkel, AGs, Palliative Care Projekt als „Übung“ für Case Management, OE Maßnahmen, Entlassungsmanagement-Stelle im Spital	Coaches verbessern Koordination mit nachgelagerten Leistungserbringern Keine Koordinationsmechanismen auf regionaler Ebene	Runder Tisch im Rosenspital: Fallbesprechungen auch mit externen Kooperationspartnern, Runder Tisch aus amb + stat Pflege am Spital	Kantonale Senioren- und Alterspflegepolitik, Fallbesprechungen im geriatrischen Kompetenzzentrum des Sonnenspitals
Einbezug versch. Berufsgruppen/Organisationen	Alle Berufsgruppen in Krankenhaus, Heimen und ambulanten Pflegediensten	Steuerungshoheit des KH Praktisch keine einrichtungsübergreifende Koordination	Alten- + Pflegeheime, Stiftung für Alterswohnen, städtische Spitäler, Spitex, Wohnungsvermittlung	Verwaltung (Gesundheitsdepartement), Unispital, Geriatrische Fachklinik und stationäre Einrichtungen
Nicht einbezogen	Hausärzte, Seelsorge, Teile zivilgesellschaftlichen Engagements, pro senectute, Hospizgruppe, Alzheimer Selbsthilfe (teilw. lose Kopplung über Palliativprojekt)		Hausärzte, psychiatrische Einrichtungen (kantonal getragen), Universitätsspital (kantonal getragen)	Hausärzte, Spitex

6.1 Deutschland

6.1.1 D-Süddorf: Ein Netzwerk für Patient/-innen mit Potential

Einführung

Gegenstand diese Fallstudie war die „Initiative Gesundheit D-Süddorf GmbH“ (IGS)*, in der ein lokales Ärztenetz mit einer externen überregionalen Unternehmensberatung kooperierte. Die IGS war seit 2005 im Rahmen eines populationsbezogenen⁸⁴ Vertrags zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V mit einer Krankenkasse an der Gesundheitsversorgung der ländlichen Region D-Süddorf* beteiligt. Einbezogen waren die ca. 30.000 Versicherten einer regionalen Krankenkasse, die vor Ort mit ca. 60% den größten Marktanteil hatte und dort besonders regional orientiert agierte. Fokus der Fallstudie waren die Auswirkungen dieser altersübergreifenden Innovation auf die lokale Versorgung multimorbider älterer Menschen.

Die eher wohlhabende Gegend der Fallstudie war gekennzeichnet durch eine ländliche Infrastruktur, geringe Arbeitslosigkeit und vergleichsweise geringe soziale Ungleichheit. Charakteristisch war eine hohe Identifikation der Bevölkerung mit der Region und den lokalen Versorgungsstrukturen.⁸⁵ Die Zahl an Akteuren im Gesundheitswesen schien übersichtlich. Es gab in der Region viele stabile informelle Kooperationen („Man kennt sich“). Auch wenn sich Einzugsgebiete nicht immer deckten, waren durch die geographische Lage Aufteilungen relativ klar und transparent. Für die Krankenversorgung ergaben sich weite Anfahrtswege. Im zentralen Ort der Region D-Süddorf war die Geschäftsstelle der Projektinitiative angesiedelt.

Skizze lokaler Versorgungsstrukturen

Die Versorgung älterer Menschen wurde vorwiegend durch Generalisten geleistet (Hausärzte, Heime, Pflegedienste, Krankenhäuser). Die beiden regionalen Krankenhäuser gehörten zu einem größeren Klinikverbund im Landkreis und differenzieren sich derzeit mit spezialisierten Angeboten aus (z.B. elektive Operationen). Geriatriische Abteilungen gab es weder in diesen Häusern noch im kirchlich getragenen Krankenhaus der angrenzenden Kreisstadt. Zwei Rehabilitations-Kliniken versorgten den gesamten Landkreis. Hausärzte hatten eine Schlüsselrolle in der Koordination der Versorgung inne, oft mit einem traditionellen landärztlichen Selbstverständnis. Pflege und soziale Dienste wurden überwiegend durch große kirchliche Wohlfahrtsverbände geleistet, die territoriale Absprachen miteinander getroffen hatten, bei zunehmender Konkurrenz durch private Anbieter. Die Situation der ambulanten Pflege war durch hohe personelle Fluktuation gekennzeichnet. Auf den Leitungsebenen arbeitete das Personal jedoch mit oft langjähriger Kontinuität und in enger Verflechtung mit der kommunalen Politik und Verwaltung.

Demenzpatient/-innen wurden nicht in speziellen Einrichtungen, sondern meist in den vorhandenen (teil-)stationären Angeboten mit betreut. Außerdem betrieb ein großes Kreispflegeheim eine geschlossene gerontopsychiatrische Station. Anpassungsbedarf an die wachsende Gruppe von Demenzpatient/-innen wurde auf allen Ebenen gesehen. Demenzstationen in den Heimen waren in Planung; Personalfortbildungen fanden statt; außerdem bot die in einem Trägerverbund neu gegründete Demenz-Beratungsstelle Fortbildungen für Angehörige und (kostenpflichtige) Besuchsdienste an.

⁸⁴ Gemeint ist hier die Versichertenpopulation der beteiligten Krankenkasse, nicht die Gesamtbevölkerung der Region.

⁸⁵ Bspw. hatte ursprünglich jeder Ort ein eigenes Krankenhaus. Die Sozialstation im zentralen Ort der Region erhält jährlich relevante Spenden durch den Erlös des Weihnachtsmarktes.

Für palliativgeriatrische Patient/-innen gab es ein stationäres Hospiz und eine ehrenamtliche ambulante Hospizgruppe. Die Heime und Krankenhäuser hatten keine Palliativ-Abteilungen bzw. waren eher auf onkologische Patient/-innen ausgerichtet. Der ambulanten Schmerztherapie wurde hohe Qualität bescheinigt.

Eine wichtige Instanz zur Vermittlung von pflegerischen und sozialen Diensten (Vermittlung von Heimplätzen, Abwägung ambulante/stationäre Betreuung, Hilfe bei Antragstellungen) war die im zentralen Ort der Region angesiedelte „Beratungsstelle Alter“. Sie wurde 1995 im Rahmen eines flächendeckenden Modells des Bundeslandes gegründet. Bis auf zwei private Pflegedienste finanzierten alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen der Kommunen in der gesamten Region D-Süddorf die Beratungsstelle mit. Zusätzliche Finanzierungsanteile trugen Land und Kommunen des Landkreises.

Vor dem Hintergrund des Beratungsstellen-Modells in D-Süddorf waren weitere trägerübergreifende Vernetzungsstrukturen in der Pflege entstanden.⁸⁶ So bestand das Netzwerk Pflege und Versorgung D-Süddorf aus mehreren Gremien auf verschiedenen Ebenen:

- In der Arbeitsgemeinschaft waren Träger der Alten- und Behindertenhilfe, der Kassen, der Kommunen und der Wohlfahrtsverbände beteiligt. Gearbeitet wurde zu eher übergeordneten, auch politischen Themen.
- Die Trägerkonferenz diente der konkreteren Vernetzung, sowie Planung von und Information über neue Angebote. Hier waren nur die Träger der Alten- und Behindertenhilfe beteiligt, die auch die Beratungsstelle Alter finanzierten.
- In der Pflegekonferenz schließlich trafen sich Praktiker und Pflegedienstleitungen der örtlichen Alten- und Behindertenhilfe zu Erfahrungsaustausch und Planung.

Alle regionalen Träger im Bereich der Altenhilfe – bis auf einen privaten Pflegedienst – waren Mitglieder im Netzwerk, auch aus Angst, sonst nicht dazu zu gehören.

Zentraler Erfolgsfaktor für die Innovation IGS war das seit über 10 Jahren bestehende lokale „Ärztetz Süddorf“ (ÄNS*), in dem sich zum Untersuchungszeitpunkt 30% der niedergelassenen Haus- und Fachärzte der Region sowie Psychotherapeuten und Krankenhausärzte zusammengeschlossen hatten. Hintergrund für die Gründung des ÄNS war eine Mischung aus fachlichen und wirtschaftlichen Interessen. Gegenstand der Arbeit waren die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards, fachlicher Austausch und eine Stärkung der ärztlichen Position gegenüber Krankenkassen und Industrie.

***Hausarzt, Mitglied Ärztenetz:** Ein Ziel war –, dass wir a) unsere Arbeitsbedingungen hier im kleinen Rahmen zumindest selbst mitbestimmen wollten, b) wir wollten uns in keinerlei Abhängigkeit begeben – weder von der Pharmaindustrie noch von irgendwelchen Krankenkassen. Und das ist es –, ist uns eigentlich auch gelungen. Und c) wir wollten eigentlich das Wissen, was der Einzelne sich angeeignet hat, an andere weitergeben, und damit eigentlich auch den Konkurrenzgedanken, der unter Medizinern immer noch stark verbreitet ist, den etwas auflockern zumindest.*

Defizite in der Versorgung älterer Menschen

Geriatrische Strukturen waren in D-Süddorf im Bereich der Pflege stärker ausgebaut als in der medizinischen Versorgung, wo es kaum Spezialisierungen für multimorbide pflegebedürftige Ältere gab. Am ehesten von Unter- und Fehlversorgung bedroht schienen pflegebedürftige Patient/-innen mit eingeschränkter Mobilität, für die ähnliche Probleme berichtet wurden wie in anderen Regionen:

⁸⁶ Für diese Strukturen wurden ähnliche Interessenlagen, Probleme und Limitationen beschrieben wie im Fall des Stadteilnetzwerks D-Nordstadtquartier: Die Vernetzungsaktivitäten wurden beschränkt durch die Konkurrenz der einzelnen Einrichtungen untereinander (Heime mit schwankender Auslastung), durch viele Parallelpfade und bevorzugt trägerinterne Kooperationen. Die Vernetzungsinstanzen wurden oft vorwiegend zur Marktanalyse genutzt.

- zu wenig ärztliche Haus- und Heimbefuche mit der Folge unnötiger Krankenhaus-einweisungen,
- soziale Isolation durch Zeitmangel in der Pflege und unzureichende psychosoziale Hilfen,
- zu niedrige Pflegestufen und Tagessätze,
- kein bedarfsdeckender Ausbau oder mangelnder Bekanntheitsgrad pflegerischer Übergangs- und teilstationärer Einrichtungen
- Personalknappheit im Krankenhaus.

Armut wurde als Risikofaktor für Unter- oder Fehlversorgung anhand folgender Beispiele deutlich:

- Frühere Heimeinweisung; durch private Finanzierung ambulanter Pflege konnten Heimaufenthalte hinausgezögert werden.
- Angebote für Demenzpatient/-innen und zur Entlastung der Angehörigen waren meist kostenpflichtig. Viele Besucher der Tagespflege kamen deshalb nur an wenigen Tagen pro Woche.
- Geringere Mobilität wurde vor allem für Ältere mit geringen finanziellen Mitteln zum Problem, weil Fahrdienste Zuzahlungen forderten.

Außerdem existierten Qualifikationsmängel bei Pflegekräften und Ärzten in der Demenzversorgung, trotz Fortbildungsaktivitäten sowie Leitlinien- und Konzept-Entwicklungen. Auch gab es keine regionalen Absprachen für ‚Demenz-Pfade‘.

***Sozialarbeiterin:** Da gibt es so selbsternannte Hausärzte, die dann meinen, sie können sich-, kennen sich da aus. Es gibt Hausärzte, die machen wirklich auch ein einigermaßen gutes Assessment und auch verschiedene Sachen mit den Leuten, also, vorprüfen Demenz und so. Es gibt Hausärzte, die blicken überhaupt nichts im Demenzbereich. Und es gibt ganz wenige Hausärzte, die zum Beispiel die Leute überweisen in einen geriatrischen Schwerpunkt. Nach X (Kreisstadt) zum Beispiel. Oder nach Y, das ist gerade um die Ecke.*

In dieser Region – wie in einigen anderen – wurde über eine Verschiebeproblematik zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung berichtet. Dementiell Erkrankte wurden schneller entlassen und erhielten weniger Leistungen auf den Akut-Stationen, da diese nicht auf diese Patientengruppe eingerichtet waren. Für palliativ-geriatrische Patient/-innen gab es keine spezialisierten Abteilungen.

Neben den beschriebenen Lücken im Angebotsspektrum wurden Koordinationsprobleme deutlich. Patient/-innen und Angehörige erhielten oft keine systematische Beratung über vorhandene Optionen. Die Versorgungslandschaft war für Betroffene intransparent. Deshalb wurde bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu oft ins Heim eingewiesen.

***Mitarbeiterin Pflegeheim:** Und die Angehörigen stehen halt dann unter dem Druck, dass die ja nicht wissen, was sie machen. Das heißt, der Sozialdienst Krankenhaus regelt heute das Ganze. Nicht mehr der Angehörige. Der Angehörige wird erst informiert, wenn schon alles geregelt ist. ‚Wir haben für sie ein Pflegeheim gesucht. Da und da kommt die Mutter hin.‘ Und dann sind manche Angehörige natürlich total überfordert, lassen das Ganze auch laufen. Angehörige-, andere Angehörige sagen: ‚Nee, nee. Langsam. Ist unsere Mutter. Die kommt nicht dorthin, die kommt da hin, wo wir wollen.‘ Und dann haben sie das Problem, dass wir keinen Platz haben, und dann müssen sie die andere Schiene in Anspruch nehmen, ob sie wollen oder nicht.*

Auch Hausärzte waren nicht immer über Pflege-Optionen informiert und überwiesen deshalb zu wenig.

***Leitung teilstationäres Angebot:** ... hatten wir auch mal die Hausärzte eingeladen, einfach zur Information, neues Angebot. Ist ja wichtig, dass sie ihre Patient/-innen auch beraten können. Und da kommt keiner.*

Ein weiterer potentieller Störfaktor für eine patientenorientierte Versorgung wurde in zunehmenden Tendenzen zu vertikaler Integration gesehen. Die größeren Verbände mit einem breiten Angebot an Diensten tendierten dazu, Patient/-innen unabhängig von deren Bedarfen innerhalb der eigenen Strukturen zu vermitteln.

Sozialarbeiterin: *Und wenn ich es als Betroffener jetzt aus dem Blickwinkel sehe, dann versucht jeder Dienst mit seinen Mitteln das abzudecken, was geht. Und zwar ganz automatisch. Wenn ich jetzt zum Beispiel-, als Beispiel: Ich habe jetzt 10 Zivildienstleistende, und zwei davon haben keine Arbeit. Und es geht darum, die Frau Meyer zu betreuen. Dann werde ich gucken, dass meine Zivis beschäftigt sind, obwohl ich vielleicht – oder wahrscheinlich sehe ich das gar nicht, weil das in meinem Angebot drin ist – vielleicht sagen würde, die Tagespflege wäre eigentlich für die gute Frau besser, dass sie mal unter Leute kommt, und auch von den Kosten vielleicht, oder wie auch immer. Aber es ist nicht mein Angebot. Also blende ich das aus.*

Und andersherum genauso. Wenn ich die Tagespflege habe und keine Zivildienstleistenden zum Beispiel oder keine Ehrenamtlichen, was auch immer – ich gucke doch immer auf-, ich denke immer in meiner Angebotsschiene. Das ist nicht mal böse gemeint.

Auch die Reha-Kliniken, die sowohl Kurzzeit- als auch Dauerpflege anbieten, leiteten Patient/-innen bevorzugt trägerintern weiter:

Mitarbeiterin Pflegeheim: *Die, wo Reha brauchen, werden in zwei Reha-Kliniken verlegt. (...). Fertig. Dort wird zwischengelagert, und von dort aus wird dann weiter verteilt. (die Rehaklinik) X läuft ganz einfach. Denen ihre Reha-Einrichtung belegen dann ihre Kurzzeitpflege, danach ihre Dauerpflege.*

Schließlich fanden inhaltliche Arbeitskreise, Fallbesprechungen und Qualitätszirkel vor allem trägerintern statt.

Dementsprechend hatte die Beratungsstelle Alter nur eine eingeschränkte Weichenfunktion. Viele Pfade liefen an ihr vorbei oder sie wurde erst eingeschaltet, wenn trägerinterne Kooperationen an ihre Grenzen gerieten. Versorgungsentscheidungen wurden außerdem durch Bewilligungsinstanzen und Kostenträger beeinflusst, die Verzögerungen verursachten, indem sie die Beratungsstelle Alter nicht als Beratungsinstanz anerkannten, Bedarfe doppelt prüften oder versuchten, Leistungen vorzuenthalten (insbesondere Beratungsstelle und Heimleitungen berichten von der Routine, in Anwaltschaft für pflegebedürftige Patient/-innen Leistungsbewilligungen erkämpfen zu müssen).

Zentraler Blockadefaktor einer patientenorientierteren Vernetzung war die Konkurrenz der Träger und Einrichtungen untereinander, die bei schwankender Auslastung unter hohem unternehmerischem Druck arbeiteten.

In der ambulanten Pflege bedrohte wettbewerbsverzerrende Risikoselektion die flächendeckende Versorgung: Während die großen Wohlfahrtsverbände auch weite Fahrtwege in Kauf nahmen, um Patient/-innen in abgelegenen Orten zu versorgen, übernahmen private Dienste bevorzugt Patient/-innen mit zentralerer Wohnlage und konnten so Leistungen auch preisgünstiger erbringen. Eine flächendeckende, gleichbleibende Versorgungsqualität wurde durch Subventionen von Kirchengemeinden und Kommunen gesichert: Bei einem freien Markt gäbe es Versorgungsengpässe.

Geschäftsführung Wohlfahrtsverband: *Und natürlich muss man sagen, unsere Mischkalkulation verändert sich auch, wenn wir natürlich die, die lukrativen Leute, die im Ort unten wohnen, nicht mehr haben. Also, denen-, die haben ja früher zu einer Mischkalkulation beigetragen. Also, wenn jetzt die privaten Pflegedienste und die anderen, ich sage mal, wenn die uns 30 Prozent von denen, die an der Hauptstraße wohnen, um es einfach zu sagen, wegnehmen, dann fehlt uns das natürlich, und wir haben die eher teureren Leute. Aber gut, dazu stehen wir, und es ist auch im Moment noch soweit möglich.*

Charakteristika und Ziele der Innovation

Seit 2005 bestand zwischen einer regional organisierten Krankenkasse und der „Initiative Gesundheit D-Süddorf GmbH“ (IGS) ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff., der die medizinische Versorgung für 30.000 Versicherte „über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung“ vorsieht. Vertragspartner waren für die IGS von Anfang an die Ärzte des ÄNS, dazu gekommen waren einige Psychotherapeuten und Physiotherapeuten.

Zentraler ökonomischer Mechanismus des Projekts war das sogenannte „Einspar-Contracting“. Nach Ablauf einer Anschubphase werde die Managementfirma nur noch über das Erzielen eines „Einsparungsdeltas“ gegenüber den zu erwarteten Kosten der Regelversorgung für diese Population vergütet. Diese Vertragslogik bedeutete, dass die IGS daran interessiert war, über effizientere Abläufe (Vermeidung von Doppeldiagnostik etc.) Kosten einzusparen und diejenigen Patientengruppen innovativ zu versorgen, bei denen die größten Potentiale zur Vermeidung teurerer Behandlungsabläufe bestanden. Auf dem Hintergrund waren die erklärten Ziele der IGS:

- die Vermeidung chronischer Erkrankungen durch primär- und sekundärpräventive Maßnahmen bei Patient/-innen mit Risikofaktoren, sowie
- die bessere Zusammenarbeit der Arztgruppen (Hausarzt – Gebietsärzte, amb.-stat.) untereinander und mit dem Kostenträger.

Um die Krankheitslast in der Region gezielt zu senken, sollten sich in erster Linie diejenigen Personen bei IGS einschreiben, die einen Großteil vermeidbarer Gesundheitskosten verursachten. Das waren etwa 25% der Bevölkerung. Mit dieser Zielgruppe sollte aktiv gearbeitet werden. Eingeschriebene Patient/-innen wählten einen ‚Vertrauensarzt‘, der Screenings durchführte, mit den Patient/-innen Ziele vereinbarte und Behandlungsverläufe koordinierte. Hauptbestandteil der Arbeit von IGS war die Entwicklung verhaltenspräventiver Programme, die an der Verringerung häufiger Risikofaktoren/chronischen Krankheiten (Übergewicht, Herzinsuffizienz, Rauchen) orientiert waren. Diese Programme wurden passend zu existierenden DMPs konzipiert. Bei wiederholt vertragswidrigem Verhalten⁸⁷ behielt sich die IGS für eingeschriebene Patient/-innen die Möglichkeit einer Kündigung vor.

Für die Vernetzung der Ärzte stellte sich die IGS als logistische Infrastruktur zur Verfügung. Die Geschäftsstelle koordinierte die Programmentwicklung, Netzwerkarbeit etc.; auch die Bereitstellung von IT in den Praxen wurde als wichtiger Faktor für einen besseren Informationsfluss angesehen. Zur Steuerung der ärztlichen Leistungen hatte die IGS die Möglichkeit zusätzlicher Vergütungen, z. B. für Check Ups, Zielvereinbarungen mit Patient/-innen, aber auch Netzwerkarbeit und Projektgruppensitzungen. Auch wurden Versorgungsschwerpunkte und -profile von niedergelassenen Ärzten vertraglich vereinbart. Von den kooperierenden Ärzten des ÄNS wird eine Anpassung ihres professionellen Selbstverständnisses erwartet: Zur Rechtfertigung neuer Programme und Praxis-Schwerpunkte müssen diese Kosten-Nutzen-Argumente entwickeln. Einsparmöglichkeiten sah die IGS dabei innerhalb bestehender Strukturen; so sollten z.B. zusätzliche Vergütungen für Hausbesuche unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden. Dem sollten auch Strukturänderungen bspw. in der Gestaltung des Notarztsystems dienen.

Interessenlagen bezüglich der Innovation

Die IGS wurde in Zusammenarbeit des bereits bestehenden Ärztenetzes ÄNS mit einer externen Unternehmensberatung initiiert. Für das ÄNS bedeutete diese Kooperation die Chance, seine Ressourcen über eine zusätzliche Infrastruktur zu professionalisieren. Im Vorfeld hatte eine fehlende Organisationsstruktur zu Überlegungen geführt, das Netz zu schließen oder sich einem überregionalen Ärzteverband anzuschließen. Die erfolgreiche Umsetzung des Projektes versprach außerdem für die teilnehmenden Ärzte langfristig finanzielle Gewinne.

⁸⁷ Beispielsweise durch Nicht-Teilnahme an Programmen.

Für die externe Unternehmensberatung war das bestehende, lokal verankerte und mit profundem informellem Wissen und Kontakten ausgestattete Netzwerk ÄNS ein wichtiger Erfolgsfaktor, um Erfahrungen für die Beratung auch in anderen Regionen zu sammeln. Dem experimentellen Charakter des Projekts wurde mit wissenschaftlicher Begleitforschung Rechnung getragen. Das Modell wurde gleichzeitig geschickt überregional bekannt gemacht und vermarktet.

Die beteiligte gesetzliche Krankenkasse konnte sich ebenso mit dem Projekt gegenüber anderen Kassen profilieren. Zwar kann die Weitergabe eines populationsbezogenen Budgets an die IGS als ‚Kontrollverlust‘ gelesen werden. Dieser wurde jedoch dadurch kompensiert, dass die engere Kooperation mit der Ärzteschaft dem Kostenträger einen größeren Einblick in das Versorgungsgeschehen gewährte.

In der Bevölkerung wurde die IGS heterogen bewertet. Der Ansatz einer stärker präventiven Orientierung im Gesundheitssystem wurde befürwortet. Vielfach blieben aber das Konzept, Einschreibungsmöglichkeiten und Nutzen noch unklar.

Pflegekraft: *Ich sehe ab und zu irgendwo ein Plakat. Dann gibt es manchmal irgendwelche Angebote, was weiß ich, Raucherentwöhnung oder irgendwelche Aktionen. Die registriere ich. Mehr nicht eigentlich. Also, ich als Privatperson jetzt.*

Ehrenamtlicher Mitarbeiter: *Die mussten dann praktisch Informationen geben über ihr Essverhalten, über ihr-, was sie in der Freizeit machen, was sie-, welchen Sport sie treiben, oder was sie-, was sie-, ja. Und-, aber jetzt, was letztlich, was dieses IGS-, weil, das sind ja Ärzte und sind ja Heilpraktiker und sind Physiotherapeuten und was nicht noch alles, Ernährungsberater sind dabei. Aber was das letztlich soll? Also, das habe ich ja nicht kapiert.*

Skepsis bestand hinsichtlich ökonomischer Interessen („die wollen doch nur Geld verdienen“) und einer Einschränkung der Wahlfreiheit, wie z. B. durch selektive Verträge mit einzelnen Apotheken.

Unter den Ärzten in der Region gab es seit der Gründung des ÄNS Befürworter und Gegner einer Netzwerk-Teilnahme. Folgende Argumente wurden von den Kritikern angeführt:

- Niedergelassene Ärzte seien nicht teamfähig. Sie wollten sich nicht vertraglich binden und hätten einen hohen Autonomiebedarf.
- Es gab den Vorwurf vorrangig wirtschaftlicher Interessen der teilnehmenden Ärzte.
- Eine Leitlinien- und EBM-orientierte Medizin wurde grundsätzlich abgelehnt.
- Ältere Ärzte wollten sich nicht mehr auf Veränderungen der Praxis-Abläufe einlassen.
- Es bestehe kein Integrationsbedarf. Hausärzte seien immer schon koordinierend tätig.

Es wurde berichtet, dass die Gründung eines ‚Gegennetzes‘ angedacht war. Andere Berufsgruppen (wie Physiotherapeuten etc.) begründeten ihre Zurückhaltung gegenüber der IGS mit den Konflikten zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ärzten: Sie seien auf Überweisungen beider Arztgruppen angewiesen.

Die umliegenden Krankenhäuser haben nach Einschätzung der IGS unterschiedlich auf die IGS reagiert. In der Region selbst wurden sinkende Krankenhauseinweisungen befürchtet. Das Krankenhaus in der nahe gelegenen Kreisstadt versprach sich hingegen eigene Profilierungsmöglichkeiten und kooperierte deshalb gerne.

Die IGS war als ärztezentriertes Netzwerk angelegt; dies war bedingt durch das bereits bestehende Netz ÄNS, aber auch durch das Vertragsformat nach SGB V, mit dem zum Gründungszeitpunkt vorrangig medizinische Leistungen in IV-Verträgen organisiert werden konnten.

Projektleitung IGS: *Weil wir das Ganze ja, man könnte sagen, so zwiebelartig aufgesetzt haben und als Kern dieser Zwiebel sehen wir halt erst einmal die Integration der Ärzte in sich. Dann in der zweiten Zwiebel praktisch die Integration der Krankenseite und dann wäre die Pflege praktisch für uns sozusagen die dritte Zwiebelschicht. Und die ist noch nicht*

etabliert. Wir sind auch noch in der zweiten Zwiebelschicht noch nicht richtig fertig, sondern da sind wir auch immer noch in der Anfangssituation.

Akteure aus Pflege und sozialen Diensten waren zum Untersuchungszeitpunkt nicht integriert. Die IGS hatte zwar initial mit vielen Einrichtungen Kontakt aufgenommen, eine konkrete Zusammenarbeit aber noch nicht angestrebt. Solche Einrichtungen fühlten sich entweder ausgeschlossen oder warteten zukünftige Entwicklungen

Insofern bezog sich die Innovation auf einen Teilbereich lokaler Defizite der Versorgung älterer Menschen. Die Qualifizierung der beteiligten Arztgruppen durch Angleichung und gemeinsame Entwicklung von Leitlinien bezog sich auch auf die Zielgruppe multimorbider älterer Menschen und zielte auf eine auch trägerübergreifende koordinierte Versorgung dieser Patient/-innen. In einem Qualitätszirkel Geriatrie wurden Überleitungsprobleme unter Einbeziehung ambulanter Pflegedienste bearbeitet. Geplant waren außerdem Maßnahmen für eine effizientere Versorgung dieser Gruppe, z.B. Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen durch die Einrichtung ärztlicher ‚Infusionszimmer‘, zusätzliche Vergütung von Haus- und Heimbisuchen.

Bewertung der Innovation: Auswirkungen auf die Versorgung

Die IGS kann als ein Beispiel für die erfolgreiche Verknüpfung vertragspolitischer Neuerungen mit einem lokalen Ärztenetz zur Umsetzung einer stärker koordinierten ärztlichen Versorgung und eines mehr präventiv orientierten Behandlungsansatzes gelten. Für eingeschriebene Patient/-innen wurden kürzere Wartezeiten erreicht, sowie eine bessere Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und die Aktivierung vieler Patient/-innen in Programme zur Verhaltensprävention.

Durch die gemeinsame Entwicklung von Leitlinien im ÄNS wurde eine trägerübergreifende Annäherung von Standards und Angleichung von Versorgungsqualität erreicht, verbunden mit einem routinierteren Informationsaustausch zwischen den beteiligten Arztgruppen. Inwieweit sich dadurch die Versorgung multimorbider älterer Menschen tatsächlich von der Regelversorgung unterschied, wird heterogen bewertet. Einerseits wurde auf einen seit Jahren stattfindenden Qualitätszirkel hingewiesen, in dem sowohl medizinische Inhalte (z.B. Demenzbehandlung), als auch interprofessionelle Versorgungsfragen (z.B. Überleitungsstandards) diskutiert wurden. Andererseits wurde über eine fehlende Umsetzung geklagt, bei fortgesetzten Konflikten zwischen Ärzteschaft und Pflege.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der regionalen Vertretung der beteiligten Krankenkasse war durch die gemeinsame Netzwerkarbeit intensiviert worden. Ein Effekt war die Einrichtung einer Case Management Stelle für ‚schwierige Patient/-innen‘ bei der Kasse, die unbürokratische Absprachen mit den Ärzten erleichtert :

Sprecher lokale Krankenkasse: *Aber das würde ich auch als Gewinn sehen. Dieses Gehen in den Schuhen des Anderen. Also, dass die Ärzte plötzlich mal wissen, warum funktioniert eine Kasse-, oder warum denkt der Mitarbeiter der Kasse so wie er denkt.*

Allerdings beteiligten sich aus Projektperspektive zu wenig Patient/innen. Der Nutzen der Mitgliedschaft bei der IGS war für viele Patient/-innen nicht klar: In den Praxen liess sich außerdem nur eine begrenzte Zahl von Einschreibungen realisieren:

Sprecher lokale Krankenkasse: *Also es ist für die Menschen schwer erfassbar, weil von Finanzströmen, von was weiß ich, haben die ja alle keine Ahnung. Weil das für keinen fassbar ist. Ich bleibe länger gesund oder was weiß ich, also die Idee, die dahinter steckt, das kapiert der Patient einfach nicht.*

Zum Untersuchungszeitpunkt gab es Überlegungen, entgegen ursprünglicher Konzepte doch kurzfristige Anreize zur Einschreibung zu setzen (z.B. ‚1 Euro bei Eintritt in den Sportverein‘).

Hochaltrige pflegebedürftige Patient/-innen waren nicht im Fokus der IGS. Über den Populationsbezug des Projekts wirkte sich zwar auch die Versorgung dieser Patientengruppen auf das Budget der IGS aus. Ein weiterer Ausbau geriatrischer Strukturen mit spezialisierten

Demenz- und Palliativversorgungseinheiten oder Entlastungsangeboten für Angehörige wurde jedoch nicht vorangetrieben.⁸⁸ Dies war aus der Vertragslogik der IGS heraus auch nicht sinnvoll, da viele dieser Dienste im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert werden und dementsprechend für das im Rahmen der GKV-Leistungen finanzierte Projekt keine Einsparungen bedeutet hätten.

Sprecher IGS: *Es ist eindeutig so, dass es schon die Multimorbiden sind, aber die in den Heimen eben schwer händelbar sind für einen ambulanten Hausarzt. Also-, aber es ist so, dass unsere Ärzte ganz am Anfang natürlich den Fokus hatten: Wir schreiben die ein, die es am nötigsten brauchen. Wir von der IGS natürlich auch gesagt haben, wo wir am ehesten einen Gesundheitsnutzen, auch einen ökonomischen Nutzen sehen.*

Durch den fehlenden Einbezug des Pflegesektors existierten weiterhin Parallelstrukturen (Beratungsstelle Alter, Trägerverbund), die nicht Bestandteil der integrierten Versorgung von IGS waren.

Außerdem zeigten sich auch hier Probleme interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeberufen. Der Qualitätszirkel Geriatrie der ÄNS wurde von pflegerischer Seite kritisch bewertet; ein Austausch ‚auf Augenhöhe‘ zwischen Ärzteschaft und Pflege sei nicht gelungen:

Geschäftsführung Pflegeträger: *Wenn die IGS auch was macht, müssten die also auch nicht nur in ihrem-, hier systemimmanent denken, sondern auch mal, mal wirklich sich-, also, Zeit einräumen, sich auf auch die Pflege mal überhaupt einzulassen. Auf die Abläufe. Die Weiße-Kittel-Mentalität ist noch nicht ausgemerzt hier!*

Hier zeigten sich Machtasymmetrien insofern, als von hausärztlicher Seite der Zirkel auch als Instrument verstanden wurde, die ambulanten Pflegedienste zur Umsetzung von Überleitungsstandards zu bewegen. Dabei wurde auch mit dem Entzug von Überweisungen gedroht.

Insofern wurde das lokale Problem der ausgeprägten Konkurrenz zwischen einzelnen Einrichtungen und Trägern durch die selektive Vertragslogik von IGS teilweise eher verschärft: Durch die selektive Zusammenarbeit mit einzelnen Einrichtungen wurden zwar kooperative Anreize nach innen, aber kompetitive nach außen gesetzt.

Zusammenfassende Analyse

Die Netzform und ihre Auswirkungen

Diese Fallstudie konnte die Charakteristika und Auswirkungen einer lokalen Innovation beleuchten, die einerseits auf freiwillige Kooperationsbeziehungen baute (vgl. Mayntz 1997), andererseits über den Einbezug einer externen Unternehmensberatung, verschiedene Vertragsabschlüsse und die Verantwortungsübernahme für ein gemeinsames Budget zusätzlich verbindlichere Kooperationen schaffen konnte. Letztere waren von Seiten der Unternehmensberatung durchaus gewünscht, um darüber in die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse eingreifen zu können. Dies deutet auf hierarchische Steuerungsmechanismen hin, wobei jedoch in die Vertragsgestaltung verschiedene Rückkopplungsschleifen eingebaut waren, die wechselseitige Abhängigkeiten der Akteure sichern sollen. So war z. B. die geschäftsführende Managementfirma in Entscheidungen von der Zustimmung des ärztlichen Beirats abhängig. In einer Projektevaluation wird in diesem Zusammenhang von ‚heterarchischen‘ Steuerungsmodi gesprochen (Winkler 2005).

Hinsichtlich integrierter Versorgung älterer Menschen wurde mit dieser lokalen Konfiguration v.a. die ärztliche Versorgung beeinflusst. Die Ärzte des Ärztenetzes verstanden sich als zentrale Akteure der Innovation. Versorgungsverbesserungen bezogen sich zum einen auf Kooperations-

⁸⁸ Überlegungen zu einem Demenz-Programm hatten auf die sekundärpräventive Wirkung von Anti-Dementiva gesetzt – wegen ausbleibender Wirksamkeitsnachweise war das Programm nicht realisiert worden.

routinen (bessere Absprachen, kürzere Wartezeiten), zum anderen auf die gemeinsame Festlegung und Umsetzung von Versorgungsstandards.

Die gewählte Vertragsform und das Konzept des ‚Einspar-Contractings‘ wirkten sich dabei folgendermaßen auf die Versorgungsgestaltung aus:

- Über den Bezug auf eine vollständige Versichertenpopulation wurde eine Minimierung/Verschiebung der Risikoselektion erreicht. Die IGS konzentrierte sich nicht auf junge Gesunde, sondern auf eine spezifische Gruppe eher älterer Patient/-innen, bei denen eine Bekämpfung von Risikofaktoren ein Abwenden chronischer (teurer) Verläufe versprach.
- Durch die Platzierung der (auch niedergelassenen) Ärzteschaft als zentrale Akteure bei der inhaltlichen Gestaltung der Innovation (Programmentwicklung, Patienteneinschreibung) wurde erreicht, dass diese sonst typischerweise auf Autonomie bedachte Berufsgruppe gestaltend an einem Integrationsprojekt teilnahm. Als wichtiges Erfolgskriterium wurde dabei die adäquate Vergütung von Vernetzungsarbeit und der Erhalt der ärztlichen Führungsrolle benannt.

Diese Charakteristika umschreiben gleichzeitig Grenzen der Versorgungswirkungen dieser Innovation. Am relevantesten für die Versorgung multimorbider älterer Menschen war, dass weitere Akteure nicht einbezogen waren. Dies hing v.a. damit zusammen, dass die IGS zum gegenwärtigen Zeitpunkt Budgetverantwortung lediglich für GKV-Leistungen übernommen hatte. Pflegeleistungen und Versorgungsverbesserungen, die zu einer Einsparung von Mitteln der Pflegeversicherung führten, wären dem Projekt nicht zugutegekommen. Sie werden als „verschenkter Pflegenutzen“ bezeichnet.

Diese Trennung verschiedener Finanzierungsquellen wirkte sich also als Reformblockade aus, die eine Eingrenzung derjenigen Zielgruppe multimorbider Patient/-innen nach sich zog, für die sich die IGS besonders zuständig fühlte. Gemeint sind hier primär Patient/-innen ‚mit Potential‘, d.h. Patientengruppen, bei denen eine veränderte Versorgung die Vermeidung teurer Verläufe im GKV-System verspricht.⁸⁹ Vorläufig blieben deshalb die ‚einfacheren‘ verhaltenspräventiven Programme für Patient/-innen mit Risikofaktoren der zentrale Interventionsansatz. Es sind eben nicht komplex multimorbide ältere Menschen, die für Präventionsprogramme gesund genug und zur Teilnahme motivierbar sind.

Der P-Faktor (Einfluss zentraler Persönlichkeiten) zeigte sich in diesem Fall in Person der Leitung der externen Unternehmensberatung: er war in der Region sehr bekannt und wurde von den lokalen Akteuren überwiegend als Initiator und zentraler ‚Motor‘ des Projekts identifiziert. Er vermittelte die übergeordneten gesundheitspolitischen Diskurse um Versorgungsintegration und ermöglicht damit den lokal Handelnden Anschlussmöglichkeiten an allgemeine Entwicklungen. Es war ihm offensichtlich gelungen, nationale Reformvorstellungen erfolgreich zu vermitteln und relevante Akteure einer Region (Ärzteschaft, Krankenkasse) von der Tauglichkeit eines populationsbezogenen IV-Vertrags nach § 140a ff. zu überzeugen.

Einfluss von Wettbewerb

Wichtige lokale Erfolgsfaktoren für die Entstehung der Innovation war neben dem bestehenden Ärztenetz der hohe Marktanteil der beteiligten Krankenkasse in der Region. Zu berücksichtigen war dabei, dass durch die Begrenzung der Innovation auf eine einzelne Krankenkasse ein ‚echter‘ Populationsbezug nicht gegeben war. Das Projekt blieb auf die Versicherten dieser Kasse beschränkt.⁹⁰ Die Sorge, dass kassenbezogene Vertragsmodelle langfristig eine flächendeckende

⁸⁹ Grundsätzlich ist dies auch bei hochaltrigen pflegebedürftigen Patient/-innen denkbar; die IGS plant dementsprechend strukturelle Interventionen zwischen Heimen und Hausärzten. Dies ist jedoch abhängig von Lösungsmöglichkeiten für den Einbezug von Pflegebudgets in die Finanzierung der IGS.

⁹⁰ Für anderweitig Versicherte sind positive Auswirkungen (z.B. ‚Lerneffekte‘ der beteiligten Professionellen im Hinblick auf Abspracheroutinen, Ausbau von Versorgungsstrukturen) aber auch neue

Integration eher behindern als fördern, schien in dieser Region aber durch den dominanten Einfluss der beteiligten Kasse in den Hintergrund zu treten. Perspektivisch bleibt jedoch auch für diese Region zu fragen, wie eine zugangsgerechte integrierte Versorgung unabhängig vom Versichertenstatus organisiert werden könnte. Vorläufig ist zu konstatieren, dass hier der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eine flächendeckende Umsetzung der IGS zumindest verzögert hat, da die beteiligte Kasse das Projekt zumindest in der Startphase zur Profilierung und Abgrenzung des eigenen Unternehmens nutzen wollte.

Zielgruppenbezug

Darüber hinaus regte die Fallstudie zu weitergehenden Fragen zu den Auswirkungen einer auf individuelle Eigenverantwortung ausgerichteten Versorgungsgestaltung an. Im Projekt dominierte das Leitbild von aktiven Patienten, die gesundheitliche Risikofaktoren so weit wie möglich meiden. Dabei stellt sich die Frage, welche Folgen es haben könnte, wenn Patient/-innen nicht diesem Ideal entsprechen, weil sie sich aktiv verweigern oder (z.B. auf Grund sozialer Determinanten) diesem Ideal nicht entsprechen können. Zentral wäre die Frage zu beantworten, inwiefern neue Ungleichheiten hergestellt werden, wenn Patient/-innen mit persistierendem Risikoverhalten die im IV-Vertrag optimierte Versorgung vorenthalten würde. Ein Hinweis auf derartige Tendenzen zeigte sich in der Vertragsklausel der IGS, welche besagte, dass die Gesellschaft sich die Kündigung eingeschriebener Patient/-innen bei „mehrfach regelwidrigem Verhalten“ vorbehalte. Obwohl die teilnehmende Krankenkasse traditionell zu großen Anteilen sozial Benachteiligte versichert, wäre bei der weiteren Umsetzung vorwiegend verhaltenspräventiver Maßnahmen ein Mittelschicht-Bias zu befürchten.

Wenngleich das Fehlen zielgruppenorientierter Angebote für sozial Benachteiligte auch mit dem vergleichsweise großen Wohlstand der ausgewählten Region begründet werden könnte, zeigten sich so doch insgesamt ambivalente Auswirkungen der gewählten Vertragsform. Einerseits ermöglichte sie die aktive Einbindung von als schwierig zu integrieren geltenden relevanten Akteursgruppen (Ärztenschaft, Krankenkasse) und gezielte Interventionen bei ausgewählten volkswirtschaftlich relevanten Patientengruppen. Andererseits schien sie eine bedarfsgerechtere Versorgung insbesondere pflegebedürftiger multimorbider älterer Menschen nur eingeschränkt zu verbessern.

Hinderlich wirkten nicht zuletzt ausgeprägte Hierarchien zwischen den Berufsgruppen, die beispielsweise dazu führten, dass bereits begonnene Qualitätsentwicklungen scheiterten, weil von ärztlicher Seite Standardisierungsversuche zu direktiv vermittelt wurden und auf pflegerischer Seite Widerstand erzeugten.

Alte und neue Versorgungskulturen

In dieser Fallstudie wurden Konflikte zwischen alter und neuer Versorgungskultur deutlich, bspw. im Spannungsverhältnis zwischen der Neu-Ausrichtung auf selektive Verträge durch die IGS und den Traditionen einer kollektiv orientierten Versorgung. Die Selektivität bezog sich nicht nur auf fokussierte Interventionen bei einzelnen Patientengruppen. Darüber hinausgehend stand die neue Kultur auch für selektive Verträge mit einzelnen Ärzten und auch mit einzelnen Heimen etc.. Sie führte zu einer kompetitiven, u.U. sogar zweigeteilten Versorgungslandschaft. Dabei standen Qualitätsaspekte im Vordergrund der Auseinandersetzung – wodurch aber gleichzeitig mit einer ‚traditionellen‘ lokalen Kultur gebrochen wurde, grundsätzlich alle lokalen Akteure ‚mit ins Boot zu holen‘.⁹¹ Die IGS stand hier vor der Herausforderung, neue Versorgungsformen modellhaft und exemplarisch zu erproben, ohne die Rückbindung und Kooperationsbereitschaft in der lokalen Versorgungslandschaft zu verlieren.

Benachteiligungen denkbar (Ungleichbehandlung, Vorbehalten innovativer Angebote für ‚beteiligte Patienten‘).

⁹¹ Beispiele für Irritationen waren die exklusive Zusammenarbeit mit weiter entfernt gelegenen Einrichtungen und die Rekrutierung von professionellen Teams für Gesundheitskurse von dort, statt aus der Region, oder intransparente Einladungen einzelner Träger zu Informationsveranstaltungen.

Entmischungsthese

Die Fallstudie steht für den im Vergleich größten Einfluss nationaler Reformansätze auf die lokale Versorgung. Es war gelungen, eine der neuen Vertragsmöglichkeiten für ein umfassend und langfristig angelegtes lokales Modellprojekt zu nutzen, welches mittlerweile in der Versorgungslandschaft vor Ort verankert ist. Zu den Erfolgen des Projekts gehörte, dass der oft kritisierte Fokus auf junge gesunde Versicherte in Richtung einer älteren Patientengruppe verschoben wurde und diesen gezielt Maßnahmen zur Vermeidung chronischer Krankheiten angeboten wurden. Ein Hinweis dafür, dass auch in diesem Fall verschiedene Diskurse um integrierte Versorgung zusammentreffen und konkurrieren, ist die heterogene Verwendung der Begriffe Multimorbidität bzw. multimorbide Patienten: Die IGS beanspruchte für sich, diese Zielgruppe maßgeschneidert zu versorgen. Die oben ausgeführten Zielsetzungen und Interventionen zeigten jedoch, dass dies vorwiegend für einen Teil der Gesamtgruppe multimorbider alter Menschen galt: die eher gesünderen mit hohem Präventionspotential.

Die Idealvorstellungen davon, wie eine integrierte Versorgung älterer Menschen aussehen sollte, unterschieden sich dementsprechend zwischen denen, die an der Innovation teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen, was hier annähernd einer Aufteilung zwischen der Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen entsprach. Die Teilnehmenden zielten zunächst auf eine vernetzte ärztliche und therapeutische Versorgung, später ggf. auf eine Ausweitung auf andere Berufsgruppen, je nach Lösungsmöglichkeiten für bestehende Finanzierungsprobleme (SGB V vs. XI). Hierbei wurde eine zentral steuernde Rolle für Management und Ärzteschaft bspw. gegenüber der Pflege sowie das Ziel eines Wettbewerbs um Qualität mitgedacht. Damit war der selektive Einschluss oder Ausschluss einzelner Einrichtungen und Berufsgruppen Bestandteil des Konzepts.

Demgegenüber fanden sich auf Seiten der Nicht-Teilnehmer auch andere Wünsche an eine Vernetzung, die sich mit dem implementierten Vertragsmodell nicht umsetzen ließen bzw. eher in den Hintergrund gerieten. Für das Ziel patientenorientierter interprofessioneller Versorgungspfade unter Beteiligung aller Einrichtungen und Berufsgruppen vor Ort wurden v.a. Barrieren und Bedrohungen gesehen (bspw. Kooperationsprobleme durch hohen Konkurrenzdruck in der Pflege, prekäre Finanzierung der gemeinsam getragenen Beratungsstelle Alter). Eine Professionalisierungsmöglichkeit, wie sie für das ÄNS durch die Gründung der IGS gegeben war, bot sich für die pflegerischen Vernetzungsstrukturen nicht.

6.1.2 D-Nordstadtquartier: Kooperation als Haltungsfrage

Einführung

Diese Fallstudie war im innerstädtischen Altbaubezirk D-Nordstadtquartier* in einer Großstadt angesiedelt. Sie betrachtete ein „Netzwerk der lokalen Altenversorgungsträger“ (NAV)* in Kombination mit einer „Beratungsstelle für ältere Pflegebedürftige und Angehörige“ (BSP)*. Beide Innovationen waren im Rahmen eines stadtweiten Netzes ähnlicher Beratungsstellen für den gesamten Bezirk zuständig.

Für die Fallstudie wurde innerhalb des Bezirks ein Planungsraum der kommunalen Verwaltung gewählt, in dem das NAV zum Untersuchungszeitpunkt ein Modellprojekt⁹² stadtteilbezogener Altenversorgung plante. Dieser Planungsraum weist mit ca. 20.000 Einwohnern eine vergleichsweise hohe Besiedlungsdichte auf mit einem hohen Anteil älterer Menschen. Ca. 20% der Bewoh-

⁹² In dem Projekt soll ein seniorengerechtes Modellquartier im Bezirk entwickelt werden. Die derzeitige Startphase umfasst v.a. eine Bestandsaufnahme vorhandener Strukturen und Angebote (erhoben werden sollen auch Einkaufsmöglichkeiten, Mobilität, Freizeitangebote etc.). Als nächster Schritt war zum Zeitpunkt unserer Feldphase die Vorstellung des Konzepts bei Stadträten, Parteien, Ausschüssen etc. geplant.

ner/-innen waren über 64 Jahre alt. Die Arbeitslosenrate im Planungsraum lag 2006 bei etwa 14%.

Skizze lokaler Versorgungsstrukturen

Im Allgemeinen existiert in dieser Großstadt ein umfangreiches Angebot spezialisierter Dienste innerhalb des Altenhilfesystems, auch verglichen mit anderen Städten („für jedes Problem auch häufig ein Angebot“). Viele Einrichtungen und Personen arbeiten bezirksübergreifend und mit unterschiedlichen, wenig kongruenten Einzugsgebieten. Daher hatten auch langjährig Tätige oft keinen vollständigen Überblick über die regionale Versorgungslandschaft. Im Vordergrund dieses Falls stand deshalb das Problem, dass Betroffene sich in der Vielzahl der Angebote nicht mehr zurechtfinden, oder dass nicht bekannt war, welches Angebot in welcher Situation genutzt werden kann.

Auch für den betrachteten Stadtteil galt diese Unübersichtlichkeit. Pflege- und soziale Dienste arbeiteten unter Konkurrenz bspw. um Patient/-innen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Es gab keine territorialen Absprachen und eher ein Überangebot an einzelnen Diensten. Vormalig vorhandene regionale Strukturen, wie das ‚Gemeindegewerkschaft-Konzept‘ der Kirchengemeinden, waren in der Vergangenheit im Rahmen von Pflegereformen aufgelöst worden. Die Pflegedienste waren seitdem in zentralisierteren und wohnortferneren Diakoniestationen organisiert. Durch die Bündelung des Personals konnte allerdings eine Ausweitung des Angebots ermöglicht werden (Schichtdienste etc.).

Angrenzend an den Stadtteil D-Nordstadtquartier gab es ein Krankenhaus mit geriatrischer Abteilung, das als zentraler Kooperationspartner für schnelle Diagnostik und Notfalleinweisungen diente. Sinkende Aufenthaltsdauern erforderten eine forcierte Entlassungsplanung. Die Alten- und Pflegeheime berichteten sinkende Auslastungen und eine steigende Zahl von ‚Transitbewohner/-innen‘. Zentrale Anlaufstelle für ältere Menschen waren die Hausärzt/-innen, die jedoch von Budgetzwängen belastet waren. Zudem beklagten sie eine steigende Belastung durch bürokratische und sozialarbeiterische Tätigkeiten, und bei multimorbiden pflegebedürftigen Patient/-innen eine oft unzureichende Unterstützung der ambulanten Gebietsärzte (z.B. keine Haus-/Heimbesuche, zu wenig Unterstützung bei psychiatrischen Patient/-innen).

Viele verschiedene soziale Dienste boten niederschwellige Angebote wie Freizeitgestaltung, Haushaltshilfe, Besuchsdienste, Seelsorge und aufsuchende Dienste. Sie waren jedoch oft in Projektform mit befristeter Laufzeit initiiert und deshalb wenig nachhaltig. Eine relevante Rolle in der Altenversorgung nahmen die ‚1-Euro-Jobber‘ ein.

Eine Besonderheit stellten die Demenz-WGs dar, eine Wohnform, die hier weiter als in anderen Regionen entwickelt waren und eine bedürfnisorientierte Betreuung von Demenzerkrankten zum Ziel hatten.

Viele Beteiligte der Altenhilfe im Stadtteil waren langjährig in einer informellen Arbeitsgemeinschaft engagiert, im Rahmen derer auch Fallbesprechungen stattfinden.

Defizite der Versorgung älterer Menschen

Versorgungsprobleme ergaben sich insbesondere durch die unzureichende Verknüpfung der vorhandenen Angebote. Versorgungspfade waren wenig standardisiert und transparent, es existierten viele parallele Pfade. Patient/-innen, Angehörige und auch Professionelle hatten oft keinen systematischen Überblick über bestehende Optionen.

Es fiel auf, dass viele der Befragten (z.B. Hausärzte, Sozialarbeiter Hospizdienst, Gemeindebüro, Heimleitung, Pflegekraft Kurzzeitpflege, Mitarbeiter betreuter Wohneinrichtungen, Ehrenamtliche im Besuchsdienst) implizit oder explizit eine Case-Manager-Funktion für sich beanspruchten. Die unzureichende Koordination von Versorgungsleistungen wurde gesehen und die Informationsvermittlung und Koordination für Patient/-innen als Teil der eigenen Aufgaben verstanden; oft auch notgedrungen mit der Einschätzung, dass ‚es sonst ja niemand macht‘.

Gleichzeitig beklagten die Befragten wiederholt, für Koordinierung und Beratung nicht ausreichend qualifiziert/informiert zu sein.

Pflegekraft: *Ja, wir haben keine unabhängige Stelle, die Beraterfunktion hätte. Wir haben vielleicht ein paar Prospekte von Heimen, die uns das zugeschickt haben, da wird es in den schillerndsten Farben geschildert, ist ja klar, (...) genau, aber man weiß gar nicht, was kommt noch alles dazu, welche Kosten kommen auf denjenigen zu, übernimmt das Sozialamt? Das ist zum Beispiel ein Aspekt, was ich gar nicht weiß, bis wie viel übernimmt das Sozialamt. Gut, dafür hab ich jetzt auch die Ausbildung nicht, ich weiß nicht, ob man in einer Pflegedienstleiterausbildung so was hat. Aber so was ändert sich ja sicher auch, welche Sätze vom Sozialamt oder Bezirksamt übernommen werden. Aber so was würde ich wichtig finden, dass man Zugriff hätte, dass man sagt, so, ich kann Ihnen jetzt ganz genau sagen, wir haben in unserem Bezirk diese und jene Einrichtungen, die bieten das und das an. Oder ich könnte so eine Stelle sagen, wo die das ganz genau wissen.*

Auf diesem Hintergrund war die Selbstorganisation der Betroffenen wesentlich dafür, ob Angebote gefunden und in Anspruch genommen werden konnten. Die fehlende systematische Beratung führte in der Entlassungsplanung und Überleitung vom Krankenhaus nach Hause zu vermeidbaren Verlegungen in stationäre Pflegeeinrichtungen. Folgende Probleme wurden diskutiert:

- Die Zuständigkeit für die Entlassungsplanung im Krankenhaus war uneinheitlich geregelt (meist Sozialarbeit oder Pflege).
- Die Sozialdienste des Krankenhauses wurden umworben von ambulanten Pflegediensten, die untereinander um Patient/-innen konkurrierten.
- Es bestand Unsicherheit darüber, welche Informationen vom Krankenhauspersonal an Pflegepersonal aus den Heimen weitergegeben werden dürfen.
- Kürzere Verweildauern erschwerten die Nachsorge, da Unterstützung für Zuhause unter Zeitdruck organisiert werden musste. Psychosoziale Faktoren und die Entlastung von Angehörigen spielten bei der Planung immer weniger eine Rolle.

Außerdem führten Unterfinanzierung bzw. Fehlsteuerung dazu, dass spezialisierte geriatrische Strukturen ihre Versorgungsqualität nicht aufrechterhalten konnten und v.a. kränkere, pflegebedürftige Patient/-innen Gefahr laufen, unter- oder fehlversorgt zu werden. Die Gründe sind:

- Zum Teil hohe Zuzahlungen für Fahrdienste, Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote.
- Unnötige Krankenhaus-Einweisungen: Haus- und Heimbefuche wurden von Hausärzten wenig, von Gebietsärzten kaum noch angeboten. Durch Anordnungspflicht für Pflegepersonal und viel Bürokratie ging Zeit für Patient/-innen verloren.⁹³
- Durch Zeitmangel, Qualifikationsmängel sowie hohe Fluktuation ambulanter Pflegekräfte war das Leitprinzip ‚ambulant vor stationär‘ in der Versorgungsrealität in Frage gestellt
- Zu niedrige oder keine Pflegestufe für Demenzkranke.

Hausärztin: *Vor allen Dingen bei den Multimorbiden und bei den Demenzkranken, da haben wir ganz, ganz große Defizite, weil der Demenzkranke zum Teil ja nicht mal eine Pflegestufe bekommt, und der Angehörige rund um die Uhr gefordert ist. Das heißt, der ist körperlich noch einigermaßen stabil, und kriegt nicht mal eine Pflegestufe. Da haben wir ganz großen Handlungsbedarf. (...) für die Demenzkranken und die Geriatrischen gibt's zu wenig. Zum Teil nutze ich ganz gerne auch diese geriatrischen Tageskliniken, auch wenn es*

⁹³ Diese Probleme werden in denjenigen Heimen im Stadtteil deutlich weniger berichtet, die am sog. ‚Heimarztmodell‘ teilnehmen. Die Anstellung oder feste Zusammenarbeit mit einem Hausarzt (bei erhaltener freier Arztwahl) führt nach Einschätzung der Befragten zu einem höheren Sicherheitsgefühl bei Bewohner/-innen und Pflegeteam, zu weniger Krankenhauseinweisungen und mehr gebietsärztlichen Kontakten.

nur ein oder zweimal die Woche ist, die Patienten hinbringen zu lassen, damit der Angehörige mal entlastet ist. Aber wenn derjenige das Haus nicht mehr verlassen kann und dann krank und Pflegefall wird, da haben wir ganz schlechte Karten.

Einkommensunterschiede und finanzielle Möglichkeiten der Betroffenen spielten dementsprechend eine relevante Rolle bei Versorgungsentscheidungen:

- Teilstationäre- und Übergangseinrichtungen berichteten, dass die Tagessätze der Pflegeversicherung oft nicht ausreichten und private Zuzahlungen notwendig waren: Deshalb war von ungedeckten Versorgungsbedarfen auszugehen.
- Betreute Wohneinrichtungen galten als wenig reguliertes Investitionsfeld. Angebote für Benachteiligte wurden ‚im Markt‘ ohne Subventionen nicht für gestaltbar gehalten. Neue Einrichtungen waren meist an finanziell Bessergestellten interessiert.
- Lange Antragsverfahren machten Sozialhilfeempfänger/-innen für Heime riskant und unattraktiv.
- Die Wahlfreiheit für Pflegeheim-Bewohner/-innen, die Sozialhilfe erhalten, war eingeschränkt. Der Kostenträger konnte Umzug aus Kostengründen anordnen.
- Verschiedene Wohnformen brachten unterschiedlich hohe eigene Beiträge mit sich: Die Entscheidung ‚Heim oder Demenz WG‘ hatte deshalb auch finanzielle Implikationen.
- Viele Angebote, insbesondere Komm-Strukturen, erreichten, obwohl für ‚alle Alten‘ gedacht, meist eher Mittel- und Oberschicht-Angehörige.
- Entlastungsangebote für Angehörige waren meist kostenpflichtig.

Angebote für Demenzpatient/-innen waren vorhanden. Demenzstationen waren mancherorts im Aufbau. Manche Heime scheuten aber Umbaumaßnahmen und Konzeptentwicklung für spezialisierte Abteilungen und betreuten – möglicherweise auch auf Kosten der Patient/-innen selbst und auch der gesünderen Bewohner/-innen – diese Gruppe weiterhin ‚integrativ‘, d.h. zusammen mit nicht von demenz betroffenen Patient/-innen.

Sprecher Selbsthilfe Demenz: *Und wenn der jetzt auf einer so genannten gemischten Station ist, aggressiv wird, ins falsche Zimmer geht, sich ins falsche Bett legt, Schubladen öffnet, na, was glauben Sie, wie lange das kognitiv gesunde alte Menschen mit einem anderen Gebrechen mitmachen? Wollen Sie denen noch eine Fortbildung zum Umgang mit diesen Menschen geben?*

Heimleitung: *Demente laufen so rum ... wie das im normalen Leben auch so ist, (...) da kann man auch niemanden ausgrenzen, wenn der dement wird.*

Demenz-WGs wurden kaum kontrolliert, da die Heimaufsicht nicht zuständig war. Außerdem erschwerten Konkurrenzverhältnisse zwischen den Trägern auf dem ‚Markt Demenz‘ trägerübergreifende Kooperationen, wie bspw. gemeinsame Fortbildungen.

Sprecher Selbsthilfe Demenz: *Aber es gibt andere Einrichtungen, das hat auch mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz, es hat auch, jetzt mal negativ gesagt, mit dem ‚Markt Demenz‘ zu tun. Wo wir uns nicht eine Kooperation im Sinne eines Kooperationsvertrages, aber so was Gemeinsames wünschen würden. Wenn man den Bereich Betreuungsbörse, Betreuung, (...) ankuckt, dann fragen wir uns schon, da werden Menschen angestellt, die stehen auf einmal hier vor der Tür und sagen, „ich muss da jetzt eine Gruppe aufbauen, meine Chefin hat gesagt, ich soll hier zur Selbsthilfe Demenz gehen, und können Sie mir mal schnell eben sagen, wie man so was am besten macht, was wichtig und hilfreich ist“. Anstatt schon von einer anderen Stelle zu sagen, okay, für diesen Bezirk, wir haben ja die Zahlen nicht, aber wir haben in etwa so und so viel Demenzkranke, wie sieht die Versorgung aus, was kann die Selbsthilfe Demenz abdecken, an welchen Stellen auch andere Einrichtungen, und könnten wir uns jetzt auch regelmäßig treffen, treffen in dem Sinne, dass es für alle machbar ist und auch zu einem Ergebnis führt, aber dass man eine gemeinsame Fortbildung für alle gemacht hätte, die demnächst im Bereich Demenz ehrenamtlich tätig sein sollten.*

Auch der Wissenstransfer von Spezialisten, z.B. aus der Selbsthilfe Demenz, war durch die Marktbedingungen erschwert, weil man mit Wettbewerbern nicht kooperieren wollte. Entsprechende Empfehlungen wurden von den Trägern für nicht umsetzbar gehalten.

In der Palliativgeriatrie wurden, neben differenzierten palliativmedizinischen Strukturen für onkologische Patient/-innen, Versorgungslücken deutlich. Die ambulanten psychosozialen Hospizdienste waren auf freiwillige Kooperationen der anderen Versorger angewiesen und klagten über Vernetzungsprobleme. Ihre Leistungen wurden nach eigener Einschätzung nicht bedarfsgemäß an Patient/-innen vermittelt. Insgesamt war Palliativversorgung nicht überall als spezialisiertes Wissensfeld akzeptiert. Heimpersonal und Hausärzte sahen ‚Finalpflege‘ als ihre Aufgabe an, wurden jedoch bspw. von Seiten der Hospizarbeit dafür kritisiert, dass sie aus Angst vor unterlassener Hilfeleistung Patient/-innen in der Sterbephase stationär einwiesen.

Außerdem wirkten Hierarchien zwischen den Berufsgruppen hinderlich, so zwischen Ärzt/-innen, Pflege und Sozialarbeit: Erst wenn im Krankenhaus ärztlicherseits eine Palliativsituation definiert war, konnten die anderen Beteiligten handeln. Darüber hinaus fanden innerhalb der Ärzteschaft Auseinandersetzungen darüber statt, welche Disziplin diesen Versorgungsbereich für sich reklamieren könne.

Charakteristika und Ziele der Innovationen: Netzwerk der lokalen Altenversorgungsträger (NAV) in Kombination mit einer Beratungsstelle für ältere Pflegebedürftige und Angehörige (BSP)

Die Besonderheit des innovativen Integrationsansatzes in dieser Region war die Verbindung einer hauptamtlich besetzten Beratungsstelle mit einem ehrenamtlichen Netzwerk von Trägern der Altenhilfe. Die BSP war, entsprechend dem stadtweiten Netz von Beratungsstellen für Ältere, den Zielen des Pflegeversicherungsgesetzes SGB XI und damit der Umsetzung der Grundsätze ‚ambulant vor stationär‘ und ‚Rehabilitation vor Pflege‘ verpflichtet. Die Dienstleistungen waren kostenlos. Angeboten wurde die Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Angehörigen in Verbindung mit Case Management durch hauptamtlich tätige Sozialarbeiter/-innen. Zu den Aufgaben dieser Beratungsstellen gehörte außerdem die Initiierung und Durchführung eines Netzwerks lokaler Träger der Altenhilfe. Diese Arbeit wurde sowohl von der Stadt als auch vom Bezirk gefördert und finanziert; die BSP war bei einem freien Träger der Wohlfahrtspflege angesiedelt. Die Finanzierung deckte drei Teilzeit-Sozialarbeiter/-innenstellen ab. Als zentraler Anspruch der BSP wurde die Neutralität gegenüber den vermittelten Angeboten im Stadtteil formuliert.⁹⁴ Als förderlich wurde dabei gesehen, dass die BSP keine eigenen Versorgungsangebote hatte, sondern ausschließlich als Beratungsinstanz fungierte.

Am lokalen Netzwerk NAV waren 30 Partner beteiligt. Diese waren zu etwa gleichen Teilen stationäre Einrichtungen (v.a. Pflegeheime), ambulante Pflegedienste, ambulante psychosoziale Dienste sowie ambulante therapeutische Einrichtungen. Das Netzwerk tagte in vierteljährlichen Konferenzen; außerdem gab es kleinere Arbeitsgruppen zu einzelnen Themenschwerpunkten, bspw. Fallbesprechungen, Qualitätssicherung und Planung des seniorengerechten Modellquartiers. Die Teilnahme am Netzwerk war freiwillig, Netzwerkpartner verpflichteten sich jedoch in einer Kooperationsvereinbarung zur aktiven Mitarbeit in den Arbeitsgruppen und zur Teilnahme an den Konferenzen (Personalfreistellung). Eine passive Mitgliedschaft war nicht gewünscht, vereinzelt kam es in der Vergangenheit auch zu Ausschlüssen von Mitgliedern. Als Ergebnisse wurden verbesserte Überleitungen, eingeführte Qualitätsmaßnahmen (Fortbildungen etc.) und mehr Transparenz des lokalen Angebots genannt. Die Leitung der BSP hatte eine der beiden ehrenamtlichen Netzwerksprecherinnen inne.

Das NAV war durch einen geringen Formalisierungsgrad charakterisiert. Während ähnliche Netzwerke in der Region sich für Vereinsgründung und gemeinsame Finanzierung einer

⁹⁴ Wiederholt wird in den Gesprächen dieser Vorteil Befürchtungen gegenüber gestellt Stellen, die von Kostenträgern abhängig sind (wie perspektivisch von den Pflegekassen getragene Pflegestützpunkte) nicht neutral beraten würden.

hauptamtlichen Geschäftsführung entschieden hatten, wurde die Arbeit in diesem Stadtteil bewusst weitgehend ehrenamtlich getragen. Lediglich für die Mitarbeiterinnen der BSP gehörte die Mitarbeit im NAV anteilig zu ihrer Aufgabenbeschreibung.

Leitung BSP: *Ich würde sagen, die Mitarbeit der Kollegen ist einfach eine andere, weil jeder weiß, da gibt es jetzt nicht einen, der zuständig ist, der wird jetzt dafür bezahlt, und dem kann ich das alles übergeben, dafür zahle ich ja Geld, sondern bei uns ist klar, der Verbund lebt in der Weiterentwicklung seiner Arbeit vom Engagement jedes einzelnen Netzwerkpartners.*

Außerdem war bei der Gründung bewusst ein ‚regionaler Ansatz‘ verfolgt worden. Anfängliche Überlegungen eines bezirksweiten Zusammenschlusses waren verworfen worden, da das Gremium zu groß schien. Ziel des Netzwerks war nicht die flächendeckende Einbeziehung aller Akteure, vielmehr sollten über die Freiwilligkeit tatsächlich diejenigen gewonnen werden, die inhaltlich interessiert waren. Die Qualität des Netzwerkes entstand so über eine Selektion: Einrichtungen mit schlechtem Ruf traten nicht bei, was auch so gewollte wurde, da aufgrund knapper Ressourcen ein Qualitätsmanagement in allen beteiligten Einrichtungen nicht umsetzbar wäre.⁹⁵

Damit bezogen sich die innovativen Strukturen auf relevante Defizite der Versorgung. Es sollte eine bessere trägerübergreifende Verknüpfung vorhandener Angebote erfolgen, auch zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten. Beispielsweise wurde die trägerübergreifende Entwicklung von stationären Versorgungskonzepten für Demenzerkrankte angestrebt. Die Mitarbeit im NAV ermöglichte gegenseitiges Kennenlernen und informelle Kooperation. Die BSP stellte Patient/-innen und Angehörigen im Stadtteil eine umfassende Übersicht über die Versorgungslandschaft zur Verfügung. Damit wurde der existierenden Konkurrenz ein Alternativmodell gegenüber gestellt.

Interessenlagen

Die BSP und das NAV waren vorwiegend von Sozialarbeit und Pflege initiiert und wurden von ihnen getragen. Die befragten Netzwerkpartnern und weitere Einrichtungen beschrieben unterschiedliche Interessen an den beiden Organisationen und gingen entsprechend unterschiedlich mit ihnen um.

Interessen der BSP:

- Vermittlung von Ratsuchenden an die BSP, z.B. wenn Angehörige nach einem Heimplatz suchten.
- Klientenvermittlung an die eigene Einrichtung durch die BSP.
- Beteiligung der BSP an konzeptionellen Entwicklungen der eigenen Einrichtung (Planung betreutes Wohnen) mit dem strategischen Ziel späterer Vermittlungen.
- Abfrage von Informationen
Heimleitung: *Wenn ich Hilfe brauche ruf ich Fr. X (Leitung BSP) an und frage, wer kann mir da helfen.*
- Nachgeschalteter Kooperationspartner, wenn trägerinterne Möglichkeiten ausgereizt sind.

⁹⁵ Dieser Ansatz basierte auf der Vorstellung von exklusiven Zusammenschlüssen derjenigen Einrichtungen, die bessere Versorgungsqualität versprechen. Auch in der Fallstudie D-Süddorf gab es selektive Verträge mit bestimmten Akteuren. Während in D-Nordstadtquartier diese vorgehensweise jedoch v.a. mit begrenzten Ressourcen begründet wurde (bei größeren Ressourcen für Qualitätssicherung wäre eine umfassende regionale Vernetzung denkbar), waren in D-Süddorf Vorstellungen eines ‚Wettbewerbs um Qualität‘ ausschlaggebend. Ein weiterer Unterschied bestand darin, dass der Zusammenschluss der NAV nicht auf eine gemeinsame Finanzierung angelegt war, d.h. eine Monopolbildung keine Option/Gefahr darstellte.

Sprecher Gemeindebüro: *Manche Dinge sind über das kirchliche Netzwerksystem ganz gut abgedeckt, und das, was darüber hinausgeht, da fragen wir dort speziell um Rat.*

Interessen des NAV:

- Eröffnung von Gestaltungsspielräumen. Als wichtige Motivation zur Mitarbeit wurde Idealismus und der Wunsch nach Versorgungsverbesserung genannt, insbesondere von langjährig tätigen Fachleuten.
- Politische Interessenvertretung:
Sozialarbeiter: *Wir können einfach auch gemeinsam so ein Stück an Gesundheitspolitik im Kleinen im Bezirk vorantreiben. Am Beispiel Öffentlichkeitsarbeit, dass wir an bestimmten Veranstaltungen als Netzwerkteilnehmer, dass wir ins Gespräch kommen, dass wir über das Netzwerk in bezirklichen Schnittstellen sitzen, im psychosozialen Beirat, im Altenpflegegremium. (...) Ja, da mit vertreten sind.*
- Persönlicher Gewinn durch Horizonterweiterung: Gemeinsame Projektentwicklungen ermöglichten eine die Grenzen der eigenen Profession überschreitende Auffassung dessen, was Altenversorgung bedeuten kann.
- Profitieren für die eigene Arbeit: Die Netzwerkpartner erhofften sich einen besseren Überblick darüber, ‚was im Stadtteil läuft‘. Erklärtes Ziel war dabei auch eine erfolgreichere Profilbildung und Ausrichtung der eigenen Einrichtung („was machen die anderen?“). Die Informationsgewinnung durch die Mitarbeit im NAV und der Kontakt zur BSP ersetzte eine Marktanalyse. Auch die eigene Beratungsfähigkeit sollte verbessert werden.
- Bessere Vernetzung, die im Arbeitsalltag Überleitungen, Entlassungen und Weitervermittlungen erleichtern sollte.
Heimleitung: *Wenn ich jemand hätte ... der wieder nach Hause... und keinen Pflegedienst hat, würd' ich mir schon einen aus unserem Netzwerk raussuchen.*

Nicht beteiligt am NAV waren relevante Akteure wie Ärzt/-innen, Wohnungsbaugesellschaften oder Kirchengemeinden, wodurch die Reichweite möglicher Vernetzungsaktivitäten einschränkt war. Als Grund für die Nicht-Teilnahme der Ärzt/-innen wurden deren ‚Einzelkämpfer-Kultur‘ und Fehlanreize genannt. Netzwerkarbeit werde nicht vergütet; vermehrte Reha-Anträge durch gute Arbeit der BSP würden die ärztlichen Budgets belasten und seien insofern „selbstschädigend“ ... Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und anderen Beteiligten der Altenversorgung schienen deshalb kaum erreichbar, auch wenn die BSP auch von diesen als Vermittlungsstelle genutzt wurde.

Die Trennung zur Ärzteschaft zeigt sich auch im Aufbau paralleler Strukturen: In der Region wurde ein MVZ gegründet, das ebenfalls eine integrierte Versorgung multimorbider ältere Menschen als Ziel formulierte. Diese Organisation nutzte die Expertise der BSP (durch telefonische Anfragen), beteiligte sich aber nicht als Netzwerkpartner an der Arbeit des NAV. Auch Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen) waren nicht im Netzwerk vertreten. Die Pflegekassen wurden von der BSP als Konkurrenz und Bedrohung im Zusammenhang mit der geplanten Einführung von Pflegestützpunkten erlebt, die nicht nur die gewachsenen lokalen Kooperationen, sondern auch die neutrale Beratung gefährden würden.

Kritik an den Inhalten von BSP und NAV wurde von Vertreter/-innen der Heime geäußert, die durch das Leitprinzip ‚ambulant vor stationär‘ weniger Zuweisungen von Bewohner/-innen fürchteten.

Heimleitung: *Die Rückmeldungen aus den Besprechungen sind eher so, „auf jeden Fall das Heim vermeiden“. Da kommen wir nicht zusammen. Die Interessen sind völlig unterschiedlich. Sehr grob wird man in eine Ecke gestellt, das hat es nicht sehr erfreulich gemacht ... Man empfindet es immer als würde man ausgegrenzt werden, nicht aus qualitativen Gründen, sondern weil der Markt, das ist klar, wir kämpfen um einen Markt, der nicht genau abgegrenzt ist. (...) Das ist leider noch so, weil das ein Schlagwort war der*

90er Jahre, ambulant vor stationär, das hat sich in dieser Gruppe verfestigt, und man ist da schon immer so: „Ihr aus der stationären Einrichtung, ihr Totengräber!“

Außerdem wurde das Neutralitätspostulat der BSP wegen der Trägerschaft durch einen Wohlfahrtsverband in Frage gestellt, der gleichzeitig Leistungserbringer war (z.B. Mobilitätshilfe).

Ursprünglich war die Initiative für das Gewinnen von Netzwerkpartnern von der Kommunalpolitik ausgegangen. Der damalige Sozialstadtrat hatte alle Einrichtungen im Stadtteil angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Darüber hinaus war die Rolle der kommunalen Verwaltung bei der Steuerung der lokalen Versorgung auf Bezirksebene schwach; Steuerung fand eher auf Landesebene statt. Gründe hierfür schienen u.a. in Ressourcenmangel (keine Einstellung von qualifiziertem Personal möglich), in starren Reglementierungen (keine flexiblen Budgets, um bspw. auf lokaler Ebene Angebote für Demenzzranke vorzuhalten), in fehlenden Möglichkeiten, über Anreize zu steuern und in fehlenden Datengrundlagen zu liegen.

Bewertung der Innovation: Auswirkungen auf die Versorgung

Die Innovationen können als positives Beispiel für eine lokale Entwicklung einer Kultur integrierter Altenversorgung gesehen werden. Die BSP erhöhte den Anteil von Patient/-innen und Angehörigen im Stadtteil, die umfassend beraten wurden und bot eine systematische Informationsgrundlage für Entscheidungen über Versorgungsalternativen an. Von Bedeutung war dabei die Aufklärung über Möglichkeiten häuslicher Pflege bei gleichzeitigem Erhalt größtmöglicher Autonomie. Die Stelle wurde von vielen Einrichtungen vor Ort als Informationszentrale und Vermittlungsstelle akzeptiert und genutzt.

Insbesondere auf ärztlicher Seite und bei Mitarbeiter/-innen unterhalb der Leitungsebene fehlten aber ausreichende Informationen zu Angebot und Konzept. Auch von der BSP selbst wurde die notwendige, jedoch bei knappem Personal schwierige Aufgabe einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit problematisiert. An den Netzwerktreffen nahmen meist Leitungspersonen/Vertreter teil, bereits die „nächst-untere Ebene“ wüsste dann aber oft schon nicht mehr Bescheid und würde in der Einrichtung auch nicht über das Beratungsangebot der BSP informieren.

Auch die lokal wenig einheitlichen oder ‚routinierten‘ Patientenpfade sowie unklare Gebietsbezüge der Angebote behinderten mögliche Effekte der Arbeit von BSP und NAV. Auf freiwillige Kooperation angewiesen, erreichte die BSP nur einen Bruchteil beratungsbedürftiger Klienten und Angehörige. Die Entscheidungsfindung bei Krankenhausentlassung lag beispielsweise vorwiegend in ärztlicher Hand, der Einbezug der BSP war hier nicht die Regel.

Durch die Ausrichtung des NAV auf persönliches Engagement und informelle Kontakte wurde eine hohe Identifikation der Mitglieder mit dem Netzwerk erreicht. Das gegenseitige Kennenlernen der örtlichen Altenhilfeträger kann dabei als bedeutsame ‚unspezifische‘ Auswirkung der Innovation gewertet werden, die in der unübersichtlichen Versorgungslandschaft zur Integration beitrug. Effekte dieser „Vernetzungskultur“ zeigten sich in bilateralen Kooperationsbeziehungen, die sich aus der Netzwerkarbeit heraus gebildet hatten.

Die Mitarbeit im NAV wurde eher zur Vertrauensbildung und unspezifischen Kontaktpflege genutzt, als für konkrete Kooperationsabsprachen oder Fallbesprechungen, u.a. aus Zeitmangel. Vereinzelt wurde der fehlende praktische Wert der Zusammenarbeit bemängelt (‚Vernetzung um der Vernetzung willen‘); die Zusammenarbeit wurde als zu theoretisch wahrgenommen und noch kleinere und konkretere Netzwerke gewünscht.

Analyse

Die Netzform und ihre Auswirkungen

Die Fallstudie ist ein Beispiel für eine lokale Innovation, die gezielt mit einem geringen Formalisierungsniveau arbeitete (keine Vereinsgründung oder hauptamtliche Geschäftsführung). Informelle Beziehungen und eine inhaltliche getragene

Interessensgemeinschaft wurden als zentral für einen Ausbau lokaler Kooperationen verstanden. Dies bedeutete auch, bewusst daraufhin zu wirken, dass die Netzwerk-Teilnehmenden quasi nebenamtlich im Netzwerk engagiert waren und hauptamtlich weiter praktisch in ihren Einrichtungen verankert waren. Die damit einhergehenden größeren Reibungsverluste in der Steuerung (Beteiligte mussten fortlaufend motiviert werden, viel Gremienarbeit, langsame Prozesse) wurden in Kauf genommen, um eine hohe Identifikation der Netzwerkpartner zu erreichen. Weder NAV noch BSP hatten einen so großen Einfluss, dass eine Teilnahme für die einzelne Einrichtung zwingend gewesen wäre. Insofern kann in diesem Fall tatsächlich von einem Netzwerk nach Mayntz (1997, vgl. 4.2.4) ausgegangen werden.

Eine Erfolgsbedingung der Innovation war die Doppelstruktur von formalisierter hauptamtlich getragener BSP und ‚lose gekoppeltem‘ NAV. Dem Netzwerk war damit eine Infrastruktur an die Seite gestellt, die professionelle Managementaufgaben übernehmen konnte. Die Verknüpfung von Beratungstätigkeit und Netzwerkmitarbeit schaffte der BSP eine zentrale Position im lokalen Netzwerk, in der Interessenskonflikte mit den anderen Netzwerkpartnern weitgehend vermieden werden konnten (weitgehende Neutralität der BSP, kein eigenes Angebot, gutes Image als freier Träger). Außerdem gewann die Mitarbeit im NAV für die Netzwerkpartner durch die ‚Weichenfunktion‘ der BSP an Attraktivität. Man hoffte auf mehr Vermittlungen unterstützt durch den ‚Qualitätsstempel Netzwerkpartner‘. Schließlich konnten über die Gründung der BSP Managementressourcen für das NAV eingebracht werden, die von anderen Netzwerkpartnern nicht „nebenbei“ erbracht werden können.

Durch diese Organisationsform konnte in einer unübersichtlichen und von einer Vielfalt sich überlagernder Versorgungsangebote geprägten Region ein Forum geschaffen werden, in dem nach einer Phase gegenseitigen Kennenlernens begonnen wurde, an gemeinsamen Absprachen und Projekten zu arbeiten (Planung eines Modellquartiers, Demenzkonzepte der Heime etc.). Schwierig zu beantworten war die Frage, inwieweit die Vernetzung bereits positive Auswirkungen auf die Versorgung für Patient/-innen gegeben waren. Die Beratungsarbeit der BSP und die informellen Kontakte im NAV wirkten als plausible Instrumente einer besser integrierten Altenversorgung. Gleichzeitig hatten beide Innovationen das Problem, dass Effekte komplexer Interventionen in die Systemgestaltung nur schwierig messbar sind: Eine direkter Nachweis verbesserter Versorgung fällt schwer, eine Evaluation möglicher Effekte hatte bis dato nicht stattgefunden.

Zielgruppenbezug – Leitbilder für die Versorgung

Als ein Indikator für Effekte auf Versorgung kann das Erreichen sozial benachteiligter Zielgruppen betrachtet werden. Einerseits gab es in der Region spezifische Beratungsangebote für Personen mit Migrationshintergrund. Auch neue Ansätze für spezialisierte stationäre Angebote für diese Gruppe wurden erwähnt. Gleichzeitig wurden interkulturelle Angebote in Gesprächen mehrfach als „in dieser Generation schwer umsetzbar“ beschrieben.

Ähnlich wie in anderen Fallstudien war auch hier von einer strukturellen Benachteiligung ärmerer und sozial isolierter Patienten, v.a. der hochaltrigen und pflegebedürftigen, auszugehen. Eingeschränkte Mobilität führt, wenn nicht privat zusätzliche Leistungen organisiert bzw. finanziert werden können, zu Versorgungsdefiziten (zu wenig Hausbesuche, Zeitmangel ambulante Pflege etc.). Solche Versorgungsdefizite wurden von NAV und BSP in Ansätzen adressiert, etwa durch Hausbesuche der BSP. Ein gezielter Aufbau zielgruppenbezogener, ggf. aufsuchender Angebote für sozial Benachteiligte fand jedoch nicht statt. Auch in den einzelnen Einrichtungen wurde meist das Selbstverständnis, grundsätzlich ‚für alle‘ Patient/-innen offen zu sein, kommuniziert. Soziale Unterschiede im Nutzungsverhalten wurden weniger als Gestaltungsauftrag für Professionelle verstanden, als in den Bereich der Eigenverantwortung der Nutzer/-innenseite delegiert. Insofern könnte man postulieren, dass sich hier Leitbilder von Patientenautonomie und Eigenverantwortung eher hemmend auf eine soziallagenbezogene Versorgungsgestaltung auswirkten; auch wenn auf Seiten von BSP und NAV Prozesse der Befähigung und Empowerment von Patient/-innen mitgedacht wurden.

Versorgungskulturen

Bedeutsam als Kontext für diese Innovation waren die Regeln des Versorgungsmarktes, unter denen ein Großteil der Beteiligten arbeitete, die durch das Konkurrenzprinzip die Netzwerkbildung erschwerten. Das Ziel einer integrierten Altenversorgung, wie durch NAV und BSP angestrebt, erschien unter diesen Bedingungen als Bestandteil einer innovativen ‚Gegenkultur‘, die sich von den bestehenden Gegebenheiten abgrenzte: Es wurde zur ‚Haltungsfrage‘, ob Kooperation bei gegenläufigen unternehmerischen Interessen überhaupt für möglich und wünschenswert gehalten wurde. Einzelne Akteure mussten sich dabei im Spannungsfeld zwischen „Gutmenschen“ oder „Haien“, d.h. zwischen den Polen von wohlfahrtsstaatlichen Traditionen und Wettbewerb positionieren.

Netzwerk im Markt – Einfluss von Wettbewerb

Inwieweit erfolgreiche Kooperationsbeziehungen zustande kommen könnten, hängt dabei von Wettbewerbsbedingungen ab. Ein Anbieterzusammenschluss wurde v.a. dann als sinnvoll erlebt, wenn sich eine (ökonomische) win-win-Situation ergab. Es gab jedoch auch deutliche Hinweise für negative Konsequenzen der Wettbewerbssituation auf die Versorgungsqualität. Diese konnten in der Gründung von Parallelstrukturen (MVZ, trägerinterne Integration) gesehen werden oder auch in primär wirtschaftlich motivierten Kooperationen, durch die neue Schnittstellen entstanden und die Kontinuität von Versorgung wiederum erschwert wurde. Wird der Wettbewerb einerseits als motivierend für Organisationen gesehen, sich zu profilieren, so bildet die fortbestehende Konkurrenz zwischen den Organisationen gleichzeitig ein wesentliches Hemmnis für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechteren Versorgungslandschaft für ältere Menschen. Unter Wettbewerbsbedingungen sind Versorgungsansätze mit fraglichem betriebswirtschaftlichem Gewinn, bspw. zielgruppenorientierte Angebote für sozial Benachteiligte schwierig zu realisieren.

Vor diesem Hintergrund bedeutete die Arbeit der BSP auch einen Grenzgang zwischen den Welten, mit der Gefahr, für privatwirtschaftliche Interessen instrumentalisiert zu werden (bspw. kostenlose Beratung und Marktanalyse für Profilierung, Konzeptentwicklung). Mit steigender lokaler Bekanntheit der ‚Marke Netzwerkpartner‘ stieg zugleich auch die Chance, privatwirtschaftliche Akteure an den Qualitätskriterien zu orientieren und positiv in das Netzwerk zu integrieren. Die Mitarbeit im NAV changierte entsprechend zwischen einem politischen Statement bzw. der Suche nach Verbündeten und einer strategischen Nutzung für die eigenen betriebswirtschaftlichen Interessen.

Einfluss Makro-Ebene

Grenzen der möglichen Integrationseffekte der hier betrachteten Innovationen konnten mit schwierigen Kontextbedingungen und übergeordneten gesundheitspolitischen Entwicklungen erklärt werden:

- Es war nicht gelungen, die Ärzteschaft zu beteiligen. Damit konnten entscheidende Weichen im Versorgungspfad, z.B. Entlassung aus dem Krankenhaus, kaum beeinflusst werden. Als Hinderungsgrund wurden zum einen die Hierarchien zwischen Ärzteschaft und Pflege/Sozialarbeit gesehen. Zum anderen wurden ökonomische Faktoren verantwortlich gemacht (z. B. keine Vergütung von Netzwerkarbeit für Ärzte).
- Als relevante Barrieren konnten in dieser Fallstudie auch Probleme im Pflegesektor identifiziert werden (fehlende Pflegestufen, Zeit- und Personalmangel in der Pflege). Ressourcenmängel, die in der Tendenz zu Unterversorgung führen, lassen sich auch über verbesserte Kooperation nicht kompensieren. Konkret drohten dadurch Versorgungsprinzipien (z.B. ‚ambulant vor stationär‘) ausgehöhlt und infrage gestellt zu werden.

Für die Weiterentwicklung einer integrierten Versorgung schien entscheidend, ob es gelingen könne, bisher nicht beteiligte Akteure, insbesondere die Ärzteschaft, in die Arbeit des NAV einzubeziehen und deren Austausch mit der BSP auszubauen. Außerdem hing der Fortbestand

davon ab, ob die BSP als Organisation die Aufgaben eines lokalen Pflegestützpunktes übernehmen kann. Alle BSP der Stadt hatten sich darum beworben.

Entmischungsthese

Insgesamt stellte diese Fallstudie ein eindrucksvolles Beispiel für die Entmischung verschiedener Diskurse um Integration in der Versorgung dar. Übergeordnete Reformansätze wie neue Vertragsformen für die medizinische Versorgung (MVZ), aber auch die geplanten Pflege-Stützpunkte erschienen primär nicht als hilfreiche Optionen für eine Stabilisierung bzw. Etablierung bereits existierender kooperativer Strukturen, sondern vielmehr als potentielle Bedrohung durch Parallelstrukturen.

6.1.3 D-Weststadt: Palliativnetz in der Großstadt

Einführung

Diese Fallstudie untersuchte ein Netzwerk für Palliativversorgung, verbunden mit daran anknüpfenden IV-Verträgen nach § 140a ff. SGB V sowie Versorgungsverträgen nach § 73b SGB V. Das Netzwerk arbeitete in einer Großstadt in Nordrhein-Westfalen (NRW), hier D-Weststadt* genannt. In einer ehemals von Bergbau geprägten Region gelegen, ist sie heute mit einer für Westdeutschland überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenquote konfrontiert. Mit der Fallstudie wurde versucht, die Region der Stadtmitte um das für das Palliativnetzwerk zentrale Krankenhaus herum abzubilden. Eine solche räumliche Abgrenzung erwies sich jedoch als schwierig, weil dort nur teilweise Interviewpartner/-innen gewonnen werden konnten. Die Einrichtungen der Interviewpartner/-innen waren zu einem größeren Teil im nördlichen, ärmeren Teil der Stadt gelegen, während das betrachtete Netzwerk in der Stadtmitte angesiedelt war.

Skizze lokaler Versorgungsstrukturen

Es gab in D-Weststadt drei Kliniken, die wichtig für die Altenversorgung waren:

- die Klinik D-Weststadt Zentrum*⁹⁶ mit einer geriatrischen Station und einer sich im Aufbau befindlichen Tagesklinik,
- die Klinik* im Norden von D-Weststadt mit einer geriatrischen Akut- sowie Tagesklinik und einer Memory-Klinik,
- die Westkliniken* mit großem Psychiatrieangebot im Westen der Stadt.

Die Beziehungen der Krankenhäuser untereinander werden überwiegend als wettbewerblich geprägt beschrieben.

Die ambulante ärztliche Versorgung wurde in der Region vor allem durch Einzelpraxen wahrgenommen. Ambulante Pflege wurde von freigemeinnützigen und privaten Pflegediensten erbracht, bei der Palliativpflege waren private Pflegedienste überrepräsentiert. Pflegeheime dagegen befanden sich meist im Eigentum von freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern. Heime, die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege anboten, waren überwiegend in den wohlhabenderen Quartieren der Stadt angesiedelt. Circa drei Viertel der pflegebedürftigen Menschen in der Stadt wurden zu Hause gepflegt. Es gab eine „Beratungsstelle Pflege“, die von der Stadtverwaltung D-Weststadt getragen wurde. Sie bot trägerunabhängige, kostenlose Beratung und Information bei allen Fragen, welche die Pflege betreffen.

Durch das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst 1997 in NRW wurden Gesundheitskonferenzen als kommunales Planungs- und Konferenzsystem eingeführt, das alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens einbezieht. In D-Weststadt waren an der Gesundheits-

⁹⁶ An diesem Krankenhaus befindet sich ein Zentrum für Palliativmedizin sowie die Geschäftsstelle des Netzwerks Palliativversorgung, welches zentral für diese Fallstudie ist (vgl. zu diesem Netzwerk weiter unten).

konferenz Anbieter gesundheitlicher Leistungen, Kostenträger, Patientenvertretungen sowie Gesundheitspolitik und -verwaltung beteiligt. Zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitskonferenz gehörte die koordinierte Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in der Stadt. Sie tagte drei Mal im Jahr. Zum Untersuchungszeitpunkt hatte die Konferenz acht Schwerpunktthemen bearbeitet, für die ein besonderer Abstimmungs- und Handlungsbedarf in D-Weststadt gesehen wurde. Dabei handelte es sich u. a. i um die Themenbereiche Patientenberatung, die Entwicklung eines Leitfadens zur Patientenüberleitung, Brustkrebs sowie Alter und Gesundheit. Spezifisch geriatrische Themen standen also nicht im Fokus, wenngleich das Thema der Patientenüberleitung besondere Relevanz für ältere Patienten besitzt.

Im Jahr 2005 wurde zudem in NRW das „Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ von Akteuren des Gesundheitswesens (u.a. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und gesetzliche Krankenkassen) verabschiedet. Es formulierte Rahmenrichtlinien und Zielsetzungen für die Palliativversorgung.

Defizite in der Versorgung älterer Menschen

Interviewpartner/-innen berichteten nicht durchgehend über konkrete Versorgungsdefizite. In einem von der Stadt angefertigten Bericht wurde aber auf zu erwartende Engpässe an pflegerischem Personal in Heimen hingewiesen, besonders in Bezug auf Personal, das im Bereich Altenpflege weitergebildet ist.

In der Region wurden verschiedene Schnittstellenprobleme deutlich. Während die Versorgung durch Hausarzt/-innen in Heimen überwiegend als gesichert galt, wurde die Versorgung von Heimbewohner/-innen durch Facharzt/-innen in der ganzen Stadt als schwierig wahrgenommen. Dies betraf besonders die Fachgebiete Neurologie, Dermatologie und Gynäkologie. Eine Heimleiterin verwies im Interview darauf, dass die gerontopsychiatrische Versorgung in Heimen im Prinzip durch Facharzt/-innen der Krankenhäuser geleistet werden könnte, dies jedoch an rechtlichen Hürden scheitere. Weil Heime als ambulantes Setting gelten, durften stationär tätige Ärzte nicht ohne weiteres behandeln. Aus der Sicht eines Krankenkassenmanagers wurde die haus- und fachärztliche Versorgung in Heimen als sehr heterogen beschrieben. Manche Heime hätten keine Versorgungsprobleme, während andere sowohl haus- als auch fachärztlich schlecht versorgt seien.

Während im Bereich der palliativen Versorgung ein ausgebautes Netzwerk die Versorgungskontinuität zu stabilisieren half, gab es in der Stadt noch keine analogen Kooperationen im Bezug auf Demenz oder auf die Altenversorgung im Allgemeinen. Gerade das Fehlen eines Netzwerks bezüglich Demenz wurde verschiedentlich beklagt. Diese Defizite wurden aber auch auf staatliche Regulierung zurückgeführt, da die deutsche Pflegeversicherung nicht adäquat auf die sich verschärfende Problematik der dementiellen Erkrankungen eingestellt sei. Darauf hat der Gesetzgeber 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz reagiert.

Die Überleitung von Pflegebedürftigen ins Krankenhaus und wieder zurück wurde an manchen Stellen als defizitär bezeichnet. Dies betraf auch die Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten. Bemängelt wurde zum Beispiel, dass nach wie vor Krankenhausentlassungen am späten Freitagnachmittag erfolgten.

Explizite Zielgruppenbezüge tauchten im Rahmen der Fallstudie nicht auf. Dies kann als Mangel wahrgenommen werden, da festgestellt wurde, dass etwa bestimmte Gruppen von Migrant/-innen kaum von den hier in den Fokus genommenen palliativen Versorgungsstrukturen erreicht wurden.

Im Bereich der palliativen Versorgung war in der Vergangenheit ein besonderes Versorgungsdefizit an der Schnittstelle vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich beklagt worden. Dieses Defizit war ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Gründung des in dieser Studie fokussierten

„Netzwerk Palliativversorgung“ (im Folgenden NePa)* und wurde von einer Initiatorin des Netzwerks wie folgt beschrieben:

Ärztin: Ausgangspunkt waren Tumorpatienten, Ausgangspunkt war die Einsicht in die Notwendigkeit, dass Krebspatienten nach stationärer Entlassung eine Weiterbetreuung brauchen, d.h. es war primär so gedacht die Idee, wenn du die Versorgung von Tumorpatienten in den Krankenhäusern optimierst, Patienten mit einer perfekten Palliativversorgung entlässt, wird der Hausarzt das schon weiterführen und alles wird gut. Das war die erste Idee, von daher ist das auch primär ein krankenhausgestütztes Netzwerk gewesen. Das war vor 6 Jahren. Nach 1 ½ bis 2 Jahren war klar, das ist ne Milchmädchenrechnung, das funktioniert nicht, sondern du musst wesentlich erweitern, du musst von der Praxis her kommen, also den umgekehrten Weg beschreiten, du musst Pflegedienste einbeziehen, du musst die psychosozialen Mitarbeiter mit einbeziehen, du musst in den ambulanten Sektor rein und auch im ambulanten Sektor aktiv tätig werden.

Charakteristika und Ziele des Palliativnetzes

Geschichte der Innovation

Vernetzungsinitiativen in Bezug auf Palliativversorgung haben in D-Weststadt zwei Wurzeln. Zum einen gab es die „AG Schmerz“* in einem nördlichen Stadtteil von D-Weststadt, eine Arbeitsgemeinschaft von überwiegend niedergelassenen Ärzt/-innen, die auch andere Leistungserbringer einbezieht, z.B. die ambulante Krankenpflege oder Hospize. Zum anderen gibt es mit NePa ein weiter ausgedehntes Netzwerk für Palliativversorgung, das seine Ursprünge im onkologischen Klinikverbund in D-Weststadt hatte. Erste Gründungsmitglieder und im weiteren Verlauf zentrale Führungsfiguren von NePa waren onkologisch tätige Ärzte/-innen in einem Krankenhaus mit konfessioneller Trägerschaft, die sich einer ganzheitlichen Palliativversorgung verpflichtet fühlten. Dabei mag die Kontroverse, die über Sterbehilfe vs. Palliativversorgung geführt wird, einen unterstützenden Einfluss gehabt haben. Konkreter Hintergrund für die Entstehung des Netzwerks war aber die Erfahrung, dass aus dem Krankenhaus entlassene Patient/-innen mit palliativem Behandlungsbedarf zu Hause inadäquat versorgt wurden. Ein zentrales Ziel des Netzwerks bestand also darin, eine verbesserte palliative Versorgung sowie ein würdiges Sterben der Menschen zu Hause zu ermöglichen.

Das Netzwerk NePa entstand im Jahr 2000 als eine interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsgruppe eines onkologischen Klinikverbundes und eines Tumorzentrums. Es wurden alle Leistungsbereiche einbezogen, die an palliativen Aufgaben beteiligt waren, d.h. ambulante Pflegedienste, stationäre Alten- und Behindertenhilfe, ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Sanitätshäuser sowie psychosoziale Beratungsstellen und Seelsorger. Als fördernde Mitglieder gehörten dem Netzwerk auch Unternehmen der pharmazeutischen Industrie an, die allerdings kein Stimmrecht hatten. Von Beginn an war es die Zielsetzung von NePa, die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung von krebskranken und anderen unheilbar erkrankten Patient/-innen, sowie die Betreuung der Angehörigen zu verbessern. Dabei sollten Abgrenzungen wie die zwischen ambulanter und stationärer, sowie medizinischer und pflegerischer Versorgung überwunden werden.⁹⁷

Das Netzwerk hatte zwei wesentliche Bestandteile: Zum einen eine Geschäftsstelle, die als Beratungs-, Koordinations- und Kommunikationszentrum dient, zum anderen der Aufbau von Hospital Support Teams, die im stationären Bereich für Konsiliartätigkeiten agieren sollten. Um Qualität zu sichern, wurden einheitliche Therapiestandards und Dokumentationssysteme entwickelt. Im Rahmen des Netzwerks gab es ein jährliches Programm für Fort- und Weiterbildung, das sich an verschiedene Berufsgruppen sowie auch an die interessierte Öffentlichkeit und die Angehörigen von Palliativpatient/-innen richtete. Das Netzwerk plante

⁹⁷ NePa legte hier für den Bereich der Palliativversorgung ein ähnlich breites Verständnis integrierter Versorgung zugrunde, wie es für dieses Forschungsprojekt insgesamt als Ausgangspunkt festgelegt wurde.

ein 24-stündiges Beratungsangebot aufzubauen, welches palliativmedizinische Beratung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich leisten sollte.

Vor dem Hintergrund lokaler Gebietszuständigkeiten für den ärmeren Norden und den reicheren Süden der Stadt entwickelten sich die beiden Initiativen zunächst getrennt. Seit Herbst 2007 ist die AG Schmerz aber Mitglied des NePa. Das Netzwerk differenzierte sich im Verlauf seiner Entstehung weiter aus: Es wurden verschiedene Arbeitsgruppen gegründet, die unterschiedliche Themenbereiche bearbeiteten. Die wichtigste im Zusammenhang dieser Studie war eine Arbeitsgruppe, die sich mit Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe befasste. Diese Arbeitsgruppe entstand aus dem Bewusstsein heraus, dass die Thematik Palliative Care in Heimen unterentwickelt war und beispielsweise keine explizite Sterbebegleitung in den Heimen angeboten wurde. Es war hier also gelungen, zwei ursprünglich getrennte und in einigen Aspekten konkurrierende Initiativen miteinander zu verbinden. Das war möglicherweise Folge einer konsequenten Ausrichtung des Netzwerks an verbesserter Patientenversorgung und professioneller Ethik) und weniger an individuellen oder organisationellen ökonomischen Vorteilen.

Es zeigte sich schon früh, dass sich die Finanzierung insbesondere der Koordinationsleistungen im Netzwerk durch die Geschäftsstelle schwierig gestaltete. Im Jahr 2003 erhielt das Netzwerk eine Förderung durch Stiftungen. Diese Förderung lief gegen Ende des Untersuchungszeitraums aus; die Finanzierung sollte künftig durch einen IV-Vertrag sichergestellt werden.

Weiterentwicklung: Einbeziehung gesetzlicher Krankenkassen und Anwendung neuer Versorgungsformen

Die palliative Versorgung in der Fallstudienregion wurde auch durch vertragliche Arrangements zwischen gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern reguliert. Seit dem 1.1.2007 galt zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg (sowie der IKK Nordrhein, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen) ein Vertrag nach § 73b in Verbindung mit §§ 140a ff. SGB V (also eine Kopplung von Verträgen zur Hausarztzentrierten und zur integrierten Palliativversorgung), nicht nur in der Fallstudienregion. Dieser Vertrag hatte das obengenannte Rahmenprogramm zur Grundlage. Die teilnehmenden Haus- oder Fachärzte steuerten als koordinierende Ärzt/-innen die Versorgung der Patient/-innen. Das umfasste im Wesentlichen

- die Koordination aller notwendigen medizinischen Maßnahmen,
- die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen zu steuern, zum Beispiel ambulante palliativpflegerische Dienste,
- die Betreuung und Beratung von Patient/-innen und deren Angehörigen,
- die Teilnahme an fachübergreifenden Fallkonferenzen und an Qualitätszirkeln zum Thema „Palliativmedizin“, möglichst im Rahmen eines Qualitätszirkels zur hausarztzentrierten Versorgung.

Für diese Leistungen erhielten die teilnehmenden Ärzt/-innen gesonderte Vergütungen neben dem Praxisbudget, so etwa Pauschalen für die Koordination notwendiger Maßnahmen, die Betreuung des Patient/-innen vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt oder einen Zuschlag für Hausbesuche. An diesem Vertrag konnten Haus- und Facharzt/-innen sowie besonders qualifizierte Palliativ-Ärzt/-innen teilnehmen. Voraussetzung war für alle, dass sie in den Hausarztvertrag der KV Nordrhein mit den Primärkassen (AOK, Bkk, IKK, Knappschaft) eintraten. Sie mussten zudem eine 40stündige Kursweiterbildung „Palliative Medizin“ nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesärztekammer) gegenüber der KV dokumentieren.⁹⁸ Die Qualitätssicherung betraf hier also Struktur- und Prozess-, aber keine Ergebnisaspekte, ein Umstand, der wiederum auf die Schwierigkeit von sinnvollen und präzisen Ergebnismessungen bei komplexen Versorgungspfaden verweist.

⁹⁸ Vgl. http://www.kvno.de/mitglieder/vertraeg/palliativ/palli_prim.html.

Auch die Ersatzkassen schlossen etwas später einen ähnlichen Vertrag und verabschiedeten ihn als Anlage zum Gesamtvertrag. Die BKKen schlossen einen Vertrag, der in Bezug auf die ambulante Versorgung den Verträgen der AOKen und Ersatzkassen ähnelt, sich aber von jenen dadurch unterschied, dass Palliativstationen in Krankenhäusern in die Versorgung mit einbezogen waren. Der Vertrag der BKK ermöglichte es unter anderem, die an das Krankenhaus angegliederte Geschäftsstelle des Netzwerks für Palliativversorgung weiter zu finanzieren, nachdem die vorangegangene Finanzierung durch die Stiftung ausgelaufen war.

Aus der Perspektive einer Krankenkassenmitarbeiterin wurde die Motivation, sich an der Palliativversorgung vertraglich zu beteiligen so geschildert:

Krankenkassenmitarbeiterin: ... [Ich bin von Haus aus Ärztin, also es gibt für mich schon als Krankenkasse eine Verpflichtung gegenüber den Versicherten, eine bestmögliche Versorgung möglicherweise sicherzustellen, und das ist nach wie vor unser Hauptziel. Es gibt natürlich auch noch andere Ziele, wo man auch sagt, hier läuft was nicht optimal, warum 70 Prozent der Palliativpatienten versterben in Krankenhäusern, obwohl alle Umfragen zeigen, dass sich viel mehr Patienten wünschen würden, zuhause zu versterben und da muss man sich fragen, warum gibt es eben halt dieses Problem, was funktioniert da möglicherweise nicht in der ambulanten Palliativversorgung und deswegen gehen wir das auch an. Man muss auch dazu sagen, wenn ein Palliativpatient gehäuft stationär liegt, ja das verursacht natürlich auch Kosten und man fragt sich natürlich auch, könnte das möglicherweise auch ambulant behandelt werden, aber das würde ich nicht sagen, dass deswegen die Initiative ausgelöst worden ist. Also wenn sie unseren Palliativvertrag sehen, auch die Honorare, die hier ausgeschüttet werden, dann ist es eine ganze Menge, was die Ärzte auch dafür bekommen oder was die Kasse zahlt und was die Kasse im Moment dank der Anschubfinanzierung auch bereit ist, da an Geldern eben halt auszugeben.

Sowohl die Verträge der Primär- als auch die Verträge der Ersatzkassen betrafen folgende Krankheitsbilder für eine ambulante Palliativversorgung:

- fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit Aids,
- Erkrankungen des Nervensystems mit unaufhaltsamen fortschreitenden Lähmungen,
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, oder Lungenerkrankung.

Es war davon auszugehen, dass die meisten der behandelten Palliativpatient/-innen an fortgeschrittenen Krebserkrankungen litten, jedoch nahm die Anzahl von Patienten mit anderen Erkrankungen unter den Palliativpatienten zu. Durch die Arbeit des Netzwerks Palliativmedizin wurde die Relevanz palliativer Betreuungskonzepte auch für andere Krankheitsspektren deutlich.

Auswirkungen der Innovation

Zum Untersuchungszeitpunkt existierte das Netzwerk für Palliativversorgung NePa fast acht Jahre. Wie beschrieben hatte es seine Ursprünge in einem onkologischen Klinikverbund und erweiterte seinen Horizont in diesem Zeitraum in verschiedene Richtungen. Es war ein Arbeitskreis Alten- und Behindertenhilfe* initiiert worden, der sich mit palliativer Versorgung in diesem Bereich auseinandersetzte. 2007 trat die AG Schmerz bei. Zudem kam es im Jahr 2007 zum Abschluss von verschiedenen Versorgungsverträgen mit gesetzlichen Krankenkassen.

In den Interviews wurde erfragt, welche Veränderungen durch die Netzwerkarbeit erzielt wurden. Die beschriebenen Veränderungen können in verschiedene Themenbereiche unterteilt werden:

- Vernetzung im Allgemeinen, Weiterbildung durch das Netzwerk sowohl fachgruppenspezifisch als auch fachgruppenübergreifend,
- die Arbeit in der Arbeitsgruppe Alten- und Behindertenpflege,
- Hospital Support Teams.

Ein spezifischer Gesichtspunkt betraf die Auswirkungen durch die abgeschlossenen Versorgungsverträge, die weiter unten gesondert betrachtet werden.

Die Arbeit des Netzwerks erleichterte in vielerlei Hinsicht die Kontaktaufnahme zwischen Personen und Einrichtungen, die im Palliativbereich von qualifizierten Palliativärzten bis hin zu Sanitätshäusern aktiv sind, und intensivierte die Zusammenarbeit. Das jährliche Angebot an Fort- und Weiterbildung wurde positiv beurteilt. Die Kurse wurden sowohl von Ärzt/-innen, als auch von Pflegekräften und anderen Berufsgruppen gut besucht. Die Fort- und Weiterbildung zielte auch darauf, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und das Wissen über Konzepte der Palliativversorgung durch öffentliche Veranstaltungen in breite Bevölkerungsschichten hineinzutragen.

Die Arbeitsgruppe Alten- und Behindertenpflege hatte zur Aufgabe, palliative Versorgungskonzepte in die Heime zu tragen. Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurde mit Unterstützung der Unternehmensberatung eines größeren Wohlfahrtsverbandes ein Standard zur Betreuung von Palliativpatient/-innen entwickelt, der auch in Heimen implementiert wurde. Die Implementierung in den teilnehmenden Heimen war allerdings unterschiedlich weit fortgeschritten. Teilweise wurde die Beratung nicht in Anspruch genommen – und damit der Standard nicht implementiert – weil die Beratung nicht als neutral, sondern als mit dem Wohlfahrtsverband verbunden wahrgenommen wurde.

Auch erschien der Aufbau von Hospital Support Teams in den Krankenhäusern als schwierig. Das wurde mit der allgemeinen Überlastung des Krankenhauspersonals erklärt. Einige Beteiligte waren der Ansicht, dass die Hospital Support Teams in kirchlich geführten Häusern besser funktionierten.

Wirkungen von Versorgungsverträgen

Mit den verschiedenen Versorgungsverträgen wurde auch versucht, insbesondere die ambulante ärztliche palliative Versorgung besser zu koordinieren. Haus- oder Fachärzt/-innen, die am Hausarztmodul bzw. am Modul Palliativmedizin der Verträge der Primär- und Ersatzkassen teilnahmen, zogen im Bedarfsfall einen qualifizierten Palliativarzt hinzu. Diese Palliativversorgung konnten aber (theoretisch) nur Patient/-innen erhalten, die in einem Hausarztvertrag eingeschrieben waren.

Die Wirkung dieser Verträge wurde von einer Krankenkassenmitarbeiterin so umschrieben:

Krankenkassenmitarbeiterin: *Also es erfolgt schon eine gezielte Steuerung zu gewissen Leistungserbringern, das passiert auf jeden Fall. Wir haben auch bei dem palliativmedizinischen Vertrag, erster Ansprechpartner ist der Hausarzt, wenn der nicht weiterkommt, ruft der den niedergelassenen qualifizierten Palliativarzt an und fragt dann nach, können sie mir helfen oder kommen sie mit zur Visite oder wie auch immer, können wir zusammen einen Hausbesuch machen. Und wenn der qualifizierte Palliativmediziner, der niedergelassene, mit seinem Latein am Ende ist oder vielleicht sagt, da müsste aber mal ein Ultraschall gemacht werden oder ne spezifische Untersuchung, haben wir eben halt die Möglichkeit, hier über die Kliniken D-Weststadt Zentrum über das Netzwerk Palliativversorgung zusätzlich uns ne Zweitmeinung noch mal einzuholen für, dass da gesagt wird, Patient soll lieber stationär aufgenommen werden oder das reicht hier aus, wenn wir den mal 3 Stunden hier mit einer Infusion behandeln oder wie auch immer, dann kann der wieder nachhause gehen.*

Und das haben wir eben halt komplex abgedeckt auch mit Fahrtkosten, was natürlich schon immer schwierig ist. Also da ist ne ganze Menge dabei zu bedenken, auch was die Arzneimittelversorgung anbelangt, dass Arzneimittel mit nachhause gegeben werden können aus dem Klinikbereich, wenn sich z.B. einer nachts um 2.00 oder um 3.00 da vorstellt wird, vom Prinzip her müsste der dann fast stationär aufgenommen werden.

In diesem Zitat wurde auf einen Versorgungsvertrag nach § 140a ff. Bezug genommen, der Palliativversorgung getrennt behandelte. Dieses wurde von der Mitarbeiterin der verantwortlichen Krankenkasse als besser bewertet, als die Palliativversorgung an die Hausarztzentrierte Versorgung anzuschließen:

Krankenkassenmitarbeiterin: Also wir haben es so nicht gemacht und das hat sich bisher auch als gut erwiesen. Eine andere Kasse hat den Palliativvertrag an den Vertrag hausarztzentrierte Versorgung gekoppelt und der Vertrag hausarztzentrierte Versorgung wird von vielen niedergelassenen Ärzten abgelehnt und dadurch kann auch der Palliativvertrag nicht umgesetzt werden, also die sind miteinander verwoben. Bei uns ist es so, dass der völlig isoliert dasteht, also dieser palliativmedizinische Vertrag.

Wir haben aber einen Vertrag hausarztzentrierte Versorgung und da steht aber nur drin, dass der Hausarzt in integrierte Versorgungsverträge steuern soll. Ob er das letzten Endes macht, können wir weder kontrollieren noch sonst irgendwas machen, also da haben wir gar nicht die Manpower dafür, aber vom Prinzip her ist es ja so angedacht, der Hausarzt hat die Lotsenfunktion und wenn er da einen Palliativpatient hat, dann soll er dem gleichzeitig sagen, pass auf, wir schreiben dich hier ein in diesen Vertrag oder schreib dich hier ein in diesen Vertrag, dann kriegst du noch ne spezielle palliativmedizinische Betreuung,

Also wir sind gerade dabei, auch noch mal genauer zu prüfen, inwieweit gerade im Bereich hausarztzentrierte Versorgung, inwieweit die DMP-Ärzte dabei sind und auch IGV-Ärzte dabei sind.

Aus ärztlicher Perspektive wurden diese IV-Verträge auch als hilfreich eingeschätzt, etwa wenn es um die Verschreibung bestimmter Arzneimittel ging, die grundsätzlich nur für den stationären Sektor zugelassen waren. Die Verträge ermöglichten es den Ärzten, diese Medikation auch ambulant zu verordnen.

Die Existenz dreier Versorgungsverträge mit unterschiedlichen Krankenkassen verwies auch auf eine erhöhte Komplexität für Leistungserbringer. Diese mussten dadurch bei ihrer Arbeit beachten, welcher Krankenversicherung ihre Patient/-innen angehörten. Diese Problematik wurde unterschiedlich beurteilt. Von einigen wurden diese Verhältnisse als unproblematisch beschrieben:

Niedergelassener Arzt (I): Ja. Ich habe neben meinem Schreibtisch drei Listen liegen, in-, oder besser gesagt, hängen, die hängen an der Wand, wo wir-, die entsprechenden Ziffern vermerkt sind. Wenn ich zum Beispiel ein Telefonat mit einem AOK-Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung abrechnen möchte, dann hat das eine Ziffer. Genauer gesagt, zwei Ziffern. Das ist einmal die 01435 für den telefonischen Kontakt, und dann ist es die 92111. Ich weiß es nicht, aber es hängt, wie gesagt, neben mir. Ja, und diese Ziffern muss ich dann in den Computer eintragen. Für einen Ersatzkassen-Patienten ist es eine andere Ziffer. [...] Und für einen Betriebskrankenkassen-Patienten ist das auch eine andere Ziffer. Für manche Dinge, die ich abrechnen will bei einem AOK-Patient/-innen, [...] ich keine Ziffer bei einem BKK-Patienten. Oder bei einem Ersatzkassen-Patienten. Das gibt also durchaus Unterschiede in den Ersatzkassenverträgen. Die Summen, die dabei letztendlich bewegt werden, werden unterm Strich irgendwie wohl die gleichen sein. Das ist also kein wesentlicher wirtschaftlicher Vorteil, wenn ich den Patienten aus dem einen oder aus dem anderen, Patienten, die ich bekomme. Es gibt zwar kleine Unterschiede, aber so gewaltig sind die nicht.

Von einem anderen Arzt wurden die Unterschiede in der Vergütungshöhe doch als erheblich eingeschätzt:

Niedergelassener Arzt (II): Und dann bei diesen Verträgen, was mich so ein bisschen stört-, also, vorher waren alle gleich, alle kriegten nix sozusagen. Und jetzt ist es ja so, dass die Krankenkassen ja auch Palliativmedizin sehr unterschiedlich vergüten. Die Techniker hat sich in sich in irgendeinem Bundestag zu so Sprüchen hinreißen lassen wie: Auch im Bereich der Palliativmedizin muss ein Wettbewerb stattfinden. Ich bitte Sie! Also, ich meine, ich bin auch kein Fantast, ich sage auch nicht, hier Blattgold, wer das macht. Aber ob ein Palliativpatient wettbewerbsfähig gesehen werden kann, das halte ich für sehr zweifelhaft. Also, da reden wir über Dinge, wo wir wirklich sehen sollten, dass die Qualität der Versorgung im Vordergrund steht und nicht pekuniär-, natürlich, die Erfahrung-, keinen Blödsinn machen, also, es muss gewisse Qualität sein. Aber das eine schließt das andere nicht aus. Qualität sollte ja dazu führen, dass nicht Ressourcen vergeudet werden, wenn ich eine Palliativmedizin mache. Aber die muss ich auch machen können. Ohne ständig zu gucken: Ist der Techniker, ist der Barmer?

Bemerkenswerterweise unterschieden sich beide Ärzte zudem in ihrer Einschätzung zu DMPs. Ersterer schätzte die DMPs dergestalt ein, dass sie die Versorgung verbessern, indem sie die Patient/-innen besser unterstützen, letzterer sah sie als unnötige bzw. lästige Bürokratie an. Hier könnten auch unterschiedliche Haltungen zur professionellen Autonomie und zu anderen gesundheitspolitischen Fragen zum Ausdruck gekommen sein.

Es wurden keine Angaben darüber gemacht, ob die Anzahl der Palliativpatient/-innen nach Abschluss der Versorgungsverträge zugenommen hatte. Daten der KV legten dies allerdings für andere Versorgungsregionen nahe, in denen der Vertrag auch galt.⁹⁹

Weitere Vertrags- und Versorgungsinnovationen

Haus- und Fachärztliche Versorgung in Heimen

Die beschriebene defizitäre fachärztliche Versorgungssituation in Heimen führte dazu, dass nach längeren Verhandlungen im Jahr 2007 ein integrierter Versorgungsvertrag nach § 140a ff. SGB V gestartet wurde, an dem niedergelassene Haus- und Fachärzt/-innen, Krankenhäuser und Heime beteiligt waren. Der Vertrag galt allerdings nur für eine Krankenkasse, d.h. nur für ca. 30% der Heimbewohner/-innen. Am Abschluss eines solchen Vertrages hatten sowohl Heime als auch die Krankenkasse ein Interesse daran, so dass in der Rückschau nicht mehr klar zu identifizieren ist, von wem die Initiative ausging. Das Ziel war, haus- und fachärztliche Versorgung in Heimen zu verbessern, insbesondere unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund wurden Behandlungspfade entwickelt, zunächst in den Bereichen Demenz und Wundversorgung.¹⁰⁰ In Bezug auf Demenz wurde problematisiert, dass die Demenzversorgung nicht gebietsärztlich abgesichert war, d.h. keine Neurolog/-innen oder Gerontopsychiater/-innen hinzugezogen wurden. Darum sah der Behandlungspfad einen standardmäßigen Einbezug von Neurolog/-innen vor. Durch den Vertrag sollte zudem ermöglicht werden, dass Krankenhausärzt/-innen in Ausnahmefällen (bei Einwilligung des Hausarztes) an der Heimversorgung mitwirken konnten.

Die Steuerung¹⁰¹ des IV-Vertrages erfolgte durch einen Projektbeirat aus Vertretern von Krankenkassen- und Leistungserbringern, in dem die Krankenkasse eine moderierende Funktion wahrnahm. Die durch den Vertrag ausgelöste Entwicklung war aber zum Untersuchungszeitpunkt noch neu, so dass sie noch nicht bewertet werden konnte. In einem Altenheim wurde prognostiziert, Veränderungen durch den Vertrag würden sich erst allmählich abzeichnen. Die interviewten Hausärzte standen dem Vertrag überwiegend skeptisch gegenüber. Bemängelt wurde eine zu geringe Vergütung für die geforderte 24-stündige Rufbereitschaft. Von Seiten der Heime wurde der Vertrag positiv aufgenommen und eine Verbesserung der Situation erwartet. Zugleich wurde Verständnis für die Situation der Ärzt/-innen geäußert. Der Vertrag war schon andernorts in NRW implementiert worden. Die Philosophie der Krankenkasse bestand darin, erfolgreiche Verträge an anderen Orten im Bundesland NRW einzusetzen. Grundsätzlich strebte diese Kasse an, dass alle IV-Verträge „roll-out-fähig“ sein müssten, d.h. sie müssten auf andere Regionen übertragbar sein. Allerdings ist es als problematisch zu bewerten, wenn die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen eher verhindert, dass sinnvolle Verträge flächendeckend für alle Heimbewohner Geltung bekommen könnten. Die Tendenz, dass sich Kassen animiert sahen, sich mit unterschiedlichen Versorgungsverträgen zu profilieren, scheint aus einer Systemperspektive in Hinblick auf Effizienz und gleichen Zugang widersinnig.

99 Dabei bleibt unklar, ob diese Zunahme auf eine höhere Bedarfsdeckung, angebotsinduzierte Nachfrage oder aber auf eine statistische Artefaktproduktion zurückzuführen ist.

100 Beide Pfade befanden sich zu Zeit der Erhebung noch in der Entwicklung.

101 Dies beinhaltet beispielsweise Entscheidungen über Behandlungsleitlinien und Konfliktmoderation.

Leitfaden zur Patientenüberleitung

Wie eingangs geschildert, wurde im Rahmen der Gesundheitskonferenz ein Leitfaden zur Patientenüberleitung entwickelt. Der Leitfaden wurde insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Abrechnungssystems auf Basis von DRGs eingeführt. 2004 fanden zwei Expertenrunden statt, welche die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf Schnittstellen zum Gegenstand hatten. Diese Runde beschloss, eine D-Weststädter Leitlinie Überleitungsmanagement zu konzipieren. Der im Auftrag des BMG erarbeitete Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ sollte als Grundlage dienen und mit D-Weststädter Erfahrungen zusammengeführt werden. Der beschlossene Standard diene zur Verständigung zwischen Arztpraxen, Pflegediensten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Reha-Einrichtungen.

Die Erfahrungen mit den Überleitungsbögen bei ambulanten Pflegediensten und den Altenheimen fielen unterschiedlich aus. Teilweise wurden die Bögen als sehr hilfreich beurteilt, da sie u.a. aufwändiges Nachfragen ersparen. Zum Teil wurden sie auch als unpraktisch oder unausgegoren eingeschätzt. Zudem schienen am Beispiel solcher Bögen Konflikte über die adäquate Medikation eines Patient/einer Patientin sichtbar zu werden. So wurde z.B. die Entlassungsmedikation wieder von niedergelassenen Ärzt/-innen geändert, möglicherweise aus Budgeterwägungen oder auch als Ausdruck ärztlicher Autonomie. Die Pflegeüberleitungsbögen fanden auch in von den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Versorgungsverträgen (sowohl in Bezug auf Palliation als auch in Bezug auf die ärztliche Versorgung in Heimen) Anwendung. 2007 wurde eine überarbeitete Version des Überleitungsbogens verabschiedet. Bis Ende 2007 nahmen 106 von 146 Einrichtungen das Modell Patientenüberleitung wahr. Die Landesgesundheitskonferenz empfahl im November 2007 allen Kommunen in NRW, den Überleitungsbogen anzuwenden.

Analyse und Bewertung

D-Weststadt beleuchtet die Entstehung und Entwicklung eines Netzwerks für Palliativversorgung, das an einem Krankenhausverbund mit Bezügen zur Onkologie entstand. Das Netzwerk kann als Vorläufer oder zumindest als eine der ersten Initiativen für integrierte Palliativversorgung in der Region gelten. Einzelne Personen spielten für die Netzwerkentwicklung eine wichtige Rolle (z.B. eine Oberärztin des Zentrums für Palliativmedizin, eine Mitarbeiterin der Heimaufsicht). Die Entwicklung des Netzwerks zeigte eine zunehmende Ausweitung des Konzepts der Palliativversorgung von onkologischen Patient/-innen auch auf geriatrische Patient/-innen. Eine wesentliche Errungenschaft der Netzwerkarbeit bestand in der Verbreitung der palliativen Versorgung in Alten- und Behindertenheimen. In dieser Region schien die Palliativversorgung auch für die Zielgruppe der multimorbiden Älteren gut ausgebaut und vernetzt. Andere Versorgungsbereiche (z.B. Demenz), die für diese Zielgruppe und im Rahmen des Projekts relevant sind, wiesen nicht solche Vernetzungsstrukturen auf.

Am Beispiel des palliativen Netzwerks NePa kann eine positive Entwicklung eines Netzwerkaufbaus analysiert werden. Zum Teil mussten lokale Konflikte überwunden werden. Mehrere Interviews deuteten auf eine ursprüngliche Rivalität zwischen der AG Schmerz und dem NePa hin. Zwei Hintergründe waren hier vorstellbar: Zum einen ein sozialräumlicher, der zu einem Konflikt beitragen könnte zwischen der in einem armen Stadtteil D-Weststadts arbeitenden AG Schmerz und dem Netzwerk, das auch in reicheren Quartieren präsent war. Zum zweiten bestand ein Großteil der Mitglieder der AG Schmerz aus niedergelassenen Ärzt/-innen, während das Netzwerk aus der stationären Maximalversorgung entstanden ist. Tatsächlich war es gelungen, den Konflikt beizulegen und eine Integration der beiden Initiativen zu erreichen. Möglicherweise war das die Folge einer konsequenten Ausrichtung des Netzwerks an verbesserter Patientenversorgung und weniger an individuellen oder organisationellen ökonomischen Vorteilen mit eher integrativen als kompetitiven Effekten. Einige der örtlichen Beteiligten vertraten die Meinung, Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft stellten möglicherweise förderlichere Bedingungen für solche Initiativen her als Krankenhäuser, die

explizit ökonomisch ausgerichtet sind. Möglicherweise ziehen Krankenhäuser je nach Trägerschaft auch Ärzt/-innen an, für die entsprechende Orientierungen naheliegen.

Die föderale und auch die Bundesebene spielten eine wichtige Rolle für die Entwicklung der vernetzten Formen der Palliativversorgung. Die Innovation des palliativen Netzwerks in D-Weststadt konnte sich im Zeitverlauf verbessernde Bedingungen nutzen. Im Land NRW stand Palliativversorgung hoch auf der gesundheitspolitischen Agenda. Im Jahr 2005 wurde das „Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ verabschiedet, welches in abgeschlossenen Versorgungsverträgen auch als Anhang aufgenommen wurde. In diesem Rahmenprogramm fanden sich maßgebliche Inhalte der u.a. im Netzwerk NePa entwickelten Konzepte wieder. Es ließen sich also sich wechselseitig verstärkende top-down- und bottom-up-Steuerungsprozesse konstatieren. Auf bundespolitischer Ebene wurden diese Entwicklungen im GKV-WSG aufgegriffen und die Palliativversorgung gestärkt.¹⁰²

Der Wettbewerb spielte in dieser Fallstudie auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Grundsätzlich herrschte in dieser – städtischen – Region erheblicher Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern (insbesondere Krankenhäuser, aber auch zwischen den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten). Anhand dieser Fallstudie ließen sich auch die auf Bundesebene durch die neuen Versorgungsformen geschaffenen Möglichkeiten zum Vertragswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen analysieren:

Die Existenz beider Vernetzungsinitiativen erleichterte es den Krankenkassen wesentlich, entsprechende Verträge zur palliativen Versorgung abzuschließen und zu realisieren. Das zeigte, dass eine wichtige Voraussetzung bzw. förderliche Bedingung für den Abschluss, aber auch für die Umsetzungschancen solcher Verträge in bereits bottom-up entwickelten Strukturen der Vernetzung bestand. Das Netzwerk für Palliativversorgung wies zudem deutlich über die gängigen Versorgungsverträge nach § 140 SGB V hinaus, in dem es Versorgungsstrukturen außerhalb des Geltungsbereiches des SGB V, insbesondere die Pflege, sehr früh integrierte. Dies wurde auch im Fort- und Weiterbildungsangebot deutlich, dass nicht nur auf Ärzt/-innen abzielte, sondern auch auf andere Berufsgruppen und die breitere Öffentlichkeit.

Im Zusammenhang mit den durch die gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen selektiven Versorgungsverträge konnte aus der Perspektive der Systemgestaltung als Schlüsselfrage gelten, inwieweit diese unterschiedlichen Arrangements ein künftiges Lernen von ‚besten Lösungen‘ erlauben würden. Im besten Fall könnten die Verträge dazu dienen, Erfahrungen mit unterschiedlichen Modellen zu machen und sich dann für ein optimales Modell zu entscheiden:

***Krankenkassenmitarbeiterin:** Ich denke, das ist ein Problem, wo ein Wettbewerb nicht hingehört, also man sollte so ein Problem versuchen, kollektivvertraglich zu regeln. Und wir waren uns dann auch damals oder die Position vertrete ich, es muss jeder seinen Vertrag, also AOK und die anderen primären Kassen haben einen eigenen Vertrag, VdAK hat einen eigenen Vertrag geschlossen, wir haben dann hinterher gezogen, haben dann auch einen Vertrag geschlossen. Ich habe gesagt irgendwann nach zwei oder drei Jahren müssen die alle auf den Tisch kommen mit den Ergebnissen und dann muss man sagen, das war der beste Vertrag und den machen wir jetzt kassenartenübergreifend eben halt alle geschlossen.*

Im negativen Fall hingegen könnten die unterschiedlichen Versorgungsverträge dazu führen, dass Angehörige unterschiedlicher Kassen, die identische Versorgungsbedarfe aufwiesen, dauerhaft auf unterschiedlichen Niveaus behandelt würden. Zudem verkomplizierte die Vielzahl der Selektivverträge den administrativen Teil der Krankenversorgung. Aus der Perspektive der Krankenkassen schienen Standardverträge für alle Versorgungsgebiete nicht sinnvoll. Vielmehr sollten die Verträge an lokale Gegebenheiten angepasst werden. In eher ländlich geprägten

¹⁰² Von einem Arzt wurde diesbezüglich die Sorge geäußert, dass dies allerdings auch die falschen Leistungserbringer auf den Plan rufen könne, die lediglich an finanziellen Mitteln, nicht aber an der Palliativversorgung als solcher interessiert sind.

Nachbarregionen zeigte sich etwa, dass es bisher keine ausreichend qualifizierten Pflegedienste gab, die sich an einer integrierten Palliativversorgung beteiligen könnten. Allerdings wäre es durchaus sinnvoll gewesen, tragfähige Modelle auf andere Kassen zu übertragen, so den administrativen Aufwand für Kassen und Ärzte zu verringern sowie zu einer vergleichbar hohen Versorgungsqualität für alle Versicherten beizutragen.

Es schien zum Untersuchungszeitpunkt ein Novum zu sein, dass diese Versorgungsverträge explizit Koordinationsleistungen vergüteten, etwa solche des Hausarztes mit Pflegediensten, des Qualifizierten Palliativarztes oder des Krankenhauses. Dies wäre aber nicht an den selektivvertraglichen Modus gebunden, sondern auch als kollektivvertragliches Modell denkbar. Eine Infrastruktur wie NePa erleichterte und förderte solche Koordinationsleistungen, indem es an der Versorgung Beteiligte miteinander verband. Auch internationale Befunde verwiesen darauf, dass erfolgreich implementierte integrierte Versorgung einer gesonderten ressourcengestützten Managementleistung bedarf (van Raak et al., 2003).

In Bezug auf die abgeschlossenen Verträge zeigten sich typische Konflikte zwischen Ärzt/-innen und Krankenkassen. Dieser Konflikt zeigte sich besonders deutlich in Bezug auf den Vertrag zur ärztlichen Versorgung in Heimen. Niedergelassene Ärzte sehen sich zum Teil unter Druck, Hausarztverträgen beizutreten. Ärzte würden von Patient/-innen dazu „erpresst“, hieß es. Wenn Ärzte oder Patient/-innen den Verträgen nicht beiträten, könnte die palliative Versorgung gefährdet werden. Solche Konflikte können im Spannungsfeld einer neuen Regulierungskultur gesehen werden, da Bereiche, die traditionell nicht oder von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Selbstverwaltung geregelt wurden, nun durch die gesetzlichen Krankenkassen reguliert wurden. Gesundheitspolitische Grundkonflikte über professionelle Autonomie von Ärzten vs. leitlinienbasierter und koordinierter bzw. integrierter Versorgung spiegelten sich in solchen regionalen Auseinandersetzungen wider.

Die Beobachtung, dass Debatten um besondere Versorgungsformen/Managed Care und diejenigen um praktische Versorgungsintegration teilweise oder ganz losgelöst voneinander stattfanden und erstere im Bereich der Versorgung älterer Menschen eine geringe Rolle spielten – wiederholte sich für die Palliativversorgung in D-Weststadt nicht. Hier konnten eher Verbindungen zwischen beiden Ebenen beobachtet werden. Die aus dem gesundheitspolitischen Diskurs der Bundespolitik stammenden Konzepte der neuen Versorgungsformen wurden auch von dem Netzwerk aufgegriffen, welches sich tendenziell aus informellen Strukturen heraus entwickelte. Für die Krankenkassen konnten solche Strukturen sogar als begünstigende Voraussetzung begriffen werden, um überhaupt Verträge abschließen bzw. umsetzen zu können.

Die hier vorliegende Situation, dass bedarfsorientierte Versorgungsintegration tatsächlich in Zusammenhang mit den Möglichkeiten der neuen Versorgungsformen diskutiert bzw. umgesetzt wurde, liess sich auch auf die Fähigkeit zu einem ‚doppelten Blick‘ auf lokale Bedarfe und auf übergeordnete gesundheitspolitische Diskurse zurückführen, die federführende Akteure in die Netzwerkentwicklung des NePa einbrachten (hierzu vgl. die vergleichende Analyse in Kapitel O).

In dieser Fallstudie wurde wiederum deutlich, dass einzelne Personen für die Entwicklung des NePa und damit für erhebliche Fortschritte in der Qualität und Integration der Palliativversorgung von ganz erheblicher Bedeutung waren. Insbesondere stand eine Oberärztin zentral für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Netzwerkes, die sowohl auf der praktischen Versorgungsebene als auch in Verhandlungen mit potentiellen Geldgebern dem Netzwerk immer wieder zu konzeptioneller Identität und organisationaler Stabilität verhalf. Die Frage, inwieweit dies auch durch den Kontext eines Krankenhauses in konfessioneller Trägerschaft ermöglicht und gefördert wurde, wurde bereits gestellt. Sie kann hier nicht beantwortet werden. In der vergleichenden Analyse wird auf die Bedeutung dieses ‚P-Faktors‘ (Persönlichkeitsfaktor) und seiner Kontextbedingungen noch weiter eingegangen.

6.1.4 D-Ostdorf: Vernetzte geriatrische Versorgung im ländlichen Raum

Einführung

Diese Fallstudie war in einer dünn besiedelten ländlichen Gegend in Ostdeutschland angesiedelt. Die Region zeichnet sich durch einen überdurchschnittlich hohen Altersquotienten und relativ hohe Arbeitslosigkeit aus. Das umgebende Bundesland war im Bereich der geriatrischen Weiterbildung für Ärzt/-innen als fortschrittlich anzusehen – als eines von zwei Bundesländern in Deutschland hatte es in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer die Schwerpunktbezeichnung Geriatrie eingeführt.

Eine zentrale im Rahmen der Fallstudie betrachtete Einrichtung war die Klinik D-Ostdorf*, eine Fachklinik für Innere Medizin/Geriatrie (Altersmedizin). Sie war zudem das Zentrum des „Geriatriverbundes“*, eines lokalen Netzwerks für Geriatrie, auf das sich das Interesse dieser Fallstudie richtete (siehe hierzu weiter unten). D-Ostdorf ist eine kleine Gemeinde mit ca. 7.000 Einwohnern.

Versorgungsstrukturen im Überblick

Krankenhäuser und Geriatrie

Die Fachklinik D-Ostdorf hatte eine lange Tradition und war auch in der DDR eine freigemeinnützige Einrichtung. Das Krankenhaus hatte etwa 100 Betten und bot darüber hinaus eine tagesklinische Betreuung. In der Tagesklinik wurden 20 Patient/-innen geriatrisch behandelt. Angestrebt wurde damit eine Verkürzung der stationären Behandlung und die Rehabilitation von zuhause lebenden Patient/-innen im Sinne von Vermeidung, Verminderung und Beseitigung von Pflegebedürftigkeit. An der Klinik D-Ostdorf wurden die Qualitätszirkel des Unternetzes des Geriatriverbundes (zum Geriatriverbund, der hier im Zentrum stehenden Versorgungsinnovation vgl. weiter unten) durchgeführt. Themen im Jahr 2008 waren Schlaganfall bei geriatrischen Patient/-innen, Chronische Wunden und Stürze in der Geriatrie.

Die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung wurde überwiegend durch Ärzt/-innen in Einzelpraxen erbracht. Ungefähr fünf Kilometer von D-Ostdorf entfernt, im angrenzenden Landkreis, lag das Kreiskrankenhaus Schönendorf*, ein Akut-Krankenhaus der Regelversorgung. Es hielt Fachabteilungen für Innere Medizin und Palliativmedizin, Allgemeine Chirurgie, Neurologie und Schmerztherapie, Anästhesiologie und Intensivtherapie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vor.

Die Koexistenz von zwei Krankenhäusern in räumlicher Nähe, aber mit klar unterschiedenen Profilen (einmal geriatrisch und einmal stärker allgemeiner ausgerichtet) wurde von manchen Akteuren positiv beschrieben:

***Niedergelassener Hausarzt in Einzelpraxis:** Das ist natürlich für mich als Niedergelassener eine sehr luxuriöse Ausstattung, dass wir diesen Kernpunkt D-Ostdorf haben. Ich kann mir vorstellen, in anderen Bereichen, wo es so was nicht gibt, ist das schon sehr schwierig. Wenn ich jetzt Krankenhauseinweisungen machen will, kann ich jetzt schon sehr schön vorselektieren, will ich eher eine geriatrische Klinik, wo es um den ganzen Patienten geht, nicht nur so eine reine Organmedizin, sondern auch mehr um den rehabilitativen und mobilisierenden Charakter, dann nehme ich halt D-Ostdorf, ist es eine Sache, wo es eine reine Organgeschichte ist, wo der Rest gar nicht so eine große Rolle spielt, kann ich Schönendorf oder Seendorf* nehmen, das wäre dann kein Thema. Das ist natürlich sehr schön, dass ich das hier gut auswählen kann. In anderen Gegenden geht das wahrscheinlich nicht so einfach. Flächendeckend, gerade was auch andere Strukturen angeht, geriatrische Tagesklinik und mobile Reha, gibt es das ja noch nicht (...).*

Altenheime und Pflegezentren sowie teilstationäre Angebote

In der Region gab es mehrere Alten- und Pflegeheime überwiegend in freigemeinnütziger Trägerschaft; drei davon waren Mitglied im Geriatriverbund (s.u.). Eine dieser Einrichtungen

bot 120* Plätze in einer spezialisierten Wohneinheit ausschließlich für Menschen mit Demenzerkrankung, die privatwirtschaftlich arbeitete und Zuzahlungen der Patienten verlangte.

An der Fachklinik gab es neben der Tagesklinik auch ein Angebot an Tages- und Kurzzeitpflege durch einen privaten Pflegedienst. In D-Ostdorf wurde zudem mobile Rehabilitation (moRe) angeboten. Mobile Rehabilitation ist erst seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, wurde aber in D-Ostdorf schon seit vielen Jahren im Rahmen von Modellprojekten durchgeführt. Sie findet in der gewohnten Lebensumgebung der Patient/-innen statt. Die Leistung wird von einem multidisziplinären Team aus Ärzt/-innen, Physiotherapeut/-innen, einer Sprach- und einer Pflegetherapeutin sowie Sozialarbeit und einer Psychologin erbracht. (Zum Konzept der MoRe vgl. Schmidt-Ohlemann 2008)

Die moRe wurde von den gesetzlichen Krankenkassen allerdings eher restriktiv gehandhabt, und die Zulassungsbedingungen schienen eher streng zu sein:

Ärztin im moRe Team: *Seit dem Zeitpunkt hat das Haus dafür die Zulassung, weil daran ja auch ganz enge Rahmenbedingungen und Richtlinien geknüpft sind. Es geht auch um die Erfahrung des Teams, das dort arbeitet, in welcher Art das geriatrisch gebildet ist und Erfahrung hat. Das ist alles sehr eng gelegt, so dass die mobile Rehabilitation jetzt nicht überall aus dem Boden sprießen kann wie ambulante Pflegeeinrichtungen, ...*

Zielgruppe in der moRe sind ältere chronisch kranke Patient/-innen, insbesondere über 65 Jahre. Häufig handelt es sich um Schlaganfallpatient/-innen mit Mobilitätseinschränkungen. Ziel der moRe ist es dann u.a., den individuellen Wohnraum so anzupassen, dass sich die Person wieder in ihrer Wohnung bewegen kann. Als besonders geeignet gilt die moRe für Menschen mit dementiellen Veränderungen, die sich in ihrer Wohnung oft gut, im Krankenhaus dagegen kaum mehr zurechtfinden:

Ärztin im moRe Team: *Demenzkrankte Patienten leiden ja häufig auch an Orientierungsstörungen, wenn die beispielsweise noch in der Häuslichkeit untergebracht sind oder auch in WGs, diese Demenz-WGs, die sich ja häufig jetzt bilden, hat man natürlich das Problem, wenn ich die stationär zur Reha nehme, kriegen die häufig ein massives Problem mit der Orientierung, man kann die häufig gar nicht wirklich stationär rehabilitieren, weil die so, ich sag immer, „huschig“ werden, weil sie so verwirrt werden, manchmal halluzinieren, und deutliche Orientierungsstörungen haben, weil sie diesen Umschwung, diesen Ortswechsel gar nicht verkraften. Und gerade für diese Patienten ist die mobile Reha natürlich sehr geeignet. Die bleiben in ihrem gewohnten Umfeld, haben ihre Betreuer oder ihre Familie, je nachdem, wer sich halt um sie kümmert. Und wir kommen nur hinein, noch immer mit den gleichen Therapeuten. Das wechselt nicht. Wir haben einen festen Physiotherapeuten für jeden Patienten, einen festen Ergotherapeuten, so dass der sich auch nur an wenige Gesichter gewöhnen muss. Und wir tun natürlich genau da was, wo ein Demenzkranker klarkommen muss, nämlich in der Umgebung, in der er lebt. Das bringt ja nichts, wenn er hier halbwegs auf die Beine gestellt wird, und zuhause wieder alles anders ist.*

Es gab in der näheren Umgebung kein stationäres Hospiz, jedoch einen ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienst ca. 25 Kilometer von D-Ostdorf entfernt.

Soziale Dienste

In einer nahegelegenen Kleinstadt befand sich eine trägerunabhängige Beratungsstelle („BAKUB“) zur Beratung von Menschen, die durch Alter, Krankheit oder Behinderung zeitweise oder auf Dauer geschwächt und in ihrer körperlichen Beweglichkeit eingeschränkt sind, sowie deren Angehörigen. Es wurden Hilfen u.a. in den Bereichen Wohnen, Gesundheit, Aktivitäten des täglichen Lebens, Freizeit und Berufstätigkeit angeboten. Der Einzugsbereich von BAKUB umfasst ca. 60.000 Menschen. Die Beratungsstelle wurde im Rahmen eines Modellprojekts finanziert und war als Pflegestützpunkt im Rahmen der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten vorgesehen. BAKUB bot auch die Vermittlung von ehrenamtlichen Helfern an, z.B. für die stundenweise Entlastung von Pflegenden von dementiell veränderten Menschen.

Demenzbetreuung

In der stationären Pflegeeinrichtung, die ausschließlich demente Menschen betreut, wurde seit Dezember 2007 für ein neues Tätigkeitsprofil ausgebildet, den „Alltagsbegleiter dementer alter Menschen“. Die Ausbildung dauerte sieben Monate; die Alltagsbegleiter/-innen wurden in der Einrichtung bereits eingesetzt.

Defizite in der Versorgung älterer Menschen

Während die Versorgung Älterer im Allgemeinen in der Region insbesondere durch das Geriatrienetz (zum Geriatrienetz als zentrale Innovation siehe weiter unten) als gut ausgebaut und gut vernetzt beschrieben wurde, gab es dennoch Versorgungsdefizite in verschiedenen Bereichen und an verschiedenen Schnittstellen. Sowohl haus- als auch fachärztliche Versorgung wurde in vielen Heimen als schlecht angesehen. Zwei Gründe wurden dafür angeführt: Zum einen eine z.T. mangelnde geriatrische Ausbildung der Ärzt/-innen in einem Versorgungsbereich, der ausgeprägte geriatrische Qualifikation benötigt; zum anderen die schlechte Vergütung von Hausbesuchen.

In einem Interview, das in einem Pflegeheim mit ausschließlich demenziell veränderten Menschen geführt wurde, wurde die ärztliche Versorgung als befriedigend beurteilt:

Heimmitarbeiterin: *Ansonsten, wir im Haus können froh sein, wir haben für jede Etage einen Allgemeinmediziner, der als Hausarzt tätig ist, der die Versorgung übernimmt, und dann hatte ich ja schon gesagt, die neurologische, psychiatrische Versorgung ist auch geregelt, da haben wir die beiden Institutsambulanzen, Krankenhaus Schönendorf, ... die regelmäßig ins Haus kommen und sich die Bewohner angucken, wo wir die Bewohner vorstellen können. (...) Das ist für uns ein Segen, weil ja auch der nächste Schritt, wenn jemand zur medikamentösen Einstellung ins Krankenhaus muss, das natürlich wesentlich einfacher geht, und er geht dann natürlich in das Krankenhaus, was schon über die Institutsambulanz seine Akten angefangen hat.*

Aber auch aus der Perspektive dieses Heims handelte es sich dabei eher um die Ausnahme, die die Regel bestätigt. Das Heim wurde vorwiegend von Selbstzahlern bewohnt und war Sozialhilfeempfängern nicht zugänglich, was auf eine ungleiche Verteilung in der ärztlichen Versorgung verweist. Bemerkenswert war, dass auch die ambulante neurologische und psychiatrische Versorgung vom Krankenhaus mit einer Zulassung als Institutsambulanz erfolgte. Das unterscheidet diese Fallstudie von der in D-Weststadt.

Während des Aufbaus des geriatrischen Netzes wurde deutlich, dass die mangelhafte Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung geriatrischer Patienten eine Barriere für eine zügige und umfassende Weiterentwicklung der Vernetzung wie der Versorgung darstellte. Mit diesem Umstand wurde auch erklärt, dass Nachfrage nach den Fortbildungskursen des Verbundes, z.B. ein Basiskurs Altersmedizin, geringer als erwartet war.

Die ambulante palliative Versorgung wurde für das ganze Bundesland, aber auch für die Region als unterentwickelt beschrieben. Erst im Untersuchungszeitraum entstand eine Initiative zur verbesserten Vernetzung der palliativen Versorgung in der Region.

Niedergelassener Hausarzt: *Ja, da tut sich viel zu wenig hier. Wir hatten jetzt im letzten Monat ein großes Treffen hier im Krankenhaus Schönendorf (...). Es waren ungefähr 50, 60 Leute da, aus Sozialstationen, Ärzte alles Mögliche, leider nur drei Hausärzte, wo man sich wundert, weil die ja vor Ort die Leute sind, die die Patient/-innen versorgen müssen. Und da ging es einfach nur darum, wie wir diese Palliativversorgung noch besser vernetzen können, was wir da noch machen können. Jeder macht so ein bisschen was, aber eine richtige Vernetzung....*

Die Folge der mangelnden Vernetzung waren häufige unnötige Krankenhauseinweisungen. Das fehlende Engagement der Hausärzte wurde auch in diesem Bereich auf eine zu geringe Vergütung zurückgeführt.

Niedergelassener Hausarzt: *Das scheitert am Geld. Ich denke mir, deshalb sind nur drei Hausärzte gekommen, Sie kriegen es nicht bezahlt. Sie kriegen es nicht vergütet, es ist aufwändig, Sie müssen die ganze Zeit eine Art Rufbereitschaft haben.*

Es wurde auch die Ansicht geäußert, dass die palliative Unterversorgung in der Region auf fehlende Versorgungsverträge mit den Krankenkassen zurückzuführen sei, wie sie z. B. mit dem Modell des Home Care Arztes in Berlin vorhanden waren.¹⁰³ Stattdessen würden in der Region häufig die Hauskrankenpflegedienste einspringen und die Betreuung von Palliativpatient/-innen übernehmen.

Kontext: Der überregionale Geriatrieverbund

Mitte der 1990er Jahre entwickelte sich in diesem Bundesland eine Initiative für die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung. Leitende Ärzt/-innen schlossen sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammen, um eine integrierte geriatrische Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Als wesentlich galt die Schaffung von vernetzten Versorgungsstrukturen. Ein Konzept wurde der Öffentlichkeit im Jahr 2001 präsentiert. Folgende Grundprinzipien und Regeln sollten der Zusammenarbeit zugrunde liegen:

- Lebensqualität und Selbständigkeit der betroffenen Patient/-innen stehen im Mittelpunkt.
- Es gilt der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘.
- Jede Institution hat zu prüfen, ob der Patient/die Patientin nicht von einer anderen Institution des Netzes besser behandelt werden könnte.
- Die Partner im Netz handeln sparsam und preisbewusst.
- Bei der Übergabe von Patient/-innen zwischen Partnern im Versorgungsnetz wird auf eine möglichst gute Informationsweitergabe geachtet,
- Jeder Partner kann und soll die Kompetenz anderer Institutionen im Netzwerk in Anspruch nehmen,
- Alle sind bemüht, die Qualität des Netzwerks stetig zu verbessern.

Die Organisation des Netzwerks oblag der im gleichen Zusammenhang gegründeten geriatrischen Weiterbildungseinrichtung, die Supervision der Netzwerkkonferenz des Geriatrienetzes. Für die Verbundarbeit standen eine ½-Stelle und Sachkosten zu Verfügung, die durch eine Umlage der geriatrischen Krankenhäuser finanziert wurden. Der Verbund benützte gemeinsame Instrumente, insbesondere:

- ein Formular zur Patientenüberleitung,
- Kurse zur geriatrischen Weiterbildung,
- schneller Zugang zu Expertenberatung,
- Qualitätszirkel.

Der Verbund hatte ein Akkreditierungssystem mit folgenden Kategorien entwickelt: Hausarzt, ambulantes Pflgeteam, Pflegeheim, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Orthopädie-firma, andere Dienstleister. Wer sich akkreditieren lassen wollte, musste bestimmte je nach Kategorie unterschiedliche Kriterien erfüllen. Das Zertifikat, das dann die Mitgliedschaft ermöglichte, wurde von den lokalen Vorständen des Netzes vergeben.

Der Geriatrieverbund war in 12 Unternetze unterteilt. Die Konzeption sah vor, dass es jeweils in einem Umkreis von 50 Kilometern eine geriatrische Klinik geben sollte, die den Kern eines Unternetzes bildete. Es gab in diesem Bundesland wenige Gebiete, in denen diese Voraussetzung nicht erfüllt war.

¹⁰³ Der Hintergrund für die zum Zeitpunkt der Studie noch nicht geschlossenen Verträge zur Palliativversorgung in diesem Bundesland konnte in dieser Fallstudie nicht geklärt werden.

Die oben erwähnte geriatrische Weiterbildungseinrichtung hatte sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt. Anfangen hatte war sie als lockere Verbindung. Ende der 90er Jahre war sie als Verein eingetragen worden. Zu ihren wesentlichen Zielen und Aufgaben zählte,

- das Konzept und das Qualitätsmanagement der Geriatrie im Bundesland möglichst vielen zu vermitteln, die an der Versorgung geriatrischer Patient/-innen beteiligt waren,
- Pflege- und Behandlungsstandards interdisziplinär zu erarbeiten,
- Mitarbeiter/-innen aller Professionen der Geriatrischen Kliniken und Abteilungen, aber auch der ambulanten Versorgung und Pflege fortzubilden,
- neueste Erkenntnisse der Forschung zu diskutieren und allen Beteiligten zu vermitteln,
- Informationen für Patient/-innen und Angehörige zu erstellen und entsprechende Schulungsangebote zu unterbreiten,
- Fachkompetenzen zusammenzuführen und zu vernetzen.

Der Verbund war im Wesentlichen aus einer professionellen Initiative entstanden, die von der Landespolitik unterstützt wurde, z.B. durch eine Umwandlung von Akut-Krankenhausbetten in geriatrische Betten.

Innovationen in D-Ostdorf: das lokale Geriatrienetzwerk

D-Ostdorf bildete die ‚Keimzelle‘ des landesweiten Netzwerkes. Seinen institutionellen Ausgangspunkt hatte es im Fachkrankenhaus D-Ostdorf. Dem langjährigen Chefarzt der Klinik war es gelungen, für das Anliegen der umfassenden geriatrischen Versorgungsnetzwerke lokal und weit über die Region hinaus Aufmerksamkeit und Kooperationspartner zu gewinnen. Er war im Geriatrienetz auf Landesebene vertreten und hatte dieses mitgeprägt. Anlass für diese Initiative waren die bekannten Schnittstellenprobleme beim Übertritt geriatrischer Patienten in den ambulanten Sektor oder auch in andere stationäre Einrichtungen. Im Zuge der weiteren konzeptionellen Entwicklung waren dann weitere teilstationäre und unterstützende Angebote aufgebaut worden.

***Niedergelassener Hausarzt in Einzelpraxis:** Der Verbund ist aus der Struktur Krankenhaus D-Ostdorf als Kernzelle raus entstanden,(...) weil wir da ja viel neue Strukturen entwickelt und neben der normalen Klinik als Kernzelle weiter ausgebaut haben, die Tagesklinik, die mobile Reha, Anbindung von Angehörigengruppen, all solche Sachen. Und dann stand irgendwann im Raum, wie geht es dann weiter, wenn die Leute aus dem Dunstkreis des Krankenhauses raus sind, ist da noch was, oder ist die Versorgung da noch nicht so gut. Daraus ist die Idee entstanden, das müsste man mit den ambulanten Strukturen alles besser vernetzen. Und so ist der Verbund entstanden.*

Unter anderem war ein allgemeingültiges Überleitungsinstrument entwickelt worden. Dieses ging über rein medizinische Kriterien hinaus und umfasste auch andere Versorgungsfragen:

***Krankenhausmanagerin:** Im Grunde haben wir 2004 intensiver damit begonnen, dieses Netzwerk aufzubauen. 2004 war es aber inhaltlich noch begrenzt. Anlass war folgendes Problem: Jede Einrichtung hatte einen eigenen, sie nannten das damals Pflegeüberleitungsbogen, das Krankenhaus, das Pflegeheim, der Sozialdienst, wenn sie überhaupt einen hatten, andere Häuser. Und es gab auf allen Seiten Unzufriedenheiten. Unsere Partner sind an uns herantreten und haben gesagt, „bei eurer Überleitung fehlen uns die und die Angaben“, oder „es wäre schön, wenn wir“, zum Beispiel der Hausarzt, „auch einen Überleitungsbogen erhalten“, oder das Sanitätshaus, was für die Hilfsmittel verantwortlich ist. Und wir unsererseits waren sehr unzufrieden. A waren die Überleitungsbögen zum Teil unheimlich umfangreich, sieben Seiten. (...)“*

Zur weiteren Entwicklung des Netzwerkes wurden Änderungen ihrer Rechtskonstruktion für notwendig gehalten und geplant, um eine höhere Verbindlichkeit und Verträge mit den Kassen zu erreichen:

Krankenhausmitarbeiterin: *Dann ist es aus unserer Sicht vernünftiger, gemeinsam mit den Kassen zu prüfen, wie man einen Ausgleich für die Ärzte schaffen kann, die A, den Qualitätskriterien des geriatrischen Netzwerkes entsprechen, und die geriatrische Patienten betreuen. Für die geriatrischen Patienten, die sie betreuen, muss etwas geschehen, egal wie. Das war einer der Hauptgründe, es gab noch andere, dass wir gesagt haben, wir sind jetzt ein loser Zusammenschluss, unser Verbund hat keine Rechtsform. (...) Wir haben gesagt, das geht nicht so weiter, wir brauchen eine Rechtsform, um unsere Aussagekraft, unsere Ausstrahlung zu erhöhen, und andererseits, um auch zu einem ernst genommenen Vertragspartner für die Kassen zu werden. Zurzeit habe ich gemeinsam mit einem weiteren Vorstandsmitglied mich der Aufgabe angenommen, vorzubereiten, welche Rechtsform wir wählen. (...) Wir werden sehen, wie wir entscheiden, auf alle Fälle haben wir auch mit den Mitgliedern einen Konsens, dass wir eine Rechtsform brauchen.*

Diese Ansicht hatte sich im Verbund durchgesetzt. 2008 schlossen sich Mitglieder des lokalen Netzwerks zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammen, um sowohl nach innen als auch nach außen mit höherer Verbindlichkeit agieren zu können.

Weitere Vernetzungsinitiativen in der Region

Neben dem Geriatrieverbund, der die zentrale untersuchte Vernetzungsinitiative und Innovation dieser Fallstudie darstellte, gab es in der Region weitere Initiativen, vor allem seitens der Kommunen. Zudem begann eine Initiative zu Fragen der Gesundheitswirtschaft mit einer Bestandsaufnahme der Infrastruktur im Bereich der Altenversorgung, die z.B. Beschäftigungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit einer Weiterentwicklung der Demenzversorgung eruierte. Weiterhin agierte ein Arbeitskreis zu Integrierter Versorgung im Landkreis. Sein Ziel war das koordinierte Zusammenwirken von Leistungsanbietern im Gesundheits- und Pflegebereich mit dem Aufbau eines integrierten Versorgungsnetzes im Landkreis im Rahmen der Möglichkeiten des SGB V und des SGB XI. Des Weiteren gab es ein Pflegenetzwerk, gegründet vom Landkreis. Hintergrund war die demographische Entwicklung – der Landkreis hatte einen der höchsten Anteile der über 65jährigen im Bundesland mit künftig weiter steigenden Pflegebedarfen.

Der Landkreis schien eine starke Rolle in der Steuerung der medizinischen und pflegerischen Versorgung anzustreben. Allerdings schienen die vom Landkreis initiierten Netzwerkaktivitäten noch kaum sichtbare Ergebnisse zu zeitigen: Sie wurden von anderen Akteuren kaum wahrgenommen.

Debatte um die Rolle der Pflegestützpunkte

In der Region wurde die Einführung der Pflegestützpunkte kontrovers diskutiert. Wie an vielen anderen Orten bestand die Sorge, durch die Einführung der Pflegestützpunkte könnten Doppelstrukturen entstehen und bereits vorhandene vernachlässigt werden.

Bewertungen der Netzwerkarbeit

Von einigen Mitgliedern wurde der Verbund als erfolgreich wahrgenommen, weil er zu verbesserter Kooperation geführt habe und die Qualifikation der dem Verbund angeschlossenen Versorger durch die Akkreditierung gesichert sei:

Niedergelassener Hausarzt in Einzelpraxis: *Es klappt schon besser. Ich will ja nicht unbedingt bestimmte Strukturen bevorzugen, dass ich sage, ich nehme jetzt nur nach diese Sozialstation, nur, weil sie im Verbund drin ist. Aber wenn es um Problempatienten geht, ist die Versorgung von den Leuten, die ich aus dem Verbund kenne, einfach besser. Aber mein Ziel ist es ja, dass ich die anderen Sozialstationen, Therapeuten oder wen auch immer, überrede, kommt mit in den Verbund, da müsst ihr zwar die und die Strukturmerkmale haben, das müsst ihr schon bieten, interne Fortbildung, all solche Sachen, aber wenn ihr das habt, wäre es gut. Je mehr wir im Boot haben, desto besser.*

Auch diente das Netzwerk als Forum für die Diskussion lokaler Versorgungsprobleme und die Entwicklung von Lösungsvorschlägen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen mangelhaften

ärztlichen Versorgung in Heimen waren in der Region Überlegungen im Gange, nach Berliner Vorbild ein Heimarztmodell zu installieren.

Andererseits wurde auch im Verbund selbst die Ansicht vertreten, dass man noch im Aufbau begriffen war und die Auswirkungen noch nicht überall sichtbar waren:

Logopädin: Dann gehen wir in die Kliniken, genau, so dass da schon eine intensive Kommunikation ist. Vom Verbund selbst merken wir noch relativ wenig. Ich habe im Moment noch den Eindruck, dass es etwas ist, was noch sehr im Aufbau ist.

I: Wie profitieren Sie jetzt schon davon?

Logopädin: Noch gar nicht. Es ist nicht so, dass ich jetzt zum Beispiel auch wüsste, die Physiotherapeutin XY ist Teil des Geriatrieverbunds und wir arbeiten verstärkt zusammen.

Es nahmen noch wenig niedergelassene Ärzte am Versorgungsnetz teil, und bei ‚Noch-nicht-Netzwerkteilnehmer/-innen‘ wurden distanzierte Haltungen wahrgenommen:

Niedergelassener Hausarzt in Einzelpraxis: Im Verbund ist im Moment nur das Krankenhaus D-Ostdorf, wir sind nur ein paar Ärzte hier aus der Region, im Moment hier in D-Ostdorf bin ich, das war es dann auch schon, in D-Ostdorf will einer dazu stoßen. Aber das ist natürlich ein Witz, bei den vielen Ärzten, die wir hier haben, das ist viel zu wenig. Dann sind Sozialstationen mit drin, zum Beispiel die eine, die ich besonders bevorzuge, wenn Palliativversorgung notwendig ist, dann sind ein paar Sanitätshäuser mit drin, wo es auch oft um knifflige Sachen geht, dass man darauf gut zurückgreifen kann. Medizinproduktfirmen sind mit im Boot, und therapeutische Einrichtungen, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie. Ich habe bei Schwerpunkten, wenn es um kompliziertere Fälle geht, immer Ansprechpartner, die ich dann anrufen kann und sagen kann, "hier, das ist nicht der normale Patient, da müssen wir ein bisschen komplexer handeln" Es wäre natürlich schön, wenn man viel mehr Ärzte, vielleicht noch andere Krankenhäuser mit dabei hätte. Aber so ein Netz muss sich ja auch erst mal aufbauen, das geht ja nicht so schnell. Ich habe auch oft das Gefühl, dass viele ein bisschen zurückhaltend sind, weil das eine neue Struktur ist, und viele denken vielleicht auch, die nehmen mir jetzt Patienten oder Arbeit weg. Aber so ist es ja nicht gedacht, das soll ja helfen, den Patienten besser zu versorgen.

Eines der zentralen Versorgungsprobleme, an denen das geriatrische Netzwerk arbeitete, betraf die Stabilisierung der Patienten im häuslichen Umfeld. An folgendem Zitat wurde deutlich, dass Ärzte, die aus einer umfassenderen geriatrischen Perspektive argumentieren, den Rahmen gängigen klinischen Denkens überschritten.

Leitender Krankenhausarzt: Das ganzheitliche Management zur Stabilisierung von Patienten im häuslichen Bereich funktioniert an vielen Stellen noch nicht. Zum Beispiel: Wohnraumanpassung, ein wesentlicher Teil dieses Systems. Wir haben vier Bereiche, die an der Stelle beachtet werden müssen, wenn es darum geht, Patient/-innen mit Unterstützungsbedarf im häuslichen Bereich zu stabilisieren, die Alternative wäre Pflegeheim-einzug. Das ist die akutmedizinische Arbeit am Patienten, präventiv, palliativ und rehabilitativ vor allen Dingen. Zweitens, Hilfsmittelversorgung. Drittens, Instruktion und Information der Angehörigen, Stützen der Angehörigen, Empowerment. Und die vierte Säule ist die Wohnraumanpassung. Die Wohnräume sind teilweise schlecht geeignet für Menschen mit Hilfebedarf und Behinderungen, diese in der Lebensführung zu unterstützen, und dort müsste auch einiges passieren. Wir haben ein paar rudimentäre Systemunterstützungen, aber sie sind schlecht organisiert und koordiniert. Wir arbeiten daran im Verbund, wir sind gerade dabei, dort ein Konzept zu entwerfen.

Auch verbundsinterne Probleme wurden deutlich: Es schien Kompetenzüberschneidungen oder sogar -konflikte zwischen dem Geriatrieverbund und der erst später dem Verbund beigetretenen Beratungsstelle BAKUB zu geben. Beide Initiativen reklamierten bestimmte Kompetenzen für sich. So ging aus Interviews hervor, dass Beratungsleistungen, etwa zur Wohnraumanpassung oder Hilfsmittelversorgung, sowohl durch BAKUB als auch durch das Fachkrankenhaus D-Ostdorf erbracht wurden. Ein erfolgversprechender Weg zu Interessensausgleich und Integration war noch nicht gefunden.

Analysen

Bei dieser Innovation handelte es sich um ein Netzwerk, das von Geriater/-innen ausging und vom Gedanken einer umfassenden Versorgung für ältere Menschen geprägt war. In dieser Beziehung gab es Ähnlichkeiten zum Palliativnetz D-Weststadt. Während das NePa in D-Weststadt von Onkologen am Krankenhaus ausging, wurde der Geriatrieverbund durch Geriater an Krankenhäusern initiiert.

In verschiedenen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass die Verstärkung von Vernetzung Zeit benötigt. Es handelte sich um ein relativ junges Netzwerk, dessen Vernetzungsaktivitäten erst ab dem Jahr 2004 stärker vorangetrieben worden waren. Es wurde davon ausgegangen, dass sich die Netzwerkbeziehungen im Lauf der Zeit weiter ausweiten und intensivieren würden. Gleichzeitig wurden strukturelle Barrieren für die Netzwerkentwicklung genannt. Obwohl es sich bei der Fallstudienregion um eine eher ländliche Region, wenn auch in Großstadtnähe, handelte, war auch hier Konkurrenzdruck unter den Leistungserbringern beobachtbar.

Beispiele für neue Versorgungsformen und Vertragswettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen zeigten sich in dieser Region (noch) nicht. Am Fall der mobilen Rehabilitation wurde aber deutlich, dass Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht grundsätzlich in der Region scheitern. Dort könnte die Abstimmung zwischen den Leistungserbringern einfacher sein, weil nur ein Krankenhaus mit den Kassen verhandelte. Durch die Neukonstituierung des Netzwerks als GbR auf Seiten der Leistungserbringer wurden für die Zukunft einfachere Verhandlungen erwartet.

Auch in dieser Fallstudie wurde der Einfluss zentraler Einzelpersonen deutlich. Das lokale Netzwerk wurde von einem besonders engagierten Geriater gegründet, der sich sowohl auf nationaler als auch auf Landesebene für die Aufwertung der Geriatrie im Rahmen des Versorgungssystems einsetzte. Ähnlich wie die zentrale Person im Fall D-Weststadt vermochte er Wissen um lokale Bedarfe mit der Rezeption übergeordneter Diskurse zu verbinden. Dabei war vielleicht auch von Bedeutung, dass ein solches Engagement in einer ländlich geprägten, strukturschwachen und vom demographischen Wandel stark betroffenen Region leichter nachhaltige Wirkung zeitigen konnte. Interessen von Geriater/-innen trafen hier auf ein „window of opportunity“, weil das geriatrische Handlungsfeld als politisch wie disziplinär bedeutsames innovatives Profilierungsfeld wahrnehmbar wird.

6.2 Schweiz

6.2.1 CH-Blaubergdorf: Eine kommunale Stiftung für die Krankenversorgung oder: ‚Ein Tal – ein Träger‘

Einführung

Diese Fallstudie erstreckt sich auf ein Tal in einer ländlichen Schweizer Bergregion, hier Region Blaubergdorf* genannt. Die lokale Innovation bestand in der organisatorischen Zusammenführung des Regionalspitals mit zunächst zwei, später drei lokalen Alten- und Pflegeheimen und der Spitex-Organisation in eine gemeinsame Trägerschaft unter dem Dach der Blauberg Stiftung*.¹⁰⁴ Die Stiftung wurde von allen Gemeinden der Spitalregion gemeinsam getragen, die sich im Jahr 2001 in einem Regionalverband neu organisiert hatten. Sie stellte im Einvernehmen mit den Gemeinden das stationäre Angebot für alle Langzeitpatient/-innen und

¹⁰⁴ Die Integration der Spitex fand im Rahmen eines Modellprojektes statt. Eine in 1998 vom kantonalen Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement eingesetzte Kommission zur Förderung der häuslichen Pflege und Betreuung (Spitex-Kommission) hatte in einem Grundlagenpapier den Aufbau von Gesundheitsversorgungsregionen mit vernetztem Angebot empfohlen und ein Pilotprojekt ausgeschrieben. Hierfür wurde die Blauberg Stiftung als eines von vier Modellprojekten im Kanton ausgewählt.

betagten Personen bereit. Die Finanzierung und Vergütung der Versorgung wurde innerhalb der Stiftungsbuchhaltung getrennt nach Betrieben und Geldquellen organisiert.

Ursprünglich wurde über die von einem Pfarrer vor über 125 Jahren gegründete Stiftung, das Regionalspital finanziert, insb. durch Spenden und Schenkungen. Die Pflegeheime kamen in den 1980er Jahren hinzu. Durch diese langjährige Entwicklung waren die Stiftung und die von ihr getragenen Einrichtungen in der Bevölkerung verankert. Gleichzeitig war die Stiftung im Tal einer der größten Arbeitgeber.

Das Einzugsgebiet der Blauberg-Stiftung umfasste eine ganze Talschaft mit ca. 26.000 Einwohnern in 2 größeren Ortschaften und etlichen kleineren Siedlungen. Die geographische Gegebenheit einer Talschaft legte eine zusammenhängende Versorgung nahe. Die ländlichen Strukturen bedeuteten für die Versorgung aber auch weite Fahrwege in abgelegene Seitentäler.¹⁰⁵

Charakteristisch für die Region waren gut ausgebaute nachbarschaftliche und familiäre Unterstützungssysteme ('jeder kennt jeden') bei einer in den Interviews vielzitierten Mentalität v.a. unter den Älteren, ungern und so spät wie möglich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Auch in dieser Region fanden gesellschaftliche Veränderungen statt, die sich auf die Gestaltung der Altenversorgung auswirkten. Dazu gehörten die Auflösung von Großfamilienstrukturen, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und die Abnahme informeller Hilfe parallel zum Ausbau professioneller Pflege.

Hausarzt: Man hat im Laufe der Zeit gemerkt, dass die Versorgung der Alten früher ein kleineres Problem war, weil sie in der Großfamilie gelebt haben, wie das meistens auf dem Land ist, und auf dem Bauernhof war das einfach, da ist einfach der Großvater in der Ecke gesessen und hat mitgemacht, so lange er konnte, und dann hat man auch noch nach ihm geschaut, bis er gestorben ist.

Skizze lokaler Versorgungsstrukturen

Die Einrichtungen der Blauberg Stiftung (Spital, Heime, Spitex) deckten die ambulante und stationäre Pflege und die Spitalversorgung vollständig ab. Es gab keine konkurrierenden Einrichtungen in der gleichen Region. Allerdings bestanden Konkurrenzverhältnisse um die Zuweisung von Patient/-innen mit den benachbarten Spitalregionen. Insgesamt wurde deutlich, dass Berufsgruppen wie die Hausärzte/-innen oder die Pfarrer traditionell die wichtigen Aufgaben der Koordination und Informationsvermittlung in der Versorgung übernahmen.

Das Regionalspital lag in einem der beiden zentralen Orte des Tales und war für die medizinische Grund- und Notfallversorgung zuständig. Für Spezialfälle bestand eine Kooperation mit dem größeren Kantonsspital in einer Stadt außerhalb des Tals. Die ambulant und stationär tätigen Ärzte und Ärztinnen sahen die geriatrische Versorgung als wichtigen Bestandteil ihrer Tätigkeit an.

Jede der beiden größeren Ortschaften im Tal hatte ein Altersheim, in einem dritten war es in Planung. Seit 2002 waren die Heime im Zuge umfassender Organisationsentwicklungsprozesse unter einer gemeinsamen Leitung zusammengefasst. Mit Hilfe von Personalaustausch, gemeinsamen Fortbildungen und Arbeitskreisen wurde versucht, gemeinsame Standards in der Versorgung zu setzen und die Effizienz in der Verwaltung zu steigern. In den Interviews zeigte sich aber, dass beide Heime noch eine jeweils eigene Kultur hatten und jede Ortschaft sich mit 'ihrem' Heim identifizierte ('einer von hier würde nicht im nächsten Ort ins Heim gehen'). Das Durchschnittsalter der Bewohner/-innen bei Einzug war gestiegen, was insbesondere mit dem Ausbau der ambulanten Pflege begründet wurde. Nur wenige Bewohner/-innen starben im Spital, die Möglichkeit eines Verbleibs im Altenheim bis zum Lebensende wurde bei Einzug

¹⁰⁵ Die soziodemographischen Daten der Spitalregion bzw. der Talschaft ließen sich mit zugänglichen Datensätzen schwer aufschlüsseln; der Kanton zeichnete sich durch eine unterdurchschnittliche Arbeitslosenquote und einen durchschnittlichen Anteil Älterer aus.

vereinbart. An eines der Altenheime waren zusätzlich Wohneinheiten angeschlossen, in denen die Bewohner sich selbst versorgten, aber an ein Notrufsystem angeschlossen waren.

Vorhandene teilstationäre Angebote waren sogenannte ‚Ferienbetten‘ in den Heimen. Auf Nachfrage wurden vorübergehend Patient/-innen aufgenommen. Dies wurde als vorteilhaft gesehen, um die Zwischenauslastung von Betten zu erreichen und Hemmschwellen gegenüber dem Heim abzubauen.

Es gab mehrere Reha-Kliniken in den benachbarten Spitalregionen, die von Bewohner/-innen des Tales in Anspruch genommen wurden. Die Kliniken waren meist spezialisiert, z.B. auf postoperative Rehabilitation bei Herzeingriffen, auf Prothetik, Rückenprobleme, sowie die Folgen von Hirnblutungen und Schlaganfällen. Sie wurden auch von älteren Menschen in Anspruch genommen, waren jedoch nicht ausschließlich auf geriatrische Rehabilitation ausgerichtet. Die Reha-Kliniken hatten Leistungsaufträge von den Kantonen und wurden entsprechend subventioniert. Krankenkassenleistungen für rehabilitative Behandlungen wurden restriktiv gehandhabt, wodurch ein großer Teil der Kosten jeweils zulasten der Patient/-innen ging.

Die ambulante Pflege wurde über einen regionalen Spitexverband organisiert. Neben den üblichen Spitex-Leistungen¹⁰⁶ bestanden ein Mahlzeitendienst, eine Hilfsmittelausleihe und -verkauf sowie die Vermittlung von Fahrdiensten. Die Spitex befand sich, wie überall in der Schweiz, in einem Professionalisierungsprozess. Aus einer Tradition nachbarschaftlicher Unterstützung hervorgegangen, waren die lokalen Spitex-Dienste lange in Vereinsform durch Laien organisiert. Eine regionale Organisation und professionelle Koordination wurde erst nachträglich eingerichtet. Zwischen den Zentralverbänden auf kantonaler und Bundesebene), die u.a. moderne Managementstrategien umsetzen und Qualitätsstandards einführen wollten, und den lokalen Pflegekräften wurden Spannungen berichtet. Die meist weiblichen Pflegekräfte stammten überwiegend aus dem Umland und waren oft langjährig und in enger Kooperation mit den Hausärzten einer Versorgungskultur verbunden, die als altruistische Hilfe und Fürsorge, aber auch als ‚Einzelkämpferintention‘ beschrieben wurde.

Die Hausärzt/-innen spielten eine herausragende Rolle in der ambulanten Versorgung und nahmen damit auch für die Blauberg Stiftung wegen der Überweisungen ins Spital und Verordnungen von Spitex-Leistungen eine Schlüsselrolle ein.

***Mitarbeiter Innovation:** Und es ist schon so, dass wir auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzten im ganzen Tal sehr stark angewiesen sind. Sie bringen uns ja auch die Patienten, und es ist auch wichtig, dass die ganze Kommunikation diese Patienten betreffend gut läuft, dass der Übertritt jeweils reibungslos ist.*

Die Hausarztpraxen waren zentrale Anlauf- und Informationsvermittlungsstellen für ein breites Spektrum medizinischer und sozialer Probleme. Die Zahl der Hausärzt/-innen hatte in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen; dennoch sahen sie sich untereinander nicht Konkurrenz, sondern in guter kollegialer Zusammenarbeit. In einem Interview wurde die Idee geäußert ein Ärztenetz zu gründen.¹⁰⁷ Dem stand jedoch das ausgeprägte Autonomiebedürfnis der Hausärzte entgegen:

***Hausarzt:** Es ist schon so, dass die Leute in der Schweiz, die in die Praxis gehen, eigentlich lieber keinen Chefarzt hätten, oder dass sie eher Individualisten sind und eigene Herr und Meister, und jedes Mal hab ich gemerkt, wenn jemand gekommen ist im Gesundheitswesen noch zusätzlich, dass dann immer ein bisschen eine Abwehrhaltung war, bis man sich gekannt und gemerkt hat, dass man nur voneinander profitieren kann.*

In der Vergangenheit gehörte es zur Tätigkeit der Spitalärzte, eine Sprechstunde fast hausärztlicher Art abzuhalten. Dies wurde abgebaut, weil die ambulante Betreuung für

¹⁰⁶ Behandlungspflege, Grundpflege, Betreuungs- und Begleitungsleistungen, Abklärung und Beratung.

¹⁰⁷ Es gibt bereits einen hausärztlichen Qualitätszirkel, zu dem auch die Spitalärzte eingeladen sind.

sinnvoller erachtet wird. Ein Mangel an Gebietsärzten wurde nicht wahrgenommen. Neben den Spitalärzten waren einige Fachärzte (Pädiatrie, HNO, Gynäkologie) im Tal zusätzlich niedergelassen. Die Kooperationsbeziehungen mit den Hausärzten wurden von der Stiftung wegen der o. g. Zuweisungsinteressen) sorgsam gepflegt.

Die ärztliche Versorgung im Altersheim war in einem der beiden Heime traditionell durch die Internisten des nebenan gelegenen Spitals abgedeckt. Im Untersuchungszeitraum wurde diese Regelung verändert. In beiden Heimen wählten die Bewohner/-innen nun jeweils einen eigenen Hausarzt. Im anderen Heim waren fünf Hausärzte involviert. Dem Modell der Hausarztwahl wurde eine höhere Qualität zugeschrieben, trotz zusätzlicher Koordinationsanforderungen für das Heimpersonal. Im Unterschied zu Deutschland wurden Hausbesuche von den Hausärzten und der Einbezug von Gebietsärzten offensichtlich nicht als unzumutbare (weil unterfinanzierte) Belastung empfunden.

Neben den Hausärzten war der Pfarrer eine wichtige Koordinationsperson im Ort. Auch wurde der informelle Informationsfluss durch Seniorenmittagessen, Kirchenvorstand oder Dorfladen als zentral beschrieben. Im Bereich sozialer Dienste war Pro Senectute als größte Organisation im Tal für ältere Menschen tätig.

Eine wichtige Rolle spielten ehrenamtliche Dienste, wie Seniorenmittagstische, Aktivitäten der Frauenvereine oder Selbsthilfeorganisationen älterer Menschen, die Haushaltshilfe, Besuche, Mahlzeiten etc. gegen ein kleines Entgelt anboten. Die ehrenamtliche Arbeit insbesondere langjährig aktiver Vereine erlebte zum Untersuchungszeitpunkt große Veränderungen. Während früher die Kompensation von Versorgungslücken im Vordergrund stand und von Altersarmut Betroffene betreut wurden, wurden heute eher Freizeitgestaltungsangebote gemacht. Die Vereine litten teilweise unter Nachwuchsproblemen, was mit der zunehmenden Berufstätigkeit jüngerer Frauen und dem Ausbau professioneller Dienste zusammenhing. Die Heime hatten jeweils eine eigene Gruppe von Freiwilligen, mit denen sie zusammenarbeiteten.

Zur Unterstützung von Mobilität gab es einen Fahrdienst mit Freiwilligen, der aus einer nahe gelegenen Stadt außerhalb des Tals von einem Wohlfahrtsverband organisiert wurde. Die freiwilligen Fahrer/-innen führten gegen Selbstkostenerstattung durch die Nutzer/innen mit dem eigenen Fahrzeug meist einige Fahrten pro Woche durch. Die Krankenversicherungen zahlten lediglich eine kleine Pauschale. Eine Kostenübernahme war bei Berechtigten von Ergänzungsleistungen oder ggf. über die Gesundheitsligen möglich.

Soziale Ungleichheit wurde nicht als Versorgungsproblem für die Region wahrgenommen. Der soziale Status als Einflussfaktor für die Inanspruchnahme wurde jedoch durchaus thematisiert. Besser Gebildete wurden als anspruchsvoller und schwieriger beschrieben. In vielfachen Zuzahlungen wurden Benachteiligungen für Ärmere gesehen, zumal Erstattungswege nicht immer bekannt waren. Viele Versorgungsmängel wurden jedoch durch informelle Hilfen kompensiert.

Die kommunale Verwaltung hatte als Träger der Blauberg Stiftung eine zentrale Rolle in der Versorgungsplanung im Sinne eines Care Managements. Der Regionalverband des Tales, der ursprünglich eingerichtet worden war, um den Gemeinden auf Kantonsebene mehr Gewicht zu geben, stellte das eigentliche Steuerorgan dar. Die Gemeinden hatten den Impuls zur Zusammenführung der Betriebe gegeben und mit der Einstellung des jetzigen Direktions eine Richtungsentscheidung für ‚modernes Management‘ getroffen. Sie steuerten die Versorgung entscheidend mit. Gemeindepräsidenten hatten teilweise Vorstandsposten inne und positionierten sich im Zweifelsfall auch als Anwälte ‚ihrer‘ Bewohner/Patienten für eine gut ausgebaute lokale Versorgung und gegen kantonale bzw. Bundesinteressen. Gleichzeitig hatten die Gemeinden ein Interesse an einer effizienten Krankenversorgung, da sie ggfs. für die Defizitdeckung zuständig waren.

Die Versorgung von Demenzkranken und Palliativpatient/-innen wurde überwiegend durch Hausärzte, die Einrichtungen der Blauberg Stiftung und durch Angehörige und Nachbar/-innen erbracht. Außerdem gab es eine Station für Demenzabklärung im nahe gelegenen Kantonsspital, eine Psychiatrische Klinik im Umland sowie eine Regionalgruppe der schweizerischen Selbst-

hilfsorganisation für Demenz. Die Diagnostik fand grundsätzlich beim Hausarzt (MMST) statt; ggf. wurde zum Spezialisten überwiesen, wobei dies eher von der Anspruchshaltung der Patient/-innen und Angehörigen abhängig gemacht wurde.

Hausarzt: Manchmal, je nachdem, je nach sozialem Status des Patienten, wenn ein Mensch das hat, der sonst immer viel durch seine geistigen Fähigkeiten aufgefallen ist, ein alter Lehrer oder irgendetwas, dann lässt man das besser dort machen, weil man dann einen Befund von den Spezialisten hat, sonst ist das vielleicht ein bisschen anrühlich, wenn der Hausarzt meint, er wisse alles.

Seit 10 Jahren existierte eine ehrenamtliche Hospizgruppe, die psychosoziale Sterbebegleitung anbot.

Defizite in der Versorgung älterer Menschen

Die Versorgungslandschaft war durch Angebote der Grundversorgung geprägt. Überwiegend waren ‚Generalisten‘ für die Versorgung älterer multimorbider Menschen zuständig. Entsprechend wurden strukturelle Defizite deutlich:

- In den Heimen und im Spital gab es keine geriatrischen, demenzspezifischen oder palliativen Abteilungen.
- Kein Arzt mit geriatrischer oder gerontopsychiatrischer Weiterbildung war im Spital eingestellt oder im Tal niedergelassen.
- Auch pflegerische Versorgungsstandards für die Demenz- und Palliativversorgung gab es nicht.
- Trotz existierender ‚Ferienbetten‘ wurde im Spital wiederholt auf fehlende Übergangs-/Tages-/Nachtpflegeangebote für die wachsende Gruppe älterer Patient/-innen mit gestiegenem Pflegebedarf hingewiesen. Handlungsbedarf entstand hier auch durch den gestiegenen Entlassungsdruck. Damit sollten Langzeitaufenthalte von Patient/-innen, die ‚nirgendwo anders hinpassen‘, reduziert und unnötig lange Spitalaufenthalte und zu rasche Entlassungen vermieden werden.

Arzt: Wir müssen ein Gefäß schaffen, wo solche Leute hinkommen. Ich denke schon, das ist das ganz große Problem. Die kommen, die brauchen noch etwas, und dann können sie häufig doch wieder heim, wenn die Spitex und die Angehörigen [mitmachen] und alles klappt.

- Das Spektrum der Versorgungsangebote für alte Menschen war überwiegend für alle Älteren gedacht. Zielgruppenorientierte Konzepte waren nicht vorhanden. Der problematische Zugang sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zur Versorgung wurde u.a. durch das informelle Hilfesystem abgepuffert. Die wiederholt zitierte niedrige Anspruchshaltung der Bevölkerung barg die Gefahr von Unterversorgung.
- Entlastungsangebote zur professionellen Unterstützung pflegender Angehöriger waren kaum ausgebaut; familiäre Hilfe wurde als selbstverständlich vorausgesetzt.

Pfarrer: Es ist sicher eine Lücke, die Frage ist, ob sie das beanspruchen würden. Wenn ich vorbeigehe, wird schon manchmal geklagt, das ist viel. Ich denke, so werden sie auch beim Hausarzt klagen. Und ich wüsste jetzt nicht, dass es hier in der Region Stellen gibt, die sich darum kümmern. Ob es genutzt würde, ist eine andere Frage.

Neben den beschriebenen Lücken im Angebotsspektrum wurden auch Koordinierungsprobleme beschrieben, die sich auf die Versorgung auswirkten:

- Es war keine zentrale Beratungsstelle vorhanden, die über alle Angebote der sozialen und Gesundheitsversorgung in der Region informieren konnte. Möglichkeiten der Kostenübernahme, Finanzierungswege etc. waren oft auch den Professionellen nicht über die Grenzen der eigenen Einrichtung bekannt, so dass nicht immer kompetent beraten werden konnte.

Spitex Mitarbeiterin: *Ja, wir erreichen glaube ich eine große, breite Masse. Ja, es gibt welche, die durchs Netz fallen. Was für mich viel markanter ist, und das ist das Thema, was uns sehr prägnant erscheint, und was wir uns auch als Ziel gesetzt haben, ist das Thema, nicht, dass wir sie nicht erreichen, sondern dass wir nicht umfassend beratend tätig sein können, weil uns das Knowhow fehlt, wie läuft die Finanzierung außerhalb des Spitals. Wenn Sie jemanden im Spital fragen, wie wird die Spitex finanziert, wissen die das in der Regel nicht. Und wenn Sie jemanden von hier fragen, wie funktioniert das im Spital, wissen die das nicht, und genauso ist es mit dem und den Ergänzungsleistungen, und so weiter.*

Kontrovers waren die Ansichten darüber, ob für die Beratung eine Stelle innerhalb der Stiftung oder außerhalb angesiedelt werden sollte. Pro Senectute verstand sich zwar als unabhängige Beratungsinstanz, wurde aber von Blauberg Mitarbeitern verschiedentlich als nicht ausreichend vernetzt wahrgenommen.

Da Spital und Heime seit längerem unter gemeinsamer Trägerschaft zusammenarbeiteten, wurde diese Schnittstelle wenig problematisiert. Größere Überleitungsschwierigkeiten bestanden bei der Notfallaufnahme im Spital und bei der Entlassung von Patient/-innen in die häusliche Umgebung. Ein Problem war etwa die Doppeldiagnostik bei Notfalleinweisung im Spital, wenn hausärztliche Informationen fehlten. Auch wurde die fehlende koordinierte Entlassungsplanung mit Spitex und Hausärzten kritisiert.

Charakteristisch für diese Fallstudie war die umfassende Kompensation von Versorgungslücken und Koordinationsproblemen durch informelle Hilfeleistungen, Haushaltshilfe und Pflege bis hin zum Case Management. Neben lokalen Defiziten wurden auch schweizweit bekannte Phänomene, wie z.B. Probleme bei der Rekrutierung qualifizierter Pflegekräfte, im Tal sichtbar. Als problematisch wurde auch die Hierarchie innerhalb der Pflege zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen beschrieben. Die Qualifizierteren gingen ins Spital, die Anderen ins Pflegeheim. Die Spitex wurde als „Nullgleis der Personalentwicklung“ bezeichnet. Neben unterschiedlichen Gehaltsstufen spielten auch unterschiedliche Berufskulturen eine Rolle, z. B. Teamarbeit im stationären Sektor versus hoher Selbstständigkeit im ambulanten Sektor. Es gab ferner eine ausgeprägte lokale Identifikation des oft langjährig tätigen Personals mit dem Einsatzort, die den flexiblen, bedarfsorientierten Einsatz von Pflegepersonal erschwerte. Der Vorteil war jedoch eine hohe Kontinuität im Pflegebereich. Für die stationäre ärztliche Versorgung hingegen wurden Versorgungsprobleme durch wechselnde, ortsunkundige Stationsärzte berichtet.

Ein weiterer schweizweit bekannter Einflussfaktor, der nicht sachgerechte Versorgungsentscheidungen hervorrufen konnte, war das Geflecht unterschiedlicher Finanzierungs- und Vergütungsformen. Bei Spitalaufenthalt zahlte die Stiftung, bei Heimaufenthalten und häuslicher Pflege hingegen waren hohe Eigenbeteiligungen von Patient/-innen bzw. Angehörigen zu zahlen.

Die Versorgung von Demenzpatient/-innen geschah vorwiegend im Rahmen von nicht spezialisierten Einrichtungen. Überweisungen in die Psychiatrie oder ins Kantonsspital außerhalb des Tals waren möglich. Im Spital wurden Demenzpatient/-innen auf den allgemeinen Stationen mitversorgt. Insbesondere bei weglaufgefährdeten und verhaltensauffälligen Patient/-innen wurde viel Gesprächsbedarf gesehen. Spitalmitarbeiter wurden als teilweise überfordert wahrgenommen.

Fortbildungsbedarf wurde formuliert und bereits umgesetzt. Die örtliche Selbsthilfegruppe für Demenz schien jedoch wenig beteiligt. Es wurde von Konflikten zwischen Generalisten und Spezialisten berichtet. Umstritten waren beispielsweise eine standardmäßige Maximaldiagnostik und die Gabe von Antidementiva.

Hausarzt: *Dann sagt einer von der Organisation, „ja, hat der denn schon? Und dann müsst ihr das, ist das noch nicht gemacht worden?“ und dann gibt das manchmal fast noch Unruhe rein, aber ich glaube, dass das Bewusstsein hier doch schon recht groß ist. Die kommen auch und fragen, und holen sich Hilfe.*

Im Hinblick auf die Versorgung von Palliativ-geriatrischen Patienten gab es Bedarf an zusätzlichen stationären Aufnahmemöglichkeiten. Die Palliativversorgung im Spital wurde aus finanziellen Gründen als Ausnahmefall definiert, weil durch die Einrichtung von Palliativbetten weniger lukrativere Akutpatient/-innen aufgenommen werden konnten.

Mitarbeiter Spital: *Wenn wir sie hier halten wollen, haben wir ein Problem, dann muss man sich über die finanziellen Überlegungen hinwegsetzen und in Kauf nehmen, dass man eben da zu lange Aufenthaltsdauern hat. Das wäre schon ein Ziel, dass man dort bessere Lösungen findet. Das ist ein Teil des Palliativprojektes, dass man das versucht. Ich bin zwar nicht ganz so optimistisch wie (...), aber von der öffentlichen Hand meine ich, dass das einfach so möglich wäre. Aber zuhause, für kürzere Zeit kann man, wir arbeiten auch zum Teil mit privaten Spitexorganisationen, und die können dann über kürzere Zeit quasi 24-Stunden-Dienst mit abdecken. Das sind aber teure Lösungen.*

Die ambulante Palliativversorgung war Gegenstand von Kontroversen um unterschiedliche Versorgungsideale. Vermeidbare stationäre Einweisungen spielten in der Sterbephase keine relevante Rolle; das Sterben zuhause war in der Region kulturell verwurzelt. Hausärzte und Spitex begleiteten diesen Prozess routiniert und gaben bspw. auch den Wünschen von Patient/-innen nach einer reduzierten Versorgung nach. Andererseits gab es kaum spezialisiertes Personal, das entsprechend aktueller Standards/Konzepte fortgebildet war.

Hausarzt: *Die Spitexfrauen sind sehr gewieft in dieser Beziehung, die machen nichts anderes, die haben schon so viele Leute gestorben hier in den letzten paar Jahren, sind wirklich erfahrene Krankenschwestern dabei, und auch die Pflegerinnen und Haushalts-hilfen, die kommen und ihnen das Morgenessen geben, wissen schon, dass man aufpassen muss, dass die Ferse nicht aufliegt, dass er bequem liegt und das Kissen noch mal richtet und dass sie uns anrufen, wenn sie das Gefühl haben, heute geht es schlecht, dass man mal schauen geht. Wir machen ja eigentlich noch ziemlich viele Hausbesuche.*

Überblick über zentrale Versorgungsdefizite:

Strukturelle Defizite

- Wenig spezialisierte Strukturen (Geriatric, Demenz- und Palliativversorgung)
- Fehlende Übergangsangebote bei verlängertem stationärem Pflegebedarf
- Fehlen einer übergeordneten Beratungsstelle
- Keine zielgruppenorientierten Konzepte
- Wenig Entlastung für pflegende Angehörige

Koordinationsprobleme

- Informationsbarrieren an der Schnittstelle Spital – ambulante Versorgung
- Wenig Wissenstransfer mit Selbsthilfe Demenz
- Kontroverse über Versorgungsideale in der Palliativversorgung

Einfluss nationaler Defizite

- Rekrutierungsprobleme für qualifiziertes Pflegepersonal
- Kontinuitätsprobleme: oft wechselnde, ortsunkundige Stationsärzte
- Einfluss finanzieller Interessen auf Versorgungsentscheidungen

Charakteristika und Ziele der Innovation

Die Erweiterung der Blauberg Stiftung zielte auf höhere Effizienz durch die Zusammenlegung der Verwaltungen der beteiligten Betriebe und die bessere Zusammenarbeit zwischen Spital, ambulanter und stationärer Pflege durch die gemeinsame Trägerschaft.¹⁰⁸ Die Stiftung hatte für die Versorgungsregion eine Monopolposition und war dadurch für alles zuständig („zentraler Ansprechpartner“). Durch den organisatorischen Wandel wurde von den Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassung an neue Arbeitsstrukturen und -inhalte erwartet, um die

¹⁰⁸ Trennung von Versorgung und Verwaltung, Bündelung der Verwaltung, gemeinsame Nutzung von Verwaltungsstrukturen, Personalwesen, Weiterbildung etc.

neuen Standards und Abläufe umsetzen zu können. Auch die Hausärzte sowie soziale und ehrenamtliche Dienste wurden mit dem Ziel, für deren Leistungen ebenfalls eine koordinierende Rolle zu übernehmen, in die Integrationsprozesse eingebunden. Beispielsweise wurde eine Case Management Stelle im Spital zur Verbesserung des Entlassungsmanagements eingerichtet. Auch ein Palliative Care Projekt wurde von der Stiftung initiiert.

Die Modernisierung der Verwaltung stand also explizit im Zentrum der Innovation mit dem Ziel, die Blauberg Stiftung als konkurrenzfähiges gewinnorientiertes Unternehmen zu profilieren. Die Ausbau- und Umstrukturierungsmaßnahmen der Patientenversorgung wirkten einigen der o.g. Versorgungsdefizite entgegen. Bei der Auswahl und Gewichtung von Neuerungen und Maßnahmen spielte eine betriebswirtschaftliche Unternehmenslogik eine zentrale Rolle.¹⁰⁹

Zum Untersuchungszeitpunkt waren mehrere Teilprojekte in der Entwicklung.

Für Demenzzranke wurden spezialisierten Versorgungsstrukturen ausgebaut, darunter eines Pflegeheim mit Demenzstation neu gebaut und Weiterbildungen für das gesamte Heimpersonal ein- und durchgeführt.

Auch für Palliativpatient/-innen wurde das Angebot spezialisierter Versorgungsstrukturen entwickelt: Die Blauberg Stiftung hatte beim Kanton die Umsetzung eines Modellprojekts zu Palliative Care im Tal beantragt. Es umfasste ein interdisziplinäres Palliative Care Teams, die einheitliche Schulung des Personals, die Definition von Qualitätsstandards, die Definition und Bereitstellung der Infrastruktur und die Erarbeitung von ethischen Richtlinien für Ärzte und Pflegende. In einem Großteil der Interviews wurde auf dieses Projekt Bezug genommen. Es wurde deutlich, dass mit der Zusammenarbeit ein ganzes Spektrum unterschiedlicher strategischer Ziele verknüpft war, die das Palliative Care-Projekt als Vehikel für weitergehende Interessen erscheinen ließen. Beispielsweise wurde das Projekt als Modell für Koordinierungsabsprachen zwischen den Einrichtungen und Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Stiftung verstanden. Palliativversorgung diente so als Anwendungsbeispiel, um ein gemeinsames Case Management einzuüben. Damit könnte verbunden sein, dass die Stiftung auch die Koordination von Diensten ‚außerhalb‘ mit übernehmen und ihren Einflussbereich ausdehnen würde. Gleichzeitig wurde ein Wissenstransfer zeitgemäßer Qualitätsstandards für Palliative Care bezweckt.¹¹⁰ Außerdem wurde das Palliative Care Projekt als neues Format für den Austausch unter Fachleuten verstanden, der offensichtlich bei aller informellen Vernetzung noch nicht systematisch ausgebaut war. Schließlich wurde das Projekt von ‚außenstehenden‘ Berufsgruppen/ Organisationen als Plattform zur Vertretung der eigenen Position gegenüber der Blauberg Stiftung genutzt.

Schließlich versuchte die Blauberg Stiftung dem drohenden Mangel an Pflegepersonal durch eine Aufwertung ambulanter Pflege, die Angleichung von Standards und der erhöhten Fluktuation des Personals entgegen zu steuern. Ziel war es außerdem, durch den Austausch von Personal zwischen ambulanter und stationärer Einrichtung einen besseren Informationsfluss und die Anwendung ähnlicher Standards zu erreichen sowie Personal flexibel einsetzen zu können.

Interessenslagen

Der Impuls zur Integration der Spitex in die Trägerschaft der Blauberg Stiftung ging von den Gemeinden aus, die sich davon höhere Verwaltungseffizienz versprechen. Mit der Gründung des talweiten Regionalverbandes wurden durch die gemeinsame Organisation der Gemeinden

¹⁰⁹ Dies kann auch bedeuten, dass eine Versorgungsentscheidung (z.B. stationäre Weiterbehandlung von Patient/-innen aus sozialer Indikation) als ‚Freiraum‘ eines gut und effizient aufgestellten Unternehmens deklariert wird, das sich solche Großzügigkeiten leisten kann.

¹¹⁰ Die Positionen der Beteiligten, die langjährig Palliativpatient/-innen versorgen und meist die bereits vorhandene gute Versorgungsqualität betonen und der Blauberg Stiftung, die eine Modernisierung beabsichtigt, stehen im Widerspruch zueinander. Im Projekt wird versucht systematisch versucht dies, per ‚Diplomatie‘ aufzugreifen – und über eine Konsensbildung die Umsetzung moderner Versorgungsstandards zur Palliativversorgung zu erreichen.

einfachere Absprachen möglich und die gebündelte Übergabe der regionalen Spitex eröffnet. Die Stiftung musste so nicht mit den einzelnen Gemeinden verhandeln.

Sowohl auf lokaler als auch auf kantonaler Ebene wurde vielfach auf zwei zentrale Instanzen verwiesen, deren Engagement der Ausbau der Stiftung zu verdanken war. Im Rahmen der Umstrukturierungen war eine Direktion mit dem expliziten Ziel eingestellt worden, um die Blauberg Stiftung nach modernen Management-Prinzipien zu reorganisieren. Der Direktor wurde von verschiedenen Interviewpartnern als zentrale Persönlichkeit und ‚Motor‘ von Veränderungsprozessen beschrieben.

***Direktion:** Damit hat man klassische strategische Geschäftseinheiten geformt in den letzten Jahren, und es war meine Aufgabe auch, diese Organisation umzusetzen und das zu einer modernen Organisation zu machen, wie man es in der Industrie kennt. Das ist meine Hauptaufgabe, die ist bis jetzt auch sehr gut gelungen.*

Auf kantonaler Ebene wurde das Engagement der zuständigen Fachstelle im Gesundheitsamt im Hinblick auf Integrierte Versorgung für wichtig gehalten.

Eine weitere zentrale Erfolgsbedingung für die Gründung und Weiterentwicklung der Stiftung war deren hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Insbesondere das Spital, aber auch weitere Einrichtungen konnten durch lokale Spenden/Schenkungen realisiert werden.¹¹¹ Bedeutsam war hier auch die kommunale Trägerschaft. Verbunden mit der langen Tradition der Stiftung führte dieser ‚bottom up‘-Charakter zu einer hohen Identifikation von Mitarbeiter/-innen und Talbewohner/-innen. Insbesondere die leitenden Mitarbeiter/-innen innerhalb der Stiftung versprachen sich von der Integration neben mehr Effizienz auch konkrete inhaltliche Vorteile: Mit der Perspektive einer gemeinsamen Trägerschaft wurden Ideen zu Verbesserungen der Versorgung verknüpft.

Auf nationaler Ebene waren für die lokalen Kontexte folgende Faktoren wichtig:

- Es gab kantonale Überlegungen, kleinere Spitäler zu schließen und damit einer schweizweiten Zentralisierungstendenz zu entsprechen. Das Spital in einem der beiden größeren Orte des Tales musste aufgrund seiner Funktion einer regionalen Grundversorgung erhalten werden. Die Spitalpolitik erlaubte und erforderte zusätzlich eine weitere Profilierung der Blauberg Stiftung durch Ausweitung des Angebots z.B. in der Neurochirurgie und Viszeralchirurgie).
- Neue Qualitätsanforderungen vom Kanton an die Spitex (mehr Dokumentation, Leistungserfassung) legten eine Professionalisierung der Verwaltung nahe.
- Der Ausbau der Blauberg Stiftung war für den Regionalverband eine attraktive Möglichkeit, sich gegenüber benachbarten Regionen zu profilieren.

Die Stiftung erfuhr jedoch auch Widerstand sowohl von innerhalb als auch von außerhalb der Stiftungsgrenzen. Eine relevante Gruppe innerhalb der eigenen Einrichtungen waren dabei v.a. ‚Basis‘-Mitarbeiter/-innen. Obwohl die Leitungsebene aktiv das Kennenlernen zwischen den Einrichtungen förderte, waren positive Vorstellungen von Integration und organisatorischem Wandel bisher mehr in der Leitung als von den praktisch tätigen Mitarbeitern verinnerlicht, die sich stärker mit ihrem gewohnten Einsatzort identifizierten. Insbesondere im Bereich der Pflege standen unterschiedliche Berufskulturen, Hierarchien und Gehaltsvorstellungen zwischen den einzelnen (Pflege-)Gruppen einem umfassenden Austausch von Personal derzeit entgegen.

***Leitender Mitarbeiter Stiftung:** Sie müssen diesen Prozess mitmachen. Bei uns in den Köpfen ist das schon gelaufen, und die Mitarbeiter sind meistens auf dem Stand ‚ich schaffe im Spital und habe mit den anderen Betrieben nichts zu tun‘ ... und da ist noch Arbeit dahinter, (...) das Verständnis für jeden einzelnen kann nicht immer berücksichtigt werden.*

¹¹¹ Viele Einwohner haben das Bewusstsein, selbst für die Blauberg-Einrichtungen gespendet zu haben; viele kirchliche Kollekten wurden und werden weiterhin der Stiftung gewidmet.

Zwar konnten neue Konzepte/organisatorische Änderungen aufgrund der Machtverhältnisse relativ unproblematisch durchgesetzt werden. Zu rasche Umsetzungsversuche in der Vergangenheit, in deren Gestaltung die Belegschaft nicht ausreichend eingebunden worden war, wurden von der Leitung jedoch selbstkritisch reflektiert. Während für die Leitung Vorteile der Integration naheliegend und sichtbar schienen, bedeutete sie für die Basis die geringere Berücksichtigung individueller Interessen, höhere Flexibilität und zusätzliche Anforderungen durch die Veränderungen.

Ein Beispiel für ausstehende Annäherungsprozesse war die Integration der Spitex. Dieser Prozess war nicht widerstandsfrei.¹¹² Ein Teil der alteingesessenen Mitarbeiter/-innen fühlte sich im Rahmen der traditionellen Hierarchien weiterhin eher zu den Hausärzten hingezogen und akzeptierte Weisungen eher von dort als von der Spitex-Leitung. Ein Generationswechsel wurde in diesem Zusammenhang offen als Problemlösungsstrategie gesehen.

Spitex-Mitarbeiterin: Wenn ich 25 Jahre mit einem Hausarzt gearbeitet habe, und der alles für mich gemacht hat, und ich alles für ihn, dann entstehen Abhängigkeiten, die ich nicht zwangsläufig aufgeben, wenn mein Unternehmen von jemand anderem aufgekauft oder übernommen oder integriert wird, wie auch immer man dazu sagen möchte.

Am Beispiel der Spitex zeigte sich auch ein Zielkonflikt der Blauberg Stiftung zwischen optimaler Kooperationspflege über die Organisationsgrenzen hinaus und dem gleichzeitigen Aufbau interner Qualitätsstandards. Gewünscht wurde eine Um-Orientierung der Mitarbeiter/-innen hin zu flexiblen Einsatzorten, einem professionelleren Umgang mit Datenschutz und zu zeitgemäßen pflegerischen Versorgungsstandards. Für eine konsequente und rasche Umsetzung dieser Inhalte mussten auch Differenzen mit anderen Einrichtungen/Berufsgruppen, z.B. Hausärzten in Kauf genommen werden. Andererseits war die Blauberg Stiftung als Gesamtorganisation abhängig von der Zuweisung von Patient/-innen und hatte insofern ein Interesse, mit dem Versorgungsumfeld gute Kooperationen zu pflegen.

Auch hier zeigten sich Konflikte zwischen ‚Basis‘ und Leitungsebene. Während die Basismitarbeiter kein ausgeprägtes Interesse an formalisierter integrierter Versorgung hatten, weil sie die informelle Vernetzung als gut funktionierend empfanden, hielt die Leitung eine Modernisierung für notwendig. Aus Mitarbeiterperspektive konnte paradox scheinen, dass zunächst eine größere Distanz durch Datenschutz und Abgrenzung mit dem Ziel implementiert wurde, eine integrierte Versorgung zu erreichen.

Eine flächendeckende Wirkung der Innovation war durch die niedergelassenen Ärzte begrenzt, die zwar mehrheitlich den Ausbau der Blauberg Stiftung prinzipiell begrüßten¹¹³, jedoch auch Wert auf ihre unternehmerische und ärztliche Autonomie legten. Sie waren sich ihrer Macht aufgrund ihrer Schlüsselfunktion durchaus bewusst. Die schwierigen Aushandlungsprozesse über weitere Integrationschritte, (z.B. über eine von Hausärzten und Spital gemeinsam betriebenen Notaufnahme) wiesen auf mögliche Grenzen des Integrationsprozesses hin – dies liess sich aber auch als sinnvolle Machtbegrenzung der Blauberg Stiftung durch die Hausärzte verstehen.

Allgemein wurde ein Unbehagen gegenüber der Monopolstellung der Blauberg Stiftung deutlich. Es existierten Sorgen über ein „Klumpenrisiko“, mit dem ein einzelnes Unternehmen zu viel Macht erhält. Die Stiftung hatte ein Monopol als Arbeitgeber im lokalen Gesundheitswesen, mit dem Abhängigkeit für die Beschäftigten einherging. Auch wurde auf eine ‚Schweizerische Kultur des Pluralismus‘ verwiesen.

¹¹² Es gab sowohl innerhalb der Spitex Überlegungen, sich selbstständig zu machen, als auch alternative Pläne, kantonale zu integrieren: letztlich wurde ein kleinräumiger regionaler Bezug jedoch für wichtig gehalten.

¹¹³ Auch im Vorstand der Stiftung sind Hausärzte vertreten.

Bewertung der Innovation: Auswirkungen auf die Versorgung

Innerhalb der Stiftung hatte die Fusion gemeinsame Interessenlagen der einzelnen Einrichtungen gefördert. Diese verstanden sich zunehmend als Teil eines Ganzen, Abgrenzungsbewegungen waren schwächer geworden. Durch die gemeinsame Trägerschaft waren Effizienzargumente zwar im Spital wegen der hohen Kosten besonders wichtig, ansonsten aber konnten die Einrichtungen je nach Auslastung Personal untereinander verlagern.

***Leitender Mitarbeiter Stiftung:** Rein das Verständnis der Berufsgruppen intern und extern, Pflege, Ärzte, das Verständnis, dass wir gesamthaft auch für die hohen Kosten des Gesundheitswesens zuständig sind, und dass wir zusammenarbeiten müssen. Dass ich ein Dienstleistungsbetrieb bin auch für das Spital und umgekehrt. Dass, wenn das Spital sagt, dieser Bewohner muss ins Heim, und ich habe einen freien Platz, ich nicht nur nach meinen Bedürfnissen schauen kann, habe ich jetzt die Mitarbeiter, oder wäre es nicht doch erst nächste Woche besser? Sondern, wenn es eilt, kommt der halt am Sonntag. Wir sind die gleiche Organisation, das muss klappen. Das, denke ich, hat sich geändert, auch bei der Spitex. Aber das ist nicht nur die neue Struktur, sondern auch mit der neuen Struktur, mit dem bewussteren Leben der Struktur, (...). Und ich merke das ganz gut jetzt auch in der Spitex, (...), wenn wir das betriebswirtschaftlich anschauen, (...) wenn die Spitex zum Teil 40% Stellen, in Anführungszeichen, „zu viel“ hat, aber dadurch, dass aus dem Spital innerhalb von Stunden Patienten austreten können, rentiert sich das am Schluss für die ganze Stiftung, weil das ja im Spital sowieso viel zu teuer ist, wenn dieser Patient zwei oder drei Tage im Spital bleiben muss, nur weil die Spitex keine Mitarbeiter hat. Das geht nur, wenn es die gleiche Stiftung ist.*

Durch die gemeinsame Rechnungsführung waren die einzelnen Betriebe nicht mehr zwingend auf positive Bilanzen angewiesen. Die Spitex konnte beispielsweise Personal abbauen, ohne dass dies betriebswirtschaftlich bedrohlich wäre. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass bereits erwirtschaftete Einsparungen durch effizientere Abläufe neue Handlungsspielräume ermöglichen. So konnte etwa die verlängerte Behandlung von Palliativpatient/-innen im Spital im Ausnahmefall fortgesetzt werden.

An der Schnittstelle von Spital und ambulanter Versorgung hatte die Stiftung eine Stelle zur Entlassungsplanung im Spital eingerichtet und mit einer Pflegekraft besetzt. Sie ermöglicht innerhalb der Stiftung und zu den Hausärzten neue Routinen des Informationsflusses und verbessert die Beratung und Überleitung von pflegebedürftigen Spitalpatient/-innen. Hiermit wurden auch Defizite der Beratungskompetenzen der oft ortsunkundigen Stationsärzte gemildert. Zusätzlich erleichterte die Modernisierung der IT-Ausstattung den Austausch behandlungsrelevanter Daten.

Gleichzeitig führte die unternehmerische Ausrichtung der Stiftung auch zu Orientierungen, die einem Ausbau geriatrischer Versorgung bzw. einer Verbesserung entgegenstanden. Die Erweiterung des diagnostischen und operativen Spektrums im Spital durch die Einstellung entsprechend spezialisierter Ärzte war zur Profilierung gegenüber dem Kantonsspital oder benachbarten Spitalregionen effektiver als die Einstellung eines Geriaters oder der Aufbau einer geriatrischen Abteilung. Außerdem mussten alle Ärzt/-innen im Spital auch in der Akutversorgung qualifiziert sein. Im Zweifelsfall wurde ein/e Akutmediziner/in mit einer Spezialisierung wie invasiver Diagnostik oder elektive Operationen eingestellt

Auch der bisher unterbliebene Ausbau von Übergangspflege oder von Entlastungsangeboten für Angehörige konnten Effekte der Handlungslogiken der bestehenden Organisationsform sein. Die Blauberg Stiftung hatte die Effizienz durch kürzere Spitalaufenthalte erhöht, u.a. forciert durch ein verbessertes Entlassungsmanagements. Dies bedeutete zwar eine wünschenswerte Entwicklung in Richtung ‚ambulant vor stationär‘, brachte aber auch stärkere Belastung der Privathaushalte sowohl über höhere Selbstbehalte bei Heimaufenthalten, als auch durch mehr häusliche Pflege mit sich.

Schließlich stellte auch die optimale Nutzung vorhandener Kapazitäten bei Entscheidungen über Versorgungspfade einen relevanten Einflussfaktor dar. Von einem Heimneubau wurde eine

Verschiebung von Patient/-innen in Richtung stationärer Pflege erwartet. Unklar war, inwieweit es sich um bisher ambulant unterversorgte Patient/-innen handelte, die tatsächlich stationären Versorgungsbedarf haben, oder ob Auslastungsinteressen eine Rolle spielten.

Anhaltende Koordinationsprobleme und die Entstehung neuer, als problematisch empfundener Schnittstellen ließen sich an den ‚Grenzen der Innovation‘ beobachten. Ein Beispiel dafür war die Entwicklung, dass aufgrund von neuen Datenschutzstandards im Spital die Kirchengemeinden nicht mehr über Spital-/Heimeintritte informiert werden dürfen.¹¹⁴ Ein weiteres Beispiel war die im Bereich ehrenamtlicher Dienste entstandene Konkurrenz zwischen Vereinen älterer Ehrenamtler und den Freiwilligen, mit denen das örtliche Pflegeheim bevorzugt zusammenarbeitete. Die Vereine fühlten sich teilweise von der Stiftung nicht wahrgenommen. Hier bestand die Gefahr der Verdrängung des informellen Hilfesystems durch die Expansion und Professionalisierung der Blauberg Stiftung, sowohl bezogen auf die Aktivität vorhandener organisierter Initiativen außerhalb der Stiftung, als auch auf das individuelle Engagement und die Erwartungshaltung der Bevölkerung hinsichtlich professioneller Unterstützung.

Analyse

Die Netzform und ihre Auswirkungen

Die Fallstudie ist ein Beispiel für eine vergleichsweise weitreichende und erfolgreiche Innovation. Die Fusion von Spital, Heimen und ambulanter Pflege unter eine gemeinsame Trägerschaft stärkte die Versorgungsintegration mithilfe stark formalisierter Kooperationsbeziehungen zwischen den Einrichtungen. Die zentrale Besonderheit dieser Fallstudie stellt dabei die Trägerschaft durch die Gemeinden dar. Diese sind dem Gemeinwohl verpflichtet und unterliegen einer demokratischen Kontrolle – ein wichtiges Regulativ für potentielle Fehlentwicklungen. Man könnte also das entstandene Versorgungsmonopol für die Region auch als ‚kommunal getragenes Managed Care‘ bezeichnen – zumindest im Sinne einer inhaltlich zentral gesteuerten Versorgung.¹¹⁵

Mit der neuen Struktur der gemeinsamen Trägerschaft und der expliziten Orientierung an modernen Managementprinzipien wurden insbesondere organisatorische Verbesserungen im Sinne ‚glatterer‘ Versorgungspfade erreicht. Die beteiligten Einrichtungen standen weniger in Konkurrenz zueinander und kooperierten trotz getrennter Abrechnungen für eine optimale gemeinsame Bilanz. Parallel zu einem gestiegenen Zusammengehörigkeitsgefühl bestand auch eine größere Abhängigkeit der Betriebe und ihrer Mitarbeiter von der Leitung, wodurch die hierarchische Durchsetzung neuer Konzepte erleichtert wurde.

Inhaltliche Versorgungsverbesserungen, wie z.B. der Ausbau geriatrischer Angebote, konnten in dem Rahmen verfolgt werden, wie sie betriebswirtschaftlich sinnvoll erschienen und idealerweise der Schnittmenge ‚Versorgungsverbesserung plus Kosteneinsparung‘ entsprachen. Andernfalls mussten sie als Ausnahmefälle oder Freiräume deklariert werden oder sich für eine besondere Profilierung des Unternehmens eignen. Die Einrichtung eines strukturierten Entlassungsmanagements im Spital bspw. Diente kürzeren Verweildauern, was sich positiv auf die

114 Dies wirkt desintegrierend dadurch, dass seelsorgerische Begleitung im Spital und Nachsorge zuhause erschwert ist. Ziel der neuen Standards ist, den Patient/-innen eine eigenständige Entscheidung zu überlassen, wer über den stationären Aufenthalt informiert werden soll – Effekt ist hier jedoch auch, dass teilweise Patient/-innen nicht mehr besucht werden, weil sie aus Bescheidenheit keinen Wunsch nach Seelsorge geäußert haben.

115 Mit dem Blick auf verschiedene denkbare Vertragsformen (in Deutschland) lässt sich diese Innovation auch als populationsbezogenes Projekt beschreiben, da hier ein übergreifender regionaler Versorgungsauftrag von einem Anbieter übernommen wurde – im Vergleich zur deutschen Fallstudie D-Süddorf womöglich sogar in umfassenderer Weise, da hier der Versorgungsauftrag nicht auf eine Kasse beschränkt war. Die Finanzierung erfolgte nicht über ein eigenes Budget, wie bei einer HMO, sondern über die üblichen Vergütungsmechanismen.

Unternehmensbilanzen auswirkte sowie einer effizienteren Überleitung und Nachsorge für Patient/-innen diene.

Einige der untersuchten Einrichtungen wurden ambivalent beurteilt. So förderte der Heimneubau einerseits potentiell frühe Spitalentlassungen, konnte unnötige Einweisungen vermeiden helfen und stellte durch die Einrichtung einer Demenzstation neue Angebote zur Verfügung. Andererseits stellte sich die Frage, ob die neu entstandenen Kapazitäten potentiell dem Leitprinzip ‚ambulant vor stationär‘ schaden würden, da Auslastungsinteressen wirksam werden könnten.

Für die Entstehung und innovative Wirkung der lokalen Konfiguration hatten sich wichtige „stakeholder“ etabliert. Entscheidend für den Ausbau der Stiftung war die starke Position der Kommunen, die durch den Zusammenschluss ihre Interessen gebündelt vertreten konnten. Sowohl auf der Ebene der Stiftung, als auch auf kantonaler Ebene wirk(t)en außerdem engagierte Einzelpersonen als Motor für die Entwicklungen. Nicht zuletzt fußte der Stiftungserfolg auf der langjährig gewachsenen hohen Akzeptanz in der Bevölkerung.

Eine widersprüchliche Rolle nahmen die bisher nicht integrierte Berufsgruppen/Einrichtungen ein, z.B. die Hausärzte. Deren Schlüsselstellung konnte, wie in anderen Fallstudien, als Blockade einer vollständigen Versorgungsintegration interpretiert werden. Andererseits zeigte die Fallstudie auch, dass deren Autonomiebestrebungen die Blauberg Stiftung zwangen, Kooperationsbeziehungen zu pflegen. Man konnte sie also auch als wichtige Gegenspieler auffassen, die regional eine inhaltlich bezogene Netzwerkpflege und Aushandlung fördern.

Übergeordnete Einflussfaktoren auf die lokale Konfiguration

Die Entscheidung der Gemeinden, die Blauberg Stiftung zu modernisieren, muss vor dem Hintergrund kantonaler und schweizweiter Strategien betrachtet werden, spezialisierte medizinische Leistungen zentral in den Kantonsspitalern anzubieten. Diese Zentralisierungsstrategien benachteiligten kleinere Spitäler, legten diesen nahe, sich als leistungsfähig zu profilieren und ggf. zu spezialisieren. Explizites Interesse der Stiftung war es dementsprechend, die Auslastung des Spitals zu steigern. Das geschah durch Kontaktpflege mit den zuweisenden Hausärzten und der Pistenrettung, Ausweitung von einnahmeträchtigen Angeboten, bspw. durch strategische Auswahl von Chefarzten mit entsprechenden Spezialisierungen und die Profilierung über ein selektives spezialisiertes Behandlungsangebot. Insgesamt kann die beschriebene Neuausrichtung der Blauberg Stiftung auch als erfolgreiche Anpassungsstrategie gelesen werden.

Kultureller Wandel

Ein wesentliches Thema dieser Fallstudie war das Wechselverhältnis zwischen der traditionellen lokalen Versorgungskultur mit nachbarschaftlichen Hilfesystemen in der Altenversorgung und den Umstrukturierungen im Rahmen der Modernisierung. Parallel zum zentralen Ziel der Effizienzerhöhung wurde dabei die Einführung zeitgemäßer Versorgungsstandards gefördert, welche die Einführung und Überprüfung gemeinsamer Qualitätskriterien erlaubten (Überblick s. Tabelle 13).

Die Region war stark geprägt von traditionellen Kulturen der familiären und nachbarschaftlichen Unterstützung. Professionelle Hilfe wurde insb. von älteren Menschen oft erst spät in Anspruch genommen. Die Mitarbeiter/-innen lokaler Versorgungseinrichtungen zeigten einen hohen Idealismus, verbunden mit einer ausgeprägten regionalen Verwurzelung. Hier zeigte sich eine Konfliktlinie zu Professionalisierungsansprüchen, die eher mit einer Distanzierung von den Klienten einhergehen: Für den Bereich der Pflege brachte die Mitarbeiterin einer ehrenamtlichen Hilfsorganisation folgendes Beispiel: Eine Klientin/ältere Dame hätte sich beschwert, sie habe der Spitex-Kraft angeboten, ihr einen Kaffee zu kochen, worauf diese erwidert hatte, dass sie diesen gerne nehme, die Zeit ihn zu trinken, aber in Rechnung stellen müsse.

Sowohl in der medizinischen als auch in der pflegerischen Versorgung standen sich ‚alte‘ und ‚neue‘ Konzepte gegenüber. Es wurde kontrovers diskutiert, inwieweit mit den Neuerungen eine

stärkere oder eine verminderte Patientenorientierung einherging.¹¹⁶ Beispielsweise wurde an der Spitalversorgung kritisiert, dass eine individuelle Betreuung eher abnahm, die Versorgung immer ‚schematischer‘ wurde und unterschiedliche Auffassungen von idealer Versorgung den konkreten Austausch zwischen Haus- und Spitalarzt verschlechterten. So wurden einerseits eine zunehmende Defensivmedizin, das stationäre Abarbeiten von Standards und eine Tendenz zur Überversorgung kritisiert. Andererseits wurde eine fachlich überholte ‚Erfahrungsmedizin‘ und Tendenz zur Unterversorgung bemängelt. Im Hinblick auf die Geriatrie wurde die Frage einer angemessenen Altersmedizin zwischen Übermedikation und Rationierung problematisiert.

Hausarzt: *Sie haben sehr viele alte Leute, und irgendwie hat man das Gefühl, man hat das einfach nicht gemerkt, dass das alte Leute sind, dass man da alles noch machen muss und alles noch geben muss. Und die alten Leute finden das auch richtig, wenn man das macht. Wenn ich zum Beispiel finde, jetzt müssen wir das da nicht mehr, dann stoße ich manchmal auf Patienten, die beleidigt sind und das Gefühl haben „ja, was bin ich denn? Ein Mensch zweiter Klasse? Oder wieso machst du das nicht bei mir?“ (...) „Bei den anderen machst du das auch“ und so. Ich glaube, das ist noch nicht perfekt, aber das haben wir jetzt auch grad besprochen, dass wir gesagt haben, wir müssen fragen, wie viele Medikamente kriegt der Mensch nach 80 noch, wenn er aus dem Spital geht. Das kann man natürlich nicht schemamäßig festlegen, aber dass man da irgendwie nach Lösungen sucht.*

Auch die Auswirkungen des Ausbaus professioneller Hilfestrukturen wurden kontrovers diskutiert. Wurde dadurch einerseits eine bestehende Unterversorgung behoben, drohte andererseits eine Zerstörung vorhandenen sozialen Kapitals, indem bspw. die zuvor gut ausgebaute Nachbarschaftshilfe zurückgeht.¹¹⁷

Mit der Polarisierung zwischen ‚alten‘ und ‚neuen‘ Versorgungskulturen gingen unterschiedliche Visionen hinsichtlich idealer Zusammenarbeit einher. Während von der Blauberg Stiftung das Leitbild eines kompetenten und effizient arbeitenden Unternehmens propagiert wurde, fanden sich bei den Interviewpartner/-innen, die den bestehenden Versorgungsformen verbunden waren und eher im ehrenamtlichen und sozialen Bereich arbeiteten, die Vorstellung einer losen und vorwiegend informellen Verknüpfung einer Pluralität von Organisationen und Personen.

Ehrenamtlicher Mitarbeiter: *Ich bin ja auch für Zusammenarbeit. Das machen wir ja da auch. Aber es soll immer die Organisation (...) selbstständig bleiben. Man kann miteinander besprechen und Kurse oder irgendwie anderes organisieren (...) Aber weil wir jetzt angefragt wurden wegen dem Mittagessen mithelfen, sage ich, ja, ich meine, das soll Sache der Kirchgemeinde bleiben. Wir helfen. Weil sonst heißt es, jetzt macht nur noch der (...) Verein alles. Und das möchte ich eigentlich auch nicht. (...) Ich meine auch, es gibt auch mehr Ideen, je mehr Organisationen es gibt.*

¹¹⁶ **Heimleitung:** *Früher war „satt, sauber, warm“, und heute sieht man den Menschen und geht vom Menschen aus. (...) und ressourcenorientiert, nicht um jeden Preis aktivieren, sondern wirklich individuell.*

¹¹⁷ Für diese Wechselwirkung spricht, dass durch Kostensteigerungen bei der Spitex aktuell wieder eine Zunahme der informellen Unterstützung beobachtet wird.

Tabelle 13: Elemente alter – neuer Versorgungskulturen

alt	neu
Informell	Professionell
Häusliche Versorgung	IV, Versorgungspfade, Case Management
Familie, Nachbarn zentral	Entlastung der Angehörigen
Hausarzt als Koordinator	Blauberg als Koordinator
Vorwurf Unterversorgung	Vorwurf Überversorgung (Defensivmedizin)
Erfahrungsmedizin	EBM; Leitlinien, Standards, QM
Idealismus, Altruismus	Wirtschaftlichkeit, Bedarfsorientierung
Lokal, bottom up	top down, überregional
Jeder kennt jeden	Datenschutz, Schweigepflicht
Patient/-innenorientiert	Effizienzorientiert
Tradition, Bewahrung	Umstrukturierung, OE,
Nähe: Fokus Individualität, Beziehung	Distanz: Fokus System, Organisation
Motor/Begrenzung: Sozialer Druck,	Motor: Geld, Management, Modernität
wenig Anspruchsdenken	Vision: effizientes Unternehmen, Monopol,
Vision: loses Netzwerk, Pluralität	Expansion
Reaktionen auf Spannungsfeld:	Reaktionen auf Spannungsfeld: Umdeutung
Widerstand, Anpassung	in Synergie (Lösungsorientierung),
	Kommunikation als Strategie
	(Universalmittel), um Interessenskonflikte
	zu lösen; Deutung als Generationenfrage

Auch auf der Leitungsebene der Blauberg Stiftung werden die gegenwärtigen Aushandlungsprozesse gesehen und problematisiert. Hier wird ein lösungsorientierter Umgang mit dem Konflikt gesucht, indem die Polarisierung Wirtschafts- versus Patientenorientierung in eine Synergie umgedeutet wird:

Leitender Mitarbeiter Stiftung: *Ja, es war schon spürbar, dass die Leute gesagt haben, „ja, da wird nur noch über Geld geredet, sonst über nichts mehr, oder über Ergebnisse, aber das interessiert uns nicht, wir reden über Pflege oder Behandlungsqualität“. Aber das eine schließt das andere nicht aus. Und jetzt sind wir schon so weit, dass man erkannt hat, dass das zusammengehört. Wir haben in den letzten drei Jahren konsequent sehr viel Geld investiert. Die haben auch gesehen, aha, wenn betriebswirtschaftlich bessere Zahlen da sind, gibt es mehr Geld, um zu investieren. Jetzt ist es schon recht gut, nach drei Jahren kann ich sagen, der Prozess hat jetzt die Dynamik erreicht, die wir erzielen wollten.*

Wenn man die beschriebenen Entwicklungen als Wandel von Versorgungsparadigmen verstehen wollte, so bestand die Stärke der alten Form von Koordinierung vor Ort in den ausgeprägten informellen Kooperationsbeziehungen auf zivilgesellschaftlicher Ebene, aber auch zwischen Professionellen, z.B. zwischen Hausärzten und Spitex. Zusammen mit der Kontinuität des Personals konnten sie als soziales Kapital der Region begriffen werden, das eine integrierte Versorgung fördert.

Das Verbesserungspotential der neuen Organisationskonzepte der Blauberg Stiftung bestand dagegen v.a. in einer Formalisierung von Kooperationsbeziehungen und der Einführung von Standards. Ziel war die systematische Überbrückung von Schnittstellen sowie Patient/-innen gleiche Behandlung und den Zugang zu Versorgungsleistungen zusichern zu können.

Ob die gegenwärtigen Konflikte um ‚alt‘ und ‚neu‘ als Zwischenstand zu verstehen waren oder dauerhafte Grenzen der Innovation markierten, war auch davon abhängig, inwiefern es der Blauberg Stiftung gelang, die eigene Bodenhaftung in der Bevölkerung zu erhalten. Nicht nur

regionale Spezifika wie ein gering ausgeprägtes Anspruchsdenken sollten als förderlich für den Unternehmenserfolg, d.h. auch kostensparend, wahrgenommen werden. Gerade das oben dargestellte soziale Kapital informeller Beziehungen schaffte durch seine Pufferfunktion die Erfolgsgrundlage für das Unternehmen Blauberg Stiftung. Eine Verdrängung des informellen Hilfesystems traf v.a. sozial Benachteiligte, die derzeit durch dieses unterstützt werden und deshalb den Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote weniger dringlich erscheinen ließen.

6.2.2 CH-Gründorf: Postakutpflege – Eine verbesserte Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege

Einführung

Wesentliche Bezugspunkte dieser Fallstudie sind Innovationen, die von einem Krankenhaus ausgingen, aber in engem Zusammenhang mit kantonaler Politik standen. Aus diesem Grund werden damalige Absichten des Kantons kurz skizziert, bevor auf die Fallstudie eingegangen wird.

Im Jahr 2005 wurde ein Bericht zur Alterspolitik im Kanton vorgelegt, der Konzepte zur Umsetzung von strategischen Zielen enthielt. Insbesondere folgende Handlungsfelder wurden in diesem Bericht anvisiert (Achtermann, W. & Berset, C. 2006):

- Überarbeitung der Pflegeheimplanung,
- Umsetzung eines geriatrischen Versorgungskonzepts (u.a. Betreuung von Demenzkranken),
- Betreuung und Versorgung von Langzeitpatient/-innen,
- Nachbetreuung und Übergangspflege.

Im Bericht wurde festgestellt, dass die geriatrische Versorgung im Kanton dem Bedarf der Bevölkerung nicht hinreichend entsprach. Experten aus der Praxis wurden beauftragt, geriatrische Versorgungskonzepte zu erarbeiten und machten im Kern folgende Vorschläge:

- Die Versorgung älterer Patient/-innen sollte an den Fachbereichen der Spitäler erfolgen.
- Um geriatrisches Know-How an die Basis zu transferieren (Spitäler, Heime, Spitex, Hausärzte), sollten regionale geriatrische Stützpunkte und ein kantonales geriatrisches Kompetenzzentrum eingerichtet werden.
- Die Grundversorgung sollte durch neue Behandlungsformen der Postakutpflege, geriatrische Stützpunkte, geriatrische Rehabilitation und Palliativpflege ergänzt werden.
- Die ambulante Versorgung durch die Spitexdienste sollte gestärkt werden, um Pflegeheimenintritte zu verzögern oder zu vermeiden.

Die Fallstudie war in einer hier CH-Gründorf* genannten Region angesiedelt. Diese hatte einen Einzugsbereich von ca. 170.000 Menschen. Die größte Stadt war CH-Gründorf* mit ca. 42.000 Einwohnern; die Region erstreckte sich aber auch auf abgelegene Dörfer mit nur wenigen hundert Einwohnern. Es gab überdurchschnittlich viele Alten- und Pflegeheime. Das Krankenhauswesen des Kantons war seit Beginn der 1990er Jahre einer weit reichenden Reform unterworfen. Betten waren abgebaut, einzelne Spitalstandorte aufgehoben sowie Abteilungen geschlossen worden. Einzelspitäler waren zu Spitalzentren zusammengeschlossen worden, um eine verbesserte horizontale Vernetzung zu erreichen. Das regionale Spitalzentrum GründorfMed* hatte nun vier Standorte, mit dem größten Spitalbetrieb in CH-Gründorf und drei weiteren Spitälern. Am Standort Wiesendorf* wurde die Postakutpflege (PAP) eingerichtet, welche eine der im Rahmen der Fallstudie betrachteten Innovationen ist.

In mehreren Interviews wurde darauf verwiesen, dass der Geschäftsführer des Spitalzentrums eine Schlüsselfunktion innehatte, indem er für einen Innovationsvorsprung des Krankenhauses im Vergleich zu anderen Einrichtungen sorgte.

Mitarbeiter Spitalzentrum: *Ja. Wir haben einen sehr innovativen CEO, der ist immer einen Schritt voraus in der Entwicklung, und er war auch immer einen Schritt voraus. Der hat schon vor 20 Jahren von der Spitalfinanzierung im Fallpauschalensystem gesprochen, da gab es noch die Tagespauschalen, je länger jemand im Spital, je teurer der Fall. Und wir führen ja jetzt das DRG-System ein, wir waren bei den ersten hier, also wir rechnen nach DRG ab, die stationären Fälle.*

Im Kanton kamen Fallpauschalen auf Basis von AP-DRGs¹¹⁸ für Vergütungszwecke zur Anwendung. Die GründorfMed war eines der ersten Spitalzentren, das das neue System eingeführt hatte. Der Kanton war Träger der jeweiligen Spitalzentren, die als Aktiengesellschaften einen eigenständigen unternehmerischen Spielraum hatten. Am Spital in CH-Gründorf war ein alterspsychiatrischer Dienst angesiedelt, der auch eine Demenzsprechstunde anbot. Er arbeitete mit den Hausärzten, Spitälern und Pflegeheimen zusammen. In schwierigeren Fällen erfolgte eine Überweisung in eine nahe gelegene Fachklinik für Psychiatrie. Zudem hatte das Spital einen Geriatriestützpunkt, der beim Spitaleintritt von älteren multimorbiden Menschen ein geriatrisches Assessment durchführte.

Unweit vom Spital CH-Gründorf lag eine größere Rehabilitationseinrichtung mit einem überregionalen Einzugsbereich. Sie war eine von 13 anerkannten Reha-Zentren in der Schweiz und stand auf der Spitalliste sowie den Listen der wichtigsten Krankenversicherungen. Diese Einrichtung war eine Spezialklinik zur Rehabilitation und Weiterbehandlung von Herz- und Lungenkrankheiten sowie von Verletzungen und Krankheiten des Bewegungsapparates. Das Spitalzentrum schickte überwiegend multimorbide Patient/-innen dorthin, etwa nach Hüftoperationen oder pneumologischen Problemen. Für eine Zielgruppe mit stärkerem Unterstützungs- und Pflegebedarf, aber geringer eingeschätztem Rehabilitationspotenzial wurde ein neues Angebot entwickelt, das unter dem Namen Postakutpflege firmierte und im Folgenden als zentrale Innovation dieser Fallstudie vorgestellt wird. Ein leitender Arzt der Klinik beschrieb die Patient/-innen der Postakutpflege im Gegensatz zu den Rehabilitationspatient/-innen folgendermaßen:

Chefarzt: *Die haben nicht ein großes Rehabilitationspotenzial. Die brauchen einfach Zeit. Der Neunzigjährige mit der Lungenentzündung ist einfach nach sieben Tagen medizinisch möglicherweise geheilt, aber er ist zu schwach. Er braucht Hilfe beim Waschen, er braucht Hilfe beim Anziehen, er braucht vielleicht noch zehn Tage, um zu funktionieren. Und vielleicht braucht die Familie zu Hause zehn Tage, bis das Schlafzimmer umgestellt ist vom ersten Stock in das Erdgeschoss. Und so, so diese Dinge. Das ist dann für mich die Postakutpflege.*

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime wurde ein leichtes Überangebot und ein Wettbewerb der Heime untereinander beschrieben. Es gab immer freie Pflegeplätze. Wenn der Pflegeheimeintritt vom Spital geplant war, kamen die Patient/-innen direkt vom Spital ins Heim. Mehrere Einrichtungen hielten sogenannte Ferienbetten vor, etwa bei Verhinderung der häuslichen Pflege. Seit 2 Jahren gab es zudem ein Übergangspflegeheim in CH-Gründorf. Es bot gezielte rehabilitative Pflege im Anschluss an einen Spitalaufenthalt und auch stationäre Pflege, wenn die Möglichkeiten von Angehörigen oder Spitex akut überfordert waren.

Die ambulante Pflege wurde überwiegend durch die Spitex geleistet. Es gab nur einen kleinen Prozentsatz an privaten Pflegediensten. Die Auswirkungen der auf kantonaler Ebene formulierten Zielsetzung, die Spitex auszubauen und Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern wurde von der lokalen Spitex deutlich wahrgenommen:

Spitexmitarbeiter: *Ja, ja, das hat schon Zusammenhänge. Auf der einen Seite sind die Fallpauschalen. Das ist für das Spital dann nur interessant, wenn sie die Klienten möglichst rasch wieder aus dem Haus bringen. Und das merken, das spüren wir. Das ist genau das. Und auch die-, es ist eine Riesenreform im Gang, die wohl dahingehend zielt, die*

¹¹⁸ „All Patient Diagnosis Related Groups“ ist das New Yorker AP-DRG-System; es wurde in Deutschland und der Schweiz vereinzelt vor der allgemeinen Einführung von DRGs angewandt.

Spitalbetten zu reduzieren. Ebenfalls die Pflegeheimplätze zu reduzieren und daher kommt viel, viel mehr auf die Spitex zu. Also wir werden – Spitex wird stark gefördert zurzeit von der Politik. Ja. Also das spüren wir schon. Gibt aber zusätzliche Verpflichtungen noch.

Im Raum CH-Gründorf existierte seit Mitte der 1990er Jahre ein Ärztenetz mit etwa 100 Mitgliedern. Dabei handelte es sich um einen Zusammenschluss eines Großteils der Grundversorger sowie von niedergelassenen Spezialisten und Klinikärzten. Ziel des Netzes war die Sicherstellung einer optimalen, qualitativ hochstehenden und zugleich kostengünstigen Versorgung. Das Netz bot zudem ein Modell hausarztzentrierter Versorgung an.

Versorgungsdefizite multimorbider älterer Patient/-innen

Die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen wurde in der Region als defizitär wahrgenommen. Von Seiten des Kantons wurde die Position vertreten, dass alle Pflegeheime dazu in der Lage sein müssten, Menschen mit Demenz zu betreuen:

Mitarbeiter der kantonalen Verwaltung: *Es war die Idee, 2001, 2002 noch, dass wir ein kantonales Kompetenzzentrum Demenz und regionale Zentren hätten wir gesehen für die Versorgung für dement Erkrankte. Wir haben davon Abstand genommen. Weshalb? Die Feststellung, dass mindestens die Hälfte der Bewohner der Pflegeheime dement erkrankt sind, zeigt schon, dass die Problematik, die wir haben, nicht gelöst werden kann mit regionalen Demenzzentren. Und ganz banal: Jedes Pflegeheim, das eine Bewilligung hat oder will, muss grundsätzlich in der Lage sein, dement erkrankte Bewohner korrekt betreuen und pflegen zu können. Also es ist schlichtweg eine Vorgabe für alle Pflegeheime.... Ja, genau. Und jetzt wäre das natürlich vermessen zu behaupten, dass heute schon dieser Zustand wirklich erreicht ist. Aber es ist sehr viel passiert seit 2001, 2002.*

Ähnliches wurde durch andere Interviews bestätigt. In den Pflegeheimen gab es die Einschätzung, dass man keine ausreichenden Kapazitäten für dementiell erkrankte Menschen habe, die weglaufgefährdet waren. Aus der Perspektive eines leitenden Arztes:

Leitender Arzt: *Die Alten, vor allem die Dementen sind schlecht versorgt im Alter. (...) Wenn die nur dement sind und im Stuhl sitzen, geht es, aber sobald die noch gehen können, gehen die weg, die gehen über die Straße, die-. Und wir merken es nicht. Man kann sich auch im Altenheim-, kann man sich gut entfernen, ohne jemand merkt das. Es hat da Türen und-. Ein Dementer nimmt den anderen mit und dann sind sie weg.*

In diesem Zusammenhang wurde auch darauf verwiesen, dass Hausärzte z.T. die Demenz zu spät diagnostizierten und Patient/-innen nicht optimal unterstützten. Allerdings hatte sich das Angebot an spezialisierter Versorgung bereits verbessert. Einige kleinere Häuser für intensive Betreuung demenzkranker Menschen waren neu gegründet worden. Darüber hinaus wurde auch auf das typische Versorgungsdefizit an der Schnittstelle stationär – ambulant verwiesen:

Leitender Arzt: *Aber sonst sind wir altersmedizinisch her gut versorgt, außer einfach, dass die Kontrollen zu Hause nicht immer ganz sa sind, wie ich sie gerne hätte. Ich finde es traurig, wenn ein Patient nach Hause geht mit achtzig, mit allen Weisungen (...) Dann kommt er wieder zurück nach drei Wochen. Ich beginne wieder von Null. Das sind dann für mich Rehospitalisationen, die sind nicht wegen des Patienten, sondern gelegentlich auch wegen der Institution, Hausärzte oder Pflegenden.*

Drei Innovationen: Post-Akutupflege, Spitalexterner Pflegedienst und das Coach-System

In der Region wurden drei Innovationen untersucht, die alle in engem Zusammenhang mit dem Spitalzentrum standen:

- ein Projekt zur Übergangspflege bzw. Postakutupflege, das bereits zur Regelversorgung gehörte,
- ein Projekt, bei dem ein Palliativpflegedienst des Spitalzentrums zu den Menschen nach Hause kam und mit dem niedergelassenen Bereich zusammenarbeitete,

- ein Coach-System, das den Patientenaufenthalt von älteren Menschen im Spital koordinierte.

Der Ausdruck Postakutpflege wurde für das hier konzipierte Modell gewählt, um den Begriff klar an die Akutversorgung anzulehnen und begriffliche Verwirrungen mit anderen Angeboten, z.B. der Übergangspflege, zu vermeiden. Bei der Postakutpflege handelte es sich um ein stationäres Angebot vorwiegend für ältere Patient/-innen, das eine zeitlich befristete, intensive pflegerisch-therapeutische Betreuung vor ihrer Rückkehr nach Hause oder vor ihrem Übertritt in eine Rehabilitationsklinik sicherstellte. Postakutpflege bezeichnet eine Phase der Versorgung innerhalb des Spitals, deren Schwerpunkt auf der pflegerisch-therapeutischen Betreuung der Patient/-innen lag. Dabei sollte der teurere Aufenthalt in der Akutversorgung vermieden werden, sobald diese nicht mehr indiziert war. Postakutpflege unterschied sich von Übergangspflege im breiteren Sinne durch das Kriterium der Spitalbedürftigkeit. Die Kosten wurden als Teil des Spitalaufenthalts durch die Spitalfinanzierung getragen, d.h. zu 45% durch die Krankenversicherer und zu 55% durch den Kanton.

Nach den Ergebnissen des in CH-Gründorf durchgeführten Modellversuchs wurde der Bedarf für die Postakutpflege insbesondere bei älteren multimorbiden Patient/-innen gesehen, die alleine lebten und nach einem Krankenhausaufenthalt weiterer stationärer Betreuung bedurften. Eine Evaluation im Kanton 2003/2004 hatte zu dem Ergebnis geführt, dass Patient/-innen nach einer Postakutpflege bei einer etwas längeren Pflegedauer und gleichen Gesamtkosten in einer besseren gesundheitlichen Verfassung als herkömmlich behandelte Patient/-innen waren. Die Entstehungsgeschichte der Postakutpflege wurde aus der Sicht eines Krankenhausmanagers folgendermaßen dargestellt:

Krankenhausmanager: *Unser Haus steckt in Prozessen, und wir haben einfach gesehen, dass die Leute schlecht betreut werden, oder falsch betreut werden, wenn sie im Akutspital betreut werden, bis sie nach Hause gehen. Eine bestimmte Kategorie Leute, das ist das eine. Das zweite war, dass wir Kosten sparen mussten, wir haben in Wiesendorf Operationssäle, Geburtenabteilungen, das war ein voll ausgerüstetes Spital mit wenig Patienten. Und dann haben wir gesagt, eigentlich ist es ideal, wenn wir dort eine solche Einrichtung machen. Keine Operationssäle mehr, es gibt Labor, es gibt Röntgenanlagen zur Kontrolle, das ist klar. Aber die intensive, in Führungszeichen, Medizin, gibt es dort nicht mehr. Darum ist diese Institution auch so entstanden. (...) Das war der Hintergrund, einfach, dass wir dem Patienten eine bestmögliche Versorgung geben wollten auf der einen Seite, und auf der anderen Seite eben auch die Prozesskosten minimieren.(...) Die Versorgungsqualität verbessern. Das können Sie ja wahrscheinlich nachvollziehen, insbesondere der ältere Patient, wenn der hier war mit einem akuten Gesundheitsproblem, und eigentlich das Primäre, die Ursache seines Problems gelöst werden konnte, aber er aus sozialen Gründen auf der einen Seite, auf der anderen Seite eben auch aus gesundheitlichen Gründen nicht nach Hause gehen kann, ist es falsch, wenn dieser dann in einem Akutspital mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von fünf Tagen weiter betreut wird. Der wird falsch betreut. Dieser Patient muss in die Postakutpflege, in der man ihm gezielt das, was ihm noch fehlt, also das Defizit wieder antrainiert, damit er dann nach Hause gehen kann. Das war die qualitative Überlegung. Neben dem rein Finanziellen, für uns sind Betten hier im Hause ein Kostenfaktor, wir verdienen das Geld mit den Untersuchungen oder den therapeutischen Maßnahmen, die wir hier machen, aber jeder Patient, der einfach hier liegt und keine Infrastruktur sonst konsumiert, medizinische Infrastruktur konsumiert, ist betriebswirtschaftlich ineffizient. Das ist ganz brutal, wenn man das so sagt, aber das ist die eine Seite, betriebswirtschaftlich.*

Die Einführung der Postakutpflege in Wiesendorf fand also vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlich notwendig gewordener Reorganisationsprozesse statt. Eine komplette Ausstattung am Krankenhaus Wiesendorf war nicht mehr tragbar. Im ganzen Kanton drohten Schließungen von Häusern in kleineren Gemeinden wie Wiesendorf (ca. 1.750 Einwohner und ca. 15 Kilometer von CH-Gründorf entfernt). Anstelle einer vollständigen Schließung war mit der Etablierung der Postakutpflege eine Umstrukturierung erreicht worden. Die Zahl der Ärzte war dadurch in Wiesendorf deutlich reduziert. Neben der neuen Postakutpflegeabteilung befand sich in Wiesen-

dorf eine Langzeitpflegeabteilung mit 18 Betten. Dort hatten die Bewohner freie Arztwahl, d.h. sie wurden nicht notwendigerweise durch die Ärzte der Postakutpflege versorgt.

Die zweite Innovation, die Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung, ging ebenfalls von der GründorfMed aus. Initiiert von der onkologischen Station zielte sie darauf ab, Menschen in schwerwiegenden palliativen Situationen vom Spital aus zu Hause zu versorgen. Im Jahr 2001 wurde am Spitals CH-Gründorf die dortige palliative Versorgungssituation von einer Projektgruppe untersucht. Die Projektgruppe war zu folgenden Schlussfolgerungen gekommen:

- Palliative Versorgung ist ein interdisziplinäres Konzept, eine Verbesserung von Information und Koordination im Krankenhaus ist vordergründig.
- Es werden mehr Angebote für Aus- und Weiterbildung im Bereich Palliative Care in der Pflege benötigt.
- Grundsätzlich wird der ambulante Bereich als gut ausgebaut wahrgenommen, aber ein Angebot für schwerstkranke und sterbende Menschen fehlt.
- Ein spitalexterner Palliativpflegedienst (PALLEX*) wird aufgebaut, dieser versteht sich als spezialisierte Pflege im onko-palliativen Bereich. Onkologische Patient/-innen sind der Ausgangspunkt.

Zum Untersuchungszeitraum war die typische Situation für Palliativpatient/-innen eine Entlassung aus der onkologischen Station und die Weiterbetreuung zuhause. Diese Phase dauerte meist nur wenige Wochen. Im Wesentlichen wurden zwischen 60 und 80 Jahre alte onkologische Patient/-innen betreut, was auch an der mangelnden Bekanntheit des noch neuen Angebots liegen konnte.

PALLEX war bis zum Jahr 2005 Modellprojekt und danach Bestandteil der Regelversorgung. Ein zentrales Ziel des PALLEX bestand darin, erneute Spitaleinweisungen von Palliativpatient/-innen zu verhindern. Nach Einschätzungen in mehreren Interviews wurde dieses Ziel auch erreicht. Die Durchsetzung der Innovation war allerdings weniger konfliktfrei als bei der Postakutpflege. Es gab Schnittstellenprobleme mit der ambulanten Pflege:

Mitarbeiterin PALLEX: *Ja, besonders mit der Spitex haben wir schon Probleme, oder auch Hausärzte, haben wir noch zum Teil Probleme. (...) Da wir ja eigentlich vom Spital her kommen. Dann heißt es, ja, ist das Konkurrenz, denken wir hier, jetzt wollen die Spitalärzte und die -pfleger wollen uns schon wieder Arbeit weg nehmen. (...) Das ist dann dieses Problem. Oder die Erreichbarkeit von der Spitex. Wenn wir involviert sind zusammen dann teilen wir genau den Aufgabenbereich auf mit der Spitex. Schriftlich halten wir das fest... Und die Spitex ist dann für die Grundpflege zuständig und wir für das andere. Und wenn wir jetzt aber ein Problem haben vom Patienten her, das wichtig wäre für die Spitex, und zwar sofort, dass man nicht eine schriftliche Notiz beim Patienten machen kann, dann ist es schon sehr mühsam, die Spitex zu erreichen. Das ist schon so. Das ist-, hier ist schon noch ein Defizit.*

Probleme bei der Zusammenarbeit durch Defizite in der Erreichbarkeit, der Kontaktaufnahme und bei Absprachen wurden von dieser Interviewpartnerin auf die stark formalisierte Kultur der Großorganisation Spitex im Raum CH-Gründorf zurückgeführt. Kleinere Spitexorganisationen im ländlichen Raum wurden als kooperativer wahrgenommen:

Mitarbeiterin PALLEX: *Hier ist einfach ein großer-, ich glaube einfach ein großer Apparat, Verwaltung, und hier ist die Pflege und alles läuft über die Verwaltung, habe ich einfach den Eindruck. Dass alles administrativ dort drüber läuft ...*

Von einem Mitarbeiter des Krankenhausmanagements wurden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit hingegen eher auf tradierte Rollenerwartungen zurückgeführt:

Mitarbeiter Krankenhausmanagement: *Also es lässt-, das System lässt eigentlich relativ viel Spielraum. Nur ist von der Tradition her, sind eigentlich die Rollen noch besetzt. Ein Spital ist ein Spital, ein Pflegeheim ist ein Pflegeheim, eine Spitex ist eine Spitex, Punkt. Und dass man sich so über die Grenzen beginnt zu bewegen, das ist relativ neu.*

Die größten Einrichtungen am Spital CH-Gründorf waren die medizinische und die chirurgische Klinik. Viele Patient/-innen der medizinischen Klinik waren ältere Menschen (60 Jahre und älter). Die medizinische Klinik hatte seit 1998 ein System medizinischer Coaches, die dritte hier betrachtete Innovation. Diese waren weitergebildete Pflegekräfte. Jedem Patienten der medizinischen Klinik war ein Coach zugeordnet. Auch bei einem erneuten Klinikaufenthalt wurde ein Patient wieder von demselben Coach betreut. Die Coaches waren Ansprechpartner für die Patient/-innen und kümmerten sich um diverse Belange. Der Schwerpunkt lag auf dem Entlassungsmanagement, das mit dem ersten Tag begann. Das Coach-System erfreute sich großer Akzeptanz und wurde als sinnvoll und unterstützend wahrgenommen.

Spitex-Mitarbeiter: *Und die Klinik im Spital CH-Gründorf, die medizinische Klinik, die hat ein Coachsystem. Und das ist wirklich das Non plus ultra. Das ist wirklich phänomenal ... das ist ein Team, ich weiß nicht, so von sieben, acht, Personen und die begleiten ein – ein Coach begleitet einen Klient vom Eintritt bis zum Austritt. Und wenn der wieder eintritt, ist es wieder der gleiche Coach. Und dieser Coach der informiert uns dann laufend, was los ist... Sie kennen die Dossiers, sie kennen die Hintergründe, sie machen alle Angehörigen-gespräche. Und sie machen alle Klientenberatungen und -gespräche zum Austritt mit diesem Klient Ich habe noch nie eine höhere Qualität erlebt wie mit diesen Coaches. Das ist wirklich für uns ein Top-System.*

Auch in anderen Interviews wurde die Arbeit des Coaching-Systems positiv beurteilt. Die Steuerung des Patientenprozesses während des Spitalaufenthalts wurde als die Kernaufgabe des Coaches bezeichnet. Eine wichtige Funktion der Coaches bestand darin, Sorge für eine hohe Bettenauslastung zu tragen:

Coach: *Also im Verhältnis zum Einzwohnergebiet haben wir eigentlich sehr wenig stationäre Betten. Das heißt, dass wir diese Betten wirklich auch wirtschaftlich und gut bewirtschaften müssen, also dass nicht die-, dass die richtigen Patienten in diesen Betten liegen sollen. Das ist ein großes Anliegen, also dass nicht Menschen, die keine Akutversorgung benötigen, das sind zum Beispiel die älteren Menschen, die vielleicht wirklich einfach Pflege-, die pflegerische Betreuung beanspruchen müssen, dass die dann nicht im Akutbereich liegen, wenn sie den nicht wirklich benötigen.*

Bemerkenswert war, dass das Krankenhaus einen erheblichen Teil seiner Patient/-innen ambulant behandelte. Nach den Angaben eines Coaches wurden jährlich 3.000 Menschen stationär und 10.000 ambulant oder teilstationär versorgt. Dieses Verhältnis war vermutlich auch auf die Einführung der Fallpauschalen und auf die Bettenreduktion zurückzuführen.

Was hatte sich durch die Innovationen verändert?

Wie dargestellt, war das Ziel höherer ökonomischer Effizienz Anreiz für die Einführung der Postakutpflege. Im hier untersuchten Fall kam hinzu, dass man durch diese Umstrukturierung einen Krankenhausstandort bewahren konnte. Primär handelte es sich dabei, auf die GründorfMed bezogen, um eine organisationsinterne Reform. Diese hatte aber auch Auswirkungen auf andere Leistungserbringer und die Patient/-innen. Gerade die räumliche Entfernung des Postakutpflegestandorts Wiesendorf von CH-Gründorf wurde von Mitarbeiter/-innen der ambulanten Pflegedienste und der Pflegeheime kritisch gesehen, da sie für die Patient/-innen und deren Angehörige mit Unannehmlichkeiten verbunden war. Auch wurde die Aufteilung des Spitalaufenthalts in zwei Phasen als belastend für ältere Patient/-innen beschrieben:

Leiter Pflegeheim: *Und jede Veränderung vom Heim ins Spital ist ein enormer Aufwand. Und dann, wenn nochmal eine Veränderung in eine andere Institution erfolgt und dann wieder eine Veränderung zurück in den – Alltag – jede Veränderung verwirrt und belastet einen betagten Menschen. (...) Das war für mein Empfinden besser als das noch so war, dass jemand, der eine Schulter verletzt hat oder einen Schenkelhals gebrochen hat, im Spital gepflegt wird und im Spital bleiben konnte, bis er wieder zurück in die – ins Heim, in die Wohngruppe konnte. (...) Jetzt kommt einfach ein Aufenthalt mehr dazu.*

Eine Mitarbeiterin der Pflege beurteilte hingegen die räumliche Trennung zwischen Akutphase und Pflegephase positiv. Sie sei im Versorgungsverlauf keine künstlich geschaffene Schnittstelle, sondern eine normale Etappe, bei der die Medizin nicht mehr viel tun könne und die Pflege zum Zug kommen müsse. Um dies durchzusetzen, sei auch eine räumliche Trennung notwendig (wobei diese nicht 15 Kilometer wie zwischen CH-Gründorf und Wiesendorf betragen müsse).

Mitarbeiterin Pflege: *Und ich denke auch, aber das ist meine ganz persönliche Meinung, dass es wenig Sinn gibt, Postakutstationen in Akuthäuser zu integrieren. Weil das Bewusstsein für den Kern der Postakutpflege in einem Akuthaus gar nicht wachsen kann. Also weil es wirklich einen anderen Aspekt hat. (...) Und an sich finde ich das gut, aber ich denke es wäre wichtig, dass das eben getrennte Häuser sind, wo nicht halt der Arzt dennoch nebenan steht, oder dass wirklich auch der Schnitt ist und dass das Pflegepersonal mit einem anderen Bewusstsein an den Patienten herantritt mit – andere Schwerpunkte setzt. Nachher war es natürlich schon so, dass die Pflegenden selber das Gefühl hatten, das ist ja wie keine richtige Akutsituation. Weil wir holen nie jemanden aus dem Operationssaal. Wir haben nie oder selten einen Monitor laufen. So digitale Überwachungsgeräte oder so. Aber so bis das Bewusstsein gereift ist, ja Moment mal, aber was ich da mache, ist sehr wohl auch anspruchsvoll und hat ganz viel mit den Gesundheitsen und dem Prozess des Patienten zu tun, auch wenn es nicht hochakut ist. Und ich denke, das bringen sie in einem Haus, wo das integriert ist in die Akutsituation, nicht hin. Also dieses Umdenken wird schwierig.*

Neben dem Ergebnis der Evaluation, dass Patient/-innen nach der Postakutpflege das Krankenhaus in besserer gesundheitlicher Verfassung verließen, ließ sich eine Aufwertung der pflegerischen Kompetenzen als Effekt dieser Innovation beschreiben. Die Frage nach der Konzeption von Pflege im Anschluss an die Akutbehandlung und deren sinnvoller Verortung sowie nach dem Verhältnis von Spital und stationären Pflegeangeboten in Heimen blieb zwischen den Akteuren dennoch spannungsreich.

Ein signifikanter Erfolg der spitalexternen Palliativpflege bestand in der Reduktion von Wiedereinweisungen ins Spital nach einem stationären Aufenthalt. Damit gingen jedoch Auseinandersetzungen über die adäquate Rolle von Spitälern, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten einher. Am Beispiel der spitalexternen Palliativpflege wurden auch unterschiedliche Interessen von ambulanten Pflegediensten und Spitälern deutlich. Erstere benötigen stationäre Betten, die jederzeit verfügbar waren. Spitäler versuchten medizinische Notfälle nach stationärem Aufenthalt und andere Situationen zu vermeiden, in denen Pflegebedürftige tendenziell nur der Pflege wegen im Spital untergebracht wurden. Dieses Interesse wurde durch die Bettenreduktion im Kanton verschärft. Mitarbeiter der Spitex wiederum betonten, dass es ausschließlich pflegerisch geführte stationäre Institutionen geben müsste, da das Spital auf die Bedürfnisse der Spitex bzw. der Pflege nicht eingestellt sei, was auch mit dem Umstand der deutlichen Bettenreduktion in der Region zusammenhänge.

Spitex-Mitarbeiter: *Das Spital hat Interesse, alle Betten besetzt zu haben und wir haben Interesse, dass es immer freie Betten gibt, dass wir unsere Leute dort platzieren können und zwar morgen... Aber es ist klar, wenn wir einen Klienten haben, der in eine Übergangssituation muss, dann wird alles abgeklappert. Das macht der Arzt, oder wir oder die Sozialdienste machen das. Dann schauen wir überall. Es gibt auch verschiedene kleine Heime, die diese Übergangssituation anbieten. Vielleicht ein, zwei Zimmer oder so für eine gewisse Zeit. (...) Ja. Ich kann mir auch vorstellen, dass in einigen Jahren unter Umständen wir selber eine solche Institution betreiben. (...)*

I: *So ein Übergangspflegeheim?*

Spitex-Mitarbeiter: *Ja. Weil die sind zum Teil – heute sind sie in der Regel von der anderen Seite organisiert, also von Spitalseite her organisiert. Und der Zugang von uns her ist limitiert und nicht so, wie wir es bräuchten. Und deshalb denke ich, würde es Sinn machen, wenn wir denselben Weg von uns aus auch gehen könnten. Mit einer eigenen Institution, wo wir verantwortlich wären, dass Platz vorhanden wäre wie wir es brauchen. Und solche Modelle gibt es auch schon. Und vom Kanton her werden solche Lösungen auch unterstützt. (...) Diese modulare Einrichtung müsste vorhanden sein und das kann Wiesendorf uns nicht*

bieten. Das bräuchten wir. Wir brauchen ein anderes Angebot, als das Spital braucht, wenn man jemanden noch nicht nach Hause lassen kann. Und da stellen sich nicht dieselben Fragen beim Austritt. Aber beim Eintritt brauchen wir etwas anderes als sie für den Austritt benötigen. Das ist ein Unterschied.

Das Coach-System führte offenbar zu einem besseren Entlassungsmanagement. Es ermöglichte eine Verbesserung der Steuerung des Spitalaufenthalts und der anschließenden Koordination mit nachgelagerten Leistungserbringern. Zugleich wurde durch das Coach-System ein Instrument zur Optimierung der Bettenauslastung für das Krankenhausmanagement geschaffen.

Analysen der Innovationen

Wie oben beschrieben, spielte die kantonale Ebene für diese Fallstudie eine deutlich sichtbare Rolle. So reorganisierte der Kanton z.B. die Krankenhausversorgung durch die Einführung der Spitalzentren und war auch an der Konzeption der Postakutpflege beteiligt.

Gemäß der von Leutz vorgenommenen Dreiteilung der Organisationsformen integrierter Versorgung, nämlich Linkage, Coordination und Integration (vgl. 4.2.5), fanden sich in diesem Fall viele Elemente von Linkage, hingegen wenige Ansätze von Koordination. Ein wichtiges Element war das Coach-System, das dazu diente, schlechte Kommunikation, Fragmentierungen und Diskontinuitäten zwischen den Sektoren zu überbrücken. Formale Beziehungen zwischen Organisationen veränderten sich im Rahmen dieser Fallstudie kaum.

Wie in Kapitel 5 ausgeführt, gelten für die Bereitschaft zur Veränderung und Innovation, und für deren Erfolgsaussichten drei von Rogers (1995) herausgearbeitete Merkmale als bedeutsam:

- Der ‚wahrgenommene Nutzen‘ einer Innovation (ökonomisch, ideell, oder bezüglich eine Verbesserung der Lebensqualität der Patient/-innen),
- ihre ‚Kompatibilität‘ mit geltenden Normen, gemachten Erfahrungen, Interessen der Anwender sowie dominanten Überzeugungen und Problemlösungsmustern,
- und die ‚Komplexität‘ einer Innovation, also der Reichweite an Veränderungen, die zu ihrer Implementation notwendig werde.

Die Durchsetzungsfähigkeit des Postakutpflegemodells und seine Verbreitung im ganzen Kanton sind also besonders vor dem Hintergrund zu verstehen, dass sein Nutzen durch einen Evaluationsbericht klar dokumentierbar war. Im Fall CH-Gründorf/Wiesendorf kam hinzu, dass wichtige Leistungserbringer einen Zusatznutzen durch den Erhalt des Krankenhausstandorts hatten. Zugleich wurden Konflikte zwischen den Berufsgruppen bzw. Akteuren in unterschiedlichen Organisationen darüber deutlich, wie in der Phase des Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rückkehr nach Hause bzw. ins Heim bedarfsgerecht zu versorgen sei und wer professionell zuständig sei.

Die Einführung der spitalexternen Palliativpflege kann als die schwierigste und in Rogers Sinne inkompatibelste Innovation beschrieben werden. Auch hier ließ sich der Nutzen anhand sinkender Wiedereinweisungsraten dokumentieren. Aber die Innovation kollidierte mit überkommenen Vorstellungen der verschiedenen Leistungsanbieter über die Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und mit den Interessen der ambulanten Pflege.

Alle hier betrachteten Innovationen waren im Wesentlichen nicht inter-, sondern intra-organisationell, wenn auch mit unterschiedlich starken Auswirkungen auf andere Organisationen und Leistungserbringer. Es war geplant, die in CH-Gründorf eingeführte Postakutpflege auf den ganzen Kanton auszuweiten. Die Planung sah vor, dass die regionalen Spitalzentren jeweils ein eigenes Angebot der Postakutpflege am gleichen oder an einem anderen Standort entwickeln sollten. Dabei wurde vorgegeben, dass die Postakutpflege jeweils in einer eigenen Abteilung und mit kantonal vorgegebenen Anforderungen hinsichtlich Infrastruktur und Strukturqualität durchgeführt werden musste. Für die Postakutpflege in CH-Gründorf bedeutete das allerdings, dass zukünftig wohl weniger Patient/-innen von anderen Standorten in die Postakutpflege überwiesen werden würden.

Die anderen beiden betrachteten Innovationen fanden nicht die gleiche kantonweite Verbreitung. Einführungen von Coach-Systemen und vom Spital ausgehender spitalexterner Palliativpflege waren stärker an Entscheidungen der jeweiligen Spitalleitungen gebunden und hingen vom jeweiligen Versorgungskontext ab.

Wettbewerbliche Prozesse zwischen Krankenhäusern wurden im Rahmen der Fallstudie wenig thematisiert. Das Spital CH-Gründorf als wichtiger Akteur im Rahmen der Fallstudie schien vor allem auf regulatorische Eingriffe des Kantons zu reagieren. Durch die Spitalzentren wurde der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern abgemildert, da mehrere Krankenhäuser einer Region zur gleichen Organisation gehörten. Wettbewerb wurde eher zwischen dem Krankenhaus und anderen Leistungserbringern, (etwa in der spezialisierten Palliativpflege) wahrnehmbar.

In Bezug auf die These, dass Auseinandersetzungen um mehr Kooperation teilweise losgelöst voneinander und von unterschiedlichen Akteuren mit divergenten Zielsetzungen geführt werden, war die Situation bemerkenswert. Mit der Postakutpflege wurde einerseits versucht, die Versorgung kostengünstiger zu gestalten. Andererseits wurde durch die Evaluationsstudie gezeigt, dass die Patienten das Krankenhaus in einer besseren körperlichen Verfassung verlassen, die Versorgung also bedarfsgerechter gestaltet werden konnte. Bei diesem Beispiel insofern schienen also gesundheitsökonomische Interessen und die Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung kompatibel zu sein. Ähnlich diente das Coach-System als Case Management sowohl der Bedarfsgerechtigkeit als auch einer effizienteren Bettenauslastung. Dies deutet darauf hin, dass die Diskurse vor allem dann überein kamen, wenn verbesserte Versorgung mit Einsparungen verbunden werden konnte.

6.2.3 CH-Rotstadt – Altenversorgung als Gegenstand kommunaler Politik

Einführung

Die Fallstudie CH-Rotstadt* hatte das Einzugsgebiet rund um eines der beiden kommunalen Spitäler einer Schweizer Großstadt zum Gegenstand. Im Rosenspital* war in den letzten Jahrzehnten als Versorgungsschwerpunkt die einzige spezialisierte geriatrische Abteilung der Stadt im Bereich der akutmedizinischen Versorgung aufgebaut worden. Da viele Angebote der Altenversorgung im betrachteten innerstädtischen Raum rund um das Rosenspital lokal übergreifend arbeiteten, waren die regionalen Grenzen der Fallstudie unscharf.¹¹⁹ Die Quartiere rund um das Rosenspital unterschieden sich in ihrer Sozialstruktur deutlich voneinander. Direkt angrenzend befand sich ein Wohnquartier mit einem hohen Anteil gut situiertes älterer Menschen, daneben lagen ärmere Wohngebiete mit hoher Arbeitslosigkeit.

Insgesamt war die Versorgungssituation für multimorbide ältere Menschen in CH-Rotstadt durch ein hohes Ausmaß an ‚gefühlter‘ Veränderung auf Seiten der Akteure gekennzeichnet. In vielen Gesprächen wurde beschrieben, dass ‚viele gleichzeitig‘ passierte, d.h. verschiedene Innovationen parallel geplant und umgesetzt wurden. Akteure, an den Veränderungsprozessen in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt, zeigten Anzeichen von ‚Vernetzungs-Müdigkeit‘ oder aber eine Aufbruchsstimmung zu neuen Formen der Zusammenarbeit.

Anlass und Ausgangspunkt für die Auswahl dieses Falls war eine Initiative der Stadtverwaltung, die Leitungsebenen aller kommunal getragenen geriatrischen Einrichtungen (insbesondere Spitäler, Pflege- und Altenheime) im Rahmen eines regelmäßigen runden Tisches in die gemeinsame strategische Planung einzubinden. Im Zentrum dieser Fallstudie standen die Effekte kommunalen Engagements für eine integrierte Altenversorgung.

¹¹⁹ Es wurden vorzugsweise Personen/Organisationen einbezogen, die im näheren Einzugsgebiet des Spitals tätig sind; teilweise, insbesondere bei spezialisierten Diensten erwies sich dies als nicht möglich.

Sprecher Kommune: *Da haben wir in den letzten Jahren alle Akteure aus der städtischen Geriatricszene zusammen bekommen. Das war vor allem Kommunikation. Wir haben vielleicht ein Jahr gebraucht, bis diese (...) miteinander einen friedlichen Ton gefunden haben.*

(...) da haben wir glaub' ich schon ganz gute Dinge gelöst, auch in diesem Zusammenspiel zwischen Politik (...) und der Management- und Fachwelt. Dies Dreieck ist das Geheimnis des Erfolgs. Wenn Sie die politische Unterstützung nicht haben, wenn das Management des Spitals, des Heims, der Spitex-Organisation, der Arzt selber das Ganze nicht will, nützen die Fachlichkeit, die besten Ideen und Checklisten viel zu wenig.

Als zentrale Innovation wurde das Rosenspital als stationärer ‚Geriatric-Stützpunkt‘ daraufhin untersucht, was eine solche Einrichtung für die lokale Versorgungsumgebung bedeuten könnte.

In der Untersuchungsregion existierten weitere Projekte in Planung oder Umsetzung, die auf unterschiedliche Weise Vernetzungsideen beinhalteten, beispielsweise eine ärztteigene Managed Care Organisation (äMCO), ein Hausärztenetz (HA-Netz) und neu gegründete Fachstellen der Spitex für die ambulante Palliativ- und psychosoziale Versorgung. Zudem gab es seit längerem Austauschforen zwischen ambulanter und stationärer Pflege an den Spitälern und ein quartiersbezogenes Geriatricertreffen. Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich außerdem weitere Vernetzungsprojekte eines von der Stadtverwaltung initiierten Rahmenprogramms (RP Integration) in Vorbereitung. Diese Projekte werden hier nur am Rande erwähnt.

Lokale Versorgungsstrukturen im Überblick

Zentrale Sektoren der Versorgung älterer Menschen (Spitäler, Altenheime, Pflegeheime, indirekt auch die Spitex) wurden in CH-Rotstadt kommunal getragen und verwaltet. Bemerkenswert für die politische Situation war, dass die Kompetenzen zur Steuerung der genannten Einrichtungen im Gesundheitsamt der Stadtverwaltung zusammen geführt waren.¹²⁰

Für die stationäre akutmedizinische Versorgung waren zwei Stadtspitäler, sowie die in der Stadt ansässige Universitätsklinik des Kantons zuständig. In einem der beiden Stadtspitäler, dem Rosenspital, gab es eine spezialisierte geriatriche Abteilung ausgebaut, die auch über mehrere Einrichtungen zur vor- und nachstationären Betreuung verfügte (Memory Klinik, Tages- und Nachtklinik, Übergangspflegestation). Auch die Pflegeheime der Stadt boten übergangsweise (teil-)stationäre Pflege an. Diese Angebote waren jedoch längerfristiger ausgerichtet (i.d.R. bis 6 Monate) und wurden zur konzeptionellen/organisationellen Unterscheidung gegenüber den Spitalleistungen als Überbrückungspflege bezeichnet. Die Trennung von Pflege- und Altersheimen war eine lokale Besonderheit. Insgesamt gab es im Stadtgebiet derzeit 10 Pflege- und 28 Altenheime, die sich in unterschiedlichen Kontexten entwickelt hatten und sich in ihren Aufnahmekriterien unterschieden. Grundsätzlich hatten Einwohner/-innen der Stadt für beide Einrichtungsformen ein Recht auf einen Heimplatz. Das Wissen um diesen Rechtsanspruch war in der Bevölkerung verankert. Teilweise mussten allerdings mehrjährige Wartezeiten in Kauf genommen werden.

Eine Aufnahme im Pflegeheim war an den Zustand schwerer Pflegebedürftigkeit gebunden. Kriterium für die Aufnahme ins Altersheim war eine weitgehende Eigenständigkeit der Bewohner/-innen. Wer dort aufgenommen wurde, konnte allerdings bis zum Tod bleiben, auch wenn er oder sie pflegebedürftig wurde (zum Untersuchungszeitpunkt waren ca. 20% der Altenheimbewohner pflegebedürftig). Der Eintritt ins Altersheim galt als beliebt, weil dort oft auch bei Pflegebedürftigkeit ein Einzelzimmer geboten wurde, während im Pflegeheim Mehrbettzimmer die Regel waren. Gleichzeitig wurden die Altenheime als „Nebengleis“ der städtischen Altenversorgung dargestellt. Routinemäßig wurden zunächst häusliche Hilfeleistungen bereitgestellt (Spitex, Mahlzeitendienst, weitere mobile Dienste) bis eine

¹²⁰ Zuvor waren beispielsweise die Kompetenzen für die Alten- und Pflegeheime unterschiedlichen kommunalen Verwaltungsbereichen zugeordnet.

Einweisung ins Pflegeheim notwendig wurde. Die Wohnform des Altersheims wurde nicht als Bestandteil der Versorgungskette verstanden, sondern als Alternative, die je nach Präferenzen als komfortabel (z.B. Entlastung von Haushaltsarbeit, Geselligkeit) oder „Schreckgespenst“ bewertet wurde.

Unterschiede zwischen Alten- und Pflegeheimen zeigten sich auch in ihrer Ausstattung. Während die Bewohner/-innen in den Altenheimen ihren Hausarzt frei wählen konnten, hatten die Pflegeheime stationäre ärztliche Teams und weitere Versorgungsmöglichkeiten (Therapeuten, Labor, Apotheke etc.). Es wurde prognostiziert, dass die Pflegeheime zunehmend Teile der Spitalversorgung übernehmen würden, d.h. auch akut kränkere Patienten kurzfristig versorgen. Dies würde sich u.a. aus der schnelleren Spitalentlassungen im Zuge der DRG-Einführung ergeben. Zum Untersuchungszeitpunkt ging ein Drittel der Bewohner nach einem temporären Pflegeheimaufenthalt wieder nach Hause. Altenheime würden sich eher moderneren Wohnstandards anpassen und in Richtung Alters-/ Servicewohnungen weiter entwickeln. Neben den städtischen Altenheimen existierten zunehmend auch privat getragene Heime, in denen vor allem Wohlhabendere wohnten.

Neben den Pflege- und Altenheimen gab es seit 1950 eine städtische Stiftung für Alterswohnungen, die organisatorisch eigenständig, aber administrativ der Stadtverwaltung zugeordnet war.¹²¹ Sie war in den 1940er Jahren für sozial benachteiligte Ältere als Antwort auf Wohnungsnotstand gegründet worden. Mittlerweile stellte die Stiftung insgesamt ca. 2000 Wohnungen, teilweise in Form zusammenhängender Siedlungen, für ärmere ältere Menschen bereit, die zum größeren Teil (60%) subventioniert und zum kleineren Teil frei vermietet waren. Im Unterschied zu Heimen wurden in den Wohnungen keine Mahlzeiten angeboten, damit nicht das Heim-, sondern das Mietrecht galt. Es konnten jedoch andere Leistungen in Anspruch genommen werden. In jeder Siedlung gab es ein Spitexbüro des stiftungseigenen Spitexdienstes¹²², Gemeinschaftsräume, eine Wäscherei, einen 24h-Notfalldienst, einen Hauswart und einen Sozialdienst. Die Leistungen waren überwiegend in den Grundleistungen enthalten, damit sie genutzt werden. Eine wichtige Rolle bei dem niedrigschwelligen Unterstützungsansatz spielte die Siedlungspflegerin.¹²³ Grundsätzlich musste bei den Bewohner/-innen ein Mindestmaß an Selbstständigkeit gewährleistet sein, andernfalls wurde ein Umzug in eine stationäre Einrichtung erforderlich. Für diese Wohnform gab es lange Wartelisten, und wurden neue Wohnungen gebaut.

Wie in allen schweizerischen Regionen war auch in CH-Rotstadt pro senectute zentraler Ansprech- und Kooperationspartner für soziale Dienstleistungen. Die ambulante Pflege/Spitex wurde vorwiegend von gemeinnützigen Spitexvereinen getragen¹²⁴, die prinzipiell unabhängig arbeiteten, jedoch über den Leistungsauftrag ebenfalls von der Stadt finanziert wurden. Die Spitexvereine der Stadt befanden sich seit etwa 10 Jahren in einem Fusionierungsprozess. Von ehemals 23 Vereinen waren zum Untersuchungszeitpunkt noch acht bis neun übrig, die jeweils für einen definierten Bezirk in der Stadt zuständig waren. Die drei größten Vereine, deren Leitungen seit längerem informell zusammenarbeiteten, betrieben bereits gemeinsame Fach-

¹²¹ Es gab einen eigenen Stiftungsrat, der Präsident war jedoch gleichzeitig im Vorstand des kommunalen Gesundheitsamtes.

¹²² **Sprecher Stiftung für Alterswohnungen:** *Wir als Institution Liegenschaftsverwaltung zahlen der Institution Spitex, dass die Spitex jeden Tag eine Sprechstunde macht. Und das ist natürlich auch-, dann ist es auch sehr niederschwellig. Also man kann vorbei gehen, es kostet noch nichts. Erst, wenn dann die Spitex kommt und Unterstützung bietet, dann wird das nach den ganz normalen Spitextarifen abgerechnet.*

¹²³ **Sprecher Stiftung für Alterswohnungen:** *Also viele Menschen im Alter sind dann alleine. Und da kann es auch sehr wichtig sein, einfach-, dann verschreibt der Hausarzt wöchentlich ein Heublumenbad, das wird von der Krankenkasse bezahlt. Und die Siedlungspflegerin badet die alte Dame und dann Tuch um die Schulter und ein bisschen halten. (...) Zuwendung. Ja. Wir nennen das Heublumenbadarbeit.*

¹²⁴ Private Spitexdienste nahmen rasch zu, teilweise wurde kooperiert (ergänzende Dienste).

stellen für spezialisierte Pflege, z.B. ambulante psychiatrische Pflege, Palliative Care. Diese konnten bei komplexen Fällen zur regulären Spitex hinzugezogen werden.

Die Spitexdienste waren wie überall in der Schweiz in einem Modernisierungsprozess begriffen. Im Rahmen einer Neukonzeptionierung befanden sich verschiedene Kooperationsprojekte in der Planungs- oder Umsetzungsphase. Sie betrafen die Schnittstellen zum Spital, zu den Hausärzten, zu präventiven Hausbesuchen und zum Case Management bzw. zur integrierten Langzeitpflege.

Die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in der Untersuchungsregion wurde vorwiegend von niedergelassenen Ärzt/-innen in Einzel- und Gemeinschaftspraxen erbracht. Zusätzlich waren einige Praxen in Managed Care Modellen organisiert; es waren eine ärzteigene HMO (äMCO) und eine Vernetzung von Haus- und einigen Gebietsärzten, die Hausarztmodelle anbietet (HANetz), in der Stadt aktiv. Daneben existierten weitere Koordinations- und Kooperationsstrukturen, die spezifischer auf die Versorgung älterer Menschen ausgerichtet waren. Zum Beispiel erfolgte die Vergabe der Plätze für die einzelnen Wohnformen zentral über eine kommunal getragene, kostenlose Vermittlungsstelle. Im Versorgungsraum des Rosenspitals hatte sich ein gemeinsamer runder Tisch für stationäre und ambulante Pflegekräfte mit dem Ziel etabliert, den Kontakt zwischen den Sektoren zu verbessern. Gegenseitige Hospitationen sollten ermöglichen, die Arbeitsbereiche besser kennen zu lernen.

Eine wichtige Koordinierungsfunktion in der Versorgung übte der stadtärztliche Dienst der Stadtverwaltung aus. Der Stadtarzt war gleichzeitig Leiter der ärztlichen Versorgung in den Pflegeheimen und übte eine ‚Springer‘- und Notarzfunktion zur Krisenintervention in komplexen Versorgungssituationen aus:

Stadtärztlicher Dienst: ... mache ich jedes Jahr zwischen 80 und 100 Hausbesuche. Und zwar wissen die Leute in der Stadt, dass sie den Stadtarzt anrufen können, wenn sie eine Schwierigkeit haben, die vermutlich gesundheitlich bedingt ist, und die sie nicht lösen können. Hausärzte rufen mich an oder schreiben mir, Spitex, Nachbarn, Hausvermieter, Polizei, Vormundschaftsbehörde, das Familiengericht. Alle die wollen meine Meinung haben, wenn sie das Gefühl haben, es könnte medizinisch sein, es müsste eventuell auch dringend gehandelt werden, und dann geh ich hin oder schicke jemanden.

Durch diesen stadtärztlichen Dienst gibt es eben dies Sicherheitsnetz. Wenn jemand durch alle Maschen fällt, kommt am Schluss der Stadtarzt und fädelt den wieder ein. Das ist also ein Notnetz, das allen Leuten offen steht, und das noch etwas wirklich Einmaliges ist. Das ist natürlich auch integriert, weil, ich mache die Betreuung dann nicht. Ich versuche nur, jemanden, der durch die Maschen gefallen ist, aufzufangen und wieder ins Netz zu stellen.

Viele Befragte beschrieben den stadtärztlichen Dienst als wichtige Instanz, der in schwierigen versorgungsethischen Entscheidungsfragen hinzugezogen wurde.

Außerdem hatten sich in einzelnen Stadtteilen bereits lokale Geriatrietreffen etabliert:

Stadtärztlicher Dienst: Ein-, zweimal pro Jahr, wo wir alle Beteiligten, vom Sozialdienst der Kirche über die Spitex, über die Altenheime, die Alterswohnungen, über das somatische Spital, das Psychiatrispital, alle zusammen sind, und immer aktuelle Probleme der einzelnen Einrichtungen, Überlastungen, bis hin zu Einzelproblemen (besprechen).

Das Thema Demenzversorgung war in der Stadt sehr präsent. Es gab mehrere städtisch getragene Memory Kliniken, die Pflegeheimen bzw. dem Rosenspital angegliedert waren. Die Pflegeheime führten regelmäßige Demenzschulungen für das Personal durch. Das Universitätsspital hatte einen eigenen Versorgungs-(und Forschungs-)pfad für Demenz-Patient/-innen von der Diagnostik/Memory-Klinik über den stationären Bereich bis zur Nachsorge aufgebaut. Sichtbarer als in anderen Versorgungsbereichen war der informelle Sektor (pflegende Angehörige) organisiert. So beteiligte sich die lokale Selbsthilfegruppe Demenz mit Informations- und Unterstützungsangeboten an der Versorgung von Patienten und Angehörigen. Für die Demenzversorgung war problematisch, dass die psychiatrischen stationären Einrichtungen kantonale getragen waren; die Stadt hatte keine eigenen psychiatrischen Einrichtungen.

Strukturen für die Palliativversorgung befanden sich im Aufbau. Es wurde berichtet, dass weniger verbindliche Kooperationsabreden als in anderen schweizerischen Regionen existieren. Strategisch war in CH-Rotstadt entschieden worden, dass alle Versorgungsbereiche für Palliative Care qualifiziert werden sollten. Eine neue Struktur war das von der Spitex organisierte mobile Palliative Care Team der Stadt, das bei Bedarf in die ambulante Pflegesituation einbezogen werden konnte, und auch beratend tätig war. Diese Fachstelle war eine Initiative eines schweizweiten Netzwerks für Palliative Care, das auch auf kantonaler Ebene aktiv war. Die Finanzierung erfolgte gemeinsam durch die 3 größten Spitexvereine der Stadt. So konnten die Mitarbeiter/-innen in einem großen Teil der Stadt im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Weitere Innovationen für die Palliativversorgung befanden sich in Planung, beispielsweise eine Initiative von Hausärzten und Spitex, gemeinsam online abfragbare Betreuungspläne für die hausärztliche Palliativversorgung aufzubauen, verknüpft mit einem 24h-Telefonbereitschaftsdienst.

Defizite der Versorgung

In dieser Region bestanden Probleme vor allem dort, wo bereits eingeführte geriatrisch spezialisierte Dienstleistungen (noch) nicht griffen, oder wegen konfligierender Interessen und Fehlanreizen Koordinations- und Zuweisungsprobleme bestanden. Folgende Versorgungslücken für eine zugangsgerechte Versorgung wurden beschrieben:

Versorgungsnachteile für sozial benachteiligte bzw. schwer erreichbare Zielgruppen

Grundsätzlich folgte die lokale Versorgungsgestaltung dem Anspruch, bedarfsdeckende Angebote für alle Einwohner/-innen zur Verfügung zu stellen. Versorgungsnachteile für ärmere Patient/-innen zeigten sich wie in fast allen auch Fallstudien, so auch in dieser durch eine wenig zielgruppenbezogene Ausgestaltung der Versorgung.

- Die Angebote waren weitgehend ‚Komm-Strukturen‘. Aufsuchende, zielgruppenbezogene Dienstleistungen speziell für ‚schwer erreichbare‘ Bevölkerungsgruppen gab es in Ansätzen, beispielsweise durch die Arbeit des stadtärztlichen Dienstes, waren jedoch nicht umfassend ausgebaut. Die Adressierung dieser Zielgruppen wurde teils als Aufgabe der Anbieter problematisiert, teils jedoch auch als „Nicht-Inanspruchnahme“ der Zielgruppen bemängelt:

Leitung Versorgungsbereich B: *Es gibt auch viele Leute, die das gar nicht beantragen, das ist immer noch mit Scham assoziiert, und ich denke nicht, dass es nur ein Informationsproblem ist, es ist auch ein soziales Problem, dass wirklich verwahrloste oder sonst am Rande der Gesellschaft stehende Menschen sich einfach auch nicht an Institutionen oder Organisationen wenden. Wenn wir in solche Haushalte kommen, ist das sicher nie eine direkte Anmeldung von Betroffenen, sondern dann kommt das über irgendeinen Kanal. Hausarzt, oder Spital halt, wenn dann doch jemand mal so im Spital ist. Aber so jemand würde sich nie melden, denke ich jetzt.*

Leitung stationäre Einrichtung A: *Da denke ich, hat das Gesundheitsamt auch sehr viel Werbung, Informationsveranstaltungen. Die führen alle drei Monate für die älteren Menschen in der Stadt CH-Rotstadt Informationsveranstaltungen durch, da können alle hingehen, die dahin gehen wollen, zu bestimmten Themen, und ich hab das jetzt von außen noch vor drei Monaten immer gefunden, die machen extrem viel an Informationen. Ich denke, auch Menschen aus tieferen Bildungsschichten oder finanziellen Schichten hätten die Möglichkeit, mal hinzugehen, ob sie es tun, ist eine andere Frage, aber ich denke, man hätte die Möglichkeit.*

Ein Beispiel für eine benachteiligte Zielgruppe sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Hier wurde der Bedarf gesehen, Angebote in der ambulanten Pflege auszubauen.

- Die Bedarfsdeckung in der ambulanten Pflege war unzureichend. Spitexdienste waren zwar grundsätzlich für alle Bevölkerungsgruppen verfügbar. Es wurde jedoch über die Spitex keine ‚Rund um die Uhr‘ Versorgung organisiert bzw. finanziert. Reichere

Patient/-innen konnten sich Zusatzangebote einkaufen, um diese Lücken zu füllen. Ärmere Patienten wurden im Zweifelsfall früher stationär eingewiesen.

Ärztin: Und auch im Spitex ist es völlig klar, die werden alle erreicht. Das Einzige, was eben noch gilt, dass die Privaten, die reichen Leute, die können zusätzlich Spitex natürlich in beliebiger Menge – es gibt reiche Leute, die haben rund um die Uhr eine Spitexperson, also Privatspitex dann. (...) Ja, das gilt dann als Luxusversorgung. Ein armer Mensch wird das nie bezahlen, der muss dann ins Pflegeheim, wenn er mit diesen ein, zwei Stunden pro Tag nicht durchkommen kann. Ein reicher Mensch kann sich das natürlich dann leisten.

- Die Standards der stationären Einrichtungen der Langzeitpflege waren unterschiedlich. Zwar hatten alle Einwohner/-innen Anspruch auf einen Heimplatz, auch wurde subventionierter Wohnraum zur Verfügung gestellt. Die Qualität der Einrichtungen wurde jedoch als unterschiedlich hinsichtlich der Qualifikation des Personals, der Ausstattung der Zimmer und der Qualität der ärztlichen Versorgung beschrieben.

Entlastung und Unterstützung von Angehörigen

Weitere Probleme betrafen die psychologische Unterstützung von pflegenden Angehörigen und die geringe Nutzung teilstationärer Angebote. Hier dürften auch übergeordnete strukturelle Probleme eine limitierende Rolle gespielt haben: Beispielsweise gab es für präventive Angehörigenarbeit in der Regel keine Finanzierung.

Arzt: Was fehlt, ist, dass man die Angehörigen aktiv betreut. Die Spitex, die Betreuung der Kranken ist auf somatischer Ebene gewährleistet, aber die psychologische Betreuung der Angehörigen und der Patienten ist häufig nicht super gut. Es beschäftigt mich, weil ich habe jetzt wieder mehrere Sachen gehört habe, die Angehörigen brennen aus, das ist ein großes Problem, sie sind depressiv. Man kann sich das auch sehr gut vorstellen. Man hat aber gesehen, dass, wenn man aktiv auf sie zugeht, sie dort abholt, wo sie Schwierigkeiten und Probleme haben, kann man in gewisser Weise ein bisschen Prophylaxe betreiben. Ich denke, das fehlt bei uns.

Bei der Nutzung von teilstationären Angeboten spielten neben – auf nationaler Ebene zu lösenden – finanziellen Fehlanreizen auch organisatorische Probleme und moralische Bedenken der Angehörigen eine Rolle. Neben der zu geringen Bekanntheit der Angebote und der wenig flexiblen Öffnungszeiten wurden Hemmungen der Angehörigen beklagt, diese Angebote zu nutzen, die aber im Rahmen professioneller Begleitung hätten aufgelöst werden könnten.

Leitung Versorgungsbereich B: Ja, es ist für Angehörige immer schwierig, meistens hat es damit zu tun, dass man die auch irgendwie über mehrere Wochen, wenn nicht Monate, dazu bringen muss, ein solches Hilfsangebot überhaupt in Anspruch zu nehmen. Das ist immer sofort mit Schuldgefühl verbunden, „kann ich doch nicht“ und „weggeben“, und wie das so ist.

Neben diesen Versorgungslücken bestanden Koordinierungsprobleme, die oft auf strukturelle Probleme bzw. Fehlanreize zurückzuführen waren und sich auf die interindividuelle oder organisationelle Zusammenarbeit auswirkten:

Kontinuitätsprobleme/Informationsbrüche

- Im Bereich ambulanter Pflege war die Informationsvermittlung problematisch. Zu viele Spitex-Mitarbeiter/-innen wurden gleichzeitig in einem Haushalt für verschiedene Tätigkeitsbereiche eingesetzt.
- Die Spitäler hatten klassische Kontinuitätsprobleme durch die oft nur wenige Jahre währende Tätigkeit von Assistenzärzten.
- Die hausärztliche Versorgung im Altenheim wurde wegen unzureichender Absprachen der Ärzte untereinander und mit dem Pflegepersonal bemängelt.

Hausarzt: Und in den Altersheimen braucht es für jedes Altersheim einen Arzt, der da sein Herzblut hingibt und mit der Oberschwester und der Heimleitung streitet und lebt und das aufbaut, und dann könnte es klappen. Aber so, wie die das jetzt machen, wird das nie gehen.

Konkurrenz/Partikularinteressen der Versorgungsbereiche

Die Konkurrenz zwischen den verschiedenen städtischen stationären und ambulanten Angeboten spielte eine Rolle bei der organisationsübergreifenden Gestaltung von Versorgungspfaden. Durch das Interesse der beteiligten Organisationen „nicht zu schrumpfen“, entstand eine Tendenz zum Ausbau konkurrierender Angebote, z.B. in den Bereichen Wundversorgung, Überbrückungspflege, Palliativversorgung und Nachtpitex). Problematisiert wurde, dass diese Entwicklungen Patienteninteressen nicht immer zuträglich waren. Beispielsweise wurde darüber debattiert, ob stationäre Maßnahmen, die mit hohen Kostenbeteiligungen für Patienten verbunden waren (bspw. stationäre Reha-Maßnahmen), teilweise auch ambulant durchführbar wären.

Sprecher Versorgungsbereich A: das wirklich stoßende, was passiert ist, dass den Menschen-, die haben ein Leben lang gespart, die haben vielleicht dreißig-, vierzigtausend Franken zusammengespart, das ist für sie viel Geld, das möchten sie ihren Kindern vererben. Und dann kommen sie in die Reha und früher war die Reha ja immer bezahlt von der Krankenkasse. Es ist auch für sie nicht ersichtlich, dass das jetzt weil das ein Pflegeheim ist, eine Reha ist, die die Krankenkassen, auch die Hotelkosten nicht zahlt. Und dann kostet das so viel und es schmilzt das Vermögen. (...) Und natürlich besteht auch ein gewisser Wettbewerb, also wir sagen ja, wieso, diese Reha könnten Sie also auch ambulant haben.

Und vielleicht ist es für den Bürger auch ein Zufall, welchen Pfad er genommen hat. Wenn er über den Pfad kommt, dass es akut wurde, und dann musste er ins Spital, dann läuft vielleicht die Schiene Spital, Pflegezentrum, und dann mit Spitex wieder nach Hause. Ist es nicht so schlimm, dann läuft es vielleicht die Schiene Spitex. Welches die richtige Versorgung ist, weiß ich nicht im Einzelfall.

Partikularinteressen einzelner Versorgungsbereiche beeinflussten so den Ausbau bestimmter Einrichtungen und steuerten dadurch auch Versorgungspfade, indem Patienten bevorzugt in diese Einrichtungen überwiesen wurden. Dies bremste die Umsetzung der Zielsetzung ‚ambulant vor stationär‘ und rief bei den Leistungserbringern Wünsche nach einer neutralen Case Management Stelle hervor.

Leitung Versorgungsbereich A: Die Case Managerin müsste sehr neutral sein, sie dürfte nicht an eine Organisation angehängt sein, damit wirklich der richtige Pfad gewählt wird. Darum habe ich gesagt, wenn (xxx) klar, ich sage schon immer, ich versuche, beide Hüte zu haben, aber dass mir das immer gelingt, behaupte ich nicht, weil ich ja letztlich für den Versorgungsbereich A verantwortlich bin und für die Auslastung dann eben doch wieder. Ich versuche schon, es richtig zu machen, aber es wäre falsch zu sagen, ich kann den Hut einfach abstreifen. Und so geht es dem Versorgungsbereich B und dem Versorgungsbereich C. Sie verstehen, was ich meine?

Unterschiedliche Trägerschaften

Auch zwischen kommunal und nicht-kommunal getragenen Einrichtungen bestanden Schnittstellenprobleme, beispielsweise in der Kooperation mit dem kantonal getragenen Universitätsspital und mit den ebenfalls kantonal getragenen weiteren psychiatrischen Einrichtungen:

- Parallele Pfade: Die psychiatrische Universitätsabteilung hatte einen eigenen ‚Demenzpfad‘ etabliert, der horizontal oder vertikal als zu wenig mit den jeweiligen städtischen Einrichtungen vernetzt wahrgenommen wurde. Das Universitätsspital war kaum in Kooperationsprojekte der Stadt eingebunden. Konflikte hinsichtlich der Zusammenarbeit gab es in der individuellen Kommunikation (Überleitung von Patienten), als auch auf der Ebene lokalpolitischer Interessen.

- **Schnittstelle psychiatrische – somatische Versorgung:** Ein eindrückliches Beispiel für die hemmenden Auswirkungen verschiedener Finanzierungsgrundlagen war die Organisation der stationären psychiatrischen Versorgung in der Region. Die Stadt hatte keine eigenen psychiatrischen Einrichtungen, diese wurden vom Kanton finanziert. Dies führte zu einer Verschärfung der bekannten ‚Verschiebeproblematik‘ für (geronto-)psychiatrische Patienten.

Leitung Geriatrie: *Und wir haben jedes Jahr etwa fünf bis zehn Patienten, die wir notfallmäßig, oder mit fürsorglichem Freiheitsentzug in die Psychiatrie geben müssen, weil wir es nicht mehr können. Und manchmal kommen die fast mit Blaulicht 24 Stunden später wieder zurück, weil sie Fieber haben und nicht mehr atmen können. Dann haben wir sie wieder. Das ist eine ganz schwierige Sache, weil die internistische Betreuung in den Psychiatrien nicht so doll ist. Und wir hätten hier eine psychiatrische Betreuung, wir haben Konziliarärzte, aber wir können oft das Milieu nicht bieten, den Schutz, die Türen sind offen. Das ist ein Problem.*

Neben der ‚somatischen Fixierung‘ in den Spitälern, die nicht ausreichend auf (auch) psychiatrische Patienten eingerichtet waren, und der somatischen Unterqualifikation der psychiatrischen Einrichtungen, schien die unterschiedliche Finanzierung dazu zu führen, dass gerontopsychiatrische Patient/-innen eher nur unter restriktiven Indikationen in die städtischen Einrichtungen aufgenommen wurden.

Leitung Versorgungsbereich A: *Und das gibt natürlich schon gewisse Probleme, weil gerne Verantwortungen oder Aufgaben rum geschoben werden, und diese steuern natürlich ein Stück weit die Versorgung, (...) und das erschwert ja das Ganze, dass Leistungen nicht gleich abgegolten werden. Die Verantwortung liegt beim Kanton, also die Stadt muss das Angebot nicht machen. Da sagt man mir ganz klar, pass ja auf, dass du in deiner Institution zwar gerontopsychiatrische Bewohner aufnehmen kannst, aber ja keiner psychiatrischen, die gehören zum Kanton. Das hat damit zu tun, dass der Kanton uns ja weniger finanziert. Das würde keine Rolle spielen, wenn alles gleich finanziert würde.*

Nationale Einflussfaktoren

Abgesehen von spezifisch lokalen Strukturen verursachten auch schweizweite bzw. sektorentypische Probleme bestimmte Versorgungsdefizite:

- **Geriatrisches Fachwissen:** Hier wurden die bekannten geriatrischen Qualifikationsprobleme und der Anpassungsbedarf der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe an die wachsende geriatrische Patientengruppe von Pflege, Ärzteschaft und Sozialarbeit wechselseitig benannt. Sowohl in der allgemeinen geriatrischen, als auch in der speziellen Demenzversorgung wurde weiterer Fortbildungsbedarf konstatiert.
- **Fehlanreize durch Kostenträger:** Ein durch die Santésuisse (Organisation der Krankenversicherer) eingeführtes Benchmarksystem verglich Hausarztpraxen hinsichtlich ihrer Ausgaben. Da Spezifika der behandelten Patientengruppen nicht berücksichtigt wurden, wurden Praxen, die einen hohen Anteil multimorbider älterer Menschen betreuten, nicht für die Vermeidung von Hospitalisationen belohnt, sondern für ihre hohen ambulanten Behandlungskosten kritisiert. Der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ wurde so konterkariert.

Hausarzt: *Was stört, ist der Kostendruck, dass ich daran gemessen werde, dass ich ein teurer Arzt bin, und dass die sagen, und dass es nicht in der Lage ist zu sehen, dass ich Hospitalisation verhindere, die Statistik ist nicht genügend gut. (...) Also, ich werde gemessen an den Kosten hier in meiner Praxis, und jeden Tag ohne Spital – da kann ich fünf Tage arbeiten und das Spital ist noch teurer!*

Diese Defizite wirkten sich auch in der Demenzversorgung aus. Insbesondere Probleme einer qualifizierten häuslichen ‚rund um die Uhr‘-Betreuung, und stationäre Versorgungslücken für

somatisch kranke Patienten, die gleichzeitig psychiatrisch auffällig sind (s.o.), wurden im Feld diskutiert.

Darüber hinaus wurden trotz vieler spezialisierter Angebote und hoher Sensibilisierung vieler der beteiligten Akteure, wie in vielen anderen Regionen auch, zu späte oder fehlende Demenzdiagnosen bemängelt:

Ärztin: Die Demenzdiagnose wird verdrängt von einer unheiligen Allianz, die Ärzte verdrängen die Demenzdiagnose gern, weil sie keine kurative Therapie anbieten, die Angehörigen verdrängen sie gern, weil sie Angst haben, den Patienten zu verlieren als Gesprächspartnern und ihn zu schockieren, und die Patienten verdrängen es, weil sie auch Angst haben davor. Alle verdrängen es. Es ist ein gegenseitiges Verdrängen, und die Gegenkräfte, die die Leute in die Memory-Klinik bringen, sind zu schwach.

Auch in der Palliativversorgung gab es vermeidbare Spitäleinweisungen. Die häusliche Palliativversorgung wurde als unterentwickelt angesehen. Hierfür wurden Qualifikationsprobleme der Pflege verantwortlich gemacht, die mangelnde Erreichbarkeit und Qualifikation der Hausärzte sowie oft im Notfall nicht verfügbare Krankenakten.

Charakteristika und Ziele der Innovationen

Zentrale Innovationen dieser Fallstudie waren ein seit 1999 bestehender kommunaler Runder Tisch zur geriatrischen Versorgung sowie eine spezialisierte geriatrische Abteilung im städtischen Rosenspital, die seit 2000 ausgebaut und erneuert wurde. Beide Projekte standen im Zusammenhang mit der Anpassung der städtischen Versorgungslandschaft auf die steigenden Bedarfe einer alternden Bevölkerung. Der demographische Wandel und Kapazitätsprobleme hatten in CH-Rotstadt bereits in der Vergangenheit zum Ausbau der stationären Langzeitpflege-Einrichtungen geführt.

Kommunaler Runder Tisch zur geriatrischen Versorgung

Der Runde Tisch war ein Gremium, das vom kommunalen Gesundheitsamt ins Leben gerufen worden war, um die städtischen Einrichtungen der Altenversorgung besser zu verknüpfen und deren Weiterentwicklung zu fördern. Mitglieder waren die Leitenden von Spitälern, Pflege- und Altenheimen, vom stadtärztlichen Dienst, sowie weiterer kommunal getragener Gesundheitsdienste. Sie arbeiteten seit 1999 auf strategischer Ebene zusammen. Der Runde Tisch traf sich mit einem festen Teilnehmerkreis ca. vier Mal im Jahr, um Ziele für eine zeitgemäße Altersversorgung in der Stadt zu definieren und Strategien für eine optimale geriatrische Versorgung festzulegen.

Zum Untersuchungszeitpunkt waren mehrere Projekte umgesetzt:

- Begriffsklärungen und Bestandsaufnahmen der Versorgungssituation (z.B. Erstellung eines Glossars geriatrischer Begriffe, Erhebung des geriatrischen Leistungsangebots in verschiedenen Schweizer Städten und über die Nachfrage geriatrischer Leistungen in CH-Rotstadt)
- Konzeptentwicklungen für neue, insbesondere präventive Angebote (Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen, körperliche Fitness und Gedächtnistraining, präventive Hausbesuche)
- Maßnahmen zur geriatrischen Qualifizierung des Personals in den Einrichtungen (Fortbildung für Mitarbeiter/-innen in der Langzeitpflege, Indikatorenkatalog für Überleitungsmanagement vom Krankenhaus in die Pflege, Checklisten geriatrisches Fachwissen für Stationsärzte).

Zum Untersuchungszeitpunkt wurde gerade ein weiteres Projekt initiiert, in dessen Rahmen lokale Akteure bei der Gründung integrierter Versorgungsformen durch Wissen, Personal, Hilfe bei Evaluationen, Logistik (Raumsuche) und finanzielle Hilfen unterstützt werden sollten. In allen Projekten verstand sich das kommunale Gesundheitsamt als Drehscheibe der Entwicklungen.

Spezialisierte geriatrische Abteilung im Bereich der Akutmedizinischen Versorgung

Die geriatrische Station in einem der beiden Stadtkräpitaler war mit ca. 80 Betten sowie einer Memory Klinik, einem Tages- und Nachtkrankenhaus¹²⁵ sowie einem Übergangspflegebereich ausgestattet. Versorgt wurden etwa 800 Patienten pro Jahr mit mittleren Verweildauern von 30-36 Tagen. Ein geringer Anteil von Patienten wurde deutlich länger, 90-150 Tage, behandelt. Zwei Drittel der Patienten konnten nach Hause entlassen werden, 10% gingen in Langzeiteinrichtungen.

Die Abteilung bot spezialisierte geriatrische Versorgung. Aufgenommen wurden multimorbide Patienten mit mehrfachen Funktionseinschränkungen (Triage), die eine umfassende geriatrische Diagnostik und Behandlung brauchten.

***Leitung Geriatrie:** Meine Funktion ist eigentlich im Gesundheitswesen die, ich habe eine Aufräumfunktion. Die Hälfte der Patienten kommen ja von den Hausärzten, und die andere Hälfte von anderen Kliniken, und von ganz vielen anderen Kliniken, also nicht nur von hier, sondern Spezialkliniken, Privatkliniken und so. Und ich nehme die Patienten, bei denen man meistens sagen kann, ja, wohin soll ich die sonst tun. Spezialkliniken nicht, Internistische nicht, ja, schicken wir es mal ins Rosenspital.*

Auf der Grundlage eigener Konzepte zu Übergangsbetreuung wurde neben der eigentlichen stationären Behandlung eine Einschätzung und Vorbereitung des nachstationären Patientenpfades vorgenommen.¹²⁶

Die Übergangspflegestation des Hauses wurde seit 1988 zur Begleitung in den ambulanten Bereich aufgebaut. Ein Teil der Patienten wurde auf einer eigenen Station betreut, andere in anderen Stationen des Spitals oder zuhause. Das Konzept beinhaltete einen sog. ‚differentialdiagnostische Ausgang‘, bei dem häuslicher Hilfe- und Reha-Bedarf eingeschätzt wurden, i.d.R. gemeinsam mit der zuständigen Spitex.

***Arzt:** Ich sage, das ist das Trainingslager für Fortgeschrittene. Die Idee ist, dass sie nach Haus gehen, aber sie brauchen nicht mehr das Milieu von dieser Station, die eher ein bisschen spitalähnlich ist, das ist mehr wie eine WG. Man muss wieder eine längere Wegstrecke machen zur Toilette, es gibt kein (Lüti) im Zimmer, man muss sich irgendwie bemerkbar machen, wenn man Hilfe braucht.*

Diese Station war auch über die teilstationären Angebote in die Versorgungsumgebung vernetzt. Zu den Arbeitsroutinen gehörten regelmäßige Fallbesprechungen vor der Entlassung unter Einbeziehung der ambulanten Pflegeteams, der Angehörigen und wenn möglich, der Hausärzte. Hiermit wurden zwei Ziele verfolgt: eine optimale Patientenüberleitung und der Transfer geriatrischen Fachwissens an die Generalisten. Damit sollte der Versorgungspfad einzelner Patienten verbessert werden; zudem stellten die Fallbesprechungen ein Instrument dar, um auf lokaler Ebene geriatrische Qualifikationsmängel zu bearbeiten.

125 Die Nachtpflege soll v.a. Angehörige entlasten – die Angebote richten sich auch explizit an Patient/-innen und Angehörige. Bisher sind nur Männer aufgenommen worden. Dies liege wohl daran, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben und Männer von Ehefrauen länger zu Hause gepflegt werden, während Frauen mit gleicher Pflegebedürftigkeit schon im Heim wären.

126 Wesentlicher Bestandteil der kommunalen Vernetzungsarbeit (vor dem Untersuchungszeitraum) war die gemeinsame Entwicklung eines Glossars geriatrischer Begriffe. Hierbei war Wert auf die Unterscheidung von Pflegemethoden, Patientenbedarfen und der Zuordnung zu Organisationstypen gelegt worden. In diesem Glossar bezeichnet Überbrückungspflege eine geriatrische Dienstleistung, die von Langzeit-Einrichtungen erbracht wurde. Geeignet war sie für Patienten mit Indikation für eine ambulante oder Pflegeheim-Versorgung. Übergangspflege stellte dagegen eine geriatrische Dienstleistung/spez. Pflegemethode von Akutspitalern dar; Übergangspflege-Patienten hatten diagnostisch/therapeutische Bedarfe wie stationäre Patienten im Akutspital.

Managed Care Organisationen

Im Versorgungsumfeld des Rosenspitals lagen außerdem die Ärztenetze äMCO und HANetz. Als Managed Care-Organisationen konnten sie als Innovationen hinsichtlich integrierter Versorgung gelten. Die beteiligten Haus- und Fachärzte waren an der ambulanten medizinischen Versorgung multimorbider älterer Menschen in der Untersuchungsregion beteiligt. äMCO war eine ärzteigene Betriebsgesellschaft, die Verträge mit einzelnen Krankenkassen geschlossen hatte. Die beteiligten Ärzte hatten Leistungsvereinbarungen mit der äMCO und arbeiteten in eigenen Praxen. Ihr innovatives Element lag in der verbindlichen und bezahlten Teilnahme der beteiligten Ärzte an wöchentlichen Qualitätszirkeln. Diese waren interdisziplinär, aber nicht interprofessionell. Sie konnten als Instrument gegenseitiger Unterstützung, aber auch als Kontrollorgan interpretiert werden. Weitere Elemente waren Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Bereitschaft zur Transparenz bezüglich Fallgeschichten und Kosten.

Sprecherin äMCO: Darum treffen wir uns wöchentlich, wir schauen dann, was würdest du machen in dieser Situation? Und der eine sagt, ich würde ihn wieder aufbieten. Der andere sagt, das ist doch total unnötig. Dann kommt man mit der Zeit auch ein bisschen unter Druck von den Kollegen, weil, wer immer mit dem großen Löffel aus dem gemeinsamen Budget schöpft und viel Unnötiges macht, das wird nicht gern gesehen von den Kollegen. Also wir haben erstens eine gewisse Kontrolle, weil wir als Gruppe gemeinsam ein Budget tragen und ein Interesse haben, dass da nicht einfach unnötig Geld ausgegeben wird.

Explizites Ziel von äMCO war die Vermeidung unnötiger Spitaleinweisungen durch eine umfassendere ambulante Chronikerversorgung. Die Philosophie der Organisation war es, durch Teilnahme einzelner Ärzte in Wettbewerb (zu den anderen) zu treten und ein schweizweites Netz zu etablieren. Die Einflussnahme auf andere Leistungserbringer (Spital, Spitex) durch das Zuweisungsverhalten der teilnehmenden Ärzte verstand die äMCO als ihren Hebel zur Versorgungssteuerung.

HANetz war ein konkurrierendes rein regionales Ärztenetz. Grundversorger, aber auch Spezialisten hatten sich zusammengeschlossen und boten Hausarztverträge an.

Interessenlagen und Auswirkungen auf die Versorgung

Die Interessen hinsichtlich des Kommunalen Runden Tisches und der geriatrischen Abteilung des Rosenspitals waren nicht losgelöst voneinander. Berichtet wurde, dass der Ausbau der Geriatrie Anfang der 90er Jahre auf persönliche Initiative eines Kommunalpolitikers erfolgt war, der die damaligen Abteilungsleitungen der Spitäler nach möglichen Verbesserungen befragt hatte. In der Folge war der Runde Tisch ins Leben gerufen worden, von dem sich die Leitungen u.a. kürzere Dienstwege und eine bessere Vertretung der Interessen der Geriatrie auf kommunaler Ebene versprochen. Insofern konnte die Profilierung der geriatrischen Abteilung als Aushängeschild städtischer Altenversorgung auch als Effekt des Runden Tisches interpretiert werden. In diesem Zusammenhang wurde der Aufbau der Abteilung als Glücksfall bezeichnet, der nur deshalb möglich war, weil sich die Altenversorgung zum richtigen Zeitpunkt als kommunalpolitisches Thema zu eignen schien.

Beim kommunalen Runden Tisches ließen sich die Interessen des Gesundheitsamts, der Teilnehmenden und der Nicht-Beteiligten unterscheiden. Der Runde Tisch wurde ursprünglich initiiert, um die Leitungsebenen der Versorgungsbereiche zusammenzuführen. Ziele der Kommune betrafen v.a. die Entwicklung und Ausformulierung einer stadtweiten Strategie für die geriatrische (stationäre) Versorgung. Hierbei spielte auch die Angleichung der Versorgungsstandards in beiden Stadtspitälern eine Rolle.

Die Leiter der einzelnen teilnehmenden Versorgungsbereiche formulierten weitere strategische Ziele, z.B. die Positionierung des eigenen Versorgungsbereichs auf der Ebene der Stadtverwaltung („kurze Dienstwege“). Eine Sonderrolle nahmen die Spitex-Verbände ein, die nicht direkt am Gremium beteiligt waren, aber wie weitere kommunale Dienste (z.B. Wohnungsvermittlungsstelle) über die Ergebnisse informiert wurden. Einerseits wurde die

durch die losere Kopplung an die Kommune bewirkte größere Gestaltungsautonomie der eigenen Arbeit geschätzt. Andererseits waren die Möglichkeiten der Einflussnahme bei der strategischen Planung auf der kommunalen Ebene dadurch geringer. Ein Effekt Ansiedlung des Runden Tisches auf der Leitungsebene war, dass das Gremium über den Teilnehmerkreis selbst hinaus wenig bekannt war. Selbst in den beteiligten städtischen Einrichtungen wussten Mitarbeiter unterhalb der Geschäftsführung wenig über die Arbeit des Runden Tisches.

Zum Untersuchungszeitpunkt existierte das Gremium nicht mehr. Es war Mitte 2007 in einen Ausschuss der Geschäftsleitung des Gesundheitsamtes überführt worden. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kommune und deren Grenzen wurden anhand neu initiiertes Programme des Runden Tisches deutlich. Akteure in kommunaler Trägerschaft verspürten den Druck, sich an den Projekten zu beteiligen, um auch künftig an der Versorgungsgestaltung beteiligt und bei potentiellen Ressourcenvergaben einbezogen zu werden.

Leitung Versorgungsbereich B: *Da müssen wir auch den Fuß drin halten, eben genau wegen dem Kampf, es geht jetzt um einen Verteilungskampf zwischen ambulant und stationär. Es geht wirklich darum, da passieren ganz eigenartige Sachen, da muss ich dann wirklich rein Präsenz markieren, einfach in irgendeine Veranstaltung gehen (...) in gewissen anderen Veranstaltungen musst du einfach sein, weil du sein musst, weil du einfach als Versorgungsbereich B auftreten musst, ob dich das interessiert oder nicht.*

Umgekehrt sprachen sich einzelne Hausärzte gegen eine Teilnahme aus, da diese nicht vergütet wurde. Ihre Nichtteilnahme wurde als strukturelles Problem verhandelt:

Hausarzt: *Da sind dann auch die Hausärzte schwierig. Man müsste jemanden bezahlen für diese Arbeit.*

Als zentraler Erfolg des Runden Tisches wurden die entstandenen Beziehungen und die damit einhergehende Vertrauensbasis v.a. auf der ärztlichen Leitungsebene der städtischen Einrichtungen beschrieben. Weitgehender Konsens bestand darin, dass das Gremium operativ nicht sehr viel bewirkt hatte, was seine Bedeutung als Forum für Kontakte nicht schmälert.

Leitung Versorgungsbereich A: *Es sind einzelne Projekte, die daraus entstanden sind. Oder Klärungen zum Beispiel, dass wir gleiche Begriffe gleich anwenden, die Abgrenzungen klar definiert wurden, dass es klar ist, wer etwa was macht. In diesen Punkten hat es viel gebracht. Aber ich meine, einen Innovationsschub hat es nicht gebracht.*

Mehrfach wurde darauf verwiesen, dass es für die Umsetzung neuer Projekte ohne diese Vorarbeiten keine Basis gegeben hätte. Die Wirksamkeit des Runden Tisches als kooperatives Netzwerk war innerhalb des Teilnehmerkreises und an der ‚Grenze nach außen‘ unterschiedlich. Er konnte die oben skizzierten Auswirkungen der Konkurrenz zwischen den städtischen Einrichtungen nicht entscheidend eindämmen. Versorgungspfade wurden nach wie vor durch Partikularinteressen beeinflusst, auch wenn diese Interessen durch die gemeinsame Trägerschaft im Vergleich zu einer pluralen Finanzierung wie in den deutschen Fallstudien schwächer ausgeprägt sein dürfte.

Außerdem wurde bemängelt, dass das Ziel einer stadtweiten geriatrischen Spitalversorgung nicht erreicht worden war: Die Qualität der Versorgung geriatrischer Patienten wurde im Einzugsbereich des Rosenspitals höher eingeschätzt als in dem Teil der Stadt, der dem anderen Spital zugeordnet war. Grenzen des Erfolgs lagen die v.a. darin, dass der Teilnehmerkreis auf die stationäre medizinische Versorgung und Langzeitpflege der städtischen Einrichtungen beschränkt war. Hausärzte, Managed Care Organisationen sowie kantonale Einrichtungen waren nicht beteiligt. Damit blieben Integrationseffekte beispielsweise an den Schnittstellen zum Universitätsspital oder zu den kantonale getragenen psychiatrischen Einrichtungen begrenzt. Auch hinsichtlich der geriatrischen Abteilung des Rosenspitals wurden unterschiedliche Interessen deutlich. Die Mitarbeiter beteiligten sich großenteils hochidentifiziert am inhaltlichen Aufbau des geriatrischen Modellprojekts und waren sich der positiven Außenwirkung durchaus bewusst.

Von anderen Abteilungen im Haus, vom zweiten Stadthospital und von niedergelassenen Ärzten gab es auch Widerstand bzw. Desinteresse, da Konkurrenz bzw. eine Abwertung der eigenen Qualifikation befürchtet wurde.¹²⁷ Allgemein wurde das Versorgungskonzept der geriatrischen Abteilung jedoch sehr positiv bewertet, und das Ziel, „Leuchtturmprojekt für die Schweiz“ zu werden, war erreicht. Der „ganzheitliche Ansatz“ und das gute Schnittstellenmanagement wurden vielfach hervorgehoben. Als entscheidend galten bei den Mitarbeitern wie bei kooperierenden Organisationen die Entscheidungsfreiräume, die eine patientenorientierte Gestaltung von Versorgungspfaden ermöglichten. Als ausschlaggebend für diesen Freiraum wird v.a. das persönliche Engagement der Klinikleitung gesehen: „Der Chef hält uns den Rücken frei“.

In der Zusammenarbeit mit dem Versorgungsumfeld konnte anfänglicher Widerstand erfolgreich minimiert werden. Sowohl die Mitarbeiter der Abteilung als auch die kooperierenden Organisationen (Hausärzte, Spitex) berichteten über gut entwickelte Routinen der Zusammenarbeit. Befragte außerhalb des Spitals bewerteten die Zusammenarbeit mit der Geriatrie oft besser als die mit anderen akutstationären Einrichtungen. Vorbehalte in der Region gegen die geriatrische Spezialversorgung und –Beratung hatten nachgelassen. Die Geriatrie wurde von anderen Einrichtungen „als Nische“ und als hilfreiche Instanz in schwierigen Versorgungsfragen akzeptiert, z.B. durch informelle telefonische Beratung der Hausärzte, konsiliarische Unterstützung und Überweisung zur Krisenintervention.

Charakteristisch für die Arbeitsweise („Philosophie“) der Abteilung war die ausgeprägte Vernetzung durch informelle und individuelle Kontakte. Dies war gleichzeitig Stärke und Schwäche der Innovation. Der informelle Fokus wurde von außen stehenden Organisationen aus Sorge um die Nachhaltigkeit der Kooperationsbeziehungen kritisiert. Viele Kooperationen beruhten auf Freiwilligkeit und persönlichem Engagement. Sie waren nicht weitgehend institutionalisiert, deshalb wurde befürchtet, dass bei einem Leitungswechsel der gegenwärtige Standard nicht zu halten wäre. Auch für Mitarbeiter/-innen der geriatrischen Abteilung wurden die Grenzen wenig formalisierter Beziehungen deutlich: Eine verbesserte Zusammenarbeit liess sich eher im Einzelfall aufgrund ‚guter Beziehungen‘ realisieren, als dass auf verbindliche Routinen zurückgegriffen werden konnte.

Arzt: Wir machen ein Familiengespräch, das organisiert unsere Sozialarbeiterin, dann schauen wir, wie ging das mit der Spitex, dann laden wir die Spitex ein, dann kommen die auch. Und dann kann man miteinander kommunizieren und auch mal bisschen schauen, das zu besprechen. Aber es ist zum Beispiel selten, und nicht üblich, dass man den betreffenden Hausarzt einlädt. Man fragt bei ihm nach und probiert herauszufinden, aber – ja, das ist nicht institutionalisiert. Und dann nachher läuft das so weiter, wie man das besprochen hat, aber der behandelnde Arzt ist nachher wieder der Hausarzt, und der ist da nicht systematisch drin.

Auch der Fokus auf individuelle Kontakte wurde als Grenze der Innovation thematisiert. Diese seien leichter zu etablieren, bei strukturellen Änderungsvorschlägen würden eher Widerstände aktualisiert.

Leitung Geriatrie: Die Zusammenarbeit funktioniert eigentlich nicht schlecht, auf einer patientenbezogenen, individuellen Ebene geht es gut. Wir sprechen mit den Hausärzten, die Pflege spricht mit Spitex, da geht das ganz gut, im Daily Business. Aber wenn Sie strukturell etwas machen wollen, stoßen Sie sofort an standespolitische Grenzen bis zum Buch runter.

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass der Aufbau dieses geriatrischen Versorgungsschwerpunktes zu einer Verbesserung der lokalen Versorgungssituation führte. Allerdings wurden davon nicht alle Patienten erreicht. Die Abteilung selbst nahm fortgesetzt wahr, bei potentiellen Zuweisern nicht bekannt genug zu sein.

¹²⁷ Interessanterweise wurde auch berichtet, dass zum Teil Patient/-innen selbst die Verlegung auf die Akutgeriatrie als Abwertung empfanden, d.h. angesichts des ‚Labels‘ der Abteilung befürchteten, mit ihren Beschwerden medizinisch weniger ernst genommen zu werden.

Weitere Innovationen

Hinsichtlich der Managed Care Organisationen in der Untersuchungsregion ließ sich sagen, dass diese vermutlich durch ihre organisationsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der beteiligten Praxen erzielt hätte. Eine Profilierung im Bereich der Versorgung multimorbider ältere Menschen, beispielsweise in der ambulanten Chronikerversorgung, hatte jedoch bisher nicht stattgefunden. Vor dem Hintergrund des unzureichenden Risikoausgleichs der Krankenversicherer hätte das auch der Finanzierungslogik solcher Organisationen nicht entsprochen.

Auch die Wirksamkeit bestehender Vernetzungsgremien wie des gemeinsamen runden Tisches für stationäre und ambulante Pflegekräfte um das Rosenspital wurde als begrenzt beurteilt.

Hausarzt: All diese Gruppen zeichnen sich aus durch ewige Wiederholung. Die Leute kommen und sagen, „jetzt habt ihr uns schon wieder nicht beizeiten Meldung über den Austritt gegeben“. Oder die im Spital sagen, „wir haben schon wieder keinen Überweisungsrapport von euch“. Also das wiederholt sich. Und eigentlich wäre abgemacht, dass alle Leistungserbringer, wenn was nicht gut läuft, den Mut hätten, das gleich zu sagen und hinzugehen, und dass es nicht nur die Bringschuld gibt, sondern auch die Holschuld. Ich finde, dass nach so vielen Jahren ein bisschen Bemühen, dass sich das nicht weiterentwickelt.

Der runde Tisch wurde als zu unkonkret erlebt; er agiere nur auf das einzelne Spital bezogen, nicht stadtweit. Weiterhin habe er sich zunehmend zu einem Forum für „politische Ebene“ mit immer weniger Praxisbezug entwickelt. Als Folge wurde eine „Vernetzungsmüdigkeit“ mancher Beteiligten konstatiert.

Zusammenfassend war zu sagen, dass die Innovationen eine höhere Aufmerksamkeit für die Belange einer integrierten Versorgung älterer Menschen geschaffen hatten. Auch waren Schnittstellen besser überbrückt worden, etwa in der nachstationären Patientenversorgung. Allerdings hatten diese Verbesserungen noch Modellcharakter, eine flächendeckende Umsetzung war aufgrund verschiedener hemmender Faktoren (unterschiedliche Trägerschaften, Interessenkonflikte) zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht gelungen. So wurden z. B. die innovativen teilstationären Angebote der geriatrischen Abteilung besser genutzt als die der Pflegeheime, da letztere höhere private Zahlungen erforderten. Damit waren die Übergangspflegekonzepte der Geriatrie zwar punktuell erfolgreich; sie lösten aber nicht das Problem, dass in der Region zu wenige Patienten mit teilstationärem Versorgungsbedarf erreicht und ihre Angehörigen entlastet wurden. Das galt insbesondere für diejenigen mit einer Indikation für eine längerfristige Rehabilitation in der Überbrückungspflege.

Analyse

Dass die geriatrische Abteilung zu einem erfolgreichen städtischen Modellprojekt ausgebaut werden konnte, war dadurch möglich geworden, dass das Thema der Altenversorgung in der Region als Politikum wahrgenommen und genutzt wurde. Kommunalpolitische Akteure hatten den Ausbau der städtischen Geriatrie-Strukturen auf ihre Agenda gesetzt. Im Zuge dessen war der Kommunale Runde Tisch für geriatrische Strategieplanung eingesetzt worden. Das erleichterte u.a. Ressourcenzuweisungen für die geriatrisch interessierten (Spital-)Leitungen. Diese Konstellation kann als ‚window of opportunity‘ interpretiert werden, in dem das Zusammenspiel von Bedarfen und Versorgungskonzepten, politischem Klima und vorhandenen Steuerungskompetenzen neue Formen der Zusammenarbeit und konkrete Versorgungsverbesserungen ermöglichte.

Charakteristisch für diese Fallstudie ist die Gleichzeitigkeit von starken kommunalen Steuerungskompetenzen mit dem Bestreben zentraler Akteure, informelle Prozesse anzustoßen und die Entwicklung von Innovationen in der Altenversorgung netzwerkförmig zu gestalten. Diese Kombination von Regulierungsweisen lässt sich als Governanceform interpretieren, bei der hierarchische mit netzwerkförmigen Steuerungsmodi verknüpft werden. Mit Scharpf (1993) könnte man von einem „Netzwerk im Schatten der Hierarchie“ sprechen. Hier wurden

netzwerkförmige Aushandlungsprozesse, wie am Kommunalen Runden Tisch oder in den Kooperationsbeziehungen der geriatrischen Abteilung zur ‚Außenwelt‘, innerhalb einer hierarchischen Steuerung ermöglicht, die über Finanzierungsregeln und Leistungsvereinbarungen den Beteiligten bestimmte Handlungsspielräume eröffnen konnte.

Ein Beispiel dafür waren die größeren Gestaltungsspielräume der geriatrischen Abteilung hinsichtlich der Entlassungsplanung, welche das als vorbildlich charakterisierte Konzept einer patientenorientierten, ‚ganzheitlichen‘ Versorgungsplanung erst ermöglicht hatten und den Beteiligten erlaubten, in den bestehenden Kooperationsbeziehungen zu außenstehenden Organisationen (Spitex, Hausärzte etc.) den jeweiligen Patientenpfad sinnvoll zu gestalten. So waren in diesem Fall die Versorgungseffekte und ihre Grenzen von lokaler Steuerung geprägt, während beispielsweise im Fall D-Nordstadtquartier, wo eine schwache Kommune nur wenig steuernd eingriff, eher Länder- und nationale Steuerungsimpulse maßgeblich waren.

Bedeutung von Wettbewerb

Über Netzwerk- und hierarchische Koordinierungsmodi hinaus spielten kompetitive Anreize eine steuernde Rolle. Zwar war den Akteuren v.a. innerhalb der städtischen Einrichtungen ein gemeinsames Versorgungsverständnis möglich. Andererseits waren Partikularinteressen vorhanden, bei denen der Wunsch nach Expansion der eigenen Einrichtung übergreifende Versorgungsperspektiven erschwerte. Konkurrenzbeziehungen wurden zwischen stationärem und ambulantem Sektor, aber auch horizontal zwischen ähnlichen Versorgungsangeboten beschrieben.

Die Kommune gestaltete, indem beispielsweise der Wettbewerb der Spitexvereine untereinander im Stadtgebiet aufrechterhalten wurde. Damit sollten Effizienzgewinne erreicht, aber auch die Einflusszunahme der Spitex gegenüber der Stadt begrenzt werden. Die Spitexvereine äußerten Fusionsinteressen, um Fachstellen gemeinsam zu tragen und die eigenen Interessen besser vertreten zu können. Die Stadt verhinderte Fusionen, indem sie – als Hauptfinanzierer der unabhängig organisierten Spitex – mit dem Entzug der gegenwärtig vergebenen Leistungsverträge drohte. Diese Konstellation könnte analog als „Wettbewerb im Schatten der Hierarchie“ beschrieben werden.

Die Ärztenetze der Region waren wettbewerblich ausgerichtet. Entsprechend der Zielsetzungen von Managed Care wurde das Instrument selektiver Versorgungsverträge verwendet und versucht, durch Organisationsentwicklung (Qualitätszirkel, Zertifizierung von Praxen) Qualitätsvorsprünge gegen über Wettbewerbern zu erreichen.

Die Managed Care Projekte hatten zwar ebenfalls einen schweizweiten Ruf als Modellprojekte für innovative Organisationsgestaltung. Im Bereich integrierter Versorgung multimorbider älterer Menschen in der Region hatten sie sich aber nicht besonders profiliert. Ihnen wurde eine ähnliche Bedeutung wie regulären Hausarztpraxen auch zugeschrieben. Dieser Befund verwies auf die Entmischung von nationalen Steuerungsimpulsen und lokalen Gestaltungsversuchen. Barrieren wie der unzureichende Risikostrukturausgleich hemmten den Ausbau integrierter Versorgungsformen insbesondere für Bevölkerungsgruppen mit komplexen Bedarfen. Eine stärkere Profilierung beispielsweise in der Chronikerversorgung hätte nicht der Finanzierungslogik der Organisation entsprochen. Im Ergebnis zeigten sich die Managed Care Modelle als Innovationen, die für die geriatrische Versorgung irrelevant blieben.

Passend dazu wurden die Akteure der Altenversorgung eher durch kommunale Initiativen und Projekte in ihren Handlungsspielräumen beeinflusst, als dass nationale Reformansätze zentrale Bedeutung hatten. Managed Care und die seine Gestaltungsoptionen, wie durch das KVG festgelegt, wurden nicht als wichtig für eine integrierte Altenversorgung wahrgenommen

P-Faktor

Auch in dieser Fallstudie wurde der Einfluss individuellen Engagements auf die Gestaltung und Umsetzung von Innovationen deutlich. Gleich mehrere relevante Akteure (Leitung geriatrische Abteilung, Leitung Gesundheitsamt, Kommunalpolitiker) waren Persönlichkeiten, die lokale mit

übergeordneten Wissensbeständen verknüpfen konnten. Sie waren einerseits durch die praktische Tätigkeit in den regionalen Strukturen verwurzelt und verfügten andererseits durch übergeordnete politische und fachbezogene Tätigkeiten über Wissen aus übergeordneten Diskursen in schweizweiten Expertengremien und Fachgesellschaften. Entsprechend waren die jeweiligen Innovationen eng mit diesen Personen verbunden, wurden als durch diese initiiert, aber auch durch ihren potentiellen Weggang bedroht wahrgenommen. Die Personalisierung der Initiativen ging über diese Leitungspersonen hinaus. Informelle und persönliche Beziehungen, Freiwilligkeit und inhaltliche Orientierung von Kooperationen „aus Überzeugung“ sowie die daraus folgende Ausrichtung auf partnerschaftliches Handeln und Selbstorganisation erschienen in dieser Fallstudie als Leitbilder für aussichtsreiche Integrationsbemühungen.

Alte und neue Versorgungskulturen

Es ließen sich verschiedene Aushandlungsfelder kulturellen Wandels beobachten:

- **Langzeitpflege versus Akutpflege:** Sowohl in der pflegerischen Ausbildung, als auch in der Zusammenarbeit der Pflegekräfte wurden Auseinandersetzungen über Leitbilder für die Versorgung deutlich. In der Akutversorgung dominierten die Biomedizin; die psychosozialen Versorgungsaspekte des Langzeitbereichs wurden eher abgewertet und als uninteressant wahrgenommen.
- **Unterschiedliche Pflegeleitbilder:** Sie zeigen sich zwischen den Generalisten und den spezialisierten Pflegekräften im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge: Während die allgemeinen Spitexdienste aus einer Tradition der Fürsorge kommen, haben sich in den spezialisierten Diensten Vorstellungen von aktivierender Pflege und Autonomie-Förderung durchgesetzt.¹²⁸

Leitung Spítex Fachstelle: *Es gibt einfach zwei Seiten, die sich oft beißen. Das ist Spítex mit einer Leistungspflicht. Was der Kunde sagt, wird gemacht. Und dann gibt es unseren Blickwinkel, wo ich in erster Linie denke, klar bin ich dem Spítexverein auch verpflichtet, Gelder rein zu holen, aber mir geht es in erster Linie um das Wohl des Patienten, und nicht das blinde Wohl, dass ich alles mache, was er mir sagt, sondern dass er seine Autonomie behält, indem ich ihm nicht zu viele Sachen wegnehme, die er eigentlich noch kann, auch, wenn mir das Geld bringt. Ich könnte ja sagen, klar, ich stopfe sie voll mit Haushilfe und Hauspflege.*

Außerdem ließen sich verschiedene Idealbilder bei den Akteuren beobachten. „Moderne“ Idealvorstellungen selektiver (wettbewerblicher) Versorgungsgestaltung standen humanistisch orientierten Konzepten einer kollektiven, „für alle offenen“ Versorgung gegenüber. Nicht zuletzt ließen sich die Erfolge der Innovationen als Einflussnahme auf bestehende Arbeitskulturen beschreiben. Mit dem kommunalen runden Tisch sollten bestehende Konkurrenzbeziehungen bzw. Fragmentierungen der Versorgungsbereiche mit einer neuen Kooperationskultur überwunden werden. Auch die Initiative des Rahmenprogramms Integration setzte vorwiegend darauf, Handlungsspielräume oder ein positives Klima, in dem Selbstorganisation entstehen kann, zu schaffen. Auch für die geriatrische Abteilung galt, dass entgegen dem Trend zur Standardisierung von Abläufen eine Kultur offener, individualisierter Entscheidungsfindungen etabliert wurde, in der auch unkonventionelle Entscheidungen im Sinne einer besseren Patientenorientierung möglich wurden.

Zielgruppenbezug

Wie in den anderen Fallstudien dominierte bei den Befragten ein bürgerliches Autonomie-Ideal. Dies beinhaltete Konsequenzen dafür, in wie weit aufsuchende Interventionen des Versorgungssystems für erforderlich gehalten wurden.

¹²⁸ Hier spielen neben kulturellen Faktoren auch der Wissenstransfer und die Widerstände dagegen eine Rolle.

Leitung Versorgungsbereich B: *Jeder Mensch hat ein sehr hohes Autonomiebedürfnis, beziehungsweise, der Versorgungsstaat soll sich da bitte zurückhalten, dass jeder Mensch noch selbst bestimmen kann, ob und wann und wie viel Hilfe er oder sie annehmen will, und das wir uns als Dienstleistungsanbieter uns da bitte auch zurückhalten sollen und die Autonomie der CH-Rotstädter Bürger hochschätzen sollen, das kommt dann schon auch noch dazu, dass das nicht so ein Thema ist. (...) Mir gefällt das an sich auch noch ganz gut. Das gibt auch zum Teil wirklich krasse Geschichten, wo man dann auch den Stadtarzt persönlich vor Ort bestellt, und er immer noch findet, das ist schon in Ordnung. Wenn sie oder er das will und noch in der Lage ist, das selber zu entscheiden, dann bleibt diese Person da, wo sie ist, sie hat ihr Leben lang so gelebt.*

Die Orientierung auf Eigenverantwortlichkeit könnte erklären, warum Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen kaum ausgebaut waren. Die Akteure der lokalen Altenversorgung hatten überwiegend den Anspruch, dass ihre Angebote „für alle“ verfügbar sein sollten. Teilweise wurde schon der Fokus auf ältere Menschen als potentiell diskriminierend und fragmentierend kritisiert. Dies deutet auf das Ideal einer umfassenden wohlfahrtsstaatlichen Fürsorge hin, deren Inanspruchnahme allerdings weitgehend dem Individuum überlassen wird. Dies birgt

die Gefahr, dass soziale Determinanten von Unterversorgung und die Bedeutung einer zielgruppenbezogenen Versorgung aus dem Blick geraten.

6.2.4 CH-Gelbstadt: ‚Ambulant vor stationär‘ – Die geriatrische Behandlungskette in einer Schweizer Großstadt

Einführung

In dieser Fallstudie wurde eine geriatrische Behandlungskette untersucht. Dabei handelte es sich um einen kantonal gesteuerten Patientenpfad für geriatrische Patienten, der im Kontext der Alters- und Pflegepolitik des Kantons stand, welche die Leitlinie ‚ambulant vor stationär‘ konsequent umzusetzen versuchte. Ort der Fallstudie war eine Schweizer Großstadt, hier Gelbstadt* genannt. Die demographische Struktur der Stadt zeichnete sich durch einen überdurchschnittlichen Altenquotienten aus.

Herzstück der geriatrischen Behandlungskette und Fokus dieser Fallstudie war das kantonal betriebene Sonnenspital (SSP)*, eine geriatrische Spezialklinik. Das SSP war das wichtigste Krankenhaus für ältere Menschen im Kanton mit der Funktion eines Kompetenzzentrums. Aufgrund seiner Größe von mehr als 350 Betten konnte dort ein breites Behandlungsspektrum abgedeckt werden. Einzugsbereich des SSP war Gelbstadt, vereinzelt kamen die Patienten aber auch aus dem Nachbarkanton und aus Deutschland. Der größte Teil der Patient/-innen des SSP wurden vom ebenfalls kantonal betriebenen Universitätsspital überwiesen, einer Einrichtung der Maximalversorgung mit mehr als 600 Betten, davon ca. 30 für Akutgeriatrie. Daneben existierten mehrere kleinere private, sowohl erwerbswirtschaftliche als auch privat-nonprofit Spitäler; eines war gleichzeitig geriatrische Klinik und Altenheim.

Lokale Versorgungsstrukturen

Das Konzept der geriatrischen Behandlungskette war in die kantonale Politik eingebettet. In einer Publikation des Kantons wurden dessen Leitlinien zur Politik für ältere Menschen dargelegt. Dabei wurde zwischen Seniorenpolitik und Alterspflegepolitik unterschieden:

- Seniorenpolitik richtete sich an Menschen, die 60 Jahre und älter sind. Sie stellte Informationen und Angebote für ‚aktive Ältere‘ bereit und betonte, dass Alter nicht mit Krankheit oder Armut gleichgesetzt werden darf. Es sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Geschlecht, Bildung, Herkunft zu erheblichen Unterschieden im Erleben des Alterns führen könnten und daher ‚Alter‘ differenziert betrachtet werden müsse. Auch in Migrant/-innen-Organisationen sollte über

Angebote der Seniorenpolitik informiert werden. Ansätze zur Zielgruppenorientierung wurden hier erkennbar; allerdings war es nicht Gegenstand dieser Studie zu untersuchen, inwieweit diese Zielgruppen tatsächlich erreicht wurden.

- Die Alterspflegepolitik befasste sich mit Planung, Finanzierung und Bewilligung von Leistungen für ältere pflegebedürftige Menschen, insbesondere für jene über 80 Jahre. Zielsetzung der Alterspflegepolitik war es, Übertritte ins Pflegeheim so lange zu vermeiden, bis alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft waren. Dies wird im Folgenden erläutert.

Der Zugang zum Pflegeheim unterlag der Steuerung durch die kantonale Gesundheitsverwaltung. Vor dem Übertritt in ein Heim musste das Gesundheitsdepartement den Bedarf feststellen und dem Übertritt zustimmen. So waren keine direkten Eintritte von Privatpersonen in ein Heim möglich, weder vom Spital, noch aus der eigenen Wohnung. Damit wurde die Strategie verfolgt, einen Übertritt ins Pflegeheim erst dann zuzulassen, wenn der Aufenthalt zu Hause auch mit Unterstützung der ambulanten Pflegedienste (Spitex) nicht mehr möglich war. Es wurden Wartelisten auf Pflegeheimplätze geführt, wobei die durchschnittliche Wartezeit drei Monate betrug. Im Sonnenspital arbeiteten zwei Mitarbeiter/-innen der kantonalen Verwaltung, die vor Ort abklärten, bei welchen Patient/-innen ein Übertritt ins Pflegeheim für notwendig gehalten wird. Dabei handelte es sich um Krankenpflegekräfte, die die Assessments in Zusammenarbeit mit den Ärzt/-innen und den Sozialdiensten des Spitals durchführten. Diese strikte Umsetzung der Leitlinie ‚ambulant vor stationär‘ trug dazu bei, dass das durchschnittliche Alter beim Heimeintritt in Gelbstadt mit ca. 86 Jahren sehr hoch lag. Fast 80% der 85-94jährigen wohnte zu Hause, weit mehr als im Schweizer Durchschnitt, aber nur noch rund 40% der über 95jährigen, was allerdings unter dem Schweizer Durchschnitt lag.

In Gelbstadt gab es 30 überwiegend nicht-staatliche und gemeinnützige Pflegeheime, von denen sich keines im Eigentum des Kantons befand. In den Heimen bestand das Recht auf freie Arztwahl. In manchen Heimen befanden sich Arztpraxen, in welchen sich Heimbewohner/-innen behandeln lassen konnten. Zudem musste jedes Haus einen psychiatrischen Konsiliararzt haben. In allen Pflegeheimen der Stadt lebte ein hoher Anteil, oft mehr als 50%, an Menschen mit Demenz. Zudem gab es in der Stadt ein spezialisiertes Pflegezentrum für Demenzkranke. Am geriatrischen Kompetenzzentrum im SSP gab es zwei Abteilungen, die Übergangsangebote mit verschiedener Ausrichtung bereitstellen:

Die Übergangspflege bereitete ältere Menschen nach einem längeren Krankenhausaufenthalt auf die Rückkehr in die eigenen vier Wände vor. Hier sollten die Fähigkeiten zu einer eigenständigen Lebensführung wiedergewonnen werden. Speziell ausgebildetes Pflegepersonal begleitete die Patient/-innen bei der Alltagsbewältigung, etwa im öffentlichen Nahverkehr oder beim Einkaufen. Die Abteilung „Die Brücke“ war auf Patient/-innen und Patienten ausgerichtet, deren Behandlung und Rehabilitation als abgeschlossen galt, die aber nicht mehr in ihr eigenes Zuhause zurückkehren konnten und auf einen Platz in einem Pflegeheim bzw. einer anderen Wohnform warten. Diese Übergangsstation sollte auch dazu dienen, den Patienten auf den neuen Lebensabschnitt vorzubereiten. Es stand nicht mehr die medizinische Behandlung im Vordergrund, sondern die mentale Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation:

Mitarbeiterin „Die Brücke“: *Der Patient kommt. Es wurde alles geklärt. Und jetzt beginnt-medizinisch ist alles abgeschlossen [...] aber jetzt kommt der Mensch, der sich damit auch noch auseinandersetzen muss. Also für uns ist eigentlich der Hauptfokus der Mensch in seiner Krise. Denn so lange Therapien da sind, man kann etwas machen. Ich werde therapiert, es geht weiter. Ich habe irgendwie noch eine Zukunftsvision. Noch eine Therapie, noch eine Einheit, dann kommt der Entscheid im Gespräch natürlich, im Prozess. Es geht nicht mehr. „Die Brücke“. ... Und symbolisch verlässt der Mensch das Spital, das Gebäude und kommt hierher. Und einige Füße sind noch im Spital. Aber wir sind vernetzt durch die Infrastruktur. ... Und er weiß genau, jetzt muss ich ins Heim. Jetzt kommt die ganze Thematik der Auseinandersetzung mit den Angehörigen, die Schuldfrage, Schuldzuweisung. Die Angehörigen sind auch im Stress. Also jetzt kommt der Mensch, nicht mehr die*

Krankheit, nicht mehr die Geriatrie sozusagen ist dominant, sondern wir sagen dem dann auch, der gerontologische Anteil. Also die Lebenskrise, die Auseinandersetzung.

Die Betten der „Brücke“ waren, einer kantonalen Vorgabe folgend, von Spital- in Pflegeheimbetten umgewandelt worden. Im Zuge der Implementierung der Alterspflegepolitik waren in den letzten 10 Jahren zunehmend Betten im Bereich Langzeitbehandlung in den Geriatriespitalern abgebaut und in Pflegeheimbetten umgewandelt worden. Das Warten auf den Pflegeheimplatz fand so in einem von der Pflege gestalteten Klima statt und wurde auch nicht als Spital-, sondern als Pflegeheimbehandlung vergütet. So trafen hier, vergleichbar mit der Einführung der Postakutpflege in der Fallstudie Gründorf, Argumente für Bedarfsgerechtigkeit mit solchen für Kostenersparnis zusammen.

Die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssektoren, insbesondere vom geriatrischen Kompetenzzentrum in die Häuslichkeit, und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und der Institutionen wurden als gut ausgestaltet beschrieben:

Leitender Arzt geriatrisches Kompetenzzentrum: *Wenn konkret mit einem Patienten das Austrittsgespräch oder der Austritt geplant wird, dann gibt es eine institutionalisierte Sitzung mit Pflege, Arzt, Sozialberatung und eine Therapie. Also meistens Physiotherapie, manchmal auch eine Psychologin, wenn ein Patient Defizite hat, also zum Beispiel nach Schlaganfall, wo die Angehörigen das Gefühl haben, ja, der kann ja alles, der Patient, der braucht einfach noch eine Armfunktion, die besser ist. Aber in Tat und Wahrheit viele Elemente der Neuropsychologie fehlen, um eine adäquate Tagesstruktur bewältigen zu können. Dann nehmen wir auch die Psychologin mit. Das heißt, es können fünf Leute hier sitzen, zusammen mit Patient und seinen Angehörigen. ...Und wenn es ganz eine komplexe Situation ist, dann laden wir zu diesem Gespräch auch die Spitex mit ein, (...) damit sie sich schon mal Gedanken machen können, wie geht denn das, was ist das für ein Mensch. Und die kommt dann auch zu diesem Gespräch. Die Schnittstelle mit Spitex, die ist sonst auch sehr formalisiert. Unser Spital hat da mal eine führende Rolle übernommen im Verkehr mit Spitex, dass Vertreter von Spitex und unsere Sozialberatung zusammen gesessen sind und gewisse Kriterien aufgestellt hat, was ist das rasche und logische Anmeldeprozedere, dass die betagten Leute rasch adäquat versorgt werden können durch Spitex. Also diese Schnittstelle die wird von uns auch gepflegt.*

Auch in Gelbstadt waren bei der Spitex Professionalisierungs- und Konzentrationstendenzen zu beobachten. Es gab eine stadtweite gemeinnützige Spitex, die etwa 90% aller ambulanten Pflegeleistungen abdeckte, sowie erwerbswirtschaftliche Pflegedienste. Die Spitex war zudem dabei, sich funktional zu differenzieren, etwa in eine Onko-Spitex, speziell für pflegebedürftige Menschen mit Krebserkrankungen. Kurz zuvor war eine Spitex Transit gegründet worden; sie hatte die Aufgabe, bei beschränkten Aufnahmekapazitäten in manchen Quartieren einzugreifen. In solchen Fällen übernahm Spitex Transit für ein paar Tage den Patienten und übergab ihn dann an die Spitex im jeweiligen Quartier. Gleichzeitig wurden manche Bereiche der Spitex zentralisiert. So war eine zentrale Anmeldestelle geschaffen worden, bei der Krankenhäuser, Privatpersonen und Ärzte künftige Pflegebedürftige anmeldeten. Diese kümmerte sich dann um die weiteren Anforderungen.

Daneben bestanden folgende, für ältere Menschen relevante Versorgungsstrukturen:

- Pro Senectute wurde in Gelbstadt vom Kanton mitfinanziert und bot vielfältige soziale Dienstleistungen an, u.a. Mahlzeitdienste, Reinigung etc.
- Die niedergelassenen Ärzt/-innen arbeiteten überwiegend in Einzelpraxen. Eine Stiftung betrieb eine Health Maintenance Organisation (HMO), an der acht Ärzte sowie drei Psychotherapeut/-innen in einer Gruppenpraxis beteiligt waren. In Verbindung mit der HMO existiert ein Ärztenetz. Angehörige von verschiedenen Krankenversicherungen konnten hier einen Hausarzttarif wählen.
- Ein Hospiz bot 27 Betten für Palliativpatient/-innen an. Seit dem Jahr 2002 war auch in Gelbstadt ein überregionales Palliativnetz als Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) aktiv.

Versorgungsdefizite

In vielen Interviews wurde auf eine Knappheit an Pflegepersonal bei der Spitex verwiesen, die von Quartier zu Quartier unterschiedlich ausgeprägt sei. Das Problem wurde unterschiedlich eingeschätzt, etwa als massive Einschränkung bei der Planung des optimalen Zeitpunkts des Krankenhausaustritts, wie aus der sozialarbeiterischen Perspektive. Aus der Perspektive von Krankenhausärzten andererseits wurde es nur als ein temporäres Problem von untergeordneter Bedeutung beschrieben.

Kontrovers diskutiert wurde die Frage der ärztlichen Versorgung in Heimen. Wie in anderen Fallstudien wurde auf eine unzureichende ärztliche Versorgung in Heimen verwiesen. Zu ungünstigen Zeiten, etwa nachts, würden Heimbewohner direkt ins Krankenhaus eingewiesen und nicht mehr im Heim ambulant versorgt.

Mitarbeiterin Universitätsspital: *Ja, immer mehr jetzt. In dem letzten Jahr hat es stark zugenommen. Und ich denke, da wäre wahrscheinlich einiges machbar. Ich denke, wenn die Hausärzte einen Verbund machen würden und sagen, also, wir sind in diesem Heim zehn Hausärzte, die tätig sind, die kennen sich ja alle von der FMH, also Gelbstadt ist nicht so groß. Die kennen sich von Weiterbildungen. Dass die mal zusammensitzen würden und sagen, hört mal, wir stellen jetzt so unter uns einen auf, einen Pikettdienst (Anm.: Bereitschaftsdienst). Und der, der diese Woche Pikettdienst hat, der geht, wenn er gerufen wird, ins Pflegeheim und schaut sich zuerst den Patient vor Ort an. Schaut, gibt's eine Verfügung, wie ist der Reanimationsstatus, dass man das alles schon hätte. Und entscheidet dann, muss der Patient ins Spital, oder ist das jetzt eine Situation, die terminal ist.*

Einige Interviewpartner/-innen merkten Entwicklungsbedarf bei Hausärzt/-innen auf geriatrischem Gebiet an. Das geriatrische Know-how sei in einer durchschnittlichen Hausarztpraxis nicht immer optimal.

Der Umgang mit den Krankenkassen wurde zum Teil als schwierig wahrgenommen. Oft müsse erst geklärt werden, welche Leistungen die Krankenkasse übernehme und welche nicht. Des Weiteren wurde angemerkt, dass in der Schweiz manchmal Krankenkassen bei bestimmten Leistungspolizen nur kantonweit vergüteten und außerhalb des Kantons sowie bei Selbstverschulden keine Leistungen bewilligten. Damit erzeugten die Krankenkassen zusätzliche Barrieren für bestimmte Versorgungspfade:

Mitarbeiterin Universitätsspital: *Also von dem her kommen die Leute auch aus anderen Kantonen. Und dann gibt es so-, in der Versicherungsbranche gibt es auch allgemeine Versicherungen. Da können Sie dann in (Stadt X) oder (Stadt Y) sich behandeln lassen. Und dann gibt es auch Versicherungen, die nur versichern im Wohnkanton. Das heißt, wenn die Leistung im Wohnkanton erbracht werden kann, muss der Patient dort betreut werden. Das heißt, er kann nicht wünschen und sagt, ich will jetzt ins Universitätsspital, weil dort habe ich alles, was ich kriegen kann. Sondern wenn seine Krankheit im Wohnkanton, wenn die eine Abteilung haben, die das macht, dann muss er dort hin. ... Außer, das Spital in Gelbstadt Land oder in den anderen Kantonen hat diese Disziplin nicht, also zum Beispiel in Gelbstadt Land ist es die Neurologie, neurologische Abklärungen zum Beispiel...*

Die geriatrische Behandlungskette als Innovation

In dieser Fallstudie steht das Konzept der geriatrischen Behandlungskette im Mittelpunkt. Ziel war es, den kranken alten Menschen bedarfsgerecht vom Akutspital zur Behandlung ins Geriatriespital und zurück nach Hause zu bringen. Ein leitender Arzt beschrieb die geriatrische Behandlungskette so:

Leitender Arzt geriatrisches Kompetenzzentrum: *Ich denke, es ist dargestellt, wenn man davon ausgeht, es gibt etwa drei oder vier nachgeschaltete Institutionen, die miteinander verbunden sind. Das heißt, zu Beginn eigentlich einen Hausarzt. Nachher ein Zentrumsspital oder vielleicht direkt, je nach medizinischer Situation, nachher innerhalb unseres Hauses verschiedene Glieder, eben vielleicht zuerst eine stationäre Abklärungs-, Rehabilitationsphase, nachher ein Angebot der Übergangspflege oder ein Angebot teilstationäre Rehabilitation und anschließend die Schnittstelle mit Spitex oder die*

Schnittstelle mit den Pflegeheimen. Ich denke, die wesentlichen Elemente dieser Behandlungskette sind da genannt.

Der spezifische Auftrag geriatrischer Versorgung und die Rolle eines geriatrischen Kompetenzzentrums innerhalb der Kette wurden seitens eines Mitarbeiters der Gesundheitsverwaltung folgendermaßen skizziert:

Mitarbeiter der Gesundheitsverwaltung: (...) mein Verständnis ist so, dass wenn ein Spitalaufenthalt notwendig ist, dann ist der entweder im Akutspital, also, dass jemand über die Notfallstation ins Akutspital eintritt und dort behandelt wird. Die Nachbehandlung ist dann in einem geriatrischen Spezialspital. (...) Und das heißt, es findet relativ schnell ein Wechsel nach der Akutbehandlung-, die Rehabilitation findet im spezialisierten Geriatriespital statt.(...) Ich meine, es ist so, dass die betagten Leute in einer spezialisierten, auf geriatrische Leiden oder Krankheitsbilder ausgerichtete Institution sind. Das heißt, die medizinische Versorgung ist darauf eingestellt, dass Leute verschiedene Leiden haben, dass nicht eine Krankheit im Vordergrund steht – ich sage jetzt mal, ein Herzinfarkt oder ein Bruch – sondern dass eben noch andere chronische Krankheiten schon da sind, dass die Lebensqualität im Alter anders ausschaut als bei einem 50jährigen. ... Dann innerhalb des geriatrischen Zentrums, Kompetenzzentrums gibt es verschiedene Angebote. Es gibt eine Abklärungsstation, die die Ressourcen auch der betagten Menschen stark beachtet. Und dann die Rehabilitation auf das ausrichtet, was noch möglich ist. Also, Beratung findet da statt. Und nach Möglichkeit mit einem Austritt nach Hause. Das ist dann das Ziel. Und im Rahmen der Spitalbehandlung und Rehabilitation wird bereits geschaut, wer kann was noch mit welcher Unterstützung? Und diese wird auch im Spital dann möglichst vermittelt, mit unserer Unterstützung teilweise. Die Schnittstelle Spital/nach Hause und Spital/ins Pflegeheim, das stellen wir sicher.

Ein wesentlicher Bestandteil der pflegepolitischen Strategie des Kantons war der systematische Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen, z.B. der Spitex:

Mitarbeiter Spitex: Ja, genau. Weil, der ist ja auf uns angewiesen. Der Kanton erteilt uns einen Leistungsauftrag für die stationäre Hochbetagtenpflege, also, ergo, wenn die Statistik ergibt, dass die Zahl der über 80jährigen wieder zunimmt, dann muss er ja mit uns sprechen und sagen: Hört mal, wir brauchen noch 100 Pflegeplätze. Und insofern muss der Austausch dann stimmen. Ja? Was die Förderung der Spitex-, das ist in unserem Wissen passiert, ja? Also, Spitex wurde sehr ausgebaut in Gelbstadt-Stadt. Das ist sehr gut, erfolgreiches Modell, wird auch von den Leuten natürlich sehr geschätzt.

Bewertung der Innovation: was hat sich geändert?

Aus dem Konzept der geriatrischen Behandlungskette, den Verbleib von alten Menschen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden zu ermöglichen, ergab sich das hohe Alter beim Eintritt ins Heim. Die ambulante Pflege wurde hierdurch gestärkt. Doch aus deren Sicht ging die Umsetzung des Prinzips ‚ambulant vor stationär‘ nicht nur mit einem Zuwachs von Lebensqualität einher, sondern auch mit neuen Belastungen für die Patient/-innen. So begrüßte der oben zitierte Spitex-Mitarbeiter den Ausbau der ambulanten pflegerischen Versorgung und reflektiert zugleich die Probleme, die ein später Eintritt ins Heim für den Patienten mit sich bringen kann:

Mitarbeiter Spitex: Ja, und die Konsequenzen, die sehen wir jetzt nach ein paar Jahren – ist eben die Entwicklung zum völligen Pflegeheim. ... Gerade auch solche Dienste von Pro Senectute, Mahlzeitendienst und-, gibt ja x-, x Angebote, wo man sich zu Hause noch relativ gut selber versorgen kann beziehungsweise versorgen lassen kann. Also, das ist sicher sehr-, eine gute Sache. Ja? Es hat – ich sage jetzt das aus dem Blickwinkel einer Bewohnerin – zur Folge, dass, je nachdem, wenn dann doch noch Pflege stationär nötig ist, ja?... der Schritt ins Pflegeheim verflüxt schwierig wird, wenn man dann erst geht, wenn es denn ganz klappert und macht und ganz, ganz schwierig ist, wenn die Kräfte so nachgelassen haben. Dann ist der Übertritt in ein Pflegeheim anstrengend. Das ist ja eine Riesenzäsur, als wenn man geht, wenn man noch ein bisschen mehr Kräfte hat.

Aus der Perspektive der Pflegeheime stand auch die Attraktivität des Heims als Wohn- und Lebensform auf dem Spiel:

Mitarbeiterin Pflegeheim: *Wir sind nur noch Pflegeheim, wir haben ein paar Prozent von Bewohnern mit der Pflegestufe 0. Pflegestufe I sind auch nicht so viele. Und wir sind am Diskutieren, dass wir eigentlich lieber wieder eine Mischung hätten aus Altersheimbewohnern und Pflegeheimbewohnern. Weil, die Pflegeheime sind manchmal schon Krankenhäuser, je nach aktueller Zusammensetzung. Und das ist für die Atmosphäre eines Heimes nicht immer ganz einfach. Also, der Anspruch ist ja, dass man ein normales, buntes Leben bietet, Alltagsbeschäftigung und Kochen und Spaziergänge und Abendaktivitäten, Nachmittagsaktivitäten et cetera, Ausflüge macht. Was alle wünschen, und alle wollen, aber wenn so viele so pflegebedürftig sind, können da immer nur vielleicht relativ wenige Leute dran teilnehmen... Und so, da-, wenn ganz viele Menschen an einer Demenzkrankheit leiden, ist auch das Sprechen miteinander-, ist dann halt auch anders. Das ist die eine Seite. Und da sind wir am Überlegen. Also auf der strategischen Ebene machen wir eine Angebotserweiterung in irgendeiner Form. Also, die wir selber finanziell dann auch tragen müssen. Aber das ist noch ganz frisch und ganz-, also, quasi wieder eine-, es ist keine Rückentwicklung, sondern eine Weiterentwicklung aus dem, was jetzt ist.*

Umgekehrt verhinderten die Pflicht zur Bedarfsabklärung und die erforderliche Zustimmung von Seiten des Gesundheitsdepartements zum Heimeintritt zu frühe Übertritte. Diese Konzeption wirkte als Korrektiv gegenüber den Einschätzungen mancher Hausärzt/-innen und stellte sicher, dass die Möglichkeiten häuslicher Versorgung ausgeschöpft wurden.

Mitarbeiterin Gesundheitsverwaltung: *Wir machen die Bedarfsabklärung und wir schauen-, oftmals sind natürlich-. Jetzt in den letzten zwei Jahren hat es sehr viele junge Hausärzte gehabt, die neu die Praxis eines älteren, der pensioniert wurde, übernommen haben. Der hat natürlich auch das ganze Patientenpool vom anderen gekriegt, kennt aber mehrheitlich die älteren Menschen da noch nicht so. Und ja, wenn die Patienten dann noch selbst sagen, also wissen Sie, ich bin so müde und ach, ich möchte nicht mehr zu Hause bleiben, ich möchte jetzt ins Altersheim gehen. Und dann findet er, ja, ja, doch, melden wir an. Und so erfährt man-, hat man den Kontakt. Und wir sehen die Patienten, wir reden mit den Ärzten. Und wir sagen dann so unsere Beurteilung. Es gibt einen Austausch. Man hört seine Seite, man sagt, was man denkt von unserer Seite aus und es ist meistens nicht so, wenn das kommt vom Hausarzt, der Patient soll jetzt ins Pflegeheim, dass das dann auch so ist. Oft ist vieles noch möglich und wurde noch gar nicht ausgeschöpft oder in Betracht gezogen. (...) Und Patienten sind-, es gibt Patienten, die rufen sie zehnmal am Tag an. Die sagen, ja, jetzt hat der schon wieder achtmal angerufen, ich kann das nicht mehr haben oder so. Die fühlen sich belästigt und dann irgendwie kommen sie dazu und sagen, jetzt muss er in ein Heim. Nehmen sich natürlich auch vielleicht nicht die Zeit.*

Analyse

Im Fokus dieser Fallstudie stand die geriatrische Behandlungskette in einem Kanton mit der Steuerung des Zugangs zum Pflegeheim. In diesem Fall wurde eine Entwicklung aktiv beschleunigt, die auch allgemein wahrzunehmen ist, nämlich dass in Heimen zunehmend nur noch sehr alte und gebrechliche Menschen leben. In einer anderen Fallstudie wurde Pflegeheime mit dieser Tendenz als „Spital light“ bezeichnet.

In diesem Fall wurden die Prinzipien Wettbewerb und Wahlfreiheit zugunsten einer gezielten Steuerung aufgegeben. Ältere Menschen konnten den Zeitpunkt ihres Heimeintritts nicht selbst bestimmen, mit Ausnahme von Selbstzahlern in rein privaten Heimen, von denen es nur zwei im Kanton gab. Die Entscheidung darüber wurde vielmehr von kantonalen Stellen in Abhängigkeit von der individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation getroffen. Von kantonalen Seite wurde damit eine Strategie verfolgt, die ambulante Versorgungsstrukturen gezielt gefördert, um Heimeintritte zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Auf diese Weise wurde das Leitprinzip ‚ambulant vor stationär‘ konsequent umgesetzt. Damit setzte sich auch eine neue Versorgungskultur durch, die jedoch in der Fallstudie nicht von allen Beteiligten

einhellig begrüßt wurde. Vor allem vonseiten der Pflegeheime sorgte man sich um die Attraktivität der Heime als Wohn- und Lebensform.

Das Leitbild des Kantons sowohl für die Senioren-, als auch für die Alterspflegepolitik entsprach dem gängigen Leitbild der Stärkung und Förderung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung von älteren multimorbiden Menschen. Restriktiv umgesetzt, wurden dabei allerdings zugleich die Widersprüche dieses Leitbildes deutlich. Selbstbestimmung wurde hier dem Ideal von Selbständigkeit untergeordnet. Eine eigenständige Entscheidung der älteren Pflegebedürftigen für die Wohn- und Lebensform Heim wurde durch die kantonale Vorgabe verhindert, solange aus der Sicht der begutachtenden Stellen die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das Netz von pflegenden Angehörige und Unterstützer/-innen sowie die Leistungsangebote der Spitex nicht überforderte. Umgekehrt galt ein Heimeintritt als unvermeidlich, wenn das Verbleiben zu Hause aufgrund wirtschaftlicher Gesichtspunkte für das Gemeinwesen nicht mehr vertretbar war.

Dieses restriktive Moment der Pflegepolitik fiel in der Bewertung der Innovation durch die Interviewpartner/-innen möglicherweise nicht nur wegen des ökonomischen Arguments der Kostenersparnis wenig ins Gewicht, sondern auch, weil die geriatrische Kompetenz durch ihre Bündelung am SSP in Gelbstadt eine sehr sichtbare Rolle in der Konzeptentwicklung spielte. Die zentrale Rolle des geriatrischen Spitals in der Gestaltung von Patientenpfaden verkörperte eine Orientierung an aktuellen geriatrischen Versorgungsstandards und damit am Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit. Die Ausrichtung wurde daher kaum angezweifelt.

7 Übergreifende Analyse und Diskussion

Zunächst werden die acht lokalen Fallstudien zusammenfassend vorgestellt, um aus dem Vergleich mögliche verallgemeinernde Aussagen bezüglich der Einflussfaktoren auf lokale Versorgungsintegration zu treffen. Die relevanten Steuerungsanreize auf der Makro-Ebene werden dabei jeweils fallbezogen mit diskutiert. Im Anschluss werden Untersuchungsergebnisse im Ländervergleich Deutschland-Schweiz dargestellt sowie Befunde, die in allen Fallstudien eine Rolle gespielt haben. Den Abschluss des Kapitels bilden Empfehlungen für gesundheitspolitische Weiterentwicklungen in beiden Ländern.

7.1 Resümee Fallstudien und Fallvergleich

Mit den Fallstudien in ausgewählten Versorgungsregionen (Überblick in Tabelle 12) konnte ein breites Spektrum von Versuchen abgebildet werden, Akteure und Sektoren der Versorgung älterer multimorbider Menschen besser miteinander zu verbinden. Wie bei der Auswahl der Fälle angestrebt, unterscheiden sich die Praxisbeispiele darin,

- wer die Initiatoren einer Innovation waren,
- welche Akteure beteiligt waren oder auch nicht,
- welche Schwerpunkte jeweils gesetzt wurden,
- welche Auswirkungen auf die Versorgung erzielt wurden und
- welche Bedeutung nationale Steuerungsanreize für die lokale Innovation jeweils hatten (Überblick s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Analyse der Fallstudien im Überblick¹²⁹

DEUTSCHLAND	D-Süddorf	D-Ostdorf	D-Weststadt	D-Nordstadtquartier
Form der Innovation	<ul style="list-style-type: none"> Balance zwischen Netzwerk/ Freiwilligkeit/Identifikation und gewinnorientierten Vertragsbeziehungen (Vertrag nach § 140a ff. SGB V) und Abhängigkeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> Geriatrisches Netzwerk Standardentwicklung Netzwerk ist offen für alle, abhängig von Zertifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> Palliatives Netzwerk + neue Versorgungsformen Umfasst geriatr. Wissen, erweitert von onkol. Ausgangspunkt Freier Zugang aller Professionen, Wissenstransfer, Standardentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> Gezielt informelles Netzwerk mit verbindlichen Interaktionsformen Hohe Identifikation der Beteiligten Konkurrenz besteht fort
Bottom-up oder top down	<ul style="list-style-type: none"> Bottom up – top down 	<ul style="list-style-type: none"> Bottom up – top down 		<ul style="list-style-type: none"> Bottom up
Integrationsmodus nach Leutz (linkage, coordination, fully integration)	<ul style="list-style-type: none"> Linkage: v.a. Außenbeziehungen der Innovation Coordination: Ärztenetz 	<ul style="list-style-type: none"> Dominant: coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Dominant: coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Linkage/Coordination (Kooperationsvertrag im Netzwerk)
Operative Versorgungs-koordination	<ul style="list-style-type: none"> Geschäftsstelle der Managementfirma Hausärzte (Landarztfunktion) Beratungsstelle als Informationsbroker 	<ul style="list-style-type: none"> Beratungsstelle BAKUB* als Informationsbroker, zudem Mitglied im Geriatrie-Netz 	<ul style="list-style-type: none"> Gemeinsame Koord. von Palliativ-Ärzten und Hausärzten Koordinierungsstelle für ältere Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> „jeder ist Case Manager“ Beratungsstelle (BSP)
Auswirkungen/ erwünschte und unerwünschte Effekte (was wurde erreicht?) Erfolg/Misserfolg	<ul style="list-style-type: none"> Weniger Konkurrenz und mehr Kooperation innerhalb des Verbunds + Verhaltensprävention + ärztliches QM + Med. Versorgungsabläufe verbessert + neue Schnittstellenprobleme (selektive Verträge) - Zunahme Konflikte zwischen teiln. u. nicht teiln. Berufsgruppen - Vertragslogik benachteiligt Hochaltrige mit hohen Pflegebedarfen - 	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patienten stationär u. ambulant (Qualität/Koord) + Mobile Reha – innovatives Modell + Defizite: Demenzversorgung - Defizite: Bezüge zu sozialen Diensten - 	<ul style="list-style-type: none"> Palliativ.: bessere Koordination amb/stat + Weniger Wiederaufnahmen + Palliativ-Kompetenz in Heime und Pflegedienste + Integration med. u. pfl. Versorgung + 	<ul style="list-style-type: none"> Gegenseitiges Kennenlernen + gemeinsame Projektplanung + Keine umfassende Weichenfunktion der Beratungsstelle bei KH Entlassung - keine klaren Versorgungspfade -

¹²⁹ Für einen Überblick über die Profile der Fallstudien vgl. Tabelle 12: Profile der Fallstudien im Überblick.

Einbettung der Innovation in lokale Konfiguration, u.a. wer ist beteiligt?	<ul style="list-style-type: none"> Innovation von außen kommend: Externe Unternehmensberatung berät lokal vorbestehendes Ärztenetz Teilnahme nicht flächendeckend möglich: weder Patienten (Bezug auf Versicherte einer Krankenkasse >50% der Einwohner) noch Professionelle (selektive Verträge, nur medizinischer Sektor) 	<ul style="list-style-type: none"> Zu wenig niedergelassene Ärzte Kaum beteiligt: Spezialisten Ungeklärte Konkurrenz mit regionaler Administration 	<ul style="list-style-type: none"> Einbezug niedergelassener Ärzte allmählich gelungen (P-Faktor und Vergütungsanreize) Allgemeine geriatrische Versorgung im Wesentlichen nicht erhoben 	<ul style="list-style-type: none"> Schwierige Kontextbedingungen: Marktsituation, Unterregulierung der Pflege (keine territorialen Absprachen etc.), Unterfinanzierung der Altenversorgung, Vernetzung aus dem Stadtteil heraus wird unterstützt durch Gesetzesinitiative auf Landesebene Prinzipiell offen für alle Nutzer und Professionellen
Wahrgenommener Nutzen der Innovation (aus Sicht der Akteure) Wieso konnte die Innovation sich durchsetzen?	<ul style="list-style-type: none"> Präzedenzfall, Pionierprojekt zur Erprobung neuer Vertragsformen (nationale Aufmerksamkeit) Ärztenetz: Profilierung, Gestaltungsmacht Krankenkasse: Profilierung, ökonom. Nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> Ideeller Nutzen: Versorgungsideal KH: Profilierung als Geriatrieschwerpunkt Teilnehmer: Marktanteile 	<ul style="list-style-type: none"> KK: ökonomischer Nutzen möglich, gute Voraussetzung für Erfolg v. IV-Verträgen Professioneller/ideeller Nutzen (prof. Erfolg) 	<ul style="list-style-type: none"> Hohe Akzeptanz der Beratungsstelle BSP, da kein eigenes Versorgungsangebot Win-win-Situation für die einzelnen Träger: Kooperation bringt Klienten
Kontextbedingungen/ Makrofaktoren (fö/he)	<ul style="list-style-type: none"> IV-Gesetzgebung + SGB V-XI Problem (fehlende Reichweite von Reformen) - KK-Wettbewerb verhindert flächendeckende Implementierung - 	<ul style="list-style-type: none"> Kongruenz lokal - Land (Arbeitsgemeinschaft Geriatrie im Bundesland Etablierung Schwerpunkt Geriatrie im Bundesland) + 	<ul style="list-style-type: none"> GKV-WSG: mehr Geld für Palliativv. + Policy Agenda: Palliativv. nach vorn + Kongruenz lokal - Land (bottom-up-/top-down-Schleife) + Pflege- und Gesundheitskonferenzen ermöglichen kollektive Zielentwicklung/Versorgungsplanung 	<ul style="list-style-type: none"> Landesinitiative zur Gründung von Beratungsstellen für Ältere + Unterfinanzierung Pflegesektor - Drohung Pflegestützpunkte - Vertragspolitik schafft Doppelstrukturen (MVZ) -
Kulturelles	<ul style="list-style-type: none"> Alt: alle ins Boot holen Neu: Selektive Verträge, eher Verschärfung Hierarchie zw. Medizin und Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> General. Versorgung dominiert, ländlich, strukturschwach wenig Spezialistenmacht 	<ul style="list-style-type: none"> Katholizismus P-Faktor 	<ul style="list-style-type: none"> Kooperation als innovative Gegenkultur im Markt
Zukunftsperspektive etabliert und nachhaltig?	<ul style="list-style-type: none"> Integration der Pflege? Interventionen jenseits Verhaltensprävention? Bedarfsgerechtigkeit? 	<ul style="list-style-type: none"> Landesweite Implementierung, Gründung GbR, um ‚selektivvertragsfähig‘ zu werden > Stabilisierung 	<ul style="list-style-type: none"> Stabil und etabliert 	<ul style="list-style-type: none"> Abh. von Pflegegesetz, Mitarbeit Ärzteschaft

Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SGB-Problem gilt es zu lösen ▪ Beispiel für erfolgreiche Beteiligung schwer integrierbarer Ärzteschaft (mittels Gestaltungsspielräumen, Vergütung, Führungsposition) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterentwicklung von Demenz- u. Pall.-Versorgung ▪ Teilnehmerzahl erhöhen, Teilnehmerinteressen berücksichtigen (Konflikte lösen) ▪ Stützung von IV-Optionen in strukturschwachen Regionen und von komplexen Versorgungsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernetzung allgem. geriatr. Versorgung erweitern ▪ Gelungene Integration aller professionellen Akteure nach außen noch stärker verdeutlichen ▪ Kommunale Strukturen wie Pflege- und Gesundheitskonferenzen sind auszubauen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doppelstruktur (Verbund plus BSP) ist Erfolgsfaktor für Arbeitsfähigkeit (Infrastruktur!) ▪ Regulierung der Pflege: Anreize für territoriale Absprachen, stärkere komm. Steuerung
---------------------	---	--	--	--

SCHWEIZ	CH-Blaubergdorf	CH-Gründorf	CH-Rotstadt	CH-Gelbstadt
Form der Innovation	<ul style="list-style-type: none"> Spital, Heime, Spitex in gemeinsamer kommunaler Trägerschaft, Formalisierung von Kooperationen durch Zusammenlegen der Verwaltungen 	<p>3 Innovationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spezifische Form der Übergangspflege (Postakutpflege PAP), spitalexterne Palliativpflege vom Spital aus spitalinternes Coachsystem zur Patientenkoordination 	<ul style="list-style-type: none"> Runder Tisch: Beteiligung städtisch getragener Einrichtungen (Spitäler, Heime, weitere Gesundheitsdienste) an strategischer Planung der Altenversorgung Ausbau einer geriatrischen Spitalabteilung zum Modellprojekt Managed Care Modelle in der Region (Ärztennetze) 	<ul style="list-style-type: none"> Geriatrische Behandlungskette: Steuerung des Zugangs zum Pflegeheim durch die kantonale Verwaltung, Ambulantisierung
Bottom-up oder top down	<ul style="list-style-type: none"> Eher top down (von Gemeinden ausgehend) 	<ul style="list-style-type: none"> bottom up - top down 	<ul style="list-style-type: none"> Top down und bottom up (Stadtverwaltung als Initiator - Selbstorganisation der beteiligten Akteure gewünscht) 	<ul style="list-style-type: none"> Eher top-down
Integrationsmodus nach Leutz (linkage, coordination, fully integration)	<ul style="list-style-type: none"> V.a. Fully Integration, coordination und linkage zur Versorgungsumgebung 	<ul style="list-style-type: none"> Linkage 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination, linkage 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination
Operative Versorgungs-koordination	<ul style="list-style-type: none"> Entlassungsmanagement HA- und Seelsorge mit Info- und Begleitfunktion Pufferfunktion informeller Sektor/Community 	<ul style="list-style-type: none"> Coachsystem mit u.a. verbessertem Entlassungsmanagement Steuerungsaktivitäten des Spitals in pflegerischen Bereich hinein 	<ul style="list-style-type: none"> Geriatrische Abteilung (Nachstationäre Behandlung organisieren) Hausärzte Fachstellen der Spitex Wohnungsvermittlungsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> Steuerung von Heimeintritten (Assessment als gate-keeping) Geriatrisches Kompetenzzentrum steuert Patientenpfad
Auswirkungen/ erwünschte und unerwünschte Effekte (was wurde erreicht?)	<ul style="list-style-type: none"> weniger Konkurrenz innerhalb, Verringerung der kompetitiven Anreize glattere Abläufe, Entlassungsmanagement + Keine Konkurrenz zw. Spital, Spitex und Heim + Inhalte verbessert soweit wirtschaftlich sinnvoll + Kein Ausbau geriatrischer Strukturen (Einstellung von Spezialisten, Übergangspflege) - Gefahr neuer Schnittstellen durch Konflikte mit informellem Sektor, 	<ul style="list-style-type: none"> PAP -> verbesserte med. Patientenoutcomes + Einsparungen u. Erhalt eines KH-Standorts + Spitalexterne Palliativpflege -> Reduktion von Wiedereinweisungen + Coachsystem -> bessere KH-interne u. externe Koordination d. Versorgung + 	<ul style="list-style-type: none"> Einbezug der städtischen Versorgungsbereiche in Versorgungsplanung + Gegenseitiges Kennenlernen (Vertrauensbasis, gemeinsame Sprache) + Kein Überbrücken der Schnittstelle zur psychiatrischen Versorgung - Keine Schaffung flächendeckender Versorgung mit spezialisierter Geriatrie - Kein Ausbau zielgruppenbezogener 	<ul style="list-style-type: none"> Hohe Sichtbarkeit geriatrischer Konzepte + Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen + Später Heimeintritt (vorw. hochaltrige gebrechliche Menschen) +/- Heime als Lebensform abgewertet - (+) Steuerung vs. Wahlfreiheit + - Koordination zwischen ambulant und stationär +

	<ul style="list-style-type: none"> nicht-beteiligten Berufsgruppen - Rückgang des starken informellen Hilfesysteme (zu wenig Einbezug) - 		<ul style="list-style-type: none"> Angebote für sozial Benachteiligte - 	
Einbettung der Innovation in lokale Konfiguration (u.a. wer ist beteiligt?)	<ul style="list-style-type: none"> Innovation lokal entstanden: kommunales Regulierungsinteresse: mehr Effizienz Hohe Akzeptanz durch langjährig verankerte Stiftung Für alle Bewohner zugänglich Neue Schnittstellen zu nicht-beteiligten Sektoren/ Berufsgruppen (Hausärzte, Teile des informellen Sektors) 	<ul style="list-style-type: none"> Zentraler Akteur: Spitalzentrum Gründorf/Med, starke Rolle des Kantons bei Etablierung von PAP 	<ul style="list-style-type: none"> v.a. städtisch getragene Einrichtungen sind beteiligt, dadurch Ausrichtung auf alle Einwohner kantonal getragene Einrichtungen und Selbstständige (Hausärzte) nur lose oder nicht beteiligt 	<ul style="list-style-type: none"> Zentrale Akteure: Gesundheitsverwaltung, geriatrisches Kompetenzzentrum
Wahrgenommener Nutzen der Innovation (aus Sicht der Akteure)	<ul style="list-style-type: none"> mehr Verwaltungseffizienz: attraktiv für Gemeinden Profilierungsmöglichkeit gg.über Nachbarregionen Erfolgreiche Überlebensstrategie 	<ul style="list-style-type: none"> Alle drei Innovationen: Ökonom. Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit spitalexterne Palliativpflege: Versorgungsideal PAP: Kompetenzen der Pflege anerkannt Coachsystem: Case Management 	<ul style="list-style-type: none"> Geriatric als kommunalpolitische Profilierungsmöglichkeit Runder Tisch als ‚kurzer Dienstweg‘ für Leitung städtischer Einrichtungen attraktiv 	<ul style="list-style-type: none"> Einsparungen, Vermeidung von teuren Heimaufenthalten. Mehr Lebensqualität und Autonomie durch Verbleib in der Häuslichkeit. Aufwertung geriatrischer und pflegerischer Kompetenzen
Kontextbedingungen/ Makrofaktoren (fö/he)	<ul style="list-style-type: none"> Profilierungsdruck (Qualitätsargumente) vs. Zentralisierungstrend+ Kleines Regionalspital muss sich gegen Zentralisierung behaupten + Markt +/- 	<ul style="list-style-type: none"> Bettenabbau, Einführung von DRGs - 	<ul style="list-style-type: none"> Debatten um demographischen Wandel + Finanzierungsunterschiede zwischen kommunalen und kantonalen Einrichtungen - Fehlanreize für niedergelassene Ärzte (keine Teilnahme wg mangelnder Vergütung) - Fehlanreize für Managed Care Modelle: kein Fokus auf geriatrische Versorgung wg. unzureichendem Risikoausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> Kantonale Steuerungsbefugnisse +
Kulturelles	<ul style="list-style-type: none"> Alt: informell, viel soziales Kapital Neu: formal, Stabilisierung von Koop. möglich 	<ul style="list-style-type: none"> Divergierende Interessen und Auffassungen zwischen Berufsgruppen/ ambulant und stationär bzgl. Zuständigkeiten und bedarfsgerechter 	<ul style="list-style-type: none"> Debatten um Autonomie vs. Fürsorge: Aufsichende Angebote unterentwickelt Kultur der Selbstorganisation im Rahmen starker kommunaler 	<ul style="list-style-type: none"> Starke Wirkmacht des Leitbildes Selbstständigkeit Politische Restriktion der Wahlfreiheit durch geriatrisches Fachwissen

		Versorgungskultur	Steuerungskompetenzen	legitimiert
Zukunftsperspektiven (ist es eine stabile und etablierte Konstruktion?)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängig von Akzeptanz in der Bevölkerung (demokratische Kontrolle der Gemeinden als Träger) ▪ abhängig von erfolgreicher Kooperation mit außen-stehenden Einrichtungen (z.B. Hausärzte) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postakutpflege wird im ganzen Kanton etabliert, Spitalexterne Pflege und Coaching System 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flächendeckender Ausbau spezialisierter geriatrischer Versorgung in der Stadt ist abhängig von politischem Willen, Konsensfindung der beteiligten Leitungsebenen ▪ Runder Tisch besteht fort, Erweiterung auf weitere Akteure fraglich (potentielle Interessenkonflikte) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilität und Transparenz
Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunale Steuerung und Trägerschaft ▪ Formalisierte Strukturen helfen, Konkurrenz zu vermindern ▪ Umfassender Einbezug des informellen Sektors wichtig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postakutpflege ein Erfolgs-modell (Ausweitung schweiz-weit, überlegenswert für Deutschland?) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunale Steuerung als wirkungsvoller Hebel (Kombination Hierarchie und Netzwerk) ▪ Runde Tische als Instrumente zur Vertrauensbildung sinnvoll 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbestimmung vs. auferlegte Selbständigkeit diskutieren/problematisieren

Fallstudie D-Süddorf

Die Fallstudie D-Süddorf ermöglichte es, die Auswirkungen eines auf die Mehrheit der Versichertenpopulation bezogenen Vertrags zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. auf unsere Zielgruppe zu betrachten. Durch die untersuchte Innovation war es gelungen, eine als Vernetzungsinitiativen schwer zugänglich beschriebene Berufsgruppe wie die niedergelassene Ärzteschaft zu Protagonisten eines Integrationsansatzes zu machen. Das lokale Ärztenetz kann als wichtige Erfolgsvoraussetzung dafür gelten, dass die Umsetzung nationaler vertragspolitischer Steuerungsanreize hier gelingen konnte. Gleichzeitig zeigten sich in diesem Fall anhaltende Blockaden, v.a. die getrennte Finanzierung von Pflege- und GKV-Leistungen, aber auch traditionell starke Hierarchien und Abgrenzungsbestrebungen zwischen den Berufsgruppen. Dadurch blieb die Integration überwiegend auf die Vernetzung medizinischer Versorgung begrenzt und konnte weder bereits existierende Vernetzungsinitiativen von Pflege und Sozialarbeit, noch Leistungen aus diesen Versorgungssektoren integrieren. Für eine bedarfsgerechte Versorgung multimorbider Älterer bedeuteten diese Begrenzungen, dass die Innovation nicht zielgruppengerecht wirksam war.

Mit einem verbindlichen Vertragsmodell zwischen dem Ärztenetz, einer eigens gegründeten Managementgesellschaft und der beteiligten Krankenkasse war es gelungen, innerhalb der Initiative Konkurrenz einzuschränken und neue Kooperationsformen zu schaffen. Gleichzeitig verhinderte der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eine flächendeckende Implementation. Nicht zuletzt führte die der Innovation immanente Struktur und Kultur selektiver Vertragsabschlüsse und Kooperationen zu einer neuen Lagerbildung in der Region zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden. Auch blieb die Frage offen, ob und inwieweit das gewählte Konzept des Einspar-Contractings eine bedarfsgerechte Versorgung für die Zielgruppe multimorbider Älterer unterstützte, da eher die Vermeidung chronischer Krankheitsverläufe bei (noch) aktivierbaren Patienten im Fokus stand.

Fallstudie D-Nordstadtquartier

Die Fallstudie D-Nordstadtquartier stellte in mehrfacher Hinsicht ein Gegenmodell zu D-Süddorf dar. In einer innerstädtischen Region mit einem intransparenten Spektrum von Versorgungsangeboten war es gelungen, auf der Basis einer Initiative auf Landesebene zur flächendeckenden Implementation von Beratungsstellen für pflegebedürftige ältere Menschen ein lokales Netzwerk der Alterhilfe zu gründen, an dem v.a. Pflege und Sozialarbeit beteiligt waren. Auswirkungen auf die Versorgung zeigten sich in besseren Überleitungen und einem höheren Anteil systematisch beratener Patient/-innen. Gleichzeitig stellt dieser Fall ein Beispiel für eine komplexe Intervention mit schwierigem Wirksamkeitsnachweis dar. Wesentlicher Effekt dieses Netzwerkes war es, dass lokale Akteure sich kennen lernen konnten und miteinander im regelmäßigen Austausch standen, allerdings mit Ausnahme der Ärzteschaft. Die Mitarbeit im Netzwerk erhielt im Kontext der Anbieterkonkurrenz die Rolle einer kooperativen Gegenkultur. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu D-Süddorf war die Entscheidung, auf eine stärkere Formalisierung der Zusammenarbeit zu verzichten und den Fokus auf die Etablierung informeller, von den Beteiligten mit hoher Identifikation inhaltlich getragener Strukturen zu legen. Ähnlich sind sich diese beiden ersten Fälle im Aufbau einer Metastruktur. Einerseits wurde jeweils ein Gremium der beteiligten Akteure gebildet (Netzwerk/ Ärztenetz). Zusätzlich wurde diese Netzwerke jeweils durch eine Infrastruktur unterstützt, mit Hilfe derer die inhaltlichen Arbeitsergebnisse zumindest teilweise umgesetzt werden konnten (Beratungs- bzw. Geschäftsstelle). D-Nordstadtquartier war zudem ein Beispiel für

potentiell bedrohliche Einflüsse durch die Bundespolitik. Zum einen drohte zum Untersuchungszeitraum, dass die im Pflegeweiterentwicklungsgesetz geplanten Pflegestützpunkte lokale gewachsene Strukturen in Frage stellen würden. Zum anderen zeigte sich anhand eines in der Nachbarschaft eröffneten MVZ, das sich in der Integration von Altenversorgung engagieren wollte, die Gefahr von Doppelstrukturen durch neue mächtige Akteure, die nicht an lokalen Gegebenheiten und bestehenden Initiativen orientiert und interessiert waren.

Fallstudie D-Weststadt

Der Fall *D-Weststadt* unterscheidet sich von den anderen hier untersuchten Fällen vor allem dadurch, dass es hier um eine spezifische Versorgungsproblematik widmete, um Palliativversorgung. Ähnlich wie in der Fallstudie *D-Süddorf* traf auch hier ein schon länger bestehendes Netzwerk von Leistungserbringern auf die neuen, gesetzlichen Vertragsmöglichkeiten mit den Krankenkassen. Dieses Netzwerk hatte zu einem frühen Zeitpunkt begonnen, sowohl niedergelassene Ärzte wie auch stationär tätige Ärzte sowie alle anderen an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen einzubinden, insbesondere auch die Pflegedienste.

Die Fallstudie beleuchtet die Entstehung und Entwicklung dieses Netzwerks für Palliativversorgung, das in einem Krankenhausverbund mit Bezügen zur Onkologie entstanden war. Einzelne Personen spielten für die Netzwerkentwicklung eine zentrale Rolle, z.B. eine Oberärztin des Zentrums für Palliativmedizin und eine Mitarbeiterin der Heimaufsicht. Deren besondere Rolle bestand darin, dass einerseits inhaltlich-professionelle Standpunkte bzgl. palliativer Versorgung überzeugend vertreten wurden, andererseits die Öffnung und Einbindung aller wichtigen Berufsgruppen bzw. Dienstleister gleichermaßen konsequent vertreten und durchgeführt wurden. Dadurch konnten ökonomische bzw. professionsgebundene kompetitive Strukturen offenbar tendenziell neutralisiert werden.

Das Konzept der Palliativversorgung wurde im Zuge der Netzwerkentwicklung von onkologischen Patienten auch auf geriatrische Patienten ausgeweitet. Eine wesentliche Errungenschaft der Netzwerksarbeit bestand in der Verbreitung der palliativen Versorgung in Alten- und Behindertenheimen. Die Anschlussmöglichkeiten an neue Vertragsmöglichkeiten wurden von zentralen Akteuren des Netzwerks positiv beurteilt, weil sie dabei halfen, die Koordination der Leistungserbringer untereinander weiter zu verbessern, und unsichere Finanzierungen zu verstetigen. Von Seiten niedergelassener Ärzte wurde allerdings gerade die Vielfalt der dort abgeschlossenen Verträge (drei Arrangements zur Palliativmedizin) als irritierend dargestellt.

Fallstudie D-Ostdorf

Die Fallstudie *D-Ostdorf* beleuchtet ein Netzwerk, das von Geriatern gegründet worden und von dem Gedanken einer umfassenden Versorgung für ältere Menschen geprägt war. Hier wurden Ähnlichkeiten zum Palliativnetz *D-Weststadt* deutlich; während das Netzwerk in *D-Weststadt* von Onkologen am Krankenhaus ausgegangen war, hatte das Geriatrienetz seine Ursprünge bei Geriatern in Krankenhäusern. In der Entwicklung beider Netze spielten jeweils bestimmte Personen entscheidende Rollen. Beide Bereiche, palliative Versorgung und Geriatrie, waren zudem in der medizinischen Ausbildung vernachlässigt, wodurch eine fachliche bzw. politische Profilierung einen ‚Möglichkeitsraum‘ vorfand und schneller nachhaltige Effekte zeitigen konnte. Die Arbeit des Geriatrienetzwerks half, die Qualität der Versorgung zu verbessern und brachte qualifizierte (bzw. zu qualifizierende) Partner in der Versorgung alter Menschen zusammen. Die Verbindlichkeit nach innen und

die Vertretung des Netzwerks nach außen wurden dennoch zum Teil als unzureichend erlebt. Dies war möglicherweise auch mit dem noch ‚jungen Alter‘ dieses Netzwerkes zu erklären. Auf diesem Hintergrund strebte das Netzwerk an, sich eine veränderte Rechtsform zu geben und einen höheren Formalisierungsgrad zu erreichen. Mit der geänderten formalen Struktur wollte das Netzwerk auch die Chancen von Selektivverträgen nutzen, um finanzielle Mittel für die Mitglieder zu erschließen. Dadurch sollte auch die Attraktivität für Ärzte erhöht werden.

Ein zum Untersuchungszeitpunkt noch ungelöstes und auch wenig sichtbares Problem schien in der noch kaum gelungenen Verbindung der professionellen Initiativen mit den politischen Aktivitäten in der Region zu bestehen. Diese schien unerlässlich, wenn der ganzheitliche, versorgungsorientierte Ansatz des Netzwerkes mit Aufgaben sozialpolitischer Altenhilfepolitik (Alltagsunterstützung, Freizeitgestaltung, Zivilengagement) stärker verbunden werden sollte.

Fallstudie CH-Blaubergdorf

Die Fallstudie in CH-Blaubergdorf zeigt die im Vergleich am weitesten gehende organisatorische Integration, da hier Spital, Heime und ambulante Pflege mit einem regional bezogenen Versorgungsmonopol unter eine gemeinsame Trägerschaft zusammengefasst worden waren. Diese Innovation kann wie der Fall D-Süddorf als populationsbezogen verstanden werden und war, da nicht nur einer Krankenkasse zugeordnet, sogar umfassender als der Versorgungsvertrag in D-Süddorf. Ein Erfolgsfaktor dieser Innovation war, dass die Gemeinden Träger und Initiatoren waren, deren ursprüngliches Interesse eine höhere Effizienz der beteiligten Betriebe durch eine Verwaltungsfusion war. Verknüpft mit der hohen Akzeptanz der traditionell in der Bevölkerung verankerten Einrichtungen, kann dieser Fall als Beispiel für eine starke und erfolgreich steuernde Kommune betrachtet werden. Grenzen zeigten sich allerdings, wie bei etlichen Fallstudien, in der Nicht-Beteiligung der Hausärzte. Dieses Phänomen darf jedoch nicht nur in seiner blockierenden Funktion für eine weitergehende Integration interpretiert werden, sondern auch als Gegengewicht zur neu entstandenen fusionierten Einrichtung und deren Monopolcharakter. Ein weiterer Kritikpunkt an der Innovation bzw. ihren Auswirkungen konnte darin gesehen werden, dass ein Teil des lokalen Sozialkapitals ignoriert bzw. nicht einbezogen und dadurch geschwächt wurde. Damit könnte einer der Erfolgsfaktoren für die Implementierung dieser Innovation, der ausgeprägte ‚bottom up‘-Charakter, der in der Identifikation der Bevölkerung verankert war, gefährdet werden. Eine Entwicklung zu höherer Versorgungsqualität für ältere Menschen schien dadurch eingeschränkt, dass der organisatorische Wandel stark an Effizienzkriterien orientiert war. Inhaltliche Neuerungen fanden v.a. insoweit statt, wie sie gleichzeitig Profilierungs- bzw. Einsparmöglichkeiten versprachen.

Fallstudie CH-Gründorf

Die Fallstudie in der Spitalregion CH-Gründorf betrachtete die Kombination dreier Projekte, die an einem als innovativ geltenden Spital eingeführt wurden. Es handelte sich um ein Projekt der Postakutpflege, um die Einrichtung eines spitalexternen Palliativpflegedienstes sowie um ein Coach-System, das die Koordination der Betreuung älterer Patienten im Krankenhaus übernahm und so auch das Entlassungsmanagement verbesserte. Bei allen drei Innovationen handelte es sich um organisationsinterne Integrationsprozesse von eher geringer Komplexität, die sich im Vergleich zu anderen Fallstudien leichter durchsetzen ließen und so auf verhältnismäßig wenig Widerstand

stießen. Dazu trug bei, dass sie als gleichermaßen effizienzsteigernd wie bedarfsgerecht wahrgenommen wurden.

Die Fallstudie konzentrierte sich auf die Postakutpflege. Die Postakutpflege war eine zeitlich befristete, intensive pflegerisch-therapeutische Betreuung insbesondere für ältere Patienten im Rahmen des Spitalaufenthalts vor ihrer Rückkehr nach Hause oder ihrem Übertritt in eine Rehabilitationsklinik. Sie war bereits fest im Spital etabliert und sollte auf den ganzen Kanton ausgedehnt werden. Durch die Implementierung der Postakutpflege sollten teure Aufenthalte im Akutbett verkürzt werden; gleichzeitig konnte damit ein Spitalstandort gehalten werden. Sie ermöglichte die Aufwertung der Kompetenzen der Pflege für die geriatrische Versorgung und erzielte zudem gute Evaluationsergebnisse.

In dieser Fallstudie dehnte ein Spital durch organisationsinterne Neustrukturierungen seine Kompetenzen auf Gebiete aus, die bisher im Einflussbereich ambulanter oder stationärer Langzeitpflege lagen. Dadurch wurden Versorgungslücken geschlossen, z.B. durch qualifizierte, vom Spital abgesicherte Palliativpflege zu Hause zusätzlich zur Grundpflege der Spitex. Patientenpfade wurden zudem strukturierter und transparenter. Zugleich schienen dadurch sowohl mit Blick auf die Postakutpflege, als auch auf den spitalexternen Palliativpflegedienst zwischen den Berufsgruppen bzw. zwischen Spital und ambulanter bzw. stationärer Langzeitpflege Spannungen über Kriterien bedarfsgerechter Versorgung und die Zuständigkeiten für intermediäre Versorgung zwischen den traditionell klar definierten Polen Akutbehandlung und Langzeitpflege entstanden zu sein.

Fallstudie CH-Rotstadt

Die CH-Rotstädter Fallstudie zeichnete sich wie CH-Blaubergdorf durch eine stark steuernde Kommune aus. Diese hatte nicht nur einen runden Tisch zur strategischen Planung der Altenversorgung initiiert, sondern war auch Trägerin der akut-geriatrischen Abteilung sowie der Alten- und Pflegeheime, betreuter Wohneinrichtungen und der regionalen Triagestelle für die Vergabe von Heimplätzen. Außerdem beeinflusste sie über die Vergabe von Leistungsverträgen auch die ambulante Pflege. Einerseits bestanden darin klare hierarchische Verhältnisse, andererseits zeichnet sich gerade diese Fallstudie dadurch aus, dass die lokalen Akteure ähnlich wie in D-Nordstadtquartier, wenn auch hier auf Ebene der Kommunalverwaltung, explizit das Ziel verfolgten, einen ‚bottom up‘ Prozess zu initiieren, in dem die Leistungserbringer selbst die Vernetzung gestalten sollten. Die spezialisierte geriatrische Abteilung des Stadtsitals kann als Erfolgsbeispiel gelten, einen geriatrischen Schwerpunkt in einer Kommune zu implementieren, und dabei den Wissenstransfer zwischen Generalisten und Spezialisten zu verbessern. Auch die nicht durch die Stadt finanzierten Akteure, insb. die Hausärzte, koordinierten sich mit der Geriatrie, die als ‚Nische‘ akzeptiert wurde. Im Unterschied zu D-Nordstadtquartier eröffnete die einflussreiche Position der kommunalen Verwaltung relevante Gestaltungsspielräume, die sich teils förderlich (Initiierung von Modellprojekten und Bereitstellung von Geldern), teils hemmend (schwierige Überbrückung zur kantonally finanzierten psychiatrischen Einrichtungen) auf die Integration der Versorgung auswirkten. Im Unterschied zu D-Weststadt gingen die innovativen Impulse zu einer verbesserten Palliativversorgung hier stärker vom ambulanten Sektor aus, insbesondere der Spitex und den Hausärzten. Diese Fallstudie ist ein Beispiel für ein erfolgreich genutztes ‚window of opportunity‘, in dem vorhandene Steuerungskompetenzen und günstige kommunalpolitische Bedingungen für den Aufbau innovativer geriatrischer Strukturen eingesetzt werden konnten.

Fallstudie CH-Gelbstadt

Die Fallstudie CH-Gelbstadt untersuchte das Konzept einer geriatrischen Behandlungskette. Hierbei handelte es sich um einen kantonal gesteuerten Patientenpfad, der im Kontext einer spezifischen Alters- und Pflegepolitik des Kantons steht. Diese hatte zum Ziel, die Leitlinie ‚ambulant vor stationär‘ systematisch umzusetzen. Ambulante Versorgungsstrukturen wurden ausgebaut, auch um Heimeintritte in ein höheres Alter zu verschieben. Um sicherzustellen, dass die Möglichkeiten häuslicher Versorgung ausgeschöpft wurden, wurde ein Eintritt in ein Pflegeheim nur nach einem Assessment und der Zustimmung durch die Gesundheitsverwaltung ermöglicht. Dem Zugewinn an Lebensqualität und Selbständigkeit für länger selbständig lebende Ältere war allerdings die Minderung der Attraktivität des Lebens im Heim gegenüber zu stellen. Die ‚Lebenswelt Heim‘ wurde zunehmend durch Schwerstpflegebedürftige und Hochaltrige bestimmt, wodurch der Aufbau sozialer Netzwerke und eines kulturellen Lebens im Heim zusätzlich erschwert wurde. Leben im Heim war dann nur mehr die ‚letzte Lösung‘; zudem konnte der späte Heimeintritt auch eine individuelle Belastung darstellen.

Die restriktive und von ökonomischen Gesichtspunkten geleitete Umsetzung kantonaler Steuerung mit Einschränkung bzw. Ausschaltung von Wahlfreiheiten und Wettbewerb erschien vor allem auch deshalb über die Grenzen verschiedener Akteursinteressen hinweg konsensfähig zu sein, weil sie Teil eines umfassenden und transparenten geriatrischen Versorgungspfades war. Ein lokales geriatrisches Spital, das als Kompetenzzentrum fungierte, bündelte geriatrisches Fachwissen, bot innovative Übergangsangebote an und ‚verkörperte‘ so eine Orientierung an bedarfsgerechten, modernen Versorgungsstandards.

7.2 Ländervergleich – lokale Effekte für Versorgung

Tabelle 15: Ländervergleich

	Deutschland	Schweiz
Integrationswirkungen bisheriger Reformen CH: Managed Care, D: Vertragspolitik (IV 140a ff. etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfolge für innovative Altenversorgung bisher begrenzt ▪ Vielfalt an möglichen Vertragsmodellen (IV nach § 140a ff. SGB, § 73 c SGB V MVZ, Hausarztmodelle (§ 73 b SGB V), DMP) ▪ Vorrangig medizinische Versorgung (Pflege neuerdings integrierbar) ▪ Zunehmend komplexere Vertragsabschlüsse (Einzelfälle) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managed Care bisher nicht relevant für innovative Altenversorgung ▪ Insgesamt weniger gesetzgeberische Instrumente, Überzeugung, dass Aufbau von Vernetzung „von unten kommen“ muss ▪ Ärztezentriert, vorwiegend ambulanter Sektor ▪ Fehlanreize verhindern Weiterentwicklung (Risikoselektion)
Rolle der Kostenträger (Krankenversicherungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärker gestaltend (player) ▪ Experimentierfreudiger ▪ Mehr gestaltbares Finanzvolumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kaum Konzeptentwicklung ▪ weniger Investitions-Kapazitäten
Rolle der Kantone (Bundesländer) und Kommunen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringere Steuerungs- und Gestaltungskompetenzen ▪ Schlechte Datenlage zu lokalen Versorgungssituationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Größere Steuerungskompetenz ▪ Häufig eigene Trägerschaft von Einrichtungen (vor allem in Bezug auf Pflegeeinrichtungen)
Steuerungsmodus der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetitiv (Konkurrenz um Patienten), kaum territoriale Absprachen ▪ Wachsender Anteil privater Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oft kommunal organisiert, klare Gebietsbezüge ▪ Ganz überwiegend nonprofit, gemeinnützig, geringer Anteil privater Pflegedienste

Sektorentrennung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung („SGB-Problem“) ▪ Unterfinanzierung Pflegesektor (unzureichende Pflegestufen, Budgets) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzierungsunterschiede stationär – ambulant (dual vs. monistisch) ▪ Widersprüchliche Kostenanreize (z.B. unterschiedliche Zuzahlungshöhen für Privathaushalte)
Übergangsversorgungsmodelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tageskliniken, Kurzzeitpflege, Mobile Rehabilitations-Einrichtungen existieren, Konzepte sind strukturell und finanziell unterentwickelt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergangspflege, Postakutpflege, ▪ Thema wird intensiv entwickelt (viele Modellprojekte in den Kantonen)
Schnittstellenmanagement: Übergang ins Heim/Entlassung aus dem Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unklare Zuständigkeiten für Entlassungsplanung (Ärzte, Pflege, Sozialarbeit) ▪ Viele Entlassungen ohne systematische Beratung über Optionen häuslicher Pflege ▪ Insgesamt wenig reguliert, wenig begleitet ▪ Zu viele Heimeinweisungen ▪ Innovative Projekte haben Modellcharakter, keine Flächendeckung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang ins Heim ist stärker reguliert (Triage-Stellen) ▪ Innovative Projekte (Case Management, Coaches) mit Modellcharakter

Integrationswirkungen bisheriger Reformen

Im Ländervergleich verdeutlichen die Fallstudien sowohl Ähnlichkeiten wie Unterschiede in den Auswirkungen gesundheitspolitischer Steuerung, aber auch der Systemvoraussetzungen auf die lokale Versorgungsgestaltung (vgl. Tabelle 15: Ländervergleich).

Es zeigt sich, dass die vertragspolitischen Neuerungen zur integrierten Versorgung in Deutschland eine größere Rolle spielten als in der Schweiz. In der Schweiz waren die besonderen Versorgungsangebote wie Managed Care zwar als HMOs und Ärztenetze in den ausgewählten Regionen sichtbar; es fand sich jedoch im Projektzeitraum kein Managed Care Modell, das der Versorgung multimorbider Älterer besondere Aufmerksamkeit widmete bzw. im Vergleich zu Akteuren der Regelversorgung innovative Versorgungsformen entwickelt hatte. Zumeist existierten die Ärztenetze als spezifische Organisationsform (haus)ärztlicher Tätigkeit neben regulären Hausarztpraxen und bildeten einen Teil des ambulanten Sektors. Meist wirkten sie dabei jedoch eher als Instrumente standespolitischer Interessenvertretung, insbesondere gegenüber den Kostenträgern, als dass sie bisher tiefgreifende Verbesserungen der Versorgung erreicht hätten. Auch eine der bekanntesten ärztlichen HMOs, die Bestandteil der CH-Rotstädter Fallstudie war, hatte sich nicht erkennbar in der geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft der Region profiliert. Insofern können diese Zusammenschlüsse als ‚Kampfnetze‘ (Westebbe, 1999: 65f.) interpretiert werden, deren primäre Zielsetzungen in Interessenvertretung und Wahrung von Einkommenschancen, weniger in der Versorgungsverbesserung hinsichtlich komplexer Zielgruppen bestanden. Ausschlaggebend für die eingeschränkte Bedeutung von Managed Care dürften neben den Anreizen zur Risikoselektion in der Schweiz v.a. Finanzierungsunterschiede zwischen den Sektoren sein, die eine Integration von beispielsweise medizinischen und Pflegeleistungen erschwerten.

In Deutschland wuchs die Anzahl von Selektivverträgen, die sich auf unsere Zielgruppe bezogen und deren Umsetzung lokal zumindest verhandelt wurde. Einerseits waren Risikoselektionsanreize hier schwächer wirksam, andererseits schien die Vielfalt und das

dadurch eröffnete Spektrum neuer Vertragsmöglichkeiten für lokale Vernetzungsinitiativen zunehmend interessant zu werden. In den Fallstudien ließ sich beobachten, dass Vertragsmodelle offensichtlich in solchen Regionen unproblematischer implementierbar waren, in denen bereits bestehende informelle Netzwerke bzw. lokale Kooperationskulturen aktiv waren, die zu einem nachträglichen „Aufsatteln“ eines Vertrags führten (z.B. D-Weststadt). Allerdings bestätigte sich in den deutschen Fallstudien auch die Hypothese einer neuen Unübersichtlichkeit durch das Nebeneinander verschiedener Vertragsformen. War der Ausbau von Doppelstrukturen in D-Süddorf durch den Populationsbezug und den hohen Marktanteil der beteiligten Krankenkasse weniger von Bedeutung, zeigten sich insbesondere in städtischen Regionen mit vielen Akteuren einerseits Bewältigungsprobleme für die einzelnen Leistungserbringer (z.B. Hausärzte mit Patienten in verschiedenen Vertragsmodellen – Mehrbelastung für die Praxislogistik), und andererseits neu entstehende Schnittstellen, bspw. durch die parallele Gründung trägerbezogener vertikaler Integrationsmodelle (D-Nordstadtquartier, D-Weststadt).

Für Deutschland war ein Lernprozess in der Versorgungs- und Vertragslandschaft zu beobachten. Vieles war im Umbruch; Vertragsmodelle entwickelten sich von ‚einfacheren‘, eher indikationsbezogenen Verträgen hin zu komplexeren Modellen, wenn auch vorerst nur in begrenztem Umfang. Inwieweit diese perspektivisch auch zu einer flächendeckenden Versorgung für multimorbide ältere Menschen führen könnten, schien u.a. davon abzuhängen, inwieweit zukünftig interprofessionelle Kooperationsformen, vor allem zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung, adäquat vertraglich gestaltet werden können.

Rolle der Kostenträger

Ein zentraler Grund für die stärkere Bedeutung von neuen Vertragsmodellen in Deutschland schien das wachsende Selbstverständnis der Krankenkassen als ‚player statt payer‘ zu sein. Während in beiden Ländern eine Begrenzung darin bestand, dass primär ärztliche Leistungen per Selektivvertrag innovativ erbracht wurden, konnten in Deutschland insbesondere aufgrund höherer Experimentierfreudigkeit der Kostenträger Verträge abgeschlossen werden, die Freiräume bei der Budgetgestaltung und der Übertragung von Kontrollfunktionen für die Leistungserbringer eröffneten (Modell D-Süddorf, Palliativvertrag in D-Weststadt). Dabei schien auch das größere Investitionspotential von großen Kassen in Deutschland gegenüber den zumeist kleineren schweizerischen Versicherungen von Bedeutung zu sein. Gleichzeitig zeigte sich in den Fallstudien, dass Krankenkassen mit starkem regionalem Bezug im eher übersichtlichen ländlichen Milieu stärker Einfluss auf die Versorgungsgestaltung nahmen (D-Süddorf). Des Weiteren schienen die unterschiedlichen Organisationsformen der Versicherungen beider Länder einflussreich zu sein. Die Not-for-profit-Organisationform der deutschen GKV erlaubte breitere Gestaltungsspielräume als die For-profit-Unternehmensform der schweizerischen Versicherungslandschaft.

Rolle der Kommunen¹³⁰

Als bedeutsamer Unterschied in der Gewichtung von Steuerungsinstanzen in beiden Ländern stellte sich die Rolle der Kommunen für die Versorgungsgestaltung heraus. In den schweizerischen Fällen hatten die Gemeinden eine deutlich stärkere Position, u.a. indem

¹³⁰ Ähnlich dazu ist auch die Rolle der Kantone zu erörtern, welche bspw. in der Fallstudie CH-Gelbstadt weitreichende Steuerungsaufgaben übernehmen und damit auch Markt und Wahlfreiheit einschränken.

sie selbst Träger von Einrichtungen waren (CH-Rotstadt, CH-Blaubergdorf) und/oder weil sie mehr Befugnisse hatten, das lokale Versorgungsangebot mit zu gestalten (Vertragsabschlüsse mit Pflegediensten, Spitälern). Demgegenüber zeigte sich in den deutschen Fällen, dass die Kommunen kaum oder gar nicht an den untersuchten Innovationen beteiligt waren, teilweise über diese nicht umfassend informiert waren, und sich insbesondere auch aufgrund von Ressourcenmängeln eher als reine Leistungsbehörden (Grundsicherung, Hilfe zur Pflege) denn als politische Gestalter der Versorgungssystematik verstanden.

Regulierung der Pflege

Ein höherer Grad sozialstaatlicher Regulierung zeigte sich in der Schweiz besonders in der Steuerung von ambulanten Pflegeleistungen. Während hier die Spitexdienste zum ganz überwiegenden Teil gemeinnützig und in Vereinsform arbeiteten und territoriale Absprachen miteinander getroffen hatten, standen in Deutschland die ambulanten Pflegedienste überwiegend in Konkurrenz zueinander. Der steigende Anteil kleinerer privater Pflegedienste erschwerte Kooperationsabsprachen auf lokaler Ebene. Hier zeigte die unflexible Steuerung des deutschen Gesundheitssystems, in dem die ambulante Versorgung weitgehend in einzelunternehmerischen Strukturen erbracht wird. Wesentliches Hemmnis für die Integration der Versorgung war zudem die finanzielle Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung. Vorhandene gemeindebezogene Strukturen der Wohlfahrtsverbände wurden zudem geschwächt. Die Einführung der Pflegestützpunkte könnte als Versuch einer nachträglichen oder Gegenregulierung verstanden werden.

Sektorentrennung

In beiden Ländern waren durch die nach Sektoren getrennten und unterschiedlichen Finanzierungssysteme Anreize wirksam, die dazu führten, dass bei Versorgungsentscheidungen Bedarfe von Patienten durch ökonomische Interessen überlagert wurden. In Deutschland betrafen solche Anreize beispielsweise hausärztliche Budgets, die durch Rehabilitationsmaßnahmen belastet wurden, oder Zuzahlungen der Privathaushalte bei (teil)stationären Pflegeeinrichtungen. Insgesamt führte in Deutschland auch die allgemeine Unterfinanzierung des Pflegesektors zu Verwerfungen, die die Realisierung von Versorgungsstandards in Frage stellten (D-Nordstadtquartier). In der Schweiz wirkten v.a. Finanzierungsunterschiede zwischen ambulantem und stationärem Sektor und unterschiedlich hohe Zuzahlungen der Privathaushalte auf Versorgungsentscheidungen. Beispielsweise waren Rehabilitationsmaßnahmen zu hohen Anteilen privat zu tragen. Ein geringeres Einkommen stellte, wie in Deutschland, ein erhöhtes Risiko für eine frühere Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung dar, was mit zunehmender Pflegebedürftigkeit stärker ins Gewicht fiel.

In der in beiden Ländern geführten Debatte über das pro und contra akutstationärer Aufenthalte für geriatrische Patienten überlagerten sich aufgrund der sektorbezogenen Budgets bestehende Finanzierungsinteressen mit inhaltlichen Versorgungszielen. Das Konzept, ältere multimorbide Menschen möglichst restriktiv akut-stationär aufzunehmen, kann als Rationierungsmaßnahme mit dem Ziel von Einsparungen im teuren akutmedizinischen Sektor verstanden werden, aber auch als Ansatz, diese Patientengruppe vor unnötigen Krankenhausaufenthalten und einer wenig patientenorientierten Defensivmedizin zu schützen.

Übergangsversorgungsmodelle

Unterschiede in der Versorgungsgestaltung fanden sich beispielsweise im Ausmaß und Weiterentwicklung von Übergangsversorgung, d.h. pflegerischen und rehabilitativen

Angeboten, die den Pfad vom Krankenhaus zurück nach Hause ermöglichten oder häusliche Versorgungskrisen überbrückten (s. Glossar Übergangsangebote im Anhang).

In Deutschland gab es in den Untersuchungsgebieten zwar Tageskliniken, Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder mobile Reha-Konzepte, diese deckten jedoch nicht den vorhandenen Bedarf. Sie waren oft unzureichend bekannt und nicht mit den vor- und nachgeschalteten Leistungserbringern (Kliniken, Hausärzte) vernetzt. Im Vergleich zur Schweiz wurden hier außerdem kaum innovative Projekte angetroffen. Nach wie vor schienen in Deutschland Anreize zur Verschiebung zwischen den Sektoren wirksamer zu sein als solche, sektorübergreifende Effizienz- und Qualitätspotentiale zu realisieren. Auch die Heime berichteten über nur vereinzelte Wiederentlassungen. Konzepte, Strukturen und Routinen der Übergangsvorsorgung waren kaum entwickelt. In der Schweiz wurde der Schnittstelle vom Krankenhaus zur häuslichen Umgebung mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Es existierten in verschiedenen Kantonen Projekte zur Übergangs- oder Postakutpflege, die gleichermaßen auf Einsparungen wie auf Verbesserungen der Versorgung abzielten (CH-Gründorf, CH-Gelbstadt).

Entlassung aus dem Krankenhaus/Heimeinweisungen

Entsprechende Unterschiede bestanden auch in der Regulierung von Versorgungspfaden in stationäre Pflegeeinrichtung oder betreute Wohneinheiten hinein. Während in der Schweiz in verschiedenen Fällen (CH-Rotstadt, CH-Gelbstadt) Beratungs- und Triageinstanzen die Vergabe von Heimplätzen und Wohnungen regelten, wurde in Deutschland diese Schnittstelle oft vernachlässigt. Patienten wurden, bei oft unklarer Zuständigkeit zwischen Ärzteschaft, Pflege und Sozialarbeit, nicht systematisch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus beraten, mit dem Effekt nicht notwendiger Heimeinweisungen. Gleichzeitig klagten Beratungsstellen über ihre beschränkten Kompetenzen, mit denen sie die Versorgungspfade kaum beeinflussen konnten (D-Süddorf, D-Nordstadtquartier). Es war noch offen, inwieweit hier durch die Einführung der Pflegestützpunkte Änderungen möglich werden würden.

Die Einführung von Case Management (CH-Blaubergdorf) bzw. Coach-Systemen (CH-Gründorf) im Krankenhaus zielten erfolgreich auf ein besseres Entlassungsmanagement, insbesondere geriatrischer Patienten. Diese Funktionen trugen gleichzeitig zur effizienteren Bettenauslastung (CH-Gründorf) bei. In diesen Fällen schienen Diskurse über bedarfsgerechte und wünschenswerte Versorgung im Alter und ökonomische Diskurse über Kostensenkungen vereinbar zu sein.

7.3 Fallübergreifende Befunde

Ambivalente Bedeutung von Wettbewerb

In beiden Ländern wurden Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem als fördernd für die Neuentwicklung von Strukturen propagiert. Allerdings zeigten sich in den Fallstudien auch negative Auswirkungen des Wettbewerbs. Die wiederholt insbesondere von Kostenträgern, aber auch Politikern geäußerte These, dass Innovation nur durch Wettbewerb ermöglicht werde, bestätigte sich insofern empirisch nicht, als gerade die Ausschaltung von Konkurrenz und Wettbewerb in den Regionen neue Kooperationsformen ermöglichte (Versorgungsmonopol im CH-Blaubergdorf). Zum Teil konnte Kooperation von den beteiligten Akteuren nur in einer widerständigen Haltung gegenüber bestehenden Marktbedingungen realisiert werden (D-Nordstadtquartier).

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hemmte in beiden Ländern eine Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten. In Deutschland führte zumindest das ungeklärte Verhältnis zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen dazu, dass sich die Kassen mit Integrationsprojekten profilierten, wodurch die flächendeckende Implementierung gut ausgereifter Konzepte behindert wurde. In der Schweiz hemmten Anreize zur Risiko-selektion ein Engagement der Versicherungen für Multimorbide insgesamt.

Der lokale Wettbewerb unter den Leistungserbringern, der in Deutschland, wenn überhaupt, kaum Gebietsverantwortlichkeiten zuließ, führte dazu, dass auf kommunaler, Stadtteil- oder bezirklicher Ebene kompetitive Anreize kooperative Anreize überlagerten. So gab es, im Unterschied zu einigen unserer Nachbarländer, kein ‚natürliches‘ gemeinsames Interesse lokaler Versorger, für eine definierte Region gemeinsam eine übergreifende Versorgungsplanung zu betreiben und Absprachen und Arrangements zu entwickeln. Hier wurden Stärken und Schwächen marktlicher vs. Kombinationen von hierarchischen und Netzwerkkoordinationen anschaulich. Scharpf prägte einmal den Begriff von ‚Netzwerken im Schatten der Hierarchie‘ als eine Gestaltungsstrategie zur Lösung komplexer gesellschaftlicher Probleme, die eine Allgemeinwohlorientierung erlaubt.

Zum Verhältnis von individuellem Einfluss und gesellschaftlichem Kontext: Der ‚P-Faktor‘

In beiden Ländern wurden in etlichen Fallstudien zentrale Persönlichkeiten als Motoren, Identifikationsfiguren, Vermittler oder Anwälte für regionale Innovationen beschrieben: Sie waren meist in Schlüsselfunktionen tätig (Geschäftsstelle, Direktion, Gesundheitsdepartement, Unternehmensberatung). Ihre Kompetenz und ihr Einsatz wurden von Interviewpartnern oft mit hoher Übereinstimmung als ausschlaggebend für den Innovationserfolg beschrieben.

Verbindende Elemente dieser Persönlichkeiten schienen neben psychologisierend beschriebenen Charakteristika (‚Charisma‘ oder ‚Begeisterungsfähigkeit‘) v.a. die Fähigkeit zur Verbindung von lokalem Wissen und der Rezeption übergeordneter gesundheitspolitischer Diskurse. Diese Personen zeichneten sich so durch einen ‚doppelten Blick‘ aus, mit dem sie in der Lage waren, unartikulierte Bedarfe und Probleme, aber auch brachliegende Potentiale in der lokalen Versorgungspraxis zu identifizieren und noch diffuse Wünsche verschiedener Akteure aufzugreifen, zu kommunizieren und zu synthetisieren, und ihnen darin eine Form zu geben, welche die Wünsche/Vorstellungen/Weltsichten der Akteure mit Handlungsspielräumen des Versorgungssystems zu integrieren vermochte.

Entscheidend für erfolgreiche Initiativen war dabei das Zusammentreffen dieses ‚P-Faktors‘ mit einem „window of opportunity“. Dies ergab sich aus bisher nicht oder unvollständig bearbeiteten Themen, die in bestimmten professionellen Feldern oder Communities als drängend wahrgenommen wurden und gleichzeitig das Interesse der politischen und gesellschaftlichen Öffentlichkeit weckten. Diese konnten sich auch mit ökonomischen Interessen verbinden (vgl. Einsparinteressen der Gemeinden in CH-Blaubergdorf, Umsetzung der Integrationsversorgung gem § 140a ff. SGB V in D-Süddorf).

Eine solche Situation begünstigte eine Art ‚Ära der Pioniere‘, in der solche Personen die Chance haben, innovative Ideen zu entwickeln, Bündnispartner zu finden und konzeptuell neue Projekte voran zu treiben und umzusetzen. Solche innovativen Projekte konnten, abhängig von ihren spezifischen Kompetenzen für die Lösung für das gegebene Problem und für einen klugen Umgang mit gegebenen Kontexten, zu einem neuen ‚state of the art‘ beitragen, der dann die Regelversorgung beeinflusste. Die entsprechenden Personen wurden dabei als Schlüsselpersonen mit diesen Entwicklungen identifiziert und konnten eine dementsprechende öffentliche Rolle spielen.

„Entmischungsthese“: Nebeneinander von verschiedenen Diskursen im Bereich integrierter Versorgung

Die Fallstudien bestätigten die während der ersten Projektphase entwickelte Hypothese, dass die Debatten um besondere Versorgungsformen wie Managed Care und diejenigen um praktische Versorgungsintegration im Bereich der Altenversorgung teilweise losgelöst voneinander stattfanden und von jeweils unterschiedlichen Akteuren mit unterschiedlichen Zielsetzungen geführt wurden. Diese Entmischung liess sich auf unterschiedlichen Ebenen beobachten:

Gesundheitspolitische Konzepte – Versorgungspraxis

Zwischen übergeordneten gesundheitspolitischen Debatten und praxisbezogenem Austausch auf lokaler Ebene spiegelten sich die unterschiedlichen Diskurse in sprachlichen „Parallelwelten“. Der Begriff „integrierte Versorgung“ fand in Deutschland vorwiegend im Zusammenhang mit der selektiven Vertragsgestaltung in der GKV und Verwendung. Die Trennung wurde an dem Umstand deutlich, dass bislang abgeschlossene Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V in Deutschland integrierte Versorgungsbedarfe für ältere multimorbide Menschen oder die Bereiche Demenz oder Palliativversorgung, also Bereiche, für die der Bedarf nach ganzheitlich integrierter Versorgung evident waren, kaum betrafen. Auch die Beobachtung, dass lokale Integrationsprojekte im Bereich der Altenversorgung die durch Gesetzgebung geschaffenen Optionen nicht aufgreifen, bestätigte die These. Im Effekt profitierten dadurch gerade diejenigen Patienten, die die höchsten Koordinationsbedarfe hatten, bisher nicht oder wenig von diesen neuen gesetzgeberischen Anreizstrukturen.

Zwischen den Berufsgruppen

Entsprechend der Ausrichtung bisheriger Reformen in beiden Ländern auf die ärztliche Versorgung¹³¹ fanden Neuerungen wie MVZs, IV-Verträge, HMOs, Managed Care Modelle vorwiegend in Debatten der Ärzteschaft und der Kostenträger Beachtung. Vernetzungsinitiativen von Pflege und Sozialarbeit stützten sich eher auf gerontologische Konzepte wie Case und Care Management, bzw. in Deutschland auf die Initiativen der einzelnen Länder zur Einrichtung von Beratungsstellen und den neu einzurichtenden Pflegestützpunkten

In Deutschland war ein offener Prozess zu beobachten. Gerade die Integrationsbedarfe von älteren multimorbiden Menschen weisen mit den höchsten Komplexitätsgrad auf, so dass eine innovative Konzeption und Implementation ihrer Versorgung sehr zeitaufwändig ist. Sowohl in den auf nationaler Ebene geführten Experteninterviews als auch in den Fallstudien wurde deutlich, dass lokale Integrationsprojekte die durch Gesetzgebung geschaffenen Optionen zukünftig vermutlich aufgreifen könnten, nur, bedingt durch die Komplexität, mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung.

Eine Vermischung der Diskurse über eine bedarfsgerechte Versorgung multimorbider älterer Menschen mit die interprofessionelle Kooperation stärkenden Verträge schien zum Untersuchungszeitpunkt mit der geforderten Korrektur bestehender Blockaden im Sozialgesetzbuch und den starren Kompetenzabgrenzungen zusammen zu hängen, sowohl innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern, als auch zwischen den Gebietskörperschaften und der Selbstverwaltung.

¹³¹ Gleichzeitig thematisiert die versorgungspolitische Debatte in den skandinavischen Ländern, in UK und den Niederlanden mit großer Selbstverständlichkeit seit langem die Notwendigkeit der Integration von ‚health and social care‘, also von Medizin, Pflege und sozialer Unterstützung und treibt deren Umsetzung, wenn auch nicht ohne Schwierigkeiten, voran.

Für die Schweiz schien die Trennung der Debatten um Managed Care und um praktische Versorgungsintegration für unsere Zielgruppe noch stärker zu gelten. Einerseits hing eine Problemlösung hier umso mehr davon ab, ob zukünftig eine bessere Passung zwischen Gesetzgebung und praktischen Versorgungsproblemen erreicht werden würde (KVG Revision). Andererseits ließ sich aus den Fallstudien nicht bestätigen, dass in der Schweiz Kooperationsprobleme stärker ausgeprägt sind. Ein monokausaler Schluss vom Grad der Entmischung auf die Versorgungsrealität ließ sich also nicht ziehen. Vielmehr wirkten weitere Einflussfaktoren, wie wirkungsvolle ‚bottom up‘ Initiativen (starke Kommunen), mehr finanzielle Ressourcen, flachere Hierarchien zwischen den Berufsgruppen kompensierend. Diese trugen dazu bei, dass lokale Innovationen jenseits von Managed Care gestaltbar waren und veränderte Versorgungspfade mit zum Teil gelingender Integration zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch zwischen unterschiedlichen professionellen Bereichen verwirklicht wurden.

Alte vs. neue Versorgungskulturen

In den Fallstudien wurde die Bedeutung von Faktoren sichtbar, die sich nicht in erster Linie auf finanzielle Anreize zurückführen lassen. Eine wichtige Rolle spielten dabei Professions- und Organisationskulturen, motivationale Faktoren wie eine höhere Arbeitszufriedenheit, oder die regionale Förderung einer Kultur interprofessioneller Teamarbeit, die zur Entstehung neuer Versorgungsnetzwerke beitrugen. Fallübergreifende Trends waren hier das Aufeinandertreffen einer neuen Kultur, die sich zum einen auf gesundheitspolitische Effizienzdiskurse bezog und Anliegen wie Qualitätsmanagement, Leitlinienorientierung und Evidenzbasierung transportierte, mit einer traditionelleren Kultur, die mit Begriffen wie Ganzheitlichkeit oder Erfahrungsmedizin operierte (detailliertere Ausarbeitung s. Fallstudie CH-Blaubergdorf). Diese unterschiedlichen Kulturen liessen sich nicht immer einzelnen Organisationen oder Berufsgruppen in den Fallstudien zuordnen. Die Positionen wurden aber in der Regel durch Befürworter und Gegner der Innovation verdeutlicht. Es stellte sich die Frage, inwieweit der jeweils stattfindende organisatorische Wandel notwendigerweise auch mit kulturellen Konflikten einherging bzw. inwieweit Prozesse mithilfe systematischer Organisationsentwicklungsmaßnahmen bruchlos unter ‚Mitnahme‘ aller Beteiligten gestaltbar wären. Zu konstatieren war jedenfalls, dass Widerstände und Irritationen in den Fallstudien unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Während z.B. in CH-Blaubergdorf ein Unwohlsein gegenüber der Monopolstellung der Innovation und der Nicht-Einbezug insbesondere des informellen Sektors deutlich wurde, schien die Gründung des Palliativnetzes in D-Weststadt sogar bestehende Spaltungen überbrückt zu haben. Der D-Weststädter Fall könnte so vielleicht als Hinweis dafür verstanden werden, dass Brüche zumindest teilweise auch vermieden werden könnten. Die dafür im Allgemeinen erforderlichen Bedingungen wären noch genauer zu untersuchen.

Erneut ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass das Verhältnis der für die Fallstudienbewertung herangezogenen inhaltlichen Versorgungsstandards zur in den Regionen vorgefundenen Versorgungsrealität differenziert zu bewerten ist (vgl. Kapitel 0). Die Standards bspw. der Fachgesellschaften repräsentierten oft Regeln über eine Versorgung, die aus traditioneller Perspektive als ‚neue oder moderne Kultur‘ gesehen wurde. Die fehlende Umsetzung in einer Fallstudien-Region, bspw. ein Fehlen niedergelassener Geriater, kann als Versorgungsdefizit verstanden werden. Gleichzeitig schien es fragwürdig, in der Konsequenz beispielsweise die traditionell auf Generalisten beruhende, zu großen Teilen informell getragene Versorgung älterer Menschen in CH-Blaubergdorf als notwendigerweise qualitativ schlechter einzuordnen, als das ausdifferenzierte, aber mit

multiplen Koordinations- und Finanzierungsproblemen behaftete Versorgungsangebot im D-Nordstadtquartier. Vor diesem Hintergrund bewährte sich der methodische Zugriff, für jede Fallstudie die je spezifischen lokalen Aushandlungsprozesse zwischen alten und neuen Versorgungskulturen in ihren Auswirkungen für die Versorgung zu analysieren und zu diskutieren.

Dominierende Versorgungskonzepte von Aktivierung und Verhaltensprävention

Im Schwerpunkt etlicher der untersuchten innovativen Versorgungskonzepte stand das Ziel, die Versorgung auf die Stärkung und Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie von Patienten auszurichten. Diese Zielsetzung fand sich bspw. in der Programmentwicklung zur Verhaltensprävention für Patienten mit Risikofaktoren in D-Süddorf, in Konzepten aktivierender Pflege für Übergangspflege in CH-Gründorf oder in der Umsetzung des Leitprinzips ambulant vor stationär im D-Nordstadtquartier und in CH-Gelbstadt. Dieser Fokus beinhaltet auch die Stärkung individueller Verantwortung für die eigene Gesundheit, und ist vor dem Hintergrund eines aktuellen Spannungsfelds verschiedener Altersstereotypen in den Debatten um Alter sowohl positiv wie auch kritisch zu interpretieren. Die Konzeptionen der innovativen Projekte waren durch verschiedene Altersbilder geprägt, die unterschiedliche Bewertungen transportieren. Sie bewegten sich zwischen einem „Krisendiskurs“ (Überalterung, Ergrauung der Gesellschaft, Kostenexplosion) und „Ressourcenerschließung“ (die Alten als gesellschaftliches Potential zur Rettung in Zeiten sozialstaatlichen Abbaus), mit entsprechenden Schlussfolgerungen für den politischen und gesellschaftlichen Handlungsbedarf. In den Leitbildern kristallisierten sich Konsequenzen aktueller Gesundheits- und Gesellschaftspolitik – sie spiegeln gegenwärtige Handlungsspielräume und Interessenlagen der Akteure wider.

Exkurs: Altersbilder

Nach van Dyk (2007) vollzieht sich in gegenwärtigen gerontologischen Konzeptbildungen eine Entwicklung, in der das Defizitmodell des Alterns durch Idealbilder eines aktiven, erfolgreichen und kompetenten Alterns abgelöst wurde, die Ressourcen und Fähigkeiten alter Menschen in den Vordergrund stellten. Zudem implizieren Konzepte eines produktiven Alters nicht nur das individuelle Wohlergehen durch Aktivität, vielmehr haben sie darüber hinaus eine gesellschaftliche Dimension: die Potentiale ältere Menschen sollen für einen allgemeinen gesellschaftlichen Nutzen erschlossen werden. Van Dyk wies darauf hin, dass diese Konzepte dazu tendieren, die Kehrseite des Alterns (Nicht-Aktivität, Leiden, negative Aspekte) nicht ausreichend aufzuarbeiten. Zum anderen delegierten sie zunehmend die Verantwortung auf die Individuen und ließen die Begrenzungen individueller Möglichkeiten durch gesellschaftliche Bedingungen oft außer Acht. Das Ideal eines möglichst gesunden und selbstständigen Alterns werde verknüpft mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil. Auf diesem Hintergrund würde eine ideale integrierte Versorgung beinhalten, dass zunächst das Selbstführungspotential des/der Einzelnen maximal genutzt würde, bevor professionelle Leistungen gewährt/in Anspruch genommen werden könnten.

Positiv an in diesen Konzepten ist der Fokus auf Ressourcen und Fähigkeiten älterer Menschen sowie das Bestreben, ältere Menschen soweit wie möglich am gesellschaftlichen Leben partizipieren zu lassen und Lebensqualität und Selbstsorge durch die Vermeidung von Krankheit zu erhalten. Problematisch erscheint indes, dass individuelles Handeln und persönlicher Lebensstil als zentrale „Stellschraube“ konzipiert werden. Im Extremfall drohen Sanktionen für diejenigen, die nicht primär gesundheitsorientiert leben wollen oder können. Gesellschaftliche Kontexte oder auch die Pluralität des Alters und die Pluralität von Lebenslagen allgemein geraten aus dem Blick.

In den Fallstudien fiel auf, dass ethische Argumente oder solche zur Versorgungsqualität oft eng mit ökonomischen Argumenten verwoben wurden, meist in der Figur einer win-win-Situation. Hier wäre zu problematisieren, dass ggf. sinnvolle gesellschaftliche Investitionen in die Versorgung älterer Menschen, die kein Einsparpotential versprechen, nicht oder schlechter thematisierbar schienen. Versorgungsinnovationen mussten sich offensichtlich primär durch ihr Einsparpotential qualifizieren.

Kaum Zielgruppenbezug – Ausblendung sozialer/gesundheitlicher Ungleichheit

In etlichen Fallstudien beinhalteten Konzepte für die Zielgruppe multimorbider Älterer Leitbilder „aktiven/selbstbestimmten Alterns“, während gleichzeitig zwischen den unterschiedlichen Lebenslagen in dieser Gruppe nicht weiter differenziert wurde.

Nur vereinzelt fanden sich Ansätze zur zielgruppenspezifischen Versorgung sozial ungleicher Gruppen (bspw. für kultursensible Beratung und Pflege). Differenzierte Interventionsstrategien bestanden nur ausnahmsweise (z.B. aufsuchende Konzepte). Akteure operierten eher mit dem Selbstverständnis, übergreifend für „alle alten Menschen“ zuständig und offen zu sein – tatsächlich wurde von Seiten der Praktiker häufig festgestellt, dass einige Zielgruppen (insb. sozial Benachteiligte/Ältere mit Migrationshintergrund) schlechter erreicht würden.

Diese Ergebnisse bestätigten in der Tendenz, dass Integrierte Versorgungskonzepte oft einen „Mittelschicht-Bias“ aufweisen und aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive hinter dem aktuellen Kenntnisstand, wie er im dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung etabliert ist – mit Zielgruppen- und Settingbezug als zentralen Qualitätskriterien effektiver Programme (Rosenbrock & Kümpers, 2006) – ‚herhinken‘, auf Kosten einer bedarfsgerechten Versorgung gerade für die bedürftigsten Gruppen.

7.4 Empfehlungen

Aus der Analyse ließen sich Empfehlungen für eine Veränderung gesundheitspolitischer Steuerung auf zwei verschiedene Arten ableiten:

- Zum einen zeigten sich in den Fällen förderliche Einflussfaktoren für die jeweiligen lokalen Innovationen. Hier stellt sich die Frage, inwiefern diese Faktoren verallgemeinerbar bzw. übertragbar sind, also auch in anderen Regionen auch des jeweils anderen Landes anwendbar sein können, und wie solche Einflüsse gestaltet werden könnten.
- Zum anderen zeigten sich hemmende Faktoren, die Integrationsversuche begrenzten oder verhinderten. Hier wäre zu fragen, welche Strategien empfohlen werden können, die die Barrieren für die integrierte Versorgung multimorbider älterer Menschen überwinden helfen und zur Weiterentwicklung bedarfsorientierter integrierter Versorgung beitragen können.

Klarer regionaler Bezug von Innovationen

Sowohl Managed Care Modelle in der Schweiz als auch vertragspolitische Neuerungen in Deutschland konnten, mussten aber nicht zwingend einen regionalen Bezug aufweisen. In den Fallstudien zeigte sich aber, dass gerade diejenigen Innovationen mehr positive Versorgungseffekte hatten, in denen sich die Beteiligten für klar definierte Versorgungsregionen und gemeinsame Einzugsgebiete zuständig fühlten. In diesen Fällen (z.B. CH-Blaubergdorf, D-Süddorf) waren gemeinsame Qualitätskriterien und Absprachen leichter zu entwickeln, und das Interesse der Beteiligten an einer Koordination war höher.

Auch für eine zielgruppenorientierte Versorgungsgestaltung dürften definierte Gebietszuständigkeiten und Verantwortungsübernahme für die Gesundheitsversorgung der jeweiligen Bevölkerung ein wichtiger Faktor sein.

Berücksichtigung bereits bestehender Initiativen bei der Implementierung neuer Strukturen

Ähnlich wie im deutschen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz intendiert sollte auch bei den neuen Vertragsformen integrierter Versorgung sichergestellt werden, dass Innovationen bestehende lokale Initiativen nicht bedrohen, sondern ggfls. auf diese zurückgreifen, sie einbeziehen oder mit ihnen kooperieren können. In einem Teil der Fälle stellten bereits existierende Initiativen die Ausgangsbedingungen dar, unter denen vertragliche Vereinbarungen erst möglich wurden. In anderen Fällen gefährdeten neue Verträge und Organisationsformen lokale Strukturen und darin entwickeltes soziales Kapital und stellten so schlimmstenfalls eine Bedrohung für bereits erreichte Versorgungsqualität dar.

Förderung berufsgruppenübergreifender Kooperationen (Lösen des SGB Problems)

In Deutschland verhindert die in SGB V, XI und XII getrennte Finanzierung von medizinischen und Pflegeleistungen eine stärkere Kooperation zwischen den Berufsgruppen. Die seit dem Jahr 2007 bestehende Möglichkeit, Leistungen nach SGB XI in Verträge nach § 140 a ff. SGB V einzubeziehen, wurde wenig genutzt, weil dies entweder indikations-spezifischen Verträgen nicht gut harmonierte, oder bei populationsbezogener Verträge zu wenig ökonomische Anreize bot. Zudem wurde kurz nach Inkrafttreten dieser Bestimmung die zuvor bestehende Anschubfinanzierung der Kassen für solche Projekte beendet. Langfristig sollte über eine Neu- oder Weiterentwicklung finanzieller und struktureller Instrumente nachgedacht werden, mit denen zunächst versuchsweise und mit gemeinsamen Budgets von verschiedenen Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern für regional und inhaltlich begrenzte Bereiche experimentiert werden könnte. In England und den Niederlanden hat man seit Mitte bis Ende der 1990er Jahre mit solchen Instrumenten erfolgreich experimentiert.

Systematische Berücksichtigung sozialer Ungleichheit durch zielgruppenbezogene Konzepte

Auch erfolgreiche lokale Innovationen können nicht uneingeschränkt als bedarfsgerecht bewertet werden, wenn benachteiligte Gruppen kaum von verbesserter Versorgung profitieren. In allen untersuchten Fällen wurden sozial benachteiligte Zielgruppen schlechter erreicht als besser gestellte. Reformansätze für einen verbesserten Risikostrukturausgleich konnten als notwendige, aber bei weitem nicht hinreichende Voraussetzungen für eine zielgruppengerechtere Versorgungsgestaltung gesehen werden; das galt insbesondere für die Schweiz. Darüber hinaus wäre zu empfehlen, analog zum Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Prävention, auch für die integrierte Versorgung ‚Kriterien guter Praxis in der Integrierten Versorgung bei sozial Benachteiligten‘ zu entwickeln.

Förderung kommunaler Steuerungskompetenzen

Bei Überlegungen für Transfermöglichkeiten aus der Schweiz nach Deutschland bietet sich die Rolle der Kommunen in der Versorgungsplanung an. Dabei ist eine Stärkung bzw. Erweiterung kommunaler Instrumente und ihrer Kompetenzen, wie die Gesundheits- und Pflegekonferenzen in NRW oder die quartiersbezogenen Pflegestützpunkte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, zu empfehlen.

Vergütungsmöglichkeiten für Vernetzungsarbeit

Häufig wurde geäußert, dass die Vergütung von Vernetzungsaktivitäten in AGs, oder Qualitätszirkeln ein wichtiger Motivator zur Mitarbeit wäre. Dies schien insbesondere bei der Ärzteschaft wichtig zu sein. Im Gegensatz dazu wurde allerdings auch die Bedeutung einer inhaltlich geleiteten, unentgeltlichen Mitarbeit betont. Trotz dieses Vorbehalts bleibt für die Gestaltung von Anreizsystemen relevant, dass Vernetzungsaktivitäten durch eine Vergütung als Bestandteil der Tätigkeitsprofile von Gesundheitsberufen aufgewertet werden. Im Zuge dessen sollten Kriterien entwickelt werden, anhand derer der Mehrwert für die Versorgung durch die Vernetzungsarbeit dokumentiert werden kann.

Stärkere Regulierung der Pflege (z.B. territoriale Absprachen)

Die unterschiedliche Organisation der ambulanten Pflege in beiden Ländern wirft Fragen über Vor- und Nachteile auf. Während in Deutschland ein wettbewerblich geprägter privater Pflegemarkt dominierte, in dem die Sicherstellung häuslicher Pflege teilweise nur durch kompensatorische Aktivitäten frei-gemeinnütziger ‚Konkurrenten‘ gewährleistet war, schienen in der Schweiz eine bessere Organisation und Kooperation in der Pflege und auch zwischen Medizin und Pflege möglich, nicht zuletzt durch klare territoriale Zuständigkeiten und dadurch definierte Ansprechpartner. Es schien zweifelhaft, ob die Fragmentierung des ambulanten Pflegemarkts in Deutschland eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und integrierte Versorgungsstruktur ermöglicht.¹³²

¹³² In den Niederlanden wurde in den 1990ern eine stärkere Konzentration auf dem Pflegemarkt mit gesetzlichen Vorgaben stimuliert. Das führte zunächst zu größeren und damit fachlich und organisatorisch oft besser aufgestellten Anbietern, die dann häufig stadtteilbezogene Pflegeteams einrichteten. Einige Jahre später allerdings entstanden derartige Konzentrationen, dass regional z.T. Monopole bzw. Oligopole entstanden, wodurch Wahlmöglichkeit der Patienten und Qualitätswettbewerb empfindlich eingeschränkt wurde. Dies hätte allerdings politisch verhindert werden können.

8 Anhang

8.1 Design und Durchführung der nationalen und der lokalen Fallstudien

Die nationalen Fallstudien: Durchführung

In beiden Ländern wurden zunächst Dokumenten- und Literaturanalysen durchgeführt. Aufbauend darauf fanden Expertengespräche statt, die durch weitere Literaturstudien fortlaufend ergänzt wurden, um nach Möglichkeit aktuelle Veränderungsprozesse aufgreifen zu können.

Insgesamt wurden 30 Interviews geführt¹³³. Davon wurden 23 transkribiert und detailliert ausgewertet (D: 11, CH: 12). Bei der Auswahl der Gesprächspartner/-innen wurden folgende Bereiche berücksichtigt:

- Patientenorganisationen
- Leistungserbringer nach GKV und Pflegeversicherung (Ärztenschaft, Pflege, Therapeut/-innen ..., mit Schwerpunkten auf Experten in geriatrischer, Demenz- und Palliativversorgung)
- Versicherer
- Bund und Länder (Gesundheitspolitik, Gesetzgebung)

Auf Basis der ersten Literatur- und Dokumentenanalysen wurde ein Interviewleitfaden mit Fragen zu folgenden Themenbereichen entwickelt:

- Länderspezifische Konzeptionen und Definitionen integrierter Versorgung für multimorbide ältere Menschen
- Länderspezifische Wahrnehmung des Integrationsproblems im Bereich Altenversorgung (allgemeine geriatrische Versorgung, Demenz- und Palliativversorgung)
- Beschreibung und Bewertung politischer Entwicklungspfade (Regulierung, neue Strukturen und Anreizsysteme) hinsichtlich der Versorgungsintegration für multimorbide ältere Menschen
- Beschreibung und Bewertung von Lösungsansätzen (Innovationsprozessen) für Integrationsprobleme in der Altenversorgung

Lokale Fallstudien: Raster zur Fallauswahl und Analyse, Fallauswahl, Durchführung der Fallstudien

1. Entwicklung eines Rasters zur Fallauswahl und Analyse

Im Rahmen der ersten Suchphase wurde deutlich, dass sich derzeit sowohl lokale Netzwerke entwickeln, die sich auf eine Schnittstelle konzentrieren (z.B. Übergangspflege) als auch solche, die sich auf ein Versorgungsproblem richten (z.B. Palliativnetze), sowie andere, die explizit einen übergreifenden geriatrischen Ansatz verfolgen. Das für die

¹³³ Die ursprünglich angesetzte Interviewzahl von ca. fünf pro Land wurde mehr als verdoppelt. Angesichts der Komplexität des Themas und der Vielzahl und Diversität relevanter Akteure und Perspektiven wurde die ursprüngliche Zahl als deutlich zu gering angesehen.

Auswahl und Analyse der Fallstudien entwickelte Raster beinhaltet daher relevante Schnittstellen ebenso wie Versorgungsprobleme:

Tabelle 16: Analyseebenen der Fallstudien

Versorgungsfokus	Geriatrie allgemein, übergreifend	Exemplarische Vertiefung: Demenz (hier enthalten Gerontopsychiatrie) Wie wird in der Region die Versorgung von Demenzpatienten umgesetzt (typ. Pfad eines Beispielpat.)?	Exemplarische Vertiefung: Palliativversorgung von Alten
	Querschnittsanalyse: Wie sensibel sind die jew. Projekte/Netze für soziale Ungleichheit?		
Schnittstellen ↓			
Ambulant – stationär (hier auch KH – Pflege)			
Hausarzt – Facharzt, d.h. Allgemein- und Spezialistenversorgung			
Gesundheits- und Sozialdienste			
Professioneller vs. informeller Sektor (pflegende Angehörige)			
Professionelle Versorgung und Selbsthilfe			

Im Hinblick auf die angestrebte vergleichende Fallauswertung wurde zum einen gefragt, wie die Versorgung geriatrischer Patient/innen in der Region im Allgemeinen umgesetzt wird, zum anderen spezifisch nach den lokalen Versorgungskonzepten für Demenz- und Palliativpatient/-innen.

Im Hinblick auf relevante Schnittstellen wurden für jeden Fall die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung beschrieben und untersucht, wie die Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Spezialistenversorgung organisiert ist.¹³⁴ Weitere Schwerpunkte betreffen die Verzahnung von Gesundheits- und Sozialdiensten bzw. von professioneller Versorgung und Selbsthilfe/Community-Strukturen.

¹³⁴ Auch Geriater/-innen werden in diesem Zusammenhang unter ‚Spezialisten‘ subsumiert, um deutlich zu machen, dass geriatrisches Fachwissen eine in der Allgemeinversorgung noch nicht flächendeckend vorhandene Qualifikation darstellt. Dies widerspricht u.E. nicht dem Selbstverständnis vieler Geriater/-innen, ‚generalistisch‘ d.h. fallbezogen unter Verwendung verschiedener disziplinärer Wissensbestände, tätig zu sein.

Mithilfe dieses Analyserasters wurden angesichts eines Spektrums heterogener Fälle mit verschiedenen innovativen Ansätzen vergleichende Aussagen ermöglicht, z.B. zur Frage: Wie unterscheiden sich die Regionen in ihrem Umgang mit Demenzpatient/-innen?

Diese Vorgehensweise hat sich insofern bewährt, als es gelungen scheint, die derzeitige Vielfalt unterschiedlicher Ansätze in beiden Ländern zu dokumentieren. Allerdings konnte die angestrebte gleichzeitige inhaltliche Breite und Tiefe nicht mit jeder Fallstudie gleichermaßen eingelöst werden. Mitunter lag dies darin begründet, dass sich die räumliche Eingrenzung der (Versorgungs-)Regionen, in welche die untersuchten Innovationen eingebettet sind, als schwierig erwies.

Die Entscheidung, die Falldefinition eher breit anzulegen und sowohl die regionale Versorgungsumgebung einer Innovation als auch Netze mit verschiedenen Schwerpunkten zu betrachten, legte gleichzeitig nahe, die Zahl untersuchter Fälle zu verringern: Statt, wie ursprünglich geplant, sechs Fälle pro Land zu untersuchen, wurden vier Fallstudien pro Land durchgeführt, um mit den gegebenen Projektkapazitäten die Fallstudien in ausreichender Tiefe bearbeiten und auswerten zu können. Auch mit dieser Entscheidung war die dem Projektteam zur Verfügung stehende Kapazität tendenziell überfordert, so dass auch aus Zeitmangel nicht in allen Fallstudien alle Fragen in ausreichender Tiefe beantwortet werden konnten.

2. Fallselektion

Die Suchstrategien nach möglichen Fällen umfassten:

- Literatur- und Internetrecherchen. Auch auf bereits existierende Synopsen, Überblicke und Analysen zu vernetzten Versorgungsprojekten für ältere Menschen wurde zurückgegriffen (Bundesministerium für Familie, 2005; Kofahl et al., 2002)
- Telefonische und persönliche Kontaktaufnahmen mit Expert/-innen aus der Praxis,
- Mailanfragen an alle 26 kantonal zuständigen Verwaltungsstellen für Gesundheit und/oder Soziales der Schweiz.

Auf Basis der Falldefinition, des gewählten Leitbilds Integrierter Versorgung und der entwickelten Analyseraster wurden Kriterien für die Auswahl von Fällen entwickelt:

- Es sollte eine Innovation im Bereich Integrierter Versorgung multimorbider Älterer vorhanden sein. Kooperation und Integration in der Versorgung Älterer sollten vor Ort ein Thema sein, und es sollte dort sichtbare Initiativen geben.
- Um das breite Spektrum existierender Initiativen zu berücksichtigen, sollten die gewählten Fälle verschiedene Schwerpunktsetzungen bezüglich der Versorgungsinnovation abdecken und die betrachteten Innovationen von unterschiedlichen Akteuren initiiert worden sein (etwa ausgehend von einem Krankenhaus, von Geriatern, aus dem Pflegebereich).
- Im Untersuchungsgebiet sollten die üblichen Krankenversorgungsstrukturen vorhanden sein: ein Krankenhaus mit regionalem Einzugsbereich (Versorgungsauftrag), idealerweise mit Geriatrie, Haus- und Fachärzt/-innen, Pflegedienst, Heime, Sozialdienste.
- Kriterien für die exakte Abgrenzung der Region wurden nicht vorher festgelegt, sondern während einer ersten Annäherung an den Fall (Klärung der beteiligten Akteure, Größe des Netzes usw. zum Teil mit den lokalen Akteuren gemeinsam entschieden (z.B. Verwaltungseinheit, Einzugsbereich eines Krankenhauses,

Reichweite eines Pflegedienstes, Grenzen eines KV Bezirks, Einwohnerzahl). Faustregel: Die Vernetzung sollte mit einem Befragungsumfang von max. 10-15 Interviews einigermaßen erfassbar sein.

- Es wurden sowohl ländliche als auch städtische Regionen berücksichtigt. In jedem Land wurden auch solche Regionen ausgewählt, in denen § 140a/Managed Care Projekte vorhanden sind. In Deutschland sind Fälle aus den Ost- und den West-Bundesländern gewählt worden. Die französische Schweiz wurde wegen fehlender Sprachkompetenz im Projektteam nicht berücksichtigt.
- Es wurde nicht grundsätzlich zwischen ‚good‘ und ‚bad cases‘ unterschieden, sondern vielmehr davon ausgegangen, dass an jedem lokalen Fall Stärken und Schwächen sichtbar werden und beschrieben werden sollten. Damit wurde vermieden, Regionen bzw. Initiativen von vornherein bewertend zu labeln und Defensivstrategien der Akteure vor Ort zu verursachen. Inhaltlich und methodisch hat sich diese Vorgehensweise eher bestätigt. Am Ende der vergleichenden Analyse blieben Fallstudien nicht uneingeschränkt als ‚good‘ oder ‚bad cases‘ bestehen. Dafür lassen die meisten Fälle aus der im Projekt gewählten Perspektive sowohl Erfolge wie Misserfolge hinsichtlich integrierter Versorgung erkennen.
- Regionen, zu denen bereits lokale Kontakte bestehen bzw. im Aufbau sind, wurden bevorzugt ausgewählt, um den schnelleren und besseren Zugang zum Fall zu nutzen.

3. Durchführung der Fallstudien

Feldzugang und Vorbereitung

Folgende Eckpunkte für die Zusammenarbeit wurden mit zentralen Kontaktpersonen einer Region in der Vorbereitungsphase der lokalen Fallstudien angesprochen:

- Eine oder mehrere Kontaktpersonen wurden gebraucht, die in der Lage und bereit waren, mit den Wissenschaftler/-innen eine Landkarte der lokal wichtigen Akteure, Institutionen, Initiativen, Projekte und Ansprechpartner zu erarbeiten, damit ein Überblick über das regionale Netz entstand.
- Es wurde Unterstützung bei der Kontaktvermittlung zu den Stellen gesucht, mit denen Interviews geführt werden sollten.
- Einleitend wurde geklärt, ob eine Kontaktstelle mit Leitungsfunktion im Netzwerk vorhanden war. Mit dieser Stelle (z.B. Gesundheitsdepartement) war zu klären, ob sich die Forscher/-innen bei den einzelnen Kontaktaufnahmen auf diese Leitungsstelle und deren inhaltliche Unterstützung berufen konnten.
- Es wurde um Unterstützung dafür gebeten, vor Ort einschlägige Dokumente (Konzeptpapiere bzw. Protokolle bspw. von Netzwerktreffen) einsehen und Kopien mitnehmen zu können.
- Die Fallstudien werden im Forschungsbericht formal anonymisiert dargestellt. Auch die Regionen werden nicht explizit genannt.

Auswahl der Interviewpartner/Mapping

Am Beginn jeder Fallstudie wurde mit Kontaktpersonen vor Ort versucht, einen Überblick über das lokale Netz zu gewinnen, um relevante Interviewpartner und Kontaktstellen ermitteln zu können. Die Auswahl der Interviewpartner pro Fall geschah also entlang der Einschätzungen der lokalen Expert/-innen zu wichtigen Organisationen, Personen und

fortlaufend im Schneeballsystem. Gleichzeitig wurde die Auswahl teilweise standardisiert (z.B. in jeder Fallstudie Hausärzte, Krankenhausmitarbeiter, ambulante Pflegedienst, s. Tabelle), um die Vergleichbarkeit der Fälle zu gewährleisten.

Als Interviewpartner/-innen wurden insbesondere Personen ausgewählt, die an der Versorgung im weiteren Sinne beteiligt sind und das Versorgungsgeschehen gut kennen. Es wurden Interviewpartner/-innen auf verschiedenen Hierarchieebenen aus unterschiedlichen Organisationen und Institutionen einbezogen, damit Einschätzungen aus der Perspektive der praktischen Arbeit, zu Planung und Management vor Ort sowie zur lokalen Politik gewonnen werden konnten. Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Personen- und Berufsgruppen und in welchen Arten von Einrichtungen Interviewpartner/-innen gewonnen wurden.

Tabelle 17: Einrichtungsarten sowie Personen- und Berufsgruppen für Interviews

	Einrichtung	Personen- und Berufsgruppen
Innovation	Lokale Initiative zur Versorgungsintegration (z.B. Beratungsstelle, Geriatriestützpunkt, neu gegründetes Palliativnetzwerk)	Sprecher/-in, Geschäftsführung (ggf. hier: Ansprechperson für Mapping)
Nutzer/-innenperspektive	Organisierte Patient/-innenvertretung	Sprecher/-in
	Selbsthilfeorganisation (z.B. Gruppe pflegende Angehörige)	Angehörige
Medizinische Versorgung	Krankenhaus (hier: Geriatrie, ggf. Innere Medizin, Aufnahmestation)	Chefarzt/-ärztin, Oberarzt/-ärztin Pflegedienstleistung Psycholog/in, Sozialarbeit
	Ambulante ärztliche Praxis (Einzelpraxis, Gruppenpraxis, HMO)	Niedergelassene/r oder angestellte/r Hausarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin (Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie)
Pflege	Ambulanter Pflegedienst (allgemeine und Spezialdienste, z.B. CH: Spitex, Palliative Care Team)	Pflegekraft Pflegedienstleitung
	Pflegeheim (Langzeitpflege, Kurzzeitpflege, Übergangs- bzw. Postakutpflege, Demenzeinrichtung)	Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Pflegekraft
	Hospizdienst (ambulant und stationär)	Sprecher/-in, Pflegekraft
Sozialdienst	Ambulanter Sozialdienst (z.B. Pro Senectute in CH)	Sozialarbeiter/in
	Seelsorge (z.B. Kirchengemeinde)	Diakon, Pfarrer
Wohnen im Alter	Wohnungsvermittlung	Sozialarbeiter/in, Sprecher/-in
	Betreutes Wohnen (z.B. auch Demenz-WG)	Sozialarbeiter/in, Sprecher/-in
	Altenheim	Geschäftsführung, Mitarbeiter/-in
Kostenträger und Verwaltung	Öffentliche kommunale Verwaltung	Sprecher/-in Gesundheitsverwaltung (z.B. Verwaltung kommunale stationäre Einrichtungen, stadtärztlicher Dienst (CH), sozialpsychiatrischer Dienst)
	(Gesetzliche) Krankenkasse	Sprecher/-in

Fragestellungen für die lokalen Fallstudien

Die Fragenkomplexe für die Fallstudien wurden auf Grundlage der übergeordneten Forschungsfragen und in Anlehnung an den Fragenkatalog von Kümpers (2005) entwickelt. Die Leitfragen wurden auf die jeweiligen Fallstudien angewandt und dienten als Grundlage für die Entwicklung der Leitfäden für die Interviews, wobei sich jeweils zusätzliche Fragen aus dem konkreten Fall heraus ergaben oder aus der Analyse der ersten Fallstudien für die Nachfolgenden formuliert wurden.

Folgende Fragenkomplexe wurden bearbeitet:

- ***Konfiguration der Innovation(en) in ihrem regionalen Kontext***
Hier wurde nach den Basisdaten der vorhandenen lokalen Versorgungsstrukturen gefragt, nach Vorgeschichte und Kultur lokaler Kooperationen sowie der historischen Entwicklung der Versorgungslandschaft. Es ging um die Beschreibung lokaler Zuständigkeiten für Altenversorgung im Allgemeinen und für Demenz- und Palliativversorgung im Speziellen sowie um die Beschreibung der vorhandenen Innovation(en) in der sie umgebenden Versorgungsregion.
- ***Akteure (Organisationen, Professionen, Nutzer/-innen) und Kooperationen***
Bei diesem Fragenkomplex standen sowohl individuelle Akteure als auch Organisationen im Mittelpunkt: Wer erbringt welche Leistungen im Versorgungszusammenhang? Wer arbeitet in der zu untersuchenden Region mit wem zusammen? Welche Organisationen und Akteure kooperieren nicht, obwohl sie am gemeinsamen Versorgungsgeschehen beteiligt sind?
- ***Standards für Versorgungspfade (Prozesse und Outcomes)***
Hier ging es darum, nach Versorgungsstandards und ihrer Einhaltung in der alltäglichen Versorgungspraxis zu fragen. Dazu gehörte, handlungswirksame Versorgungsphilosophien zu identifizieren und zu beschreiben. Bei den Fragen zu integrierten Versorgungsangeboten war auch die Versorgungsqualität von Interesse. Es wurde danach gefragt, welche Qualitätssicherungsinstrumente verwendet und wie sie bewertet werden.
- ***Steuerung und Regulierung der Versorgungsprozesse, Organisation der Versorgungsplanung und -entwicklung, Bezug zur Makroebene)***
Es wurde herausgearbeitet, wie die Versorgungssituation in der zu untersuchenden Region konkret gestaltet wurde: Findet in der Region und bei der zu untersuchenden Innovation eine spezifische Form der Versorgungsplanung statt? Wer ist an Planungsprozessen beteiligt? Welchen Einfluss haben nationale Reformentscheidungen auf lokale Prozesse?
- ***„Inter“-Organisation von Zusammenarbeit/Prozessen (Schnittstellen, Prozesse, interprofessionelle Zusammenarbeit, Wissenstransfer)***
Die Organisation von Zusammenarbeit steht hier im Zentrum: Existieren formelle oder informelle Vereinbarungen? Welche Organisationen und Akteure sind an formalen Absprachen (falls vorhanden) beteiligt? Existiert eine spezifische Form von Fallmanagement? Wie findet Aus-, Fort- und Weiterbildung statt? Wie findet Wissenstransfer statt?

Ethische Fragen: Umgang mit Vertraulichkeit und Wiedererkennbarkeit

- Die Fallstudien werden anonymisiert beschrieben. Neue Pseudonyme werden bei Ersteinführung mit * gekennzeichnet.
- Personen werden konsequent verfremdet.

- Regionale Verortungen werden verundeutlicht; über die fiktive Namensgebung wird aber die nationale Zugehörigkeit, sowie die Charakterisierung als städtisch oder ländlich deutlich gemacht (z.B. CH-Rotstadt).
- Institutionen und Projekte werden ebenso anonymisiert, ihre Aliasnamen beinhalten eine Typisierung (z.B. Ärztenetz Süddorf, ANS).
- Zusätzlich werden bedarfsweise Zuordnungen zu professionellen Feldern bzw. Organisationstypen verfremdet (z.B. Leitung Versorgungsbereich A).

8.2 Glossar von Übergangsversorgungsmodellen

Schweiz

Ambulante Pflege/ Spitex

Spitex bezeichnet im deutsch-schweizerischen Sprachraum „spitalexterne Hilfe und Pflege“, die von lokalen Spitexorganisationen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen erbracht wird. Spitex-Dienstleistungen beinhalten sowohl kassenpflichtige Leistungen wie Abklärung des Pflegebedarfs, Beratung und Anleitung zur Pflege sowie die Grundpflege, als auch von den Pflegebedürftigen selbst zu tragende hauswirtschaftliche Leistungen. Pflegeleistungen werden nach einem Kostenteiler vergütet. In der Pflegefinanzierungsregelung im Untersuchungszeitraum trugen die Pflegebedürftigen 5-7% der Pflegekosten als Selbstbehalt, die OKV zahlte praktisch etwa 55%, den Restanteil von etwa 40% deckten Kantone bzw. Gemeinden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sah vor, dass die OKV nach wie vor etwa 55% der Kosten tragen und die Pflegebedürftigen mit max. 20% dieses Betrags (zuzüglich generellen Selbstbehalts) belastet werden würden. Kantone bzw. Gemeinden würden die Restkosten von ca. 25% übernehmen und könnten die Versicherten auch zusätzlich entlasten.

Stationäre Langzeitpflege/ Heimpflege

Stationäre Langzeitpflegeleistungen im Heim wurden nach demselben Kostenteiler wie die ambulanten Spitex-Leistungen vergütet. In der alten Pflegefinanzierungsregelung trugen die Pflegebedürftigen 5-7% der Pflegekosten als Selbstbehalt, die OKV zahlte praktisch etwa 55%. Den Restanteil von etwa 40% deckten Kantone bzw. Gemeinden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sah vor, dass die OKV nach wie vor etwa 55% der Kosten tragen und die Pflegebedürftigen mit max. 20% dieses Betrags, zuzüglich generellen Selbstbehalts, belastet werden würden. Kantone bzw. Gemeinden sollten die Restkosten von ca. 25% übernehmen und könnten die Versicherten auch zusätzlich entlasten.

Akut- und Übergangspflege

Als Akut- und Übergangspflege wurden jene Pflegeleistungen begriffen, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendig wurden und im Spital ärztlich angeordnet wurden. Sie wurde für die Dauer von max. 2 Wochen durch die Spitex oder im Heim geleistet und war von der Postakutpflege im Spital oder der stationären Rehabilitation zu unterscheiden. In der alten Pflegefinanzierungsregelung trugen die Pflegebedürftigen 5-7% der Pflegekosten als Selbstbehalt. Die OKV zahlte praktisch etwa 55%, den Restanteil von etwa 40% deckten Kantone bzw. Gemeinden. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sah vor, dass Akut- und Übergangspflege nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a)

finanziert würde, d.h. zu 45% durch die Krankenversicherer und zu 55% durch die Kantone zzgl. Selbstbehalte der Patienten.

Post-Akut-Pflege (PAP)

Post-Akut-Pflege bezeichnete eine Phase der Versorgung innerhalb des Spitals, deren Schwerpunkt auf der pflegerisch-therapeutischen Betreuung des Patienten lag. Ziel ist eine optimale Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause. Vorwiegend ältere Patient/-innen mit längerer Rekonvaleszenzphase sollten so stabilisiert werden, dabei jedoch der teurere Aufenthalt im Akutbett vermieden werden. Postakutpflege unterschied sich von Übergangspflege durch das Kriterium der Spitalbedürftigkeit; sie war zeitlich auf etwa zwei Wochen begrenzt. Die Kosten wurden als Teil des Spitalaufenthalts durch die Spitalfinanzierung getragen.

Ferienbetten

Als Ferienbetten wurden Angebote temporär befristeter stationärer Pflege in Institutionen, die Pflege und Betreuung gewährleisten können, verstanden. Sie wurden vorwiegend durch die Pflegebedürftigen finanziert, abzüglich eines Beitrags der Krankenversicherung und mögliche Ergänzungsleistungen. Sie kamen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, zur Erholung nach einem Spitalaufenthalt nach Ausschöpfung der Leistungen der Übergangspflege, als Übergangslösung oder auch zum Kennenlernen des Heimlebens in Betracht.

Deutschland

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege bezeichnet zeitlich befristete, in zugelassenen Pflegeeinrichtungen stattfindende stationäre Ganztagsbetreuung pflegebedürftiger alter Menschen. Sie kommt nach § 42 SGB XI in Betracht, wenn „die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann“ und teilstationäre Pflege nicht ausreicht, so in Übergangszeiten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt und bei Krisen in der häuslichen Pflege. Zudem kann sie bei Krankheit, Urlaub oder sonstige Verhinderung der Pflegeperson in Anspruch genommen werden, nachdem die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ausgeschöpft sind. Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht für die Versicherten bis zu 4 Wochen im Jahr bis zu einem Gesamtbetrag von 1.470 €, zuzüglich Selbstfinanzierung von Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten seitens der Pflegebedürftigen.

Verhinderungspflege

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist im Unterschied zur stationären Kurzzeitpflege eine häusliche Pflege bei krankheits-, urlaubs- oder sonstig bedingter Verhinderung der Pflegeperson. Sie kann bei einer häuslichen Pflege, die bereits länger als 6 Monate andauert, in Anspruch genommen werden und wird durch eine Ersatzkraft geleistet. Die Kosten werden für eine Dauer von bis zu insgesamt 4 Wochen jährlich bis zu einem Höchstbetrag von 1.470 € übernommen. Ist die Ersatzkraft mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert oder lebt sie im gleichen Haushalt, ist die Leistung auf den Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe begrenzt. Die Verhinderungspflege kann auch durch einen professionellen Pflegedienst geleistet werden oder in einer stationären Einrichtung stattfinden, wobei in diesem Fall nur die im Tagessatz der Einrichtung enthaltenen pflegebedingten Aufwendungen von der Pflegekasse getragen werden.

Teilstationäre Pflege/Tages- oder Nachtpflege

Die Tages- oder Nachtpflege (§ 41 SGB XI) bezeichnet eine teilstationäre Pflege, bei welcher die Pflegebedürftigen nur zeitweise während des Tages oder der Nacht) stationär gepflegt werden, wohingegen sie in der übrigen Zeit häusliche Pflege erhalten. Voraussetzung ist, dass entweder die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, oder dass sie zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Sie darf nur von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Zusätzliche Betreuungsleistungen werden für an dementiellen Veränderungen Erkrankte nach § 45 a und b SGB XI gewährt.

Ob die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einem besonderen Verfahren festgestellt.

8.3 Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenvorsorge (Schweiz)
BMC	Bundesverband Managed Care
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen (Schweiz)
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CH	Schweiz
D	Deutschland
DMP	Disease-Management-Programm
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Schweiz)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
DGIV	Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallpauschalen)
EDI	Eidgenössischen Departement des Innern (Schweiz)
HMOs	Health Maintenance Organisations
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
ILIT	Interessensgemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau (Schweiz)
IPAs	Individual practice Assoc (Arztnetze)
IV	Invalidenversicherung (Schweiz)
IV	Integrierte Versorgung
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MC	Managed Care
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (Schweiz)
OKP/OKPV	obligatorische Krankenpflegeversicherung (Schweiz)
PKV	Private Krankenversicherung
PPOs	Preferred Provider Organisations
RSA	Risikostrukturausgleich
SDK	Sanitätsdirektorenkonferenz
SGB	Sozialgesetzbuch
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
Spitex	spital- und heimexterne Gesundheits- und Krankenpflege und Hilfe (Schweiz)
Tarmed	Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis Gültigkeit hat (Schweiz)
UV	Unfallversicherung (Schweiz)
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

8.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsdesign	8
Abbildung 2: Konfigurationen der Makro- und Mikroebene.....	35
Abbildung 3: Die Stufen des Politikzyklus.....	36
Abbildung 4: Entwicklung der Versichertenverteilung auf die einzelnen Versicherungsformen	75

8.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Versorgungsstandards und Indikatorfragen.....	17
Tabelle 2: Beispiel: Lokale Umsetzung von Versorgungsstandards in der Fallstudie D-Nordstadtquartier	19
Tabelle 3: Organisationsformen im ambulanten ärztlichen Sektor (2009).....	43
Tabelle 4: Geriatrie – Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen.....	49
Tabelle 5: Anzahl von Palliativstationen und stationären Hospizen im Bund und in den Ländern (inklusive Bettenzahl sowie geschätzter Bedarf)	50
Tabelle 6: Durch Gesetzgebung geschaffene Optionen für Integrierte Versorgungsformen (Quelle KBV).....	56
Tabelle 7: Merkmale von HMOs, Hausarztmodellen und Ärztenetze in der Schweiz.....	74
Tabelle 8: Unterschiede in Bezug auf Systemunterschiede und Steuerungsanreize zwischen der Schweiz und Deutschland	85
Tabelle 9: Vergleichende Indikatoren: Gesundheitsausgaben, Krankenhausbetten und Verweildauern.....	86
Tabelle 10: Vergleichende Indikatoren: Langzeitpflege	87
Tabelle 11: Vergleichende Indikatoren: Ausgaben nach Trägern in % der Gesamtgesundheitsausgaben	88
Tabelle 12: Profile der Fallstudien im Überblick.....	90
Tabelle 13: Elemente alter – neuer Versorgungskulturen.....	144
Tabelle 14: Analyse der Fallstudien im Überblick	177
Tabelle 15: Ländervergleich.....	187
Tabelle 16: Analyseebenen der Fallstudien	200
Tabelle 17: Einrichtungsarten sowie Personen- und Berufsgruppen für Interviews	203

8.6 Literatur

- Achtermann, W. & Berset, C. (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz ~ Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 – Analyse und Perspektiven. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege / Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002). Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln
- Asdonk, J., Bredeweg, U. & Kowol, U. (1991). Innovation als rekursiver Prozeß. Zur Theorie und Empirie der Technikgenese am Beispiel der Produktionstechnik. *Zeitschrift für Soziologie*, 20(4), 290–304.
- Aspinwall, M.D. & Schneider, G. (2000). Same menu, separate tables: The institutionalist turn in political science and the study of European integration. *European Journal of Political Research*, 38, 1–36.
- Atkinson, M.M. & Coleman, W.D. (1992). Policy networks, policy communities and the problems of governance. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 5(2), 154–180.
- Barnett, H.G. (1953). *Innovation. The Basis of Cultural Change*. New York: McGraw-Hill
- Baur, R. (2005). Managed Care-Modelle. Bestandesaufnahme 2004, *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Golder, L., Longchamps, C., Imfeld, M. et al. (2011). *DRG: Befürchtungen einer zunehmenden Bürokratisierung der Medizin. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, Schlussbericht*. Bern: gfs.bern
- Behaghel, K. (1994). Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß. Frankfurt/Main, New York: Campus
- Berchtold, P., Peier, K. & Christian, P. (2008). Erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(47), 2038–2041.
- Berchtold, P., Peier, C. (2012). Ärztenetze in der Schweiz 2012: Eindrückliches Wachstum. *Care Management*, 5(3), 42–44
- Boase, J.P. (1996). Institutions, institutionalized networks and policy choices: Health policy in the US and Canada. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 9(3), 287–310.
- Bode, I. (2009). Multiple Vernetzung und disorganisierte Governance – Krankenkassen als Fokalakteure eines vermarktlichen Gesundheitswesens? In V.E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Eds.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (pp. 311– 324). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bosshard, G. & Grob, D. (2007). *Sterben und Tod, Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bublitz, H. (2001). Differenz und Integration: Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. Keller, Reiner (Hrsg.); Hirsland, Andreas (Hrsg.); Schneider, ... 225.
- Bublitz, H. (2003). *Diskurs*. Bielefeld: Transkript
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). *Spitex-Statistik 2006*. Bern: BSV
- Bundesamt für Statistik der Schweiz (2010). *Themen 14 – Gesundheit, Gesundheitsdienste und Personal, Krankenhäuser*, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/01.html>
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (2005). *Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm*.

- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (Stand 15. 08. 2006).
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend, (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). Die Entwicklung der Pflegeversicherung. Vierter Bericht. Berlin
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005). Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Clemens, E.S. & Cook, J.M. (1999). Politics and institutionalism: Explaining Durability and Change. *Annual Review of Sociology*, 25(1), 441–466.
- Dalhoff, M. (2008). Einheitliche Leistungsansprüche und differenzierte Leistungsangebote in der gegenwärtigen und zukünftigen GKV-Versorgung. *Sozialer Fortschritt*, 57(4), 99–109.
- David, P.A. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *American Economic Review*, 75(2), 332–337.
- Davies, E. & Higginson, I.J. (2004). Better Palliative care for older people. In W.H. Organization (Ed.). *Kopenhagen: World Health Organization*.
- De Vault, M.L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography. Using interviews to investigate ruling relations. In J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research. Context and Method* (pp. 751–776). Thousand Oaks: Sage.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM (2008). DEGAM Leitlinie Nr.12: Demenz. Düsseldorf: omikron publishing.
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung & Care, B.M. (2007). Positionspapier zur Anschlagfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland. Berlin
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2008). Kurzübersicht zu den wichtigen Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab dem 1. Juli 2008.
- Deutscher Bundestag (1990). Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" Drucksache 11/6380. Bonn
- Deutscher Bundestag (2001). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Dritter Bericht zur Lage älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestags-Drucksache 14/S130
- Diener, O. (2002). Grundversorgung Demenz – Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige. Bericht zu Händen der Fachstelle Altersfragen des Bundesamtes für Sozialversicherung. Zürich: Schweizerische Alzheimervereinigung und ProSenectute Schweiz.
- Dietz, B. (1999). Vernetzung als Steuerungsinstrument kommunaler Gesundheits- und (Alten-)Pflegepolitik. In B. Dietz, D. Eißel & D. Naumann (Eds.), *Handbuch der kommunalen Sozialpolitik* (pp. 203–221). Opladen: Leske + Budrich.
- Döhler, M. (1995). The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care. *Governance*, 8(3), 380–404.
- Döhler, M. & Manow, P. (1997). Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen: Leske + Budrich

- Döhner, H. & Schick, B. (1996). Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung. In H. Döhner (Ed.), *Gerontologie*. Münster: LIT Verlag.
- Döhner, H., Bleich, C., Kofahl, C. & Lauterberg, J. (2002). Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team PAGT. Stuttgart: Kohlhammer
- Döhner, H. & Stamm, T. (2005). Geriatrische Qualifizierung für Hausärzte. Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines interdisziplinären Fortbildungskonzeptes. In H. Döhner (Ed.), *Gerontologie*. Münster: LIT Verlag.
- Döhner, H. & Kofahl, C. (2006). Vernetzte Strukturen in der psychosozialen Versorgung älterer Menschen. In S. Pawils & U. Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung* (pp. 153-169). Stuttgart: Schattauer.
- Eggert, M., Garms-Homolová, V. & Theiss, K. (2005). Diskussionspapier I: Konzepte der Teilhabe und Selbstbestimmung. Projekt Entwicklung und exemplarische Erprobung eines Qualitätsniveaus zum Thema „Gewährleistung von Aspekten persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf“. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). Case Management in Theorie und Praxis (2., erweiterte Auflage). Bern: Hans-Huber.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2007). Dying in Germany - consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *Journal of Public Health*, 15, 457-465.
- European Commission (2008). Long-term Care in the European Union. Brussels, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG.
- Eychmüller, S. & Raemy-Bass, C. (2001). Bestandesaufnahme zur Situation von Palliative Care in der Schweiz. *Primary Care*, 1, 272-275.
- Felder, S. & Werblow, A. (2006). Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Baden-Baden: Nomos
- FMH (2006). Ja zu Vernetzung und Qualität - ja zu "Managed Care". Thesenpapier genehmigt durch die ausserordentliche Ärztekammer Dezember 2006.
- Füsgen, I. & Hallauer, J.F. (2006). Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen (20. Workshop des "Zukunftsforum Demenz", 16. September 2005 in Berlin). Wiesbaden: Zukunftsforum Demenz.
- Gericke, C., Wörz, M. & Busse, R. (2006). Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In R. Busse, J. Schreyögg & C. Gericke (Eds.), *Management im Gesundheitswesen* (pp. 64-80). Heidelberg: Springer.
- Gerlinger, T. (2002a). Gemeinwohlorientierung und politische Steuerung im Wandel - das Beispiel der Gesundheitspolitik. In G.F. Schuppert & F. Neidhardt (Eds.), *Gemeinwohl - Auf der Suche nach Substanz* (pp. 421-444). Berlin: Edition Sigma.
- Gerlinger, T. (2002b). Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen. In W. Gellner & M. Schön (Eds.), *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik* (pp. 123-151).
- Gerlinger, T. (2003). Innovationsdynamiken und Innovationsblockaden in Public Health und Gesundheitspolitik. Habilitationsschrift. Universität Bremen
- Giaimo, S. & Manow, P. (1999). Adapting the welfare state. The case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies*, 32(8), 967-1000.
- Gieryn, T.F. (2000). A space for place in sociology. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 463-496.

- Gillwald, K. (2000). Konzepte sozialer Innovation (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie, WZB-Paper P00-519), Berlin: WZB
- Ginsburg, P.B. & Lesser, C.S. (2006). Commentary: Insights into the Health Care Marketplace. A Decade of Tracking Health System Change. *Center for Studying Health System Change*(2), 1–6.
- Giovanoli, E. (2006). Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung. *Managed Care*, 6, 26–28.
- Gmür, R. & Rüfenacht, M. (2007). Spitex, *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Greß, S. (2002). Krankenversicherung und Wettbewerb. Das Beispiel Niederlande. Frankfurt a.M./New York: Campus
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2009). Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklungen. In V.E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Eds.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (pp. 91–102). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Grob, D. (2004). Grundlegende Aspekte der klinischen Geriatrie. Geschichte und methodische Grundlagen.
- Grob, D. (2005). Geriatrie: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute? *Schweizerisches Medizinisches Forum*(5), 1280–1282.
- Grob, D. (2006). Warum braucht es eine Akutgeriatrie? *Competence*(10), 21–23.
- Grob, D. & Münzer, T. (2009). Geriatrie: von Patienten, Bewohnern, Klienten und Fallpauschalen. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 9 (51–52): 933–4
- Grothaus, F.-J. (2009). *Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung*. Düsseldorf, Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). <http://www.bqs-register140d.de/>
- Halek, M. (2007). Kurzzeitpflege im Zuge des Wandels von Versorgungsstrukturen. Witten: Vortrag. Tagung: "Alter und Demographischer Wandel – Forschen für die Versorgung. 27.06.2007
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, H. (2005). SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service
- Hänggeli, C., Stettler, S., Jau, J., Hersperger, M. & Bradke, S. (2007). Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte, *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Heller, A. & Pleschberger, S. (2008). Palliative Versorgung im Alter. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Eds.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (pp. 3382–3399). Bern: Verlag Hans Huber.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (pp. 11–111). Leske+Budrich: Opladen.
- Héritier, A. (1993). Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektiven der Neuorientierung. Einleitung (Policy analysis. Elements of criticism and perspectives of a new orientation. Introduction). In Héritier A. (Ed.), *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung (Policy analysis. Criticism and new orientation)* (pp. 9–36). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Hildebrandt, H., Bischoff-Everding, C., Stüve, M., Kolzau, T., Saade, P. & Weyler, E.-J. (2008). *White Paper: Forschung und Entwicklung (F & E) für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen*. Hamburg: Hildebrandt Gesundheitsconsult
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005a). *Pflege*.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005b). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Verlag Hans Huber
- Howlett, M. & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press
- Husebø, B.S. (2003). Palliativmedizin in der Geriatrie. Wie alte, schwerkranke Menschen leben und sterben. In S. Huseboe & E. Klaschik (Eds.), *Palliativmedizin. Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik* (pp. 379–416). Berlin: Springer.
- Husebø, S. & Klaschik, E. (2006). *Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Immergut, E. (1992). The Rules of the Game: The Logic of Health Policy-Making in France, Switzerland, and Sweden, in: Steinmo, Sven u.a. (Hrsg.), *Structuring Politics* (pp. 57–89). Cambridge: Cambridge University Press.
- John, P. & Cole, A. (2000). When do institutions, policy sectors, and cities matter? Comparing networks of local policy makers in Britain and France. *Comparative Political Studies*, 33(2), 248–268.
- Jones, J. (1999). Community-based mental health care in Britain and Italy: Geographical perspectives, *Department of Geography*. Sheffield: University of Sheffield.
- Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health & Place*, 6(3), 171–187.
- Kaduszkiewicz, H. & van den Bussche, H. (2003). Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. *psychoneuro*, 29(6), 275–281.
- Kaelble, H. & Schriewer, J.H. (1999). *Diskurse und Entwicklungspfade. Der Gesellschaftsvergleich in den Geschichts- und Sozialwissenschaften*. Frankfurt a.M./New York: Campus
- Kämmer, K. (2002). Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 186–189.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007a). *Kooperationskompass. Wege ärztlicher Zusammenarbeit*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010). *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010 - Zahlen, Fakten, Informationen*. Berlin
- Keller, R. (2004). *Diskursforschung : eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. VS, Verl. für Sozialwiss.
- Keller, R. (2007). *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kessler, M. & Ziltener, E. (2007). *Patientenschutz-Organisationen, Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kickert, W.J.M., Klijn, E.-H. & Koppenjan, J.F.M. (1997). *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London etc.: Sage
- Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007). Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus, *Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld*, P07–135. Bielefeld.
- Klie, T. & Schmidt, R. (2002a). Begleitung von Menschen mit Demenz - Bestandsaufnahme und Formulierung demenzpolitischer Desiderate und Optionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 199–209.

- Klie, T. & Schmidt, R. (2002b). Demenz und Lebenswelten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 177–180.
- Klose, J., Rehbein, I. & Uhlemann, T. (2007). *ÄrztelAtlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)
- Knieps, F. (2006). Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland - Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgaben der Integration aus Sicht der Politik. In J. Klauber, B.-P. Robra & H. Schnellschmidt (Eds.), *Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration* (pp. 27–36). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Knüsel, O. (2007). *Rehabilitation, Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Koch, U. (2007). Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, *Wörterbuch der Sozialpolitik*.
- Kocher, G. (2007). Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund - Kantone - Gemeinden, *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kodner, D.L. & Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American Models. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1–19.
- Kofahl, C., Dahl, K. & Döhner, H. (2002). Projekt „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“
Laufzeit: November 2001 – Oktober 2002. Hamburg: Universität Hamburg, Institut für Medizinsoziologie.
- Kofahl, C., Dahl, K. & Döhner, H. (2004). *Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland*. Münster: LIT Verlag
- Kooiman, J. & Associates (1997). *Social-political governance and management. Conceptualization*. Rotterdam: Erasmus Universität/Rotterdam School of Management
- Kotek, H. (2006). Acht Jahre "Berliner Projekt" in der stationären Pflege: Hohe Qualität, weniger Kosten. In I. Füsgen & J. Hallauer (Eds.), *Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. 20. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ am 16. September 2005 in Berlin* (pp. 51–58). Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz.
- Krücken, G. & Meier, F. (2003). "Wir sind alle überzeugte Netzwerktäter". Netzwerke als Formalstruktur und Mythos der Innovationsgesellschaft. *Soziale Welt*, 54, 71–92.
- Kümpers, S., van Raak, A.J.A., Hardy, B. & Mur-Veeman, I. (2002). The influences of institutions and culture on health policies: different approaches to integrated care in England and the Netherlands. *Public Administration*, 80(2), 339–358.
- Kümpers, S. (2005). Steering integrated care in England and The Netherlands: The case of dementia care, *Department of Health Organisation, Policy and Economics*. Maastricht: University of Maastricht.
- Kümpers, S., Mur, I., Hardy, B., van Raak, A.J.A. & Maarse, H. (2006). Integrating dementia care in England and The Netherlands. Four comparative local case studies. *Health and Place*, 12, 404–420.
- Kümpers, S. (2008). *Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention*. Berlin: WZB-Discussion-Paper SPI 2008-301
- Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In K. Statistisches Bundesamt (Böhm, C. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Tesch-Römer & T. Robert Koch-Institut (Ziese (Eds.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (pp. 121–133). Berlin: RKI.
- Landenberger, M. (1994). Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates. *Zeitschrift für Sozialreform*, 5, 314–342.
- Lehmbruch, G. (1996). The organization of society, administrative strategies, and policy networks. In R. Czada, A. Héritier & H. Keman (Eds.), *Institutions and political choice*.

- On the limits of rationality* (pp. 61-84). Amsterdam, The Netherlands: VU University Press.
- Leichsenring, K. (2004). Providing integrated health and social care for older persons – A European overview. In K. Leichsenring & A.M. Alaszewski (Eds.), *Providing integrated health and social care for older persons. A European Overview of issues at stake* (pp. 9-52). Aldershot: Ashgate.
- Leutz, W.N. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Lieschke, L. (2009). *Integrierte Versorgung: Ein Modell braucht neue Impulse*. *Ärzteblatt.de* PP 8 (Dezember): S41.
- Lindner, J. (2003). Institutional stability and change: two sides of the same coin. *Journal of European Public Policy*, 10(6), 912-935.
- Lübke, N., Ziegert, S. & Meinck, M. (2008). Geriatrie: Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(21), A1120- A 1122.
- Lüttje, D., Neubart, R., Meisel, M. & C., K. (2005). Weiterbildung in Klinischer Geriatrie in Deutschland und Europa. Standortbestimmung und Ausblick.
- Mackenbach, J.P. (2006). Health inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. In UK Presidency of the EU 2005 (Ed.) (p. 44). London: COI (Central Office of Information, UK).
- March, J. & Simon, H. (1958). *Organizations*. New York: John Wiley & Sons
- Martin, S. (2000). Implementing 'Best Value': Local public services in transition. *Public Administration*, 78(1), 209-227.
- Mayntz, R. (1983). *Implementation politischer Programme II: Ansätze zur Theoriebildung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayntz, R. & Scharpf, F.W. (1995). Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. In R. Mayntz & F.W. Scharpf (Eds.), *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. (pp. 9-38). Frankfurt/New York: Campus.
- Mayntz, R. (1997). *Soziale Dynamik und politische Steuerung: theoretische und methodologische Überlegungen*. Frankfurt a.M./New York: Campus
- Mazenauer, B. (2002). *Netzwerke im Gesundheitswesen: Erfahrungen im Bereich Palliative Care*. Bern.
- Meinck, M. (2003). *Rehabilitation im Alter: Eine empirische Untersuchung ambulanter geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen*. Berlin: Von der Fakultät VIII - Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin zur Erlangung des akademischen Grades: Doktor der Gesundheitswissenschaften/Public Health Dr. P.H.
- Meinck, M., Lübke, N. & Plate, A. (2006). Auf- und Abbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Deutschland? Kritische Analyse zur Aussagekraft der amtlichen Statistik und anderweitiger Erhebungen. 39, 443-450.
- Melchinger, H. & Machleidt, W. (2006). Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Ergebnisse einer Interviewstudie. *Z Allg Med*, 81(5), 191-196.
- Merkel, W. (2007). Durchregieren? Reformblockaden und Reformchancen in Deutschland. In J. Kocka (Ed.), *Zukunftsfähigkeit Deutschlands. Sozialwissenschaftliche Essays* (pp. 27-45). edition sigma: Berlin.
- Merten, M. & Rabbata, S. (2008). Was gut ist, setzt sich durch. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(43), A2250-A2254.
- Michell-Auli, P., Großjohann, K., Kutsche, A., Tebest, R. & Raabe, H. (2008). Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht vom 27. Juni 2008. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Bundesministerium für Gesundheit

- Mildenberger, U. (1997). Selbstorganisation von Produktionsnetzwerken. Erklärungsansätze auf Basis der neueren Systemtheorie (Self organisation of production networks. Explanatory approaches based on the new systems theory). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Mintzberg, H. (1983). Structure in fives. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Mohr, L.B. (1969). Determinants of Innovation in Organizations. *The American Political Science Review*, 63(1), 111–126.
- Moinat, G (2010). *Managed Care – das Modell der Zukunft?* Feedback@20minuten.ch Story 06. Oktober 2010. http://www.20min.ch/finance/ratgeber_geld/story/27191009
- Mörkofer-Zwez, S. (2008). Die neue Pflegefinanzierung – Stellungnahme der Spitex-Präsidentin. Bern.
- Mühlbacher, A., Henke, K.-D., Knabner, K., Mackenthun, B. & Schreyögg, J. (2004). Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen: Der Vergleich staatlicher und marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme am Beispiel Deutschlands, Großbritanniens, den Niederlanden und der Schweiz. Berlin: Berliner Zentrum Public Health
- Naegele, G. (2009). Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(6), 432–440.
- Nies, H. (2004). A European research agenda on integrated care for older people. Dublin: European Health Management Association
- Nørgaard, A.S. (1996). Rediscovering reasonable rationality in institutional analysis. *European Journal of Political Research*, 29, 31–57.
- North, D. (1990). Institutions, institutional change, and economic performance. Cambridge: Cambridge University Press
- Noweski, M. (2008). Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen. Berlin: Verlag Dr. Köster
- O'Toole, L.J. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45–52.
- ohne Verfasser (2008). Weiter auf dem Königsweg. Heute geht es um die Vielfalt der Integrierten Versorgung – Interview mit dem Bundesvorsitzenden der DGIV Carsten Sterly. *KU-Sonderheft Integrierte Versorgung*(10), 4–7.
- Olmsted Teisberg, E. (2008). Nutzenorientierter Wettbewerb im Schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Zürich, Basel, Bern: Effingerhof, Brugg
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) & (WHO), W.H.O. (2006). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz: Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) & (WHO), W.H.O. (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- Orlowski, U. & Wasem, J. (2007). Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. Heidelberg u.a.: C.F. Müller
- Pick, P. (2003). Versorgung Demenzkranker muss deutlich verbessert werden. In I. Füsgen (Ed.), *Demenzkranke – im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung*. 6. Workshop des "Zukunftsforum Demenz". Frankfurt am Main.
- Plate, A. (2003). Geriatrie im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung? Juristische Aspekte, bestehende Konzepte und Zugangsverfahren für ältere Patienten in Deutschland TU Berlin, Fakultät VIII Wirtschaft und Management

- Rambøll Management (2005). Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Reiners, H. (2010). Mündliche Mitteilungen. Berlin: WZB
- Rhodes, R.A.W. (1997). Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability. Buckingham: Open University Press
- Riedel-Heller, S.G., Schork, A., Fromm, N. & Angermeyer, M.C. (2000). Demenzkranke in der Hausarztpraxis - Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 33, 300-306.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of Innovations. New York: Free Press
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*(57), 140-144.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 371-388). Wiesbaden: VS Verlag.
- Rosewitz, B. & Webber, D. (1990). Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt/Main: Campus
- Saladin, P., Wegmüller, P., Gilioz, A. & Bienlein, M. (2007). Spitäler, *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- SAMW (2006). Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. 23. Mai 2006.
- Sandholzer, H., Keyser, M. & Fischer, G.C. (2007). Ambulantes Geriatisches Assessment in der allgemeinärztlichen Sprechstunde. Wie häufig werden therapeutische Konsequenzen gezogen? *Notfall & Hausarztmedizin*, 33(1), 20-23.
- Sauer, P. (2008). Niedrigschwellige Angebote. Erweiterte zusätzliche Betreuungen für Menschen mit Demenz. *Dr. med. Mabase*, 172(März/April 2008), 32-34.
- Schaeffer, D. (2000). Care-Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Pflege*, 13(1), 17-26.
- Schaeffer, D. & Ewers, M. (2002). Integration der Versorgung in Zeiten von DRGs - Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 7, 316-323.
- Scharpf, F.W. (1993). Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. (Positive and negative coordination in negotiation systems). In A. Héritier (Ed.), *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. (Policy analysis. Criticism and reorientation)* (pp. 57-83). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Scharpf, F.W. (1997). Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research. Oxford: Westview Press
- Scharpf, F.W. (2000a). Institutions in comparative policy research. *Comparative Political Studies*, 33(6/7), 762-790.
- Scharpf, F.W. (2000b). Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung (Original: Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research). Opladen: Leske & Budrich
- Schenker, M. (2002). Worin unterscheiden wir uns, und warum? Ein Erklärungsversuch. *Managed Care*(2), 28-29.

- Schindler, T. (2006). Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49(11), 1077–1086.
- Schmidt, M.G. (2006). *Demokratietheorien. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schmidt, M.G. & Ostheim, T. (2007). Politisch-institutionalistische Theorien. In M.G. Schmidt, T. Ostheim, N.A. Siegel & R.H. Zohlnhöfer (Eds.), *Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Ohlemann, M. & C. Schweizer (2008). Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47, 1–11.
- Schneekloth, U. & Wahl, H.W. (2007). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Integrierter Abschlußbericht. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneider, N. (2008). Die neue spezialisierte ambulante Palliativversorgung - ein Positionspapier. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84, 232–235.
- Schneider, N., Bisson, S. & Dierks, M.-L. (2008). Rahmenbedingungen für die palliative Versorgung in Deutschland und Entwicklung von Public-Health-Zielen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(4), 467–471.
- Schneider, V. & Janning, F. (2006). Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schneider, W. (1998). Rehabilitation Schweiz 1998. *Schweizerische Ärztezeitung*, 52.
- Schoenenberger, A.W. & Stuck, A.E. (2006). Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *J Am Geriatr Soc*, 54(6), 986–990.
- Schulz, R.-J., Kurtal, H. & Steinhagen-Thiessen, E. (2008). Rehabilitative Versorgung alter Menschen. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Eds.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (pp. 334–369). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schuppert, G.F. (2008). Governance - auf der Suche nach Konturen eines "anerkannt uneindeutigen Begriffs". In G.F. Schuppert & M. Zürn (Eds.), *Governance in einer sich wandelnden Welt – PVS Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 41/2008*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwartz, F.W. & Helou, A. (2000). Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In M. Arnold, M. Litsch & F.W. Schwartz (Eds.), *Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker* (pp. 133–146). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schweizerische Alzheimer Vereinigung (2006). Dossier Tagesstätten. <http://bit.ly/IBG7qm>
- Schweizerische Alzheimer Vereinigung (2007). Eckdaten 1: 98 000 Personen mit Demenz leben heute in der Schweiz. Yverdon-les-Bains.
- Schweizerische Alzheimer Vereinigung (2012) <http://server25.hostpoint.ch/~alzch1/alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html>
- SFGG/SPSG, S.F.f.G. (2006). Profil der Geriatrie in der Schweiz. Teil 1. Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit. 9. November 2006.
- Simon, M. (2008). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Huber
- Slappendel, C. (1996). Perspectives on Innovation in Organizations. *Organization Studies*, 17(1), 107–129.

- Spitzenverbände der Krankenkassen (2007). Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01. 05. 2007.
- Spöndlin, R. (2006). Auf Umwegen zur Bürgerversicherung? In E. Carigiet, U. Mäder, M. Opielka & F. Schulz-Nieswandt (Eds.), *Wohlstand durch Gerechtigkeit* (pp. 103-114). Zürich: Rotpunktverlag.
- Spycher, S. (2004). Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel? Nützliche Erfahrungen der Schweiz für die Diskussionen in Deutschland. *G+G Wissenschaft(1)*, 19-27.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Pflegestatistik 2007*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009). *Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2: Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - 2008*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser - 2008*. Wiesbaden.
- Steinhagen-Thiessen, E., Hamel, G., Lüttje, D., Oster, P., Plate, A. & Vogel, W. (2003). Geriatrie - quo vadis? Zur Struktur geriatrischer Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 366-377.
- Strehle, O., Weber, A. (2008). Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz, in Oggier W, Walter A, Reichlin S, Egli M (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch*, eHealthCare.ch, 2008.
- SVR (2005). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2005. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- SVR (2007). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung.
- Thompson, G., Frances, J., Levacic, R. & Mitchell, J. (1991). Markets, hierarchies and networks. The coordination of social life. London etc.: Sage.
- Van de Ven, A.H. & Rogers, E.M. (1988). Innovations and Organizations: Critical Perspectives. *Communication Research*, 15, 632-651.
- van Dyk, S. (2007). Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft. *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 146(36 (1)), 93-112.
- van Raak, A.J.A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen, The Netherlands: Elsevier.
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2011). 2011/2012. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens. Berlin: vdek
- von Törne, I. (2005). Konzepte zu Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management in der Altenhilfe. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (Ed.), *Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm* (pp. 46-54). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Westebbe, P.W. (1999). *Ärzte im Netz: Ein Bericht über Vernetzte Praxen und Praxisnetze in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Koope-*

- rations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland. Neuss: Eigenverlag
- Weyerer, S. (2005). *Altersdemenz*. Berlin: Robert Koch Institut
- Williamson, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*. New York: The Free Press
- Willke, H. (1998). *Steuerungstheorie: Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme (Theory of steering: Basic theoretical lines for the steering of complex social systems)*. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Wingenfeld, K. and D. Schaeffer (2011). *Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung*, G+G Wissenschaft (GGW)(3/11): 7-13.
- Wißmann, P. (2008). Es geht um Lebensqualität. Menschen mit schwerer Demenz als Herausforderung für Pflege und Betreuung. *Dr. med. Mabuse*, 172(März/April 2008), 40-42.
- Wolfe, R.A. (1994). Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405-431.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks: Sage
- Zaltman, G., Duncan, R. & Holbek, J. (1973). *Innovations and Organizations*. New York: John Wiley & Sons
- Zeman, P. (2008). Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Eds.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (pp. 297-307). Bern: Verlag Hans Huber.

Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen 2012–2011

Forschungsgruppe **Public Health**

Uwe H. Bittlingmayer/Holger Ziegler **SPI 2012-301**
Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?

Michael Haas **SPI 2012-302**
Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter. Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen.

Christina Pilschel **SPI 2012-303**
Wie kann Partizipation in einer Nutzerzufriedenheitsbefragung der Psychiatrie realisiert werden?
Praxisbericht auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung

Hella von Unger, Petra Narimani **SPI 2012-304**
Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der Partizipativen Forschung

Katrin Falk/Josefine Heusinger/Kerstin Kammerer/Meggi Khan-Zvorničanin/Susanne Kümpers/Michael Zander **SPI 2011-301**
Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zu Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier – der Fall Berlin-Moabit [vergriffen]

Jane Springett/Michael T. Wright/Brenda Roche **SPI 2011-302**
Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action.

Susanne Hartung **SPI 2011-303**
Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit

Abteilung **Ausbildung und Arbeitsmarkt**

Ruß, Uwe **SPI 2012-501**
Bildung, Meritokratie und Ungleichheit
Gibt es einen Zusammenhang zwischen Bildungsungleichheiten, Meritokratiegläubigen und der Verteilung der Einkommen in fortgeschrittenen Gesellschaften?

Philip Wotschack/Franziska Scheier/Philipp Schulte-Braucks/Heike Solga **SPI 2011-S01**
Mehr Zeit für Weiterbildung
Neue Wege der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung

Paula Protsch **SPI 2011-502**
Zugang zu Ausbildung
Eine historisch vergleichende Perspektive auf den segmentierten
Ausbildungsmarkt in (West-)Deutschland

Abteilung **Ungleichheit und soziale Integration**

Jan Delhey/Christian Kroll **SPI 2012-201**
A 'Happiness Test' for the New Measures of National Well-Being
How Much Better than GDP Are They

Kent Weaver **SPI 2011-201**
The Politics of Automatic Stabilization
Mechanisms in Public Pension Programs

Britta Grell **SPI 2011-202**
Unemployment Compensation in the United States
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell **SPI 2011-203**
Family Dissolution and Public Policies in the United States
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell **SPI 2011-204**
Old-Age Provisions in the United States
Changes in the Retirement System since the 1980s

Martin Ehlert **SPI 2011-205**
Shifted Labor Market Risks?
The Changing Economic Consequences of Job Loss in the United States
and West Germany

Markus Wörz **SPI 2011-206**
Unemployment Compensation in Germany
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Markus Wörz **SPI 2011-207**
Family Dissolution and Public Policies in Germany
Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Markus Wörz **SPI 2011-208**
Old-Age Provisions in Germany
Changes in the Retirement System since the 1980s

Markus Wörz **SPI 2011-209**
Financial Consequences of Falling Ill
Changes in the German Health Insurance System since the 1980s

Max Haller **SPI 2011-210**
Die sozialen Klassen im ethnisch heterogenen Milieu
Ein soziologischer Ansatz zur Erklärung der Unterschiede der
Einkommensverteilung in den Ländern der Welt

Jens Alber/Jan-Paul Heisig

Do New Labour Activation Policies Work? A Descriptive Analysis of the German Hartz Reforms

SP I 2011-211

Yan Hao

Equitable Access to Land as a Means of Poverty Reduction in Rural China

SP I 2011-212

Diese und frühere Discussion Papers sind online abrufbar:

<http://www.wzb.eu/de/publikationen/discussion-paper/bildung-und-arbeit>