

Kühn, Hagen

Working Paper

Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive:
Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und
kulturellen Prozesses

WZB Discussion Paper, No. P 01-202

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Kühn, Hagen (2001) : Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimensionen und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses, WZB Discussion Paper, No. P 01-202, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47414>

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.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P01-202

**Integration der medizinischen Versorgung
in regionaler Perspektive**

Dimensionen und Leitbild eines politisch-
ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses

von

Hagen Kühn

Berlin, März 2001

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses*

Chronische Erkrankungen, Multimorbidität und vermehrte Behandlungsmöglichkeiten auf der Patienten- und höhere Arbeitsteiligkeit und Spezialisierung auf der Versorgungsseite machen für einen wachsenden Teil der Patienten eine Vielzahl verschiedener Helfer in einer Reihe von unterschiedlichen Einrichtungen erforderlich. Der daraus resultierenden Tendenz zur Fragmentierung kann nur mit Bemühungen zur Koordination, Kooperation und Integration entgegengewirkt werden, um kontinuierliche Versorgungsverläufe und Rationalität arbeitsteiliger Vorgehensweisen zu erreichen und sicherzustellen.

Die in und zwischen den Versorgungsinstitutionen nicht eingelösten Integrationserfordernisse vertiefen den Widerspruch, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Techniken der Gesundheitswissenschaften immer ausgefeilter werden, während andererseits die Vermittlung zwischen den Teilbereichen ganz oder teilweise den Patienten überlassen bleibt. Das unter hohem Aufwand vergrößerte wissenschaftlich-technische Potential wird damit weit unteroptimal ausgeschöpft, und die Risiken iatrogenen Schäden erhöhen sich.

Gestützt auf internationale Erfahrungen wird verdeutlicht, daß integrierte Interventions- und Versorgungssysteme Prozesse sind, bestehend aus Veränderungen der sozialen Beziehungen, der beruflichen Kompetenzen, der Einkommensrelationen, des Status, der institutionellen Strukturen einschließlich ihrer gewachsenen Organisationskulturen, regionaler Orientierungen und Traditionen usw. Der Erfolg politischer Strategien hängt wesentlich davon ab, ob und wie sie den zum Teil recht verschiedenen Sachlogiken, unterschiedlichen Zeitbedarfe und interessenbedingten Resistenzen dieser Veränderungsdimensionen gerecht werden. Mit Umlenkungen finanzieller Ressourcen, neuen Vertragsmöglichkeiten und monetären Anreizen allein ist es nicht getan.

Auf der Grundlage solcher prozessbetonten und 'systemischen' Orientierungen werden drei Schlüsselthemen der Integration unter die Lupe genommen: Erstens die Funktionen einer Primärversorgung, die eine Säule der Integration darstellt, zweitens die Regionalität des Gesundheitswesens, die in Deutschland nicht zu einem relevanten, eigenständigen Ziel werden können, und drittens die behutsame Neuformulierung der 'Sicherstellungsaufträge' im Zuge der Integrationsanstrengungen.

Die Studie plädiert für eine Haltung, die sich bemüht, aus einem Verständnis der Vielschichtigkeit und Komplexität der Integrationsprozesse heraus Handlungsweisen zu entwickeln, realistische Teilziele zu setzen und mit einer langfristigen gesundheitspolitischen Perspektive zu verbinden. In diesem Sinn werden abschließend Elemente zu Leitbildern der Integration aus der System- und der Patientenperspektive vorgeschlagen.

* Unterstützt von der Hans-Böckler-Stiftung

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT.....	3
VORBEMERKUNG.....	6
INTEGRATION	9
MANGELNDE WISSENSBASIS UND ‘KONTROLLIERTER PLURALISMUS’	10
<i>Komplexität und Interdependenz</i>	12
<i>Politisch-ökonomische Dynamik</i>	16
DIMENSIONEN VON INTEGRATION UND INTEGRATIONSPOLITIK	17
<i>Differenzierung und Integration</i>	17
<i>Kehrseite des Wandels: Umverteilung von Kompetenz, Macht und Geld</i>	17
<i>Innere Integrationsfähigkeit</i>	19
<i>Lernen im Wandel braucht Stetigkeit und Kontinuität</i>	19
<i>Ungleichzeitigkeiten</i>	21
INTEGRATION ALS POLITISCH-ÖKONOMISCHER PROZESS	22
<i>Vergesellschaftung auf einzel- oder gesamtwirtschaftlicher Grundlage</i>	22
<i>Realtendenzen in westlichen Industrieländern</i>	25
PRIMÄRVERSORGUNG – GRUNDLAGE UND KLAMMER DER INTEGRATION.....	30
<i>Was meint ‘Primärversorgung’?</i>	30
<i>Primärversorgungsorientierung</i>	33
<i>‘Case Management’ – im Widerspruch der Interessen</i>	36
<i>Primärärzte: Gatekeeper oder Koordinatoren? – Teamarbeit</i>	39
INTEGRATION UND REGIONALITÄT.....	50
<i>Regionalität und Public Health Orientierung</i>	50
<i>Regionalisierung als eigenständiges Ziel ?</i>	51
<i>Regionalität und Zentralismus</i>	57
<i>Organisierte Verantwortlichkeit</i>	59
<i>Regionales Management integrierter Versorgungssysteme</i>	62
INTEGRATION UND SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG	67
<i>Bisherige Misserfolge bei der „Verzahnung“</i>	67
<i>Sicherstellung durch Vertragsmodelle?</i>	69
<i>Was soll sichergestellt werden?</i>	71
FAZIT: LEITBILDER EINER INTEGRATIONSPERSPEKTIVE	74
<i>Zusammenfassendes zum Verständnis des Integrationsproblems</i>	74
<i>Leitbild aus der Institutionsperspektive</i>	76
<i>Leitbild aus der Patientenperspektive</i>	79
LITERATURVERZEICHNIS	82

Vorbemerkung

Die Fragmentierung der medizinischen Versorgung ist ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik geworden und wird dies noch für eine lange Zeit sein. Entsprechend zahlreich sind die Veröffentlichungen dazu, bei denen überwiegend organisatorische und technische Fragen auf der Ebene der Vertrags- und Finanzbeziehungen im Vordergrund stehen. Diese sind jedoch nur ein Ausschnitt. Integrierte gesundheitsbezogene Interventions- und Versorgungssysteme sind keine statischen Gebilde, die am Reißbrett entworfen und von 'Politik' umgesetzt werden können, sondern es sind Prozesse, bestehend aus Veränderungen der sozialen Beziehungen, der beruflichen Kompetenzen, der Einkommensrelationen und des Status, der institutionellen Strukturen einschließlich ihrer Motivations- und Verhaltensorientierungen, ihrer 'Kultur'. Diese Veränderungen folgen zum Teil recht verschiedenen Sachlogiken und haben unterschiedliche Zeitbedarfe. Bei aller Notwendigkeit von gesetzlichen Reformen, ist es mit Umlenkungen finanzieller Ressourcen, neuen Vertragsmöglichkeiten und monetären Anreizen nicht getan. Sie reichen nicht hin, wenn die menschlichen Ressourcen, also die medizinischen, pflegerischen und administrativen Arbeitskräfte und die Patienten, als Mitproduzenten und 'Arbeitsgegenstand' der Dienstleistungen nicht lernend auf das Integrationsziel hin orientiert und die sachlichen Ressourcen, also Technologie, Wissen und Information nicht in angemessener Weise verfügbar sind.

Ergänzend und teilweise auch im Gegensatz zur bisherigen Diskussion stehen im Zentrum der folgenden Überlegungen zwei Aspekte: Das ist zum einen die 'Produktionssphäre' der Dienstleistungen, ihrer Arbeitsteiligkeiten, Kooperations- und Koordinationsbeziehungen und zum anderen ist es der Prozesscharakter von Integration. Wir haben es mit sozialökonomischen, sozio-psychischen und kulturellen Prozessen zu tun, nicht mit einem erstrebten Zustand, der sich mit 'großen Würfeln' und 'Jahrhundertgesetzen' realisieren ließe.

Trotz sichtbarer Fortschritte im Niveau der heutigen fachwissenschaftlichen Debatten scheint mir, dass die meisten Autoren, die zur Integration Stellung beziehen, unterschätzen, wie lang und wie unsicher der vor uns liegende Weg sein wird, wenn er zu integrierten Versorgungssystemen führen soll, die es ermöglichen, das in der modernen Medizin liegende Potential in einem weit höherem Maße und mit größerer Bedarfsorientierung nutzbar zu machen.

Ende der 90er Jahre brachten Strukturverträge und Modellvorhaben neue Möglichkeiten, die vordem hermetischen Mauern um die Versorgungsinstitutionen durchlässiger zu machen. Zahlreiche Integrationsvorhaben sind seither ins Leben gerufen worden oder in Planung. Die Gesundheitsreform 2000 (§ 140a ff. SGB V) ermöglicht nun „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten.“ Die Zeit ist noch zu kurz, und die empirischen Daten reichen nicht aus, um zu mehr als vorläufigen Einschätzungen dieser ersten Schritte zu kommen. Das wird daher einem späteren Projekt vorbehalten bleiben.

Man hat den Eindruck, dass das Klima des wirtschaftlichen und politischen Wettbewerbs die Akteure dazu verleitet, die Öffentlichkeit eher mit Erfolgshetorik als problemorientiert und datenfundiert zu unterrichten. Mögen Politiker und Marketing-Manager ihr Heil im demonstrativen Gestus des permanenten 'Optimismus' suchen und vielleicht auch finden; Wissenschaft und Administration verfehlen damit ihre Verantwortung. Wie die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, ist es selbstverständlich und spricht keineswegs gegen eine Reform, dass

Integration nicht auf kurzem und geradem Weg erreichbar sein wird. „Most experiments fail, and system-wide innovation is a close cousin to chaos“, beschreibt J.C. Robinson zutreffend die amerikanischen Integrationserfahrungen. Fehler und Sackgassen sind unvermeidlich, und es käme gerade darauf an, diese so früh wie möglich zu erkennen und den Wandel als Lernprozess so zu organisieren, dass Korrekturen eine Selbstverständlichkeit und keinen ‘Imageverlust’ bedeuten.

Der Erfolg der Integration erscheint vielen bereits als ausgemacht. In der Begründung des Gesetzentwurfes zur ‘Gesundheitsreform 2000’ haben Beamte des Gesundheitsministeriums bereits kurzfristig realisierbare Einsparungen aus Integrationsvorhaben sozusagen in die Vorab-Bilanz eines beitragsstabilen Globalbudgets eingestellt (s. Referentenentwurf 1999). Die im folgenden angesprochenen Zusammenhänge – wie auch die konkreten Erfahrungen in den USA und der Schweiz – möchten nahelegen, dass dies nicht der Fall sein kann. Im Gegenteil – es böte Anlass zu äußerstem Misstrauen, wenn schon die ersten Anfänge von Integrationsversuchen mit nachgewiesenen Einsparungen (denen nicht auch entsprechende Mehrausgaben gegenüber stehen) aufwarten würden.

Mit dieser Einschätzung möchte ich keineswegs dem Status quo das Wort zu reden. Dessen Aufrechterhaltung wäre ein illusionäres Ziel angesichts der in den westlichen Industrieländern sichtbar werdenden Veränderungs- und Integrationstendenzen (s. u. ‘Integration als politisch-ökonomischer Prozess’). Ich plädiere vielmehr für eine Haltung, die sich bemüht, aus einem Verständnis der Vielschichtigkeit und Komplexität der Integrationsprozesse heraus Handlungsweisen zu entwickeln, realistische Teilziele (wie das einer ersten Verzahnung) zu setzen und mit einer langfristigen gesundheitspolitischen Perspektive zu verbinden. Wie auch immer man den aktuellen Stand der Dinge einschätzen mag, auf ‘Punkt eins’ der Agenda stehen, von der Sachlogik her gesehen, weder sensationelle ‘Sparpotentiale’ noch Meilensteine der Qualitätsverbesserung, sondern die Organisation gründlicher und umfassender Such- und Lernprozesse, die Gewinnung von Erfahrungen in sich wandelnden Institutionen und Systemen und die Entwicklung einer entsprechenden Informations-Infrastruktur.

Der folgende Text beruht vor allem auf meiner langjährigen Beschäftigung mit dem Wandel der Versorgungssysteme in den westlichen Industrieländern, besonders in den Vereinigten Staaten. Während aus besagten Gründen die genaue Analyse der gegenwärtig beginnenden neuen Phase einem späteren Versuch vorbehalten bleiben muss, geht es hier um grundsätzlichere Fragen, um ein Prozessverständnis von Integration, um die vielschichtigen Dimensionen dieses Prozesses (Kompetenzen, Geld, Macht, Lernprozesse, Risiken, Zeit und Raum), um weichenstellende Probleme wie die Primärversorgungsorientierung und nicht zuletzt um die explizite und implizite Regionalität der Integrationsprozesse.

Die ohnehin – verglichen mit den skandinavischen Ländern – recht dünne Traditionslinie einer Regionalisierungsdiskussion scheint nahezu versiegt zu sein. Weder die SPD, noch die lange Zeit sich mit dem Prädikat ‘basisdemokratisch’ versehenende Partei der Grünen haben sie in die Reformdebatte eingebracht. Meine These ist, dass nicht diese Tradition, sondern der objektiv regionale Charakter der meisten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen die Frage erneut aufwerfen wird. Wenn übergreifende, integrierte Formen sich entwickeln, muss entschieden werden, wie und von wem diese Regionalität gestaltet werden soll. Das wird insbesondere dann der Fall sein, wenn es um ‘Public Health’, die Gesundheit von Populationen

geht. Das bestehende System der 'Selbstverwaltung' mit seinen starken Zentralisierungstendenzen ist nicht die Antwort. Im Gegenteil zwingt der wirtschaftliche Wettbewerb den Handelnden die Rolle auf, als konkurrierende Einzelunternehmen zu agieren, was bereits jetzt sichtbar den 'öffentlichen' (und insofern auch 'hoheitlichen') Charakter der Kassen aushöhlt. Ähnlich ist es auch auf der sog. Anbieterseite: Wenn Integration unter wirtschaftlicher Konkurrenz stattfindet, dann folgt aus ihr die Zusammenballung von Marktmacht, die wiederum einzelwirtschaftlich gezielt im Wettbewerb eingesetzt wird. Je mehr das der Fall ist, desto weniger wird das Versorgungssystem aus sich heraus für nichtökonomische Ziele offen sein, wenn demokratische Institutionen und 'Zivilgesellschaft' sie ihm nicht aufnötigen. All dieses lässt sich am fernen Horizont eher erahnen, als dass es bereits sichtbar wäre. Eine Debatte um die – so oder so immer relevanter werdenden – regionalen Dimensionen der Integration könnte diese Fragen aufnehmen.¹

1 Schließlich ist noch anzumerken, dass aus Platzgründen die explizite Auseinandersetzung mit anderen Diskussionsbeiträgen zu kurz kommt und bereits erarbeitete Überblicke über die Positionen der wichtigen gesundheitspolitische und über die verschiedenen Integrationsanstrengungen in westlichen Industrieländern später und gesondert veröffentlicht werden.

Integration

Der Begriff 'Integration' lässt sich als analytischer Realbegriff und als konzeptioneller, praktisch-normativer Begriff verstehen. Ersterer befasst sich mit den empirisch ablaufenden Prozessen, während letzterer das Ziel beschreibt. Als Annäherung an die Inhalte unter beiden Gesichtspunkten eignet sich die normative Definition des amerikanischen Institute of Medicine:

„**Integration** hat zum Ziel, **umfassende, koordinierte und kontinuierliche** Dienstleistungen bereitzustellen und für einen nahtlosen Versorgungsprozess sorgen. Integration führt Fälle und Informationen über Fälle zusammen, die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und über Zeitverläufe (am besten über die gesamte Lebensspanne) hinweg auftreten.

„**Umfassend**“ bezieht sich auf Dienstleistungen für jedes Gesundheitsproblem in jeder Lebensphase von Patienten.

„**Koordiniert**“ bezieht sich auf die Kombination der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Informationen in einer Weise, die Patientenbedürfnissen gerecht wird. Es bezieht sich außerdem auf den (inneren) Zusammenhang und die rationale Anordnung solcher Leistungen, einschließlich der öffentlichen Ressourcen.

„**Kontinuität**“ ist eine Eigenschaft, die sich auf die Versorgung von Individuen im Zeitverlauf bezieht durch einen Einzelnen oder ein Team von Angehörigen professioneller Heilberufe ('klinische Kontinuität') sowie auf die wirkungsvolle und zeitgerechte Kommunikation von Gesundheitsinformationen (Ereignisse, Risiken, Ratschläge, Präferenzen der Patienten) ('Berichtskontinuität').“ (Donaldson 1996, 32)

Je nach Versorgungssystem können Integrationsprozesse sich in Gestalt von Unternehmenskonzentration oder von politisch vorgegebenen Strukturreformen vollziehen.

Der Erfolg politischer Strategien, die auf die Minderung und Überwindung der fehlenden und mangelhaften Integration ausgerichtet sein sollen, hängt auch davon ab, wie das Problem gesehen wird. Speziell die Fehlintegration von Kassenarztpraxis und Krankenhaus, um die es im Kern geht, wird häufig als 'fehlende **Verzahnung**' thematisiert. Verzahnung ist ein anschaulicher, jedoch weit engerer Begriff als Integration. Dieser meint die Synthese von Einheiten zu einem neuen Ganzen, während jener lediglich die bestehenden Einheiten miteinander in Beziehung setzen, verzahnen will. Verzahnungen sollen jedoch nicht gering geschätzt werden. Sie können förderlich, aber auch hinderlich auf dem Weg der Integration sein. Ihr positiver Beitrag hängt davon ab, ob sie in einer Integrationsperspektive unternommen werden.

Das Thema der **Regionalität** von Versorgungssystemen überlappt sich weitgehend mit dem Integrationsthema. Integrierte Interventions- und Versorgungssysteme sind – bis auf wenige Ausnahmen hochspezialisierter Einrichtungen – immer regional, und sie können auch nichts anderes sein. Eine explizite Regionalitätsdiskussion gibt es zwar in Deutschland schon seit den 50er Jahren, sie war aber stets nur ein Thema am Rande. Bis heute hat die Idee einer bewusst gestalteten Regionalisierung kein machtrelevantes politisches Subjekt gefunden, das sie zu seiner Sache gemacht hätte. Dem steht sowohl das Eigeninteresse zentralistischer Organisationen als auch die das strukturkonservative Interesse an der kassenärztlichen Kleinpraxis und dem insular arbeitenden Akutkrankenhaus entgegen. Sobald jedoch die Integration voran-

schreitet und sich Fragen der geeigneten Größenordnungen, des Zugangs und auch der Verantwortlichkeit integrierter Systeme für Populationen und deren Gesundheitsprobleme konkret stellen, wird Regionalität implizit durch die Praxis auf die Tagesordnung gesetzt werden.

Die Reform 2000 hat den rechtlichen Rahmen für Ansätze zur Integration ausgeweitet. Es ist noch zu früh, die Erfahrungen damit zu ermitteln und auszuwerten. Das können notwendigerweise nur 'erste Schritte' sein. Im folgenden geht es darum, Zusammenhänge, Kriterien und Leitbilder zu entwickeln, mit deren Hilfe besser bewertet werden kann, ob und unter welchen Bedingungen diese Schritte solche sind, die tatsächlich zu einem höheren Integrationsniveau führen. Der Sinn eines solchen höheren Niveaus ist ein Versorgungssystem, das die vorhandenen Potentiale an Wissen, Können und Ausstattung effektiver zu nutzen imstande ist. Die zeitlich eher mittel- und längerfristige Perspektive eines antizipierbaren künftigen Handlungskorridors für die Gestaltung des Gesundheitssystems ist erforderlich, um kurzfristigem und pragmatischem Handeln Inhalt und Richtung zu geben. Darum ist auch kaum von 'Verzahnung' und mehr von 'Integration' die Rede.

Mangelnde Wissensbasis und 'kontrollierter Pluralismus'

Über die Gesundheitssysteme der meisten westlichen Industrieländer sind im letzten Jahrzehnt zahlreiche Reformen hinweggegangen. 'Jahrhundertgesetze' und große Würfe weckten hochgesteckte Erwartungen, die jeweils bereits nach kurzer Zeit enttäuscht wurden. Dazu tragen eine Reihe von Faktoren bei, unter denen Partialinteressen im und am Gesundheitswesen nicht die geringsten sind. Ein anderer, oft unterschätzter Faktor besteht im Mangel an zuverlässigen empirischen Informationen in einem Ausmaß, das zumindest für Außenstehende verblüffend sein muss. Es wäre interessant der Frage nachzugehen, ob nicht gerade das besondere Maß an fehlenden und irreführenden Bewertungsmöglichkeiten und öffentlicher Intransparenz dazu beiträgt, dass dieser Sektor häufig mehr Spielball von Sonderinteressen als Gegenstand demokratisch legitimerter und rationaler Gestaltung ist.

Das kann nicht ohne Auswirkungen bleiben. Wenn die dominierenden Sichtweisen in hohem Maße mit den komplexen Realitäten und Eigengesetzlichkeiten der gesundheitlichen Versorgung nicht übereinstimmen, so rächt sich dies zwar, aber von den Folgen kann nicht gesagt werden, dass sie korrigierende Rückkopplungsprozesse auslösen. Produkte anderer Sektoren gesellschaftlicher Arbeit sind Maschinen, Bauten oder Transporte; Vernachlässigungen der Eigengesetzlichkeiten bei der Herstellung führen hier unmittelbar und meist sogar sichtbar zu Ausschussproduktionen, Unglücken oder gar Katastrophen. Für Rückkopplung ist gesorgt. Der Gegenstand des Gesundheitswesens ist hingegen die (relative) Gesundheit von Individuen; deren Krankheiten – einschließlich der damit verbundenen Ängste, Schmerzen, Behinderungen und Verletzungen der Würde – sind 'weiche' Größen, die individuell getragen und erlitten werden. Im Marktmodell sind Preise und Qualitäten die Signale, auf die zu reagieren Sache der individuellen Kunden ist, dessen Verhalten die Rückkopplungsfunktion übernimmt. Zu bedenken ist jedoch u. a., dass Korrekturprozesse über Marktmechanismen im Nachhinein stattfinden (im Modell wenden sich unzufriedene Kunden von den Anbietern oder Versicherungen ab, die darauf mit besserer Qualität bzw. niedrigeren Preisen reagieren oder ausscheiden). Vermeidbare Schädigungen und Todesfälle müssen nicht nur erst geschehen, sondern auch als solche wahrgenommen, veröffentlicht und von potentiellen Nutzern aufgenommen

werden, denen wiederum bessere Optionen zur Verfügung stehen müssen. Auch dann sind Anpassungsprozesse im Medizinmarkt unklar, langsam und kostspielig. Eingetretene Schäden sind fast immer ganz oder teilweise irreversibel.

Daher muss hier Rückkopplung zu einem wesentlichen Teil über spezielle Vermittlungen hergestellt werden. Alle denkbaren Korrektive gegen Fehlentwicklungen müssen blind bleiben, solange Informationen und Kriterien zu deren Bewertung nach Maßstäben der Gesundheit und der Lebensqualität fehlen. Was die qualitative Seite der Produktion medizinischer und pflegerischer Dienste anbelangt, haben wir es daher – trotz vereinzelter Ansätze zu Qualitätsindikatoren – immer noch mit einem System ohne Rückkopplung zu tun.² Das belastet auch den Integrationsprozess, da die vermeidbaren Kosten in Gestalt individuellen Leides im Dunkeln bleiben.

Man kann es als eines der gravierenden Modernisierungsdefizite (nicht nur) des deutschen Gesundheitswesens ansehen, dass es nur wenige und auch nicht immer zutreffende Informationen über sich selbst hervorbringt. Seine Wirksamkeit kann weder auf den klinischen ‘Outcome’, den funktionalen Gesundheitsstatus, die Patientenzufriedenheit noch auf die Gesundheit der Bevölkerung einer Region auf empirischer Grundlage gemessen bzw. eingeschätzt werden. Selbst die Entwicklung von Messinstrumenten ist auf diesem Gebiet noch wenig fortgeschritten. Ein integriertes Gesundheitswesen wird nicht als Resultat einer weiteren ‘Jahrhundertreform’ entstehen, sondern als langsamer Prozess, der – da keine hinreichenden Erfahrungen vorliegen – permanente Korrekturfähigkeit voraussetzt. Denn es ist beim Status quo unmöglich, Fehlentwicklungen stets präventiv auszuschließen. Letztlich setzt die routinemäßige Herstellung entsprechender Informationen bereits Integration voraus. Daher ist die gegenwärtige frühe Phase darauf angewiesen, dass mittels Forschungsprojekten die informationelle Basis geschaffen wird. Allein für die medizinische Behandlung wurden 1996 310,4 Mrd. DM ausgegeben. Daran gemessen ist der tatsächliche Aufwand zur Ermittlung von Informationen über die individuellen und sozialen gesundheitlichen Wirkungen verschwindend gering und völlig unzureichend.

Überlegungen zur institutionellen und klinischen Integration müssen realistischerweise Folgendes zum Ausgangspunkt ihrer Argumentationen machen: In der seriösen deutsch- und englischsprachigen Literatur weist nichts darauf hin, dass ein ganz bestimmtes Organisationsmodell für die Integration der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung allen anderen überlegen wäre. Das kann zwar bei einzelnen Aspekten der Fall sein, nicht aber bei Gesamtbewertungen. Sieht man einmal von eindeutigen extremen Fällen ab, so können viele Wege zu mehr Integration führen, wenn zugleich durch Gesundheitspolitik dafür gesorgt wird, dass in die sich verändernden Systeme Lern- und Korrekturfähigkeiten eingebaut werden. Das heißt zunächst einmal, dass sie genügend Informationen über sich selbst hervorbringen müssen, mit denen Wirkungen und deren soziale Verteilung, Wirtschaftlichkeit, Schwachpunkte etc. beobachtet und Fehlentwicklungen im Hinblick auf die zentralen gesundheitspolitischen Ziele korrigiert werden können.

2 Genau gesagt: ... mit einseitiger und verzerrter Rückkopplung, die vor allem von der Entwicklung des Beitragssatzes der GKV ausgeht, nicht jedoch von objektiven und subjektiven Qualitäts- und Wirkungsindikatoren.

Es wird damit nicht der Beliebigkeit und dem Opportunismus das Wort geredet. Eine qualifizierte Vielfalt von Entwicklungsformen ist angesichts der Komplexität des Feldes eher als Reichtum denn als Verschwendung anzusehen. Eine praktische gesundheitspolitische Schlussfolgerung daraus ist die: Soweit definierte Kriterien der Leistungsfähigkeit erfüllt sind, sollte es generell keinem gesundheitspolitischen Akteur erlaubt sein, mit Vetoposition die Vielfalt des Möglichen auf ein Einheitsmodell ärztlicher Versorgung zu reduzieren. Vereinheitlichungen aufgrund von wissenschaftlich geleiteten Erfahrungen können erst in einer späteren Phase erfolgen, nachdem über längere Zeiträume und angesichts des gesamten Spektrums von Versorgungsproblemen mit Indikatoren der Gesundheitswirkungen, Wirtschaftlichkeit und Zufriedenheit vergleichend evaluiert werden kann.

Unter dem Vorbehalt eingebauter Korrekturfähigkeit und der Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen sowie der jeweils historisch gewachsenen Strukturen sollte eine Politik des 'kontrollierten Pluralismus' gewählt und das Monopol einer bestimmten Versorgungsform ausgeschlossen werden.

Warum Integration im Gesundheitswesen?

In den meisten Bereichen der Wirtschaft und Verwaltung geht derzeit die Tendenz dahin, Funktionen aus Unternehmen und Betrieben auszugliedern, um sie von darauf spezialisierten Anbietern zu kaufen oder sie beispielsweise in der Form von Netzwerkorganisationen zu dezentralisieren. Blickt man jedoch auf die medizinischen Versorgungssysteme der westlichen Industrieländer, so lassen sich Tendenzen in die genau entgegengesetzte Richtung beobachten, und zwar unter allen möglichen Systembedingungen, im englischen National Health Service ebenso wie im marktwirtschaftlich dominierten amerikanischen Versorgungssystem. Fragen wir also nach gemeinsamen immanenten Merkmalen, von denen Problemdruck ausgeht. Das sind zum einen bestimmte Eigenheiten menschlicher Gesundheit (Komplexität) und des Gesundheitswesens (Interdependenz) sowie andererseits Faktoren der politisch-ökonomischen Dynamik.

Über die Folgen der mangelhaften und teilweise gänzlich fehlenden Integration im deutschen Gesundheitswesen können Aussagen nur nach Maßgabe der Plausibilität gemacht werden, da es – was angesichts der gesundheitspolitischen Rhetorik zur 'Verzahnung' überraschen muss – kaum empirische Belege und keine systematischen Studien dazu gibt.

Komplexität und Interdependenz

Integration, Kooperation und Koordination sind lediglich die Kehrseite der fortschreitenden und im wesentlichen auch unvermeidlichen Arbeitsteiligkeit und **Spezialisierung**. Der menschliche Körper ist ein fast unüberschaubarer **komplexer** Organismus. Wenn seine Organisation 'zusammenbricht', sei es aufgrund eines grippalen Infekts, einer rheumatischen Erkrankung oder eines bösartigen Blasen tumors, resultieren daraus zahlreiche Bedarfe an diagnostischen, therapeutischen, betreuenden, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen, die nur mit Verlusten an Effektivität und Effizienz voneinander isoliert werden können. Aus der Grippe kann sich eine Lungenentzündung entwickeln, die stationär behandelt werden muss, das Rheuma kann zur vorzeitigen Erwerbsunfähigkeit zwingen und der Tumor zum frühzeitigen Tod führen. In den meisten Fällen ist eine Vielzahl verschiedener Helfer in einer Reihe

von unterschiedlichen Einrichtungen erforderlich, die aufgrund der unvermeidlichen Spezialisierungen permanent wächst. Daher ist es allen modernen Versorgungssystemen immanent, dass sie eine starke Tendenz zur Fragmentierung aufweisen, der nur mit Bemühungen zur Koordination, Kooperation und Integration entgegengewirkt werden kann.

Der Anteil der Patienten, die mehr als eine Versorgungsinstitution in Anspruch nehmen müssen, steigt. Das folgt aus der Bedeutung chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität und ist auch ein Resultat gesteigerter Behandlungsmöglichkeiten. Daher werfen Fragmentierung und Desintegration erhebliche Probleme für die **Kontinuität von Versorgungsverläufen** und damit auch die **Rationalität arbeitsteiliger Vorgehensweisen** auf. Die in den Versorgungsinstitutionen nicht eingelösten Integrationserfordernisse werden auf die Schultern der einzelnen Patienten (Kranken) gelegt. Sie müssen sich den Weg durch die vielfältigen Angebote z.T. selbst suchen, es ist an ihnen, die jeweiligen Informationen über Befunde und Diagnosen weiterzuleiten und damit umzugehen, dass an einer Stelle abgesetzt wird, was an anderer zuvor als Behandlungsstrategie eingeleitet worden war, usw. Sie sind hiermit meist überfordert, und an welcher Stelle sie letztlich 'hängenbleiben', hängt von vielen Faktoren ab, unter denen die medizinische Rationalität oft nicht die gewichtigste ist. Da die Fähigkeiten und Ressourcen zur Patienten-Selbsthilfe sozial ungleich verteilt sind, gehen damit auch verdeckte sozial ungleiche Versorgungschancen einher.

Es bedarf keiner großen Phantasie sich vorzustellen, wie absurd es sein kann, wenn einerseits die Kenntnisse, Fähigkeiten und Techniken der Medizin immer ausgefeilter werden, während andererseits die Vermittlung zwischen den Teilbereichen den Patienten ganz oder teilweise überlassen bleibt. Das unter hohem Aufwand vergrößerte wissenschaftlich-technische Potential wird damit nicht nur weit unteroptimal ausgeschöpft, es kann sogar im Gegenteil die Risiken iatrogenen Schädens erhöhen.

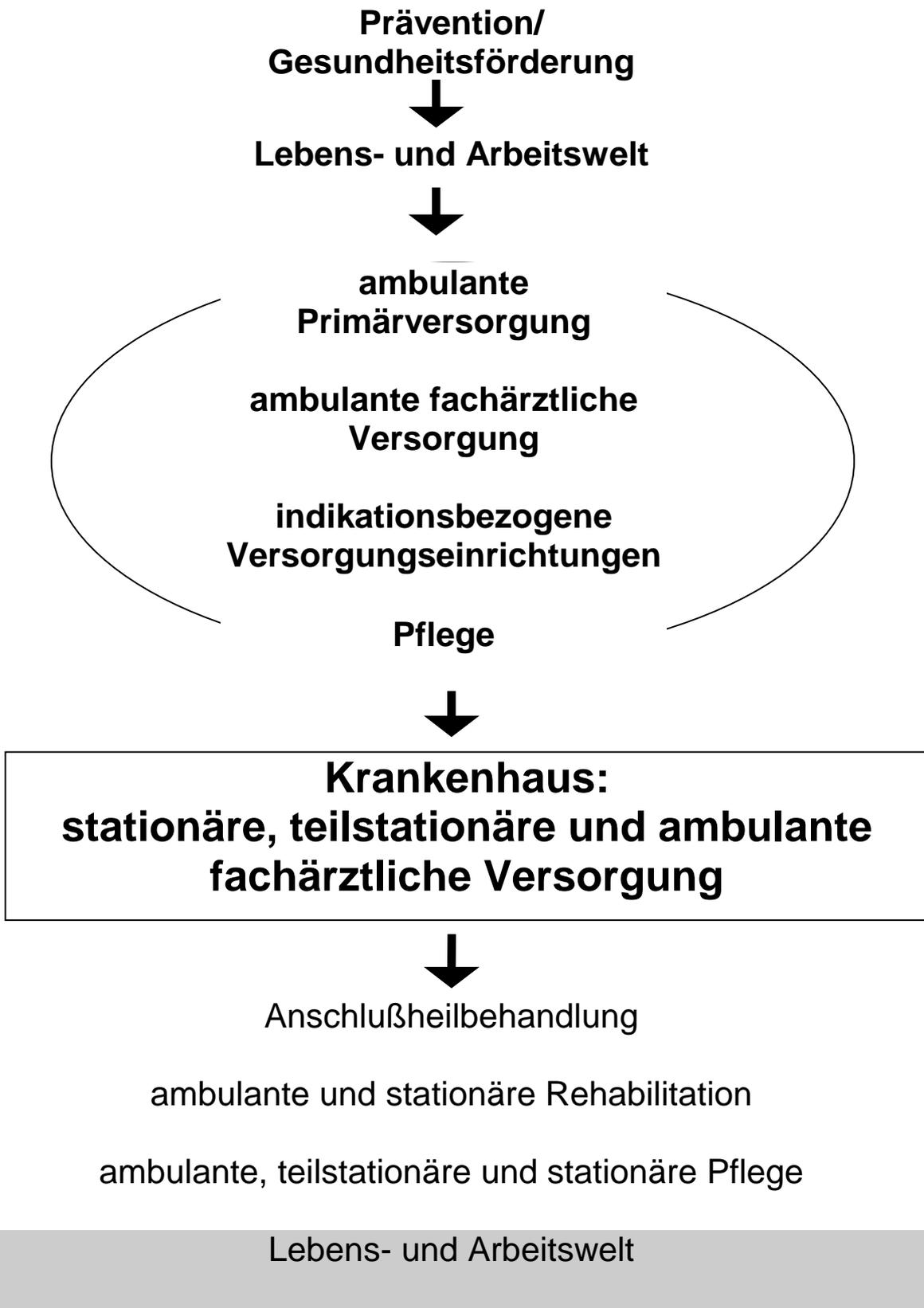
Auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal werden durch die Tätigkeit in einem fragmentierten System verkürzt und verformt. Zum Beispiel fehlt hochqualifizierten Krankenhausärzten häufig Wissen und – vor allem – Erfahrung über die Rekonvaleszenz- und Rehabilitationsphasen nach bestimmten Eingriffen und Therapien im Rahmen der alltäglichen Sozialbezüge der Patienten, während bei den niedergelassenen Ärzten Wissen und Erfahrung der Krankenhausmedizin 'verlernt' wird oder veraltet.

Aus diesen Diskontinuitäten der Behandlung und Verantwortlichkeit, der – gemessen an den Möglichkeiten – enormen Rückständigkeit der Informationssammlung, -verarbeitung, -distribution und der schlechten Abstimmung erwächst ein Handlungsbedarf in Richtung Integration, der jedoch im Rahmen der traditionellen Strukturen, insbesondere der ärztlichen Solopraxis und dem isolierten, insular operierenden Krankenhaus, nicht realisiert werden kann. Die negativen Folgen dieses Widerspruchs lassen es immer weniger zu, diese Erfordernisse zu ignorieren. Da sie aber nur partiell öffentlich sichtbar werden, weisen auch die Lösungsversuche Einseitigkeiten und Verzerrungen auf. Allenfalls wird der monetäre Teil der aus diesem Widerspruch resultierenden Kosten öffentlich sichtbar, während die nichtmonetären Kosten in Gestalt von vermeidbarem Leid weitgehend unsichtbar bleiben.

Das Integrationsproblem wird nicht selten als eine Art Luxus verstanden. Es wird eine gewisse Notwendigkeit nicht bestritten, aber auf die enormen politischen Kosten (Konflikte) bei der

Durchsetzung verwiesen. Was aufgrund der mangelnden Transparenz der Leistungseffekte nicht bedacht wird, ist die Bedeutung der Desintegration selbst für die Basisversorgung. Das bescheidenste Anspruchsniveau von Versorgungsqualität besteht in der Forderung, dem Patienten keinen Schaden zuzufügen. Selbst auf dieser untersten Ebene förderte eine Studie des amerikanischen Institute of Medicine dramatische Befunde zutage. Sie schätzten, dass allein in Krankenhäusern pro Jahr mit 98.000 Sterbefällen zu rechnen ist, die auf das Konto medizinischer Irrtümer gehen, d. h. die bei Nichtinanspruchnahme nicht aufgetreten wären. Das entspräche zwischen 25.000 und 30.000 vermeidbaren Todesfällen in Deutschland und liegt damit etwa im Größenbereich der Sterbefälle durch Unfälle aller Arten. Allein durch Medikamenten-Irrtümer sterben jährlich mehr Menschen als durch Arbeitsunfälle. Die vielbeachtete Studie kommt zu dem Ergebnis, dass es falsch wäre anzunehmen, schlechtes Personal sei die Hauptursache, vielmehr arbeite gutes Personal in schlechten, desintegrierten Systemen, und letztere müssten verbessert werden. Speziell auf dem Gebiet der Medikamentierungsfehler spielt das Informationsproblem in desintegrierten Institutionen die Hauptrolle (Kohn/Corrigan/ Donaldson 1999). Vergleicht man unter diesem Aspekt die Strukturen in den USA und Deutschland, so gibt es – vorsichtig ausgedrückt – keinen Grund für die Annahme, eine entsprechende Untersuchung hierzulande würde eine weniger dramatische Mortalität aufdecken.

Die Abbildung 1 illustriert die reziproken Interdependenzen am Beispiel der Krankenhausversorgung. Das Krankenhaus ist im gesamten Kontinuum der Versorgung spät angesiedelt. Wie viele Patienten mit welchen Erkrankungen welchen Schweregrades zu versorgen sind, entscheidet sich weitgehend außerhalb seiner Mauern in den vor- und nachgelagerten Teilsektoren, angefangen von den Bedingungen der Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung sowie der Fähigkeit ambulanter medizinischer und pflegerischer Einrichtungen bis hin zu den Stationen nach dem Krankenhausaufenthalt, die existieren und funktionieren müssen, damit die Patienten, die in ihrer Mehrheit ja nicht „geheilt“ sind, mit eingeschränkter Gesundheit die Institution verlassen können. Diese reziproken Abhängigkeiten erfordern komplexere und ‘flüssigere’ Koordinations- und Integrationsmechanismen. Zugleich macht die Betrachtung der Interdependenzen auch deutlich, warum eine primär im Krankenhaus ansetzende Kostendämpfungs politik Krankenhausleistungen nicht überflüssig machen kann.

Abbildung 1: Krankenhaus im Versorgungskontinuum

Politisch-ökonomische Dynamik

Die reine Forderung zur Veränderung der Realität, hat in sich keine Kraft. „Die Forderung“ – so hat es einmal der Theologe Paul Tillich ausgedrückt – „kann das Leben nicht bewegen, wenn das Leben sich nicht selbst in die Richtung des Geforderten bewegt.“ Entsprechend fragt die politische Ökonomie, von welchen der Widersprüche eines desintegrierten Systems eine reale Dynamik in Richtung auf Korrektur ausgehen könnte.

Von den Qualitätsmängeln kann eine korrigierende Rückkopplung aus schon genannten Gründen noch nicht angenommen werden. Sie sind zu wenig sichtbar, Kranke und ihre Familien tragen ihr Leiden individuell und es ist ihnen sogar häufig unmöglich, Ursachen zu differenzieren. In der politischen Arena sind Patienteninteressen kaum organisiert, das politische System kann sich des größten Teils der nicht unerheblichen Konsequenzen aus diesen Mängeln immer noch durch Ignorierung oder symbolische Politik und Rhetorik entledigen.

Auf der Kostenseite scheint es anders zu sein. Aber selbst wenn man annimmt, Kostenprobleme würden nicht negativ, also durch deren Transformation in Qualitätsverschlechterung, Zugangsbeschränkung, Selbstbeteiligung oder über ‘Verschiebebahnhöfe’ gelöst, dann hätten wir es mit einem einseitigen und selektiven Rückkopplungsmechanismus zu tun. Von finanziellen Indikatoren können nämlich prinzipiell nur quantitative Signale ausgehen; diese sind blind gegenüber qualitativen Ursachen und Zielen. Das heißt, der Überschreitung einer politisch gesetzten Höchstgrenze (z. B. eines Budgets, Beitragssatzes o. ä.) muss eine zutreffende Ursachenanalyse folgen, aus der dann Veränderungsstrategien abgeleitet werden können. Beispielsweise müssen die Ursachen für die überproportionale Kostensteigerung eines Teilssektors nicht auch dort zu suchen sein, denn sie können auch über Interdependenzketten dorthin verlagert worden sein.

Das kann an einem Beispiel zur Integration deutlich werden. Bereits Jahre bevor die staatliche Gesundheitspolitik sich überwiegend auf Kostendämpfungspolitik reduzierte, hatte Anfang der 70er Jahre der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) Vorschläge zu ‘medizinisch-technischen Zentren’ vorgelegt. Solche Integrationsinstitutionen hätten frühzeitig verhindern können, dass die im Zuge der medizinisch-technischen bzw. -pharmakologischen Fortschritte möglich und wohl überwiegend auch notwendig gewordene technische Ausrüstung im westlichen Teil Deutschlands zweimal, nämlich in den Krankenhäusern und in den Arztpraxen, aufgebaut und vorgehalten wurde. Die damaligen gesundheitspolitischen Machtkonstellationen standen dem jedoch entgegen. Dabei sind weniger die immer wieder angeführten ‘Doppeluntersuchungen’, sondern die Verdopplung der Kapazitäten im gesamtwirtschaftlichen Maßstab und damit der inhärente Zwang zu ihrer Auslastung und Legitimation das Hauptproblem. Die Folgen bestehen – neben der Finanzierung dieser Investitionen und Abschreibungen über Honorare und Pflegesätze – in einer Reihe von Qualitätsnachteilen und Versorgungsrisiken, wie z. B. der Tendenz zur nicht angemessenen Ausweitung diagnostischer Tests (mit den Risiken der physischen und psychischen Belastung und der ‘falsch positiven’ Befunde) und technikintensiven Behandlungen.

Diese und weitere Mängel haben zur Folge, dass das Potential gesundheitlichen Nutzens von Medizin und Pflege (gewonnene Lebensjahre, verbesserte Lebensqualität) bei weitem nicht

ausgeschöpft werden kann. Es muss sogar angenommen werden, dass ein erheblicher Teil der iatrogenen Schäden Folge mangelnder Integration sind (Kohn et al. 1999). Sowohl die kurzfristig realisierbaren Kompensationen ('Verzahnung', Vernetzung, Case Management usw.) als auch die mittel- und langfristigen Wege zur Integration bedürfen der bewussten gesundheitspolitischen Interventionen, denn das deutsche Gesundheitssystem enthält weder im Status quo noch in absehbarer Zukunft einen Automatismus, der als Antwort auf die negativen Folgen der Fragmentierung Prozesse zur Integration hervorbringen würde, die geeignet wären, Abhilfe zu schaffen.

Dimensionen von Integration und Integrationspolitik

Differenzierung und Integration

Das Gesundheitswesen ist nicht statisch. Seine Entwicklung ist – unter anderem – ein Zusammenspiel von Differenzierung und Integration. Die Ganzheit der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen³ wird durch immer weitere Differenzierung in Gestalt von Spezialisierungen und neue Arbeitsteilungen zergliedert. Auch wenn das nicht in jedem Fall gerechtfertigt ist, muss es generell als unvermeidliche Konsequenz medizinischen Fortschritts angesehen werden. Die angemessene Antwort darauf ist kein Zurückschrauben, sondern ein gesundheitspolitisch zu organisierender permanenter Prozess der Integration, der diese Zerstörungen des Zusammenhangs auf neuen Stufenleitern der Entwicklung immer wieder aufhebt. Mit anderen Worten: die **wissenschaftlich-technischen Innovationen** verlieren gesundheitspolitischen Sinn, wenn **organisatorisch-soziale Innovationen** ausbleiben, sei es dass Behandlungsfortschritte nur langsam, fachlich unzureichend und partiell implementiert werden, sei es, dass Behandlungselemente inkonsistent sind oder sei es, dass das heute notwendige Maß an Dokumentation, Information und Wissen an unzureichenden institutionellen Voraussetzungen scheitert. Im deutschen System der medizinischen Versorgung wächst das Ungleichgewicht zu Lasten der organisatorisch-sozialen Innovationen mit der Folge, dass die Differenz zwischen der Effektivität (gesundheitliche Wirksamkeit unter realen Alltagsbedingungen) der wissenschaftlich-technischen Innovationen und ihrer 'Efficacy' (Wirksamkeit unter Idealbedingungen) immer weiter zunimmt, d. h. der Ausschöpfungsgrad der im wissenschaftlichen Fortschritt enthaltenen Potentiale für die Versorgung der Bevölkerung wird geringer.

Kehrseite des Wandels: Umverteilung von Kompetenz, Macht und Geld

Die Vorstellung, ein gesellschaftlicher Wandel müsse so organisiert sein, dass es nur Gewinner geben kann, ist verlockend und wird rhetorisch häufig bemüht. Nehmen wir nur den wirtschaftlichen Verteilungseffekt, dann sind Veränderungen, bei denen sich keiner schlechter stellt, bei insgesamt hohem Wachstum tatsächlich realisierbar, soweit die Verteilungsänderung nur das jeweils Hinzugewachsene betrifft. Solche Bedingungen sind jedoch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Die unvermeidlichen, aber durchaus minimierbaren Kosten des Wandels berechnen sich nicht nur in Geld, sondern umfassen auch Konflikte sowohl der gesellschaftlich-politischen als auch der binneninstitutionellen Art. Deren häufigste Quellen sind

3 „Medizinische Dienstleistung“ im umfassenden Sinne, einschließlich der Funktionen Diagnose, Behandlung, Betreuung, Rehabilitation und einschließlich der Dienste nichtärztlicher Heilberufe und der Pflege Kranker.

die mit jedem tiefgreifenden Wandel einhergehenden Umverteilungen von **Kompetenzen**, **Geld** und **Macht**:

Veränderte Arbeitsteiligkeiten bzw. Beziehungen zwischen Sektoren, Berufsgruppen, Hierarchieebenen gehen einher mit der Umverteilung von **Kompetenzen**. Das betrifft im Mikrokosmos der Institutionen Kompetenzveränderungen in den Beziehungen zwischen:

- Berufsgruppen,
- Hierarchieebenen und
- patientennahen und administrativen Sektoren.

Kompetenzen verändern sich auch zwischen den Sektoren, durch Verschiebungen zwischen:

- primärärztlicher und spezialärztlicher ambulanter Versorgung,
- ambulanter und stationärer Versorgung,
- stationärer Akutversorgung und Rehabilitation usw.

Nicht zuletzt verändern sich in den westlichen Industrieländern auch die Kompetenzen in den Beziehungen zwischen:

- Leistungserbringern und Zahlern (Staat, Sozial- und Privatversicherungen).

Beispiele hierfür sind Bemühungen um die Substitution von stationär durchgeführten ärztlichen Leistungen durch ambulante oder die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante ärztliche Leistungen. Neue Techniken und Erkenntnisse verändern permanent die Bedingungen.

Die Umverteilung von **Geld** ist lediglich eine andere Seite der Kompetenzumverteilung. Entweder folgt sie aus der veränderten Arbeitsteiligkeit nach dem Prinzip, dass Geld der Leistung folgen soll, oder die Finanzierungsseite wird als Hebel und Anreiz zur Herbeiführung der Kompetenzumverteilung eingesetzt ('goldene Zügel').

Es versteht sich, dass starke und auch politisch organisierte Beharrungskräfte zu überwinden sind, wenn eine gegebene Verteilung von Kompetenzen und Einkommenschancen verändert werden soll bzw. beabsichtigte Strukturveränderungen solche Veränderungen erwarten lassen. Die **Machtverteilung** korrespondiert mit der Kompetenz- und Einkommensverteilung der Strukturen, in denen sie gewachsen ist. Erfolgreiche Strukturreformpolitik im Kontext organisierter Interessen erzeugt nicht nur durch neue Strukturen und Beziehungen neue Machtkonstellationen, sondern hat auch *ex ante* eine Umverteilung von Macht zur Voraussetzung. Hinter der Selbstetikettierung 'Realpolitik' verbergen sich oft Strategien, deren Anhänger in illusionärer Weise glauben, sich über diese Dialektik von Struktur und Macht hinwegsetzen zu können, indem sie sich den jeweiligen Machtkonstellationen anpassen, anstatt den Versuch zu unternehmen, sie zu verändern. Das führt in der Regel zwar zu Einsparungen von Konfliktkosten, aber nicht zu neuen, integrierteren Strukturen. Und falls tatsächlich inkrementale Strukturveränderungen erreicht werden, gestatten es die unveränderten Machtkonstellationen, sie zu unterlaufen oder zu instrumentalisieren. Es bleibt den Parteien, den organisierten Veränderungsinteressen und dem Parlament nichts anderes, als durch öffentliche demokratische Diskurse und Kampagnen den sektoralen Beharrungskräften Legitimation (und damit Macht) zu entziehen.

Innere Integrationsfähigkeit

Integration berührt mehr als nur die 'Schnittstellen' zwischen den Institutionen medizinischer Versorgung; 'Schnittstellenmanagement' ist notwendig, aber nicht hinreichend. Eine entscheidende Frage ist die nach der inneren **Integrationsfähigkeit** der Institution. Sind Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Arztpraxen von ihrer Aufbau- und Ablauforganisation, ihren personellen und technischen Ressourcen, Qualifikationen etc. her gesehen tatsächlich fähig, sich in ein neues Ganzes, d. h. in integrierte Systeme einzubringen? Die Meinung der wissenschaftlichen Experten in den westlichen Industrieländern geht derzeit dahin, weder die gängige ärztliche Solopraxis noch das insulare Krankenhaus mit seiner 'vormodernen' Binnenstruktur als angemessene Voraussetzungen zu einer Integrationsperspektive zu betrachten. Selbst Konzepte von 'virtueller Integration', die die Möglichkeiten der heutigen Informationsverarbeitung und -verteilung bei entsprechender Vernetzung an die Stelle institutioneller Integration treten lassen sollen (und dadurch unter den Begriff Verzahnung fallen), scheinen eher als Übergangsmodelle zu dienen. Einerseits bergen sie die Gefahr in sich, dass vernetzte Praxen nur scheinbar in einer Integrationsperspektive stehen, während es sich tatsächlich um eine strukturkonservierende Bemühung handelt. Andererseits besitzen auch solche Lösungen eine technische, wirtschaftliche und soziale Eigendynamik, die über sich selbst hinausweist. In den 80er Jahren haben große Dienstleistungsorganisationen schon erhebliche interne Rationalisierungsreserven mobilisieren können, indem sie begannen, sich reorganisierend auf Online-Arbeit und Vernetzung vorzubereiten, also bevor diese überhaupt realisiert wurde. In jedem Fall ermöglichen auch Modelle virtueller Integration die Aneignung von Wissen und Erfahrungen, die als Grundlage weitergehender Integration dienen können. Auf keinen Fall sollte die noch erforderliche wissenschaftliche Auseinandersetzung um auf solche Modelle 'imperialistisch' und polarisierend geführt werden. Gemessen an der realen Rückständigkeit und an der großen Unsicherheit, mit der man hier die Zukunft antizipieren kann, ist auch hier 'kontrollierter Pluralismus' empfehlenswert.

Lernen im Wandel braucht Stetigkeit und Kontinuität

Bereits die Verzahnung, aber mehr noch die Integrationsperspektive erfordert eine Vielzahl notwendiger inhaltlicher Veränderungen der Dienstleistungsarbeit. Medizinische Arbeit verändert sich in integrierten Systemen substantiell. Entsprechend besteht eine wesentliche Seite der Integration aus **Lernprozessen**. Integrationspolitik heißt daher auch Organisation von Lernprozessen und Schaffung günstiger Voraussetzungen und Anreize zum Lernen. Mit dem Erwerb kognitiven Wissens in Bildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen ist es hier aber nicht getan. Weit wichtiger ist das Lernen im Vollzug der arbeitsteiligen Dienstleistungsarbeit selbst und zwar innerhalb der sich wandelnden Strukturen. In der Alltagsarbeit werden Erfahrungen gesammelt, Fehler korrigiert, Wagnisse eingegangen, Konflikte ausgetragen, Ziele modifiziert und vieles mehr.

Als Beispiel für die Vielgestaltigkeit notwendiger Lernprozesse kann die Forderung dienen, derzufolge die 'Hausärzte' künftig eine 'Lotsenfunktion' übernehmen sollten. Das ist der Fall, wenn eine primärarztgesteuerte Integration angestrebt wird. Als obligatorische erste Anlaufstelle sollen sie die Patienten beratend und koordinierend durch das System begleiten. Unbestritten ist, dass hierzu Lerndefizite bezüglich der allgemeinärztlichen Qualifikation durch verbesserte **Weiter- und Fortbildung** kompensiert werden müssen. Das ist jedoch nur ein Teil des Problems. Wie weiter

unten noch gezeigt wird, geht die Integration mit einem Prozess der **‘Verbetrieblichung’** der medizinischen Arbeit einher. Auf längere Sicht müssen daher die Ärzte lernen:

- in Teams zu arbeiten und mit Teams zu kooperieren,
- systemisch und ergebnisorientiert zu denken,
- nach Standards (z. B. Guidelines) zu arbeiten und
- ihre Autonomie mit anderen zu teilen, z. B. mit hochqualifizierten Pflegekräften, Angehörigen anderer Heilberufe.

Es versteht sich, dass diese Lernaspekte nicht allein durch Bildungsveranstaltungen, sondern primär durch **Erfahrungen in sich wandelnden Organisationen** abgedeckt werden können.

Eine dritte Form des Lernens ergibt sich der Notwendigkeit, für integrierte Systeme eine institutionelle Infrastruktur der Informationsbeschaffung, -sammlung und -verteilung aufzubauen. Die hierzu erforderlichen Prozesse lassen sich auf den Begriff des **Organisationslernens** bringen.

Die in diesem Wandlungsprozess vermuteten wirtschaftlichen und gesundheitlichen Potentiale können meist nur allmählich erschlossen werden. Kosten von Umwegen, Konflikten und Fehlern sind unvermeidlich und daher einzuplanen. Insofern zeugen Erwartungen großer Einsparungen von mangelnder Reflektion und fehlenden Kenntnissen. Tiefgreifender Wandel in hochkomplexen Institutionen, deren ‘Produkte’ personenbezogene Dienstleistungen sind, in denen Kranke ‘Arbeitsgegenstand’ und ‘Mitproduzent’ sind, lässt sich erfolgreich nur organisieren, wenn die Motivation der Beteiligten hoch ist. Erzwingen lässt sich vieles, jedoch sicher keine humane und effektive Krankenversorgung, auf die Vertrauen gesetzt werden kann. Staatliche Politik muss nicht nur die rechtlichen Voraussetzungen und wirtschaftlichen Anreize schaffen, sondern auch für günstige ‘Umweltbedingungen’ des Wandels sorgen, insbesondere durch eine für die Betroffenen kalkulierbare **Kontinuität**.

Es bedarf keiner großen Phantasie sich vorzustellen, dass die zu einer wirklichen Integrationsperspektive erforderlichen Veränderungen auch ohne zusätzlichen, politisch produzierten ‘Stress’ zu äußerst **spannungs- und risikoreichen Konstellationen** führen werden. Ungewissheit des Ausgangs, nichtrentable Investitionen, aufwendige Korrekturen gesamtwirtschaftliche und betrieblicher Art müssen möglich sein, ohne die Patientenversorgung zu gefährden. Konzentrierte und dem hilfeschenden Kranken zugewandte ärztliche und pflegerische Arbeit muss geleistet werden können, ohne dass den Leistungserbringern dadurch Schaden entsteht. Lernprozesse und eine erfolgreiche Umstellung in hochkomplexen Institutionen sind undenkbar ohne motivierte und konzentrierte Menschen.⁴

Daher müssen die Besonderheiten und Stadien des Wandlungsprozesses vorbedacht werden, und es muss vermieden werden, dass andere wesentliche Bedingungen, wie die Finanzierungsmethoden, zeitgleich unter starken Veränderungsdruck gestellt werden. Die Kassenärzte sehen sich beispielsweise im gegenwärtigen Anfangs- und Gründungsstadium erster Integrationsbemühungen heterogenem Veränderungsdruck ausgesetzt. Während die Reform einen

4 Es wird berichtet, dass derzeit im Bereich der kassenärztlichen Versorgung Abrechnungsseminare die begehrtesten Fortbildungsveranstaltungen sind, obwohl hier nichts gelernt wird, was der Krankenversorgung und einer wissenschaftlich fundierten Medizin zugute käme. Im Gegenteil – nimmt man an, dass das Zeitvolumen der Ärzte für ihre Fortbildung etwa konstant ist, dann muss befürchtet werden, dass die Diskrepanz zwischen dem medizinischen Stand des Wissens und der tatsächlich praktizierten Medizin als Folge einer unsachgemäßen Kombination zweier Finanzierungsweisen – Budgets und Einzelleistungshonorar mit variablen Punktwerten – zunimmt. Die Ursache liegt sicher nicht bei den individuellen Ärzten, sondern in der Konstellation. Die damit verbundenen Kosten fallen jedoch in Gestalt minderer Qualität an und das Gesundheitssystem ist so angelegt, dass davon keine Rückkopplungswirkungen ausgehen, obwohl bei Einsicht und gutem Willen von Regierung, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen jederzeit Abhilfe geschaffen werden könnte. Dieser Zustand hält seit Jahren an, was befürchten lässt, dass ähnliche vermeidbaren Zielkonflikte und Belastungen auch den Integrationsprozess erheblich deformieren werden.

vielversprechenden Anlauf bei der Integration ermöglicht, wird die – m. E. nur als ökonomischer ‘Kunstfehler’ zu bezeichnende – Kombination von sektoraler Budgetierung und Punktwertverfall fortgesetzt. Damit zieht man nicht nur die Aufmerksamkeit von dem erforderlichen Neuen ab und lenkt sie auf die Fähigkeiten verlustminimierender oder einkommensmaximierender Abrechnungsweisen, sondern die Integrationsperspektive des Neuen selbst wird im Ansatz einem Erstickungsrisiko ausgesetzt, indem die Ärztenetze in diesem Kontext teilweise zu Kartellen im Wettbewerb um Anteile an den GKV-Ausgaben zwischen Kassenärzten und Krankenhäusern instrumentalisiert werden. Das ist das Gegenteil von Integration und Kooperation. Ein Erfahrungsbeispiel kann das illustrieren:

Im Bericht des Begleitforschungsprojekts zur Implementation eines Modells zur „Qualitätssicherung in der ambulanten palliativen Therapie von Krebspatienten“, in dem es um Aufbau und Verbesserung von Kooperationsbeziehungen zwischen Hausärzten und Spezialisten der onkologischen Palliativbehandlung ging, heißt es: „Die Schwerpunktpraxen, die Palliativstationen und die Hausärzte waren durch die Budgetierung ihrer Leistungen bzw. die Einführung neuer Honorierungskonzepte mit unbekanntem Folgen materiell wie psychologisch erheblich unter Druck und investierten daher eine beträchtliche Energiemenge in die Sicherung der eigenen Existenz. Zeitaufwendigen neuen Kooperationsprojekten haftete der Beigeschmack eines Luxusgeschäfts an. Zunehmende Konkurrenzkämpfe und unsichere Zukunftsaussichten erwiesen sich als denkbar ungünstige Bedingungen für eine Verbesserung der Kommunikation und Kooperation in ohnehin wenig kooperationsbereiten Feldern.“ (van den Bussche 1999)

Je chaotischer und heterogener der gesundheitspolitische Veränderungsdruck ist, desto mehr verschließen sich die Betroffenen gegenüber den Veränderungen, die ihrer aktiven Mitarbeit bedürfen. Mit anderen Worten: während für die Umorientierung der ärztlichen Arbeitsweise nicht nur deren ganze Aufmerksamkeit, sondern auch die Motivation gefordert ist, sollten keine Experimente bei der Honorierung und Finanzierung durchgeführt werden mit dem Risiko von Einkommens-, Status- oder gar wirtschaftlicher Existenzgefährdung. Im Gegenteil wären dann eher zeitlich befristete Bestandsgarantien erforderlich.

Shortell und Kollegen (1996) haben anhand einer empirischen Studie gezeigt, wie umfassend der Wandel zu verstehen ist. Sie fordern m.E. realistischerweise, es müsse innerhalb und zwischen den Institutionen dafür gesorgt werden, dass eine neue ‘**Kultur**’ heranreifen kann, eine Umwertung der Verhaltensorientierungen und ein ‘Klima’, das dies begünstigt. Erst dann sei mit tatsächlich verändertem initiativen Verhalten zu rechnen, ohne das eine Integration hochkomplexer Dienstleistungsinstitutionen nicht vorankomme.

Ungleichzeitigkeiten

Politisch sicherzustellende Stetigkeit der Rahmenbedingungen und langer Atmen sind Ausprägungen der Zeitdimension von Integrationspolitik. Nur so kann sich eine neue Dienstleistungskultur als Voraussetzung für gelingende Integration entwickeln.

Ein ebenso wichtiger und ebenso häufig ignoriertes Aspekt der Zeitdimension besteht in einer Reihe unvermeidlicher **Ungleichzeitigkeiten**, die nach dem bisher Gesagten auf der Hand liegen. Die bisher skizzierten Veränderungsdimensionen müssen gedanklich auf der Zeitachse, gegliedert nach kurz-, mittel- und langfristigen Reifungsbedarf, unterschiedlich aufgetragen werden. Zum Beispiel lässt sich Geld in kurzer Zeit umverteilen. Individuelle und institutionelle Lernprozesse hingegen erfordern Voraussetzungen, die erst entwickelt werden müssen. Beispielsweise enthielt das Solidaritätsstärkungsgesetz von 1999 ein Beitrag zur Förderung

der Weiterbildung von Allgemeinmediziner*innen. Es ist aber auch seit langem bekannt, dass erworbene Kenntnisse sehr schnell ‘verlernt’ oder modifiziert werden, wo sie im Arbeitsalltag nicht permanent abverlangt werden. Das gilt besonders auch für das integrationsrelevante Wissen. Die Organisierung von Lernprozessen bei der Versorgungsarbeit in sich wandelnden Institutionen muss weit darüber hinausgehen, nicht nur was die Weite des Lernbegriffes, sondern auch den Zeithorizont angeht. Eine neue Dienstleistungskultur kann durch Politik gefördert, aber nicht realisiert werden.

Als eine der dringlichsten Voraussetzungen für die Integrationsperspektive des deutschen Gesundheitswesens müssen Anstrengungen zur Verkleinerung der enormen **Bewertungsdefizite** unternommen werden. Solange konkurrierende Ansätze der Integration nicht auf ihre Gesundheitseffekte (i. S. v. ‚outcomes‘) hin eingeschätzt werden können, müssen die kurzfristig billigsten Lösungen stets als die besten gelten.

Die bisher skizzierten Dimensionen der Integrationsprozesse und der Integrationspolitik sind interdependent. Ohne angemessene Lernprozesse und ohne Fortschritte bei der Lösung der Bewertungskrise kann Integrationspolitik nicht auf die gesundheitspolitischen Primärziele bezogen werden. Damit erhöht sich das Risiko, dass staatliche Interventionen (weiterhin) nach kurzfristigen Ausgabengesichtspunkten und dem Prinzip des geringsten Widerstands erfolgen, das allenfalls zufällig zu guten Ergebnissen führt. Die Transparenz des Zielbezuges hingegen kann helfen, bestehende Machtkonstellationen durch hohe öffentliche Legitimation zugunsten von Integrationsfortschritten zu verändern.

Es gibt für die Gesundheitspolitik kaum eine Möglichkeit, der ganzen Komplexität und vielfältigen Interdependenzen zugleich gerecht zu werden. Aber der sich realpolitisch nennende Brauch, wesentliche Elemente der Realität (d. h. der Prozesscharakter von Integration, ihr Zielbezug, ihre Voraussetzungen) deswegen zu ignorieren, ist illusionär insofern, als das Mögliche nicht realisiert wird.

Integration als politisch-ökonomischer Prozess

Die Analyse von Wandlungsprozessen ist auf die Zukunft gerichtet. Die Zukunft ist nicht ausdeterminiert, aber sie ist ebensowenig ein weißes Blatt, auf das nach Belieben Reformmodelle aufgetragen werden könnten. Zukunft ist ein Prozess, der immer schon begonnen hat und der insoweit sich auch in der Gegenwart studieren lässt. Das ist in hohem Maße eine Frage der Empirie und der theoretischen Orientierung, die dazu verhelfen muss zu entscheiden, welche Empirieelemente für die Zukunft als entwicklungsrelevant eingestuft werden können und welche nicht. Im folgenden Abschnitt wird versucht, unabhängig von nationalen und systembedingten Eigenheiten, Merkmale eines langfristigen Prozesses auszumachen, die den Versorgungssystemen westlichen Industrieländer – sozusagen unterhalb der Decke institutioneller Verschiedenheiten – gemeinsam sind.

Vergesellschaftung auf einzel- oder gesamtwirtschaftlicher Grundlage

Die Entwicklung zu integrierten Interventions- und Versorgungssystemen kann im Sinne Max Webers als ‘Vergesellschaftung’ begriffen werden, die sowohl auf gesamtwirtschaftlicher als auch auf einzelwirtschaftlicher Grundlage vor sich gehen kann. Das meint zum einen „ratio-

nale Vergesellschaftung“ als zunehmend an sachlichen, insbesondere ökonomischen Gesetzmäßigkeiten und Kriterien orientiertes Handeln. Vor allem aber bedeutet es die Zusammenführung gesellschaftlich zersplitterter Arbeiten und der sonst unverbundenen individuellen Produzenten entweder unter der Herrschaft konkurrierender Unternehmen oder des Staates. Ersterem kommt das amerikanische Gesundheitssystem am nächsten. In National Health Services wie dem britischen sind es staatliche Verwaltungsregionen. In der für Deutschland oder Kanada typischen Kombination von einzelwirtschaftlichen, meist privaten und gemeinnützigen Anbietern und öffentlich-rechtlichen Versicherungen sind viele Zwischenformen möglich. Die in den letzten Jahren verstärkten Wettbewerbselemente, unter denen die Akteure als Unternehmen handeln müssen, haben die Waagschale in Richtung ‘einzelwirtschaftlich’ gesenkt.

Die integrative Zusammenführung der medizinischen Dienstleistung in Deutschland ist im internationalen Vergleich weit zurück. Fortschritt und Rückständigkeit in der Integration ist ambivalent und keinesfalls als eine Wertung im Hinblick auf die reale Leistung eines Systems misszuverstehen. In allen industriegesellschaftlichen Gesundheitssystemen lassen sich Tendenzen zur zunehmenden Integration in die kapitalistische Ökonomie erkennen. Den in diesem Sinne weiter fortgeschrittenen Modellen sind zahlreiche Merkmale von Industrialisierungsprozessen gemeinsam, wie sie im 19. und 20. Jahrhundert in fast allen Sektoren materieller Produktion beobachtet wurden:

- Rückgang der kleinen ‘vorkapitalistischen’ Formen der Produktion (analog: Einzelpraxis, einzelnes Krankenhaus etc.);
- fabrikmäßig zusammengefasste, auf dem planmäßigen Einsatz von technischen und organisatorischen Mitteln beruhende Produktion (analog: Krankenhausketten, Ambulatorien, Medical Groups, integrated Networks etc.);
- Tendenzen zur Massenproduktion (analog Spezialisierung und Fallmaximierung in verschiedenen chirurgischen Sparten);
- ständige Umwälzung der technischen Grundlagen. Analog: zur Anwendung mechanischer und automatischer Maschinen der Medizintechnik kommt mit der Informationstechnologie eine neue Schlüsseltechnologie zum Einsatz, mit deren Hilfe die Sammlung, Zusammenführung und Bearbeitung von Informationen auf neue Weise erfolgt, die zunehmend auch zur Grundlage der betrieblichen und überbetrieblichen Kommunikation wird.
- Möglichkeiten der Kalkulier- und Standardisier-, Kontrollier- und Steuerbarkeit der Arbeitsprozesse auf dieser technologischen Basis (analog: Ausbau der betrieblichen Rechnungsführung, Abbildung der Leistungsprozesse mit Hilfe entwickelter Indikatoren und deren Verknüpfung in Krankenhäusern, Ambulatorien und Gebilden der horizontalen und vertikalen Integration medizinischer Dienstleister).
- Möglichkeit, die unmittelbare medizinische Versorgung (über Zulieferer und Versicherer hinaus) zum unmittelbaren Anlagebereich für Kapital werden zu lassen (analog: Managed Care Corporations in den Vereinigten Staaten, entsprechend bestimmen zunehmend Marktkonkurrenz und Kapitalverwertung⁵ die ‘Spielregeln’ des Handelns).

5 Viele, wenn auch nicht alle, Großunternehmen im Medizinbereich, die als Non-Profit-Unternehmen arbeiten, handeln im amerikanischen System fast unterschiedslos zu den For-Profit-Unternehmen nach Kriterien der Kapitalverwertung. Die Unterschiede liegen im geringeren Zugang zum Kapitalmarkt und der Verpflichtung, Gewinne (soweit man sie nicht in horrender Höhe als ‘Gehälter’ an das Top Management auszahlt) zu reinvestieren, anstatt als Dividende auszuschütten. Im Gegenzug gewährt der Staat Steuernachlass.

- Die Trennung der Produzenten von den Produktionsmitteln (analog: Verwandlung von selbständigen Ärzten in abhängig Beschäftigte oder scheinselfständige Kontraktnehmer auf der einen und in Unternehmer und Manager auf der anderen Seite).

Paul H. Ellwood mit dessen Namen die Entwicklung der amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMOs) verbunden ist, prognostizierte bereits 1971, HMOs⁶ „könnten Veränderungen im Gesundheitswesen stimulieren, die einige der klassischen Merkmale der industriellen Revolution aufweisen – Konversion zu größeren Produktionseinheiten, technologische Innovationen, Arbeitsteilung, Substitution von Arbeit durch Kapital, dynamische Konkurrenz und Rentabilität als eine unverzichtbare Bedingung des Überlebens“ im Wettbewerb (Ellwood et al. 1971).

Erstaunlicherweise sind Niveau und Tempo der Vergesellschaftung unter den überwiegend privatwirtschaftlichen amerikanischen Verhältnissen seit etwa Mitte der 80er Jahre höher und dynamischer als unter den Bedingungen einer gesetzlichen Krankenversicherung, die doch bereits Akteure sind, welche auf makroökonomischem Niveau handeln können.

In den USA vollzieht sich diese Integration innerhalb von Unternehmen, die unter staatlicher Regulierung um Marktanteile konkurrieren. Es konkurrieren individuelle Unternehmen mit allen anderen Anlagebereichen um Kapital, treten als Kunden und Anbieter mit den anderen Sektoren in Beziehung und ziehen einen Teil der gesellschaftlichen Gewinne und Löhne an sich. Im britischen Modell ist es der Staat, der die meisten stationären und spezialärztlichen Einrichtungen regional betreibt und der mit den formal selbständigen General Practitioners Vertragsbeziehungen hat. Die Interdependenzen von Gesundheitssystem und Kapitalwirtschaft stellt sich eher im gesamtwirtschaftlichen Rahmen her, vor allem über die finanziellen Entzugseffekte der für das NHS aufgewendeten Steuern, die Käufe von Vorleistungen und über den gesundheitlichen und sozial-integrativen Nutzen.

Es ist damit noch nichts gesagt, ob gesundheitspolitische Primärziele wie die Verlängerung der Lebensspanne, Verbesserung gesundheitsbedingter Lebensqualität, Minderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen besser realisiert werden. Was allerdings mit höherem Integrationsgrad positiv verbunden ist, ist die **Potentialität**, die Zahl der Freiheitsgrade, und zwar in die positive als auch in die negative Richtung.

Die Frage ist nun, ob es nicht letztlich gleichgültig ist, ob Integration Ergebnis einzelwirtschaftlich-wettbewerblicher Konzentrationsprozesse ist oder in einem Gesundheitssystem stattfindet, das eher als öffentliches Ganzes mit dem ökonomischen Gesamtsystem in Beziehung steht? Diese Frage lässt sich öffentlich kaum in produktiver Weise diskutieren, da sie 'über-ideologisiert' ist. Die Hegemonie der wirtschaftsliberalen Weltanschauung sorgt nicht nur für das drückende Übergewicht des Wirtschaftsliberalismus, sondern auch für die Übernahme wirtschaftsliberaler Ideologeme in andere Denkrichtungen. „Macht“ – so hat es Karl

6 HMOs: Health Maintenance Organizations gibt es in vielen Varianten. Grundsätzlich handelt es sich um eine Einheit aus Versicherung und Versorgung. Die Versicherten (oder ihre Arbeitgeber) schließen mit der HMO einen Vertrag. Diese gewährleistet die medizinische Versorgung. Das kann sie tun, indem sie a) eigene Einrichtungen mit angestellten Ärzten betreibt, b) mit großen Zusammenschlüssen von Leistungsanbietern (z. B. Medical Groups, Physician-Hospital Associations, Networks) oder c) mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern Verträge abschließt. Die Versicherten einer HMO sind prinzipiell auf diese Anbieter beschränkt und können nur in einigen Arrangements gegen (erheblichen) Aufpreis auch Ärzte außerhalb in Anspruch nehmen. Zur politischen Ökonomie dieser Entwicklung und Beschreibung der Institutionen, s. Kühn 1997

Deutsch einmal ausgedrückt – „heißt nicht lernen müssen“. Die schnelle vorgefertigte Antwort, das Sicherheitsgefühl, im Strom zu schwimmen, und die Abwehr des begründeten Zweifels kennzeichnet die sogenannte ordnungspolitische Diskussion im Gesundheitswesen.

Dabei käme es darauf an, zur Beantwortung dieser Frage genau zu differenzieren, entsprechende Hypothesen zu entwickeln und empirisch-analytisch zu prüfen. Meine These dazu ist folgende: Systeme mit überwiegend makroökonomischen Schnittstellen zum ökonomischen Gesamtsystem (GB, D, CAN, S) unterscheiden sich von konkurrierenden Einzelunternehmen durch erheblich größere politische (d. h. potentiell demokratisch gestaltbare) Freiheitsgrade. Daher war die Verstaatlichungsforderung für die traditionellen linken Strömungen in Europa so attraktiv. Was allerdings von Gegnern wie Befürwortern meist übersehen wurde ist, dass höhere Freiheitsgrade nur eine Möglichkeitskategorie ist, die zunächst nur besagt, dass gesamtwirtschaftlich agierende öffentliche Systeme sowohl besser als auch schlechter sein können als einzelwirtschaftlich-konkurrenzhaft.

Auf der Habenseite steht das größere Potential öffentlicher, zum Handeln auf makroökonomischer Ebene fähiger Systeme besteht in der besseren Möglichkeit, **außerökonomische Ziele** zu verfolgen, die nicht an rein betriebswirtschaftlicher Rentabilität gemessen werden können. Gesundheit, soziale Chancengleichheit und Humanität sind außerökonomische Ziele. Auf der Soll-Seite steht zugleich die Gefahr, dass dieses Mehr an Freiheit zu Unwirtschaftlichkeit, Fehlversorgung, Inhumanität und Machtpolitik genutzt wird; und zwar in einem Ausmaß, das potentiell noch über dem liegt, was im wettbewerbswirtschaftlichen Rahmen für Nichtmonopole möglich wäre. Auf der einen Seite also ist das Gesundheitswesen ein Bereich, dessen Vermarktung weder dem gewachsenen moralischen Empfinden in der Gesellschaft (Solidarität, Schutz der Kranken und Schwachen etc.) noch den Versorgungsnotwendigkeiten (Erhaltung und Förderung der Arbeits- und Bildungsfähigkeit und der sozialen Sicherheit) gerecht wird, auf der anderen Seite das erhöhte Risiko von Misswirtschaft und Verschwendung. Beides abwägend, ließe sich letzteres nur vermeiden, wenn die marktwirtschaftlichen Rückkopplungsmechanismen durch demokratisch-partizipative Mechanismen der Selbstkorrektur sowohl auf der Makro- und Meso- als auch auf der Mikroebene ersetzt werden könnten. Hier könnte demokratisch gestaltete Regionalisierung hilfreich sein.

Im Folgenden wird auf der Grundlage internationaler Entwicklungen ein Szenario skizziert, in welchen logischen Schritten die Integrationsprozesse unter Bedingungen des Wettbewerbs erfolgen. Dabei wird bewusst eine Sprache gewählt, die möglichst systemneutral ist. Jeder Leser mag sich vorstellen, welche Erscheinungsformen 'sein' konkretes System bei den einzelnen Schritten an den Tag legt.

Realtendenzen in westlichen Industrieländern

Integration des Gesundheitswesens ist keine fixe Idee ohne gesellschaftliche Substanz, sondern hier drängt die Realität auf längere Sicht zum Gedanken (der Integration) und ihrer bewussten politischen Gestaltung. Offenbar entwickeln sich in den Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer ähnliche Problemlagen, deren – je systemspezifische⁷ – Antworten

⁷ „Systemspezifisch“ bezieht sich auf a) primär marktvermittelte Versorgungssysteme (USA), b) Nationale Gesundheitsdienste (GB, Schweden) und c) Sozialversicherung als Finanzier von Versorgungsinstitutionen privater, gemeinnütziger und/kommerzieller Art (Deutschland, Kanada). Diese lassen sich zwar nicht trennscharf auseinanderhalten (zuma es

in unmittelbaren oder mittelbaren Schritten zur Integration liegen. Das Generelle und Verallgemeinerbare soll im Folgenden zunächst als Prozess und dann in seiner Struktur skizziert werden.

Vor allem in den amerikanischen Managed Care Organizations sind eine Vielzahl von Kontroll-, Steuerungs- und Sanktionsinstrumenten entwickelt worden, nicht nur für das betriebliche Management der Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch für die integrierte medizinisch Wenn im Folgenden von Integration geredet wird, dann geht es um Zusammenhänge von:

- Versicherung und Versorgung,
- ambulanter und stationärer Versorgung,
- ärztlicher und nichtärztlicher Versorgung,
- allgemeinärztlicher und spezialärztlicher Versorgung.

Machtverschiebung zugunsten der Finanzierungsseite

Wir beobachten in den westlichen Industrieländern eine Tendenz zur Machtverschiebung zwischen der jeweiligen Finanzierungsseite (Staat, Sozial- und Privatversicherungen, Arbeitgeber) und Leistungserbringern zugunsten der ersteren. Diese findet ihren Ausdruck in der allmählichen Ablösung der traditionellen, retrospektiven Finanzierungsmethoden durch vielfältige Formen **prospektiver Finanzierung**, wie Budgets auf Makro-, Meso- und Mikroebene, Fall- u. Kopfpauschalen, Fixpreise etc. Diese scheinbar finanztechnischen Änderungen entsprechen den neuen Machtkonstellationen. Die Leistungserbringer müssen tendenziell einen Teil des finanziellen Versicherungsrisikos der Krankenversorgung übernehmen.

Da sich dies in vielen Industrieländern beobachten lässt, müssen Gründe dafür existieren, die in all diesen Ländern gleichermaßen auftreten. Wichtigste Ursache auf der Einnahmeseite der Finanzierungsinstitutionen ist das chronische Ungleichgewicht auf den Arbeitsmärkten, von dem ein permanenter Druck auf die Löhne und Gehälter ausgeht, was zu einer im Trend relativ **schrumpfenden Finanzierungsbasis** führt. Der politische Gewichtsverlust auf der Anbieterseite dürfte vor allem dem in den meisten Ländern **sinkenden Knappheitsgrad der ärztlichen Qualifikation** zu verdanken sein. Die einst übermächtigen ärztlichen Organisationen werden auf das Normalmaß beruflicher Interessengruppen reduziert. Beides führt dazu, dass die Märkte medizinischer Dienstleistungen allmählich die Gestalt von Käufermärkten annehmen. Die relative Schwächung der Leistungsanbieter nötigt ihnen nicht nur ein Versicherungsrisiko auf, sondern zwingt sie auch dazu, miteinander in wirtschaftlichen Wettbewerb zu treten. Im 'goldenen Zeitalter' der Ärzte, in dem alle Leistungen finanziert wurden, wenn sie nur von einem zugelassenen Arzt erbracht worden waren, haben extrem leichte Expansionsmöglichkeiten einen Wettbewerb überflüssig gemacht⁸.

konvergierende Tendenzen gibt), haben aber auf ähnliche Problemlagen durchaus unterschiedliche 'systemische' Antworten herausgebildet.

8 Ärzte konnten durch Mengensteigerung ihrer Leistungen ihr Einkommen steigern, was vor allem bei an das technische Personal delegierbare (und daher fast grenzenlos vermehrbare) Leistungen praktisch gleichzusetzen ist mit einer Lizenz, Geld zu drucken.

In diesem Kontext machen zwei einander verstärkende Hebel zur Veränderung einen Großteil der gegenwärtigen, empirischen Integrationsdynamik⁹ aus: wirtschaftlicher Wettbewerb und prospektive Finanzierungsformen. Während bei der sogenannten retrospektiven Finanzierung alle angefallenen Leistungen im Nachhinein vergütet und Kosten ersetzt werden, sind die neuen Formen unabhängig vom Umfang der verausgabten Ressourcen. Die Preise bzw. Budgets werden prospektiv festgelegt, und der wirtschaftliche Erfolg der Anbieter hängt von dem Umfang ab, in dem der Ressourceneinsatz minimiert wird und die Kosten darunter liegen. Für den Handlungsdruck sorgt wirtschaftliche Konkurrenz um die Marktanteile.

Die Auswirkungen sind widersprüchlich. Die Leistungsersteller versuchen, den finanziellen Druck an die Patienten bzw. Versicherten weiterzugeben. Daraus erwächst ein individuelles Unterversorgungsrisiko, gegen das sie sich auf der individuellen Ebene nicht schützen können und das System sie nicht schützen kann. Potentiell erhöht sich die Wirtschaftlichkeit, aber nur dann, wenn den Dienstleistungsinstitutionen die zahlreichen leichteren Wege zur Gewinnerzielung, wie Risikoselektion, impliziter Rationierung und Qualitätseinschränkung, wirkungsvoll versperrt werden können. Das ist jedoch derzeit nicht der Fall.¹⁰ Auf kurze Sicht wird daher eine als Unternehmen einzelwirtschaftlich orientierte Institution eher dazu tendieren, unter den Bedingungen prospektiver Finanzierung möglichst wenig Personal zu beschäftigen, weniger diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchzuführen, Patienten mit einer Vielzahl von Erkrankungen zu meiden und generell Patienten möglichst früh zu entlassen.

In fast allen westlichen Industrieländern nutzt die Finanzierungsseite (Versicherungen, Staat, Arbeitgeber) ihren Machtzuwachs, um auch direkten Einfluss auf die medizinische Versorgung zu nehmen, also über die Finanzierung die Versorgung zu integrieren und zu lenken. Das ist in Deutschland bislang noch am geringsten ausgeprägt. Von dieser Entwicklung gehen Integrationsimpulse aus. Ausgangspunkt können die Krankenversicherungen oder (bei steuerfinanzierten Systemen) der Staat sein, indem sie z. B. durch den Abschluss selektiver Kontrakte mit Anbietern die Versorgung organisieren. Weitergehende Integrationsformen führen die Finanzierungs- und Versicherungsfunktion mit der Versorgungsfunktion zu einer einzigen Organisation zusammen, wie das bei den amerikanischen 'Health Maintenance Organizations' der Fall ist. Im Extremfall unterhält eine Versicherung (oder die regionale Organisation eines 'National Health System' wie in Schweden oder Großbritannien) eigene Einrichtungen, die für eine Zeitperiode gegen eine fixe Prämie die gesamte medizinische Versorgung eines definierten Personenkreises übernehmen und damit auch das finanzielle Versicherungsrisiko tragen. Ausgangspunkt können aber ebenso Gruppen von Leistungserbringern sein, die fusionieren oder sich vertraglich aneinander binden, um als integrierte Systeme mit einheitlichem Management günstige Verträge abschließen zu können.

Zusammenfassend: Vom Zusammenspiel zwischen prospektiver Finanzierung und Wettbewerb geht ein Druck sowohl auf die betriebliche als auch die 'systemische' Wirtschaftlichkeit

9 Damit ist gemeint, dass auch andere Dynamiken, ausgehend von demokratischem Gestaltungswillen, denkbar wären.

10 Bislang existiert definitiv kein praktikables System öffentlicher Qualitätskontrolle, das auch nur annähernd in der Lage wäre, all die subtilen Methoden zu verfolgen, mit denen bei so komplexen Dienstleistungen betriebliche Kosten an Patienten und Öffentlichkeit weitergereicht werden (Relman 1993). Für die meisten (nicht nur die ethischen) Aspekte der medizinischen Versorgung gibt es keine hinreichenden Qualitätsindikatoren. Viele der gebräuchlichen Indikatoren erfordern zudem eine Gewichtung zumindest nach dem Schweregrad der Erkrankung, die derzeit nicht möglich ist (McNeil/Pederson/ Gatsonis 1992; Salem-Schatz 1994).

aus, soweit es gelingt, die Überwälzung des finanziellen Drucks auf individuelle Patienten und öffentliche Gesundheit zu verhindern.

Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit.

Soweit die prospektive Finanzierung den Anbietern medizinischer Dienstleistungen das ökonomische Behandlungsrisiko auferlegt, sind diese gezwungen, sich betriebswirtschaftlich-rational zu organisieren. Wo bei jeder Ein- oder Überweisung, diagnostischen oder therapeutischen Anordnung oder Entlassung Geld auf dem Spiel steht und dieses über Erfolg und wirtschaftliche Existenz entscheidet, muss notwendigerweise quantifiziert und standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden. Entscheidend ist, dass die daraus resultierende Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit zugleich auch entscheidende Voraussetzung für die Integrationsfähigkeit der einzelnen Institutionen ist.

Die Medizin unterliegt auf vielen Ebenen in Wissenschaft und Praxis einer Standardisierungstendenz, die ebenfalls wiederum die Integrationsfähigkeit erhöht. Die medizinische Arbeit wird, bezogen auf bestimmte Diagnosen oder Prozeduren, mit unterschiedlicher Verbindlichkeit normiert (Standards, Guidelines, Options, Algorithmen usw.). Auch pauschalierte Finanzierungsformen wie die diagnosebezogenen Fallpauschalen tragen dazu bei.

Die Arzt-Patient-Beziehung wird in einen zunehmend monetarisierten und bürokratisierten Kontext integriert

Die Arzt-Patient-Beziehung wird informationell transparent: es werden medizinische Daten produziert und aufbereitet, ebenso wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren. Mittels patienten- und arztbezogenen Kostenrechnungen können Verlust- oder Gewinnfälle identifiziert werden, Krankheiten ('Diagnosen') können nach ihrer Profitabilität unterschieden werden, und von Ärzten weiß man dann, ob sie der Organisation bzw. Versicherung Gewinn oder Verlust eingebracht haben. Durch diese Verknüpfung der medizinischen mit den betriebswirtschaftlichen Daten entsteht eine informationelle Grundlage zur betriebswirtschaftlichen Steuerung der Arztentscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung, Entlassung usw. durch ein Management.

Selbstverständlich kann auch nach nichtökonomischen Zielen gesteuert werden, aber der wirtschaftliche Wettbewerb setzt hier die Prioritäten. Gegenstand notwendiger politischer Gestaltung ist die Grundentscheidung, ob die Gesellschaft die medizinische Versorgung der Bevölkerung der betriebs- und konkurrenzwirtschaftlichen Rationalität zu unterwerfen möchte oder ob die Ökonomie eine dem Versorgungszweck dienende Funktion erhalten soll. Was nicht explizit nach politischen und kulturellen Kriterien entschieden wird, gerät unter den Status-quo-Verhältnissen in den Sog der Ökonomisierung.

Wichtig ist, dass die betriebliche Transparenz und Standardisierung zugleich Grundlage der überbetrieblichen Integrationsfähigkeit ist.

Es sind, vor allem in den amerikanischen Managed Care Organizations eine Vielzahl von Kontroll-, Steuerungs- und Sanktionsinstrumenten entwickelt worden, nicht nur für das betriebliche Management der Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch für die integrierte medizinisch-pflegerische Versorgung. Um an dieser Stelle nur Stichworte zu geben:

Da sind zunächst spezielle Koordinierungsfunktionen: Eine Schlüsselposition in den meisten Konzepten kommt den Primärärzten als ‘Gatekeeper’ und ‘kontrollierte Kontrolleure’ zu.¹¹ In besonders kostenträchtigen Fällen (z. B. bei Kopfverletzungen nach Unfällen, dem Verdacht auf spätere Lähmungen, Krebserkrankungen, Aids u. ä. m.) wird das Instrument eines sogenannten (nichtärztlichen) ‘Case Managers’ eingesetzt. Unter der Sammelbezeichnung des ‘Utilization Managements’ wurde eine unübersehbare Variabilität von Kontroll-, Lenkungs- und Senkungsinstrumenten entwickelt, entweder in Gestalt prospektiver Autorisierungssysteme oder retrospektiver Evaluationen.

Zunehmend werden auch die Ärzte verpflichtet, nach Standards und Leitlinien etc. zu diagnostizieren und zu behandeln. Unter dem schillernden Begriff ‘Disease Management’ wird neuerdings das krankheitsspezifische Management in einem umfassend integrierten Versorgungssystem gefasst.¹²

Noch einmal muss auf die **Ambivalenz** – und damit die politische und ethische **Gestaltungsnötigkeit** – hingewiesen werden. Sich selbst und dem wirtschaftlichen Wettbewerb überlassen, bedeutet Integration mittels dieses Instrumentariums die Integration der Arzt-Patient-Beziehung in einen zunehmend monetarisierten und bürokratisierten Kontext integriert. Der Charakter künftiger integrierter Versorgungssysteme wird ganz entscheidend davon abhängen, in welcher Weise **Autonomie, Exklusivität und Intimität der Arzt-Patient-Beziehung** gestaltet werden. Bei Dominanz wirtschaftlichen Wettbewerbs geht wie auch in kommerziellen Versorgungssystemen die Tendenz dahin, kostenrelevante Entscheidungen aus dem individuellen Arzt-Patient-Verhältnis auszulagern und auf die Organisation zu übertragen. Ärzte und Pflegekräfte werden zu ‘Dienern zweier Herren’: auf der einen Seite steht der (meist) schutzbedürftige Patient mit seiner Loyalitätserwartung und auf der anderen Seite die machtüberlegene Organisation mit ihrem Anreiz- und Sanktionssystem.

Medizinische Versorgung wird potentielle Anlagesphäre für privates Kapital

Es ist nicht die Frage, ob der Weg zu integrierten Versorgungssystemen beschritten werden soll, sondern in welcher Weise die hierin liegenden Ambivalenzen und Potentiale gesundheitspolitisch und ethisch gestaltet werden:

- Sollen integrierte Versorgungssysteme ein Management haben, das kontrolliert und sanktioniert oder eines, das ermöglichend und unterstützend arbeitet?
- Sollen die ökonomisch und medizinisch relevanten Entscheidungen aus der Intimität der Arzt-Patient-Beziehung ausgelagert und einem Management vorgelegt werden, das aus der Distanz entscheidet, wie das in den meisten amerikanischen Managed Care Organizations der Fall ist (Kühn 1997)?

Durch die Standardisierung und Verbetrieblichung der Medizin verspricht diese – erstmals in der Geschichte der Medizin -, transparent, kalkulier- und steuerbar zu werden. Damit erfüllt sie genau die Kriterien, durch die sie für große Kapitalanlagen interessant wird. Bislang beschränkten sich private Investoren auf die Zulieferseite und die Versicherung, sparten aber

11 Zur praktischen Umsetzung in der Managed Care Industrie s. Kühn, H. 1997

12 Zur Kritik des zugrundeliegenden medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigmas s. Kühn 1989

den Kernbereich der medizinischen Versorgung aus. Zuerst im Krankenhausbereich durch Bildung großer Ketten, dann durch vertikale Konzentration, d. h. die Angliederung vor- und nachgelagerter Bereiche der Versorgungskette, breitete sich in den USA die Eigentumsform der Aktiengesellschaft über das gesamte amerikanische Gesundheitswesen aus, um schließlich Anbieter- und Versicherungsfunktion insgesamt zu übernehmen, wie in den 'For-Profit-HMOs', dem derzeit mit Abstand am stärksten wachsenden Bereich der Wachstumsbranche Gesundheitswesen. Diese Gesellschaften beschaffen sich ihr Kapital auf dem Kapitalmarkt, legen Aktien auf und zahlen Dividende. Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin in diesen Institutionen mit allen alternativen Möglichkeiten zur Anlage privaten Kapitals weltweit. Das Management in diesen integrierten Gebilden hat die Funktion, die daraus resultierende Rentabilitätslogik bis in die Arzt-Patient-Beziehung hinein umzusetzen.

Der erste Teilbereich, der in Deutschland in großem Maßstab zur Anlagesphäre auch internationalen (primär US-amerikanischen) Kapitals werden kann, ist der Krankenhaussektor bzw. seine rentabilitätsversprechenden Teile. Das wirft viele Fragen auf, die im Grunde bereits jetzt beantwortet werden müssten, wenn die Demokratie, d. h. die gewählten Länder- und Bundesregierungen, gestaltend tätig werden sollen, anstatt retrospektiv spontane Entwicklungen immanent zu korrigieren und zu legitimieren. Die Herstellung eines übergreifenden sogenannten Preissystems durch DRGs, der weitere Rückzug staatlicher Gestaltung und Förderung, die Aufweichung des Tarifvertragsrechts, die Zerrüttung der Gemeindefinanzen, die Fortsetzung der reinen Kostenorientierung¹³ in der Praxis der Krankenkassen sind einige der wichtigsten Voraussetzung für die potentielle Kommerzialisierung zunächst der rentablen 'Filetstücke' des Gesundheitswesens. Welchen Einfluss auf die Versorgung können die demokratischen Institutionen einer Region dann nehmen? Auch Sorglosigkeit, so zeigt sich, ist eine Form von regionaler Gesundheitspolitik.

Primärversorgung – Grundlage und Klammer der Integration

Unter einzelnen wesentlichen Elementen von regional integrierten Versorgungssystemen, muss die Primärversorgungsorientierung hervorgehoben werden. Erfahrungen mit dieser Orientierung oder mit deren Abwesenheit werden aus so unterschiedlichen Systemen wie den amerikanischen, schwedischen, britischen und niederländischen berichtet. Erkennen lassen sich Tendenzen und Potentiale, aber auch Irrwege und Fehlschläge.¹⁴

Was meint 'Primärversorgung'?

Konzepte von auf Primärversorgungsstrukturen ('Primary Health Care')¹⁵ aufbauender Integration werden – jenseits vielfältiger Ausgestaltungsmöglichkeiten – heute in der internationalen Diskussion recht einhellig als überlegen angesehen. Dabei sollte 'Primary Health Care'

13 'Kosten' meint hier erstens, die Verengung des Blicks auf diejenigen Kostenbestandteile des Krankenhauses, die kurzfristig durch Ausgaben der Kassen gedeckt werden müssen und zweitens die Abwesenheit von qualitativen realen Orientierungskriterien. Wenn Krankenhäuser nicht nach ihrer tatsächlichen Versorgungsqualität unterschieden werden, dann ist das in diesem Sinne Billigste auch das Beste.

14 Im Unterschied zum Begriff der 'primärärztlichen Versorgung' wird der Begriff der 'Primärversorgung' gewählt, weil dieser nicht fraglos das Ärztemonopol unterstellt.

15 Primary Health Care ist ein weitergehendes, nicht allein auf individuelle Ärzte, sondern auf Teams von Ärzten und anderen Heilberufen beruhendes Konzept, auf das sich die Legitimation von Managed Care zuweilen stützt.

als eine spezifische Weise der Versorgungspraxis verstanden werden und nicht als ein Bündel bestimmter Leistungen oder als eine ärztliche Disziplin (Institute of Medicine 1978). Folgende Kennzeichen gelten als wesentlich für diese andere Praxis:

- der Zugang: die Erstinanspruchnahme soll möglichst in einer Institution der Primärversorgung stattfinden und für die gesamte Bevölkerung (einer Region) sichergestellt werden;
- eine umfassender Versorgung: sie soll fähig sein, die Gesundheitsprobleme der gesamten Bevölkerung zu behandeln (Public-Health-Orientierung);
- die Koordinationsfunktion;
- die Sicherung der Kontinuität der Behandlung;
- die Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung;
- die Kosteneffektivität und
- die Verantwortlichkeit¹⁶/Zuverlässigkeit und Transparenz (Starfield 1992, 1994, Donaldson et al. 1996).

Soweit in den Definitionen heute noch Differenzen bestehen, beziehen sie sich vor allem auf unterschiedliche Rollenverteilungen zwischen Ärzten und anderen Heil- und Pflegeberufen. Das amerikanische Institute of Medicine schlägt 1996 folgende umfang- und inhaltsreiche Definition vor, die sich in wichtigen Aspekten deutlich von der überwiegenden amerikanischen und eher noch mehr von der deutschen Praxis abhebt. (Donaldson et al. 1996, 33 ff.):

„This Committee has defined primary care as the provision of integrated accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.“

Erstaunlich ist, dass und wie diese doch immerhin sehr arzt dominierte und konservative Institution vom ärztlichen Monopol für diese Funktion abgerückt ist und zusätzlich sogar ein Teamkonzept aufgenommen hat:

„**Clinician** refers to an individual who uses a recognized scientific knowledge base and has the authority to direct the delivery of personal health services to patients. A clinician has **direct contact with patients**, and **may be a physician, nurse practitioner, or physician assistant**. (...) Additionally, primary care clinicians might turn to a **variety of other individuals** – both with or without health care training – for their assistance and skill in particular areas. Examples of individuals other than primary care clinicians who can contribute to primary care are dentists, pharmacists, physical therapists, nutritionists, and social workers. Among many cultural groups, **traditional healers** may also provide primary care (Hervorh. HK).

Hervorhebenswert ist zudem die Betonung der ‘Community’ als politischem Ausdruck von Regionalität:

„In the context of family and community (which) refers to an understanding of the patient’s living conditions, family dynamics, and cultural background. **Communities** refers to the population served, whether they are patients or not. Community can refer to a geopolitical boundary (a city, county, or state), or to neighbors who share values, experiences, language, religion, culture, or ethnic heritage.“

Die angestrebte Beziehung zu den Patienten ist die eines:

16 Die Verantwortlichkeit, die in der angelsächsischen Literatur ein zentrales Thema geworden ist (accountability) wird letztlich durch die Kriterien definiert, mittels derer evaluiert wird.

„**Sustained partnership** (which) refers to the relationship established between the patient and clinician with the **mutual expectation of continuation over time**. It is predicated on the development of mutual trust, respect, and responsibility.“

Auch die Verantwortlichkeit ist umfassend bezogen:

„**Accountable** applies to primary care clinicians and the systems in which they operate. These clinicians and systems are responsible to their patients and communities for addressing a large majority of personal health needs through a sustained partnership with a patient in the context of a family and community and for (1) **quality of care**, (2) **patient satisfaction**, (3) **efficient use of resources**, and (4) **ethical behavior**.“

Besonders wichtig ist, dass es zur ganz wesentlichen Charakteristik des Primärversorgungskonzepts gehört, Teil eines integrierten Ganzen zu sein:

„**Integrated** is intended (...) to encompass the provision of **comprehensive, coordinated, and continuous** services that provide a seamless process of care. Integration combines events and information about events occurring in disparate settings, levels of care and over time, preferably throughout the life span.“

Die Primärversorgungsfunktion realisiert sich nur im Kontext integrierter Systeme. Es trifft also nicht, wenn wir sie mit spezifischen Arztbezeichnungen wie ‘Arzt für Allgemeinmedizin’, ‘General Practitioner’ oder ‘Family Physician’ gleichsetzen.

Primärversorgungskonzepte wurden in der Vergangenheit vor allem für ärmere Länder mit großem Ärztemangel und/oder Nationalen Gesundheitsdiensten diskutiert (Roemer 1992). Kernbestandteil war dabei die besondere Rolle nichtärztlicher Berufe für die Primärversorgung. Lange Zeit sorgten vor allem der unumstrittene Status und starker politischer Einfluss der Ärzte dafür, dass dies nicht für die Versorgung in den westlichen Industrieländern in Betracht gezogen wurde. Erst in den letzten Jahren hingegen tritt das Thema auch hier aus seinem Schattendasein.

Die Primärversorgungsfunktion ist nicht identisch mit ‘Gatekeeping’, sondern breiter angelegt. Wenn man die verschiedenen Primärversorgungsvarianten von integrierten Versorgungssystemen einmal auf ein Kontinuum zwischen ‘repressiv-kontrollierend’ am linken und ‘egalitär-ermöglichend’ am rechten Ende auftragen würde, dann würden Modelle mit einem Gatekeeper eher auf der linken Hälfte anzusiedeln sein. Sämtliche Varianten jedoch stützen sich auf die empirisch gestützte Annahme, dass über die primäre Anlaufstelle zwischen 75 und 80 % der gesamten Ausgaben für die medizinische Versorgung beeinflusst werden kann. Einem qualifizierten Primärarzt traut man zu, bis zu 75 % aller erforderlichen medizinischen Dienstleistungen selbst ambulant erbringen und damit kostspieligere fachärztliche und/oder stationäre Versorgung ersetzen zu können.

Vor allem in den Managed Care Organizations (MCOs), die in den USA seit Mitte der 80er Jahre die Entwicklung bestimmen, werden Monopol und Dominanz der Ärzte in der Primärversorgung in Frage gestellt. Die Kostenaspekte sind das tragende Motiv. Könnte man bei gleicher Qualität in der Primärversorgung anstelle von Ärzten Nurse Practitioners (NPs) oder Psychologen als gleichberechtigte Mitglieder von Primärversorgungsteams einsetzen, so ließe sich entweder durch die geringeren Personalkosten bei gleicher Qualität oder durch verbesserte Qualität aufgrund zusätzlichen Personaleinsatzes bei gleichem Personalbudget die Wirtschaftlichkeit erhöhen. Um über ‘Wirtschaftlichkeit’ Aussagen zu treffen, muss allerdings die Qualitäts- bzw. Nutzenseite bewertet werden können. Eine aktuelle Studie liegt von Mundinger et al. (2000) aus den USA vor. Man verglich zwei zufallsausgewählten Patientengruppen,

die entweder von Ärzten oder Nurse Practitioners (NPs) behandelt und/oder überwiesen wurden. Der Gesundheitsstatus beider Gruppen nach sechs Monaten war gleich. Die physiologischen Untersuchungsergebnisse bei Patienten mit Diabetes und Asthma zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede. Bei Bluthochdruckpatienten war der diastolische Wert signifikant niedriger, wenn sie von NPs behandelt worden waren. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienste nach sechs und zwölf Monaten unterschied sich nicht signifikant. Auch die Zufriedenheitsraten nach der Erstinanspruchnahme war gleich. Bei der Zufriedenheit nach sechs Monaten gab es nur in einer von vier Dimensionen einen geringfügigen Unterschied zugunsten der Ärzte (4,2 zu 4,1 auf einer Skala bis 5 = excellent). In der Zusammenfassung heißt es: „In einer ambulanten Versorgungssituation, in der Patienten zufallsausgewählt entweder NPs oder Ärzten zugewiesen werden und in der NPs dieselbe Autorität, Verantwortung, Produktivität Verwaltungslast und Patientenpopulation haben, sind die Patientenwirkungen vergleichbar.“

Primärversorgungsorientierung

Fünf Vorzüge der Primärversorgung

Primärversorgung (PV) beinhaltet zweierlei, zum einen ein Bündel von Funktionsweisen, die zu erfüllen von Primärärzten oder Primärversorgungsteams erwartet wird, und zum anderen ist sie eine Orientierung für die Arbeitsweise eines gesamten Versorgungssystems. Nach den internationalen Erfahrungen ist es berechtigt, davon einen größeren Nutzen für die individuellen Patienten ebenso in der Public Health Perspektive einer Region zu erwarten. Fünf Vorzüge lassen sich nennen:

1. PV organisiert eine Institution zu der die Patienten mit einem sehr großen Spektrum von Gesundheitsproblemen kommen. Der größte Teil davon wird ohne Überweisung behandelt.
2. PV geleitet die Patienten durch das Gesundheitssystem, überweist sie an andere Stellen der Sekundär- und Tertiärversorgung.
3. PV ermöglicht eine dauerhafte persönliche Beziehung zwischen Patienten und – in der Regel – Ärzten und bezieht die Patienten in die Entscheidungen über ihre Gesundheit und Versorgung ein.
4. PV legt einen Schwerpunkt auf die Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung.
5. PV soll Brücken bauen von der individuellen medizinischen Versorgung zur familiären und sozialen Umwelt und deren gesundheitlichen Risiken und Bewältigungsmöglichkeiten.

Diese positiven Aspekte rechtfertigen jedoch keinen Dogmatismus der Primärversorgung. Die Vorzüge müssen unterschiedlich gewichtet werden, je nach Versorgungserfordernissen entweder bestimmter Bevölkerungsgruppen (z. B. alter Menschen) oder von Menschen mit bestimmten Erkrankungen (z. B. Krebs).

Beispiel: Versorgung alter Menschen

Die gesundheitliche Zustand älterer Menschen ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten,
- Zunahme der Multimorbidität,
- Zunahme psychischer Probleme (Depressionen),
- Zunahme des Pflegebedarfs, weil die Multimorbidität in der Spätphase zum Verlust körperlicher Funktionstüchtigkeit führt (SVR 1995).

Mit dem demographischen Wandel erhalten diese Merkmale für die Organisation der Krankenversorgung ein wachsendes Gewicht (Schulz-Nieswandt 1999, Döhner/Schick 1996, Döhner/Mutschler/Schmoeker 1996). Die Organisation einer altersgerechte Versorgung muss den spezifischen Krankheitsbildern und Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden. Das heißt:

- Sie muss sich am Ziel der Erhaltung von Mobilität und Selbständigkeit der Patienten orientieren, d. h. möglichst wohnortnah bzw. in der häuslichen Umgebung des Patienten sein.
- Wegen der größeren Häufigkeit von Demenzerkrankungen wächst der Bedarf an sekundärpräventiven Maßnahmen, um den Verlauf der Erkrankungen zu verzögern.
- Im Anschluss an eine Akutbehandlung muss eine frühzeitige und nahtlose Rehabilitation eingeleitet werden.
- Zur Vorbeugung chronischer Erkrankungen nimmt der Bedarf an Gesundheitsaufklärung in allen Altersstufen zu.

Alle diese Funktionen können entweder in der qualifizierten Primärversorgung erfüllt oder in die Wege geleitet und koordiniert werden. Jene Versorgungsfunktionen, die speziell für alte Menschen durch eigene Einrichtungen sichergestellt werden müssen, können ihren Nutzen am besten erfüllen, wenn sie ein hohes Maß an Integration aufweisen, vor allem im Rahmen eines primärversorgungsorientierten Systems.

Hinzuzufügen ist, dass je besser die Primärversorgung ausgestattet ist, z. B. mit berufsgruppenübergreifenden Teams, desto weniger und gezielter die Spezialeinrichtungen in Anspruch genommen werden. Döhner et al. verweisen auf die wichtige Funktion des Hausarztes als primärem Ansprechpartner für multimorbide und chronisch kranke Menschen. Der alte Patient wandert zwischen den Einrichtungen hin und her und muss mehrere Versorgungseinrichtungen gleichzeitig nutzen. Der Hausarzt soll die Vielfalt der erforderlichen Betreuungsleistungen bei somatischen und psychischen Beschwerden sowie den pflegerischem Betreuungsbedarf koordinieren. Eine intensiviertere Kooperation soll eine Versorgungskontinuität und eine gut abgestimmte Versorgung gewährleisten. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen soll verbessert werden.

Unter 'Hausarzt' sollte man primär die Funktion verstehen. Diese kann unter den heutigen Bedingungen auch arbeitsteilig durch Teams, denen z. B. Gemeindefachkräften, Sozialarbeiter und Psychologen angehören, ausgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die organisatorischen Voraussetzungen bestehen und die Bezahlungssysteme so umgestellt werden, dass sie auch die Leistungen von Teams mit Nichtärzten angemessen einbeziehen.

Beispiel: Versorgung von Krebspatienten

Bei auf spezifische Krankheitsarten fokussierten Zentren muss das Primärversorgungskonzept zwar als generelle Orientierung keineswegs ignoriert werden, jedoch ist die Rolle der Spezialisten eine besondere. Die onkologische Versorgung ist durch eine zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung gekennzeichnet. Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme, Informationsverluste an den Schnittstellen sind die Folge. Damit die Einzelprozesse „koordiniert, zügig, qualitativ hochwertig und wohnortnah ablaufen“ (SVR 1995: Ziff. 255), ist erforderlich,

- Informationsverluste zu minimieren,
- Vertrauensbeziehungen zwischen Patienten und allen behandelnden Ärzten aufzubauen und
- die personelle Integration aller an der Patientenbetreuung Beteiligten durch einem Koordinator sicherzustellen.

Für die Lösung dieser Probleme werden unterschiedliche Vorschläge gemacht, die vergleichend zu evaluieren wären. Meines Erachtens weisen viele dieser Modelle einen spezialärztlichen Bias auf, der jedoch zu beheben ist, wenn sie jeweils in ein primärversorgungsorientiertes regionales System (bzw. die Zwischenstadien dazu) integriert werden. Auch hier ist ein Allgemeinarzt-Dogma unangebracht, falls die Fachärzte tatsächlich innerhalb eines integrierten Systems primärversorgungsorientiert arbeiten. Das in den Vereinigten Staaten von den meisten Managed-Care-Organisationen eingesetzte Gatekeeper-Konzept, das den Besuch des Primärarztes obligatorisch macht, bewährt sich in diesen Fällen nicht. Die Patienten mit schwerwiegenden chronischen Krankheiten müssen Spezialisten direkt aufsuchen können, aber die Spezialisten müssen ihre Denk- Verhaltens- und Arbeitsweise im Sinne des Primärversorgungskonzeptes gründlich ändern.¹⁷ Sie müssen nämlich ebenfalls lernen, den ‘ganzen Patienten’ zu behandeln und mit ihm/ihr eine nachhaltige Beziehung aufzubauen.

Unter diesem Vorbehalt könnte den Tumorzentren bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung eine besondere Bedeutung zukommen. Sie können als ambulant-stationäres Kooperationsprojekt in einer definierten Region die onkologische Versorgung der Patienten übernehmen und über Richtlinien und Empfehlungen verbindliche Grundlagen für Diagnose, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen für alle Beteiligten verfügbar machen. In speziellen Zusammenhängen wie Tumorzentren kommt der Mangel an Palliativstationen hinzu, der noch ergänzt werden müsste durch Hospizplätze für diejenigen der sterbenden Patienten, die keine häuslichen Möglichkeiten haben oder wollen.

Indikationsbezogene Schritte zu mehr Integration können zu einem Teil bereits ohne gesetzliche Reform auf dem Wege von Verträgen zwischen Kassen, Kassenärzten und Krankenhäusern getan werden.

Der durchgängigen Primärversorgungsorientierung stehen unter den gegenwärtigen Verhältnissen eine Fülle von Defiziten entgegen, u. a.:

¹⁷ Das steht der traditionellen Haltung so entgegen, dass in der amerikanischen Praxis Erfolge nur aus den hochintegrierten ‘Staff and Group Model’- HMOs unter den Bedingungen der Teamarbeit und einer gewachsenen alternativen ‘Kultur’ berichtet werden (Wynn 1996). Das dürfte in Deutschland prinzipiell nicht wesentlich anders sein.

- Der gravierende Mangel an primärärztlichen Qualifikationen, Erfahrungen und Fähigkeiten, besonders bei Spezialisten (z. B. Fähigkeit, nach Leitlinien zu arbeiten, im Team auch mit Nichtärzten zu arbeiten, Teilfunktionen anderer Einrichtungen zu koordinieren);
- es fehlt an einer Infrastruktur von zur Anwendung aufbereitetem Wissen, Informationen und Informationstechnik;
- Größe und interne Struktur der Kassenarztpraxis sind den Anforderungen, koordinierende Managementaufgaben im Rahmen eines integrierten Systems wahrzunehmen, nicht angemessen.

‘Case Management’ – im Widerspruch der Interessen

Wie bei anderen Organisationskonzepten ist auch das ‘Case Management’ (CM) letztlich nur zu bewerten innerhalb seines konkreten Kontextes. In den USA wurde es lange Zeit in der Sozialarbeit eingesetzt, in der medizinischen Versorgung ist es recht neu. Seine medizinische Karriere verdankt es der Spannung zwischen zunehmender Spezialisierung und Fragmentierung auf der einen Seite und dem Aufkommen der Managed Care Organizations auf der anderen. Den MCOs geht es unter anderem darum, die Kosten in den Griff zu bekommen und die einzelnen Versorgungselemente durch Integration miteinander zu verknüpfen.

Es ist fast überflüssig zu betonen, dass es weder eine einheitliche Definition noch eine standardisierte Verwendung gibt.¹⁸ Gemeinsam ist allen CM-Konzepten der Bezug zum individuellen Fall bzw. Patienten mit seinen Versorgungserfordernissen. Ziel ist, die Patienten durch die verschiedenen Stationen ihrer Versorgung zu begleiten. Es soll die **Kontinuität** gesichert werden (s. Abbildung 2).

Bezogen auf die Integration des Gesundheitswesens ist CM ein Instrument der **personalen Integration**. Als solches ist es notwendigerweise ambivalent, denn indem es die Brüche, Ungleichzeitigkeiten und FehlAbstimmungen aus Sorge um den einzelnen Fall kompensiert, kann es den fragmentierten Status quo konservieren. Das muss berücksichtigt werden, ist aber kein prinzipielles Argument gegen CM, das in den meisten englischsprachigen Ländern inzwischen eine häufige institutionelle Praxis geworden ist und auch in Deutschland beginnt, größere Verbreitung zu finden.

Wer soll die Funktion des CM ausfüllen? CM ist kein berufsgruppenspezifisches Konzept. Die Funktion eines Case Managers kann prinzipiell von Ärzten, Psychologen Sozialarbeitern oder Angehörigen der Pflegeberufe wahrgenommen werden. Das hängt von der konkreten Aufgabe und dem organisatorischen Kontext ab. Häufig unterscheidet man medizinisches CM (Abgrenzungsproblem mit Disease Management, s. unten) und sozial-betreuendes, orientierendes CM, woraus sich berufsgruppenspezifische Zuordnungskriterien ergeben.

Klarheit muss über die Grundorientierungen des CM herrschen. Wahrscheinlich seiner Herkunft aus der Sozialarbeit verdanken zahlreiche CM-Konzepte ihren Anspruch, anwaltschaftlich und treuhänderisch im Sinne von Advocacy für die Patienten tätig zu sein. Auf der anderen Seite instrumentalisieren Managed-Care-Organisationen die CM-Konzepte für die betriebswirtschaftliche Rationalisierung der Versorgungsabläufe. Das muss nicht in jedem Ein-

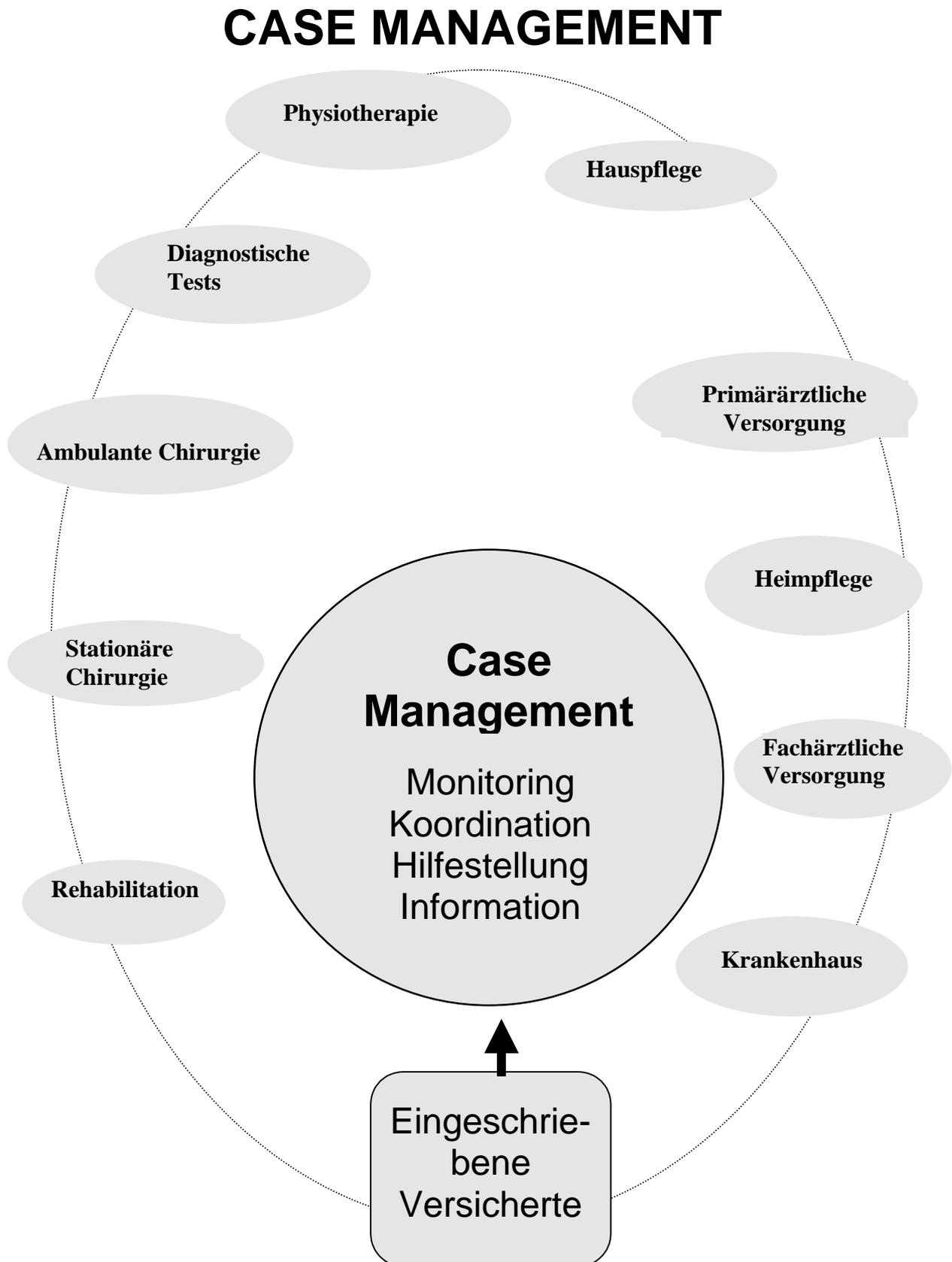
¹⁸ Immer noch empfehlenswert ist die kommentierte Bibliographie mit einführendem Text von M. Ewers (1995).

zelfall im Widerspruch zur Advocacy-Funktion stehen. Beispielsweise liegt die Verkürzung der Such- und Wartezeiten zwischen einzelnen Diagnose- und Behandlungsschritten sowohl im Interesse des Patienten als auch des Unternehmens. Aber dennoch ist die Funktion in jedem Einzelfall davon abhängig, ob zwischen Case Managern und Patienten eine **Vertrauensbeziehung** aufgebaut werden kann. Wird CM als Kostenkontrolle wahrgenommen, kann es die anwaltschaftliche Funktion nicht realisieren, denn diese erfordert erstens die Bereitschaft zum Konflikt mit der Versicherung bzw. dem Management und zweitens das Vertrauen der Patienten in diese Bereitschaft.

Tophoven (1995) erkennt und betont deutlich, dass diese Grundorientierung und ihre subjektive Wahrnehmung stark davon beeinflusst wird, bei welchem Träger das CM angesiedelt wird. Es bleibt aber ohne inhaltliche und empirisches Argument, wenn sie dem kassengetragenen CM ohne weiteres eine Schutzfunktion gegenüber den „Leistungsanbieterinteressen“ zuschreibt. Auch dies kann durchaus im Einzelfall so sein, jedoch wird generell das Primat der Versicherungsseite im Zweifelsfall eher auf der Kostensenkung als der Qualitätsverbesserung gesehen.

Wie ist es auf der Anbieterseite? Je stärker hier die prospektiven Finanzierungsinstrumente (Budgets und Pauschalen) wirken, desto mehr werden auch die Leistungserbringer als Institutionen Versicherungsrisiko tragen und damit auch Versicherungsinteressen wahrnehmen. Es käme also darauf an, dem Case Management einen Status zu geben, der unabhängig ist und auch als solcher wahrgenommen wird. Das wäre die Voraussetzung für die Wahrnehmung der treuhänderischen Funktion für die individuellen Patienten. Wenn betriebliche Managemententscheidungen und Patienteninteresse sich decken, worauf immer wieder verwiesen wird, dann gibt es kein Problem. Aber in den Fällen, in denen das nicht der Fall ist, bedarf es einer Partei, die im Zweifel für den individuellen Patienten und individuellen Versicherten ist. Wird das so wahrgenommen, dann werden die Case Manager auch in der Mehrheit jener Fälle effektiver sein, in denen objektiv keine Interessenkonflikte bestehen.

Abbildung 2:



Primärärzte: Gatekeeper oder Koordinatoren? – Teamarbeit

Eine spezifische Zusammenführung der Konzepte eines medizinischen Case Managements und der Primärarzt-Orientierung ist die Rolle des Primärarztes als Gatekeeper.

Gatekeeping-Konzept: zwei Orientierungen

Gatekeeping-Konzepte können nach zwei verschiedenen Orientierungen unterschieden werden. Die **versorgungsorientierte** Logik beruht auf den Argumenten, wie sie in den Begründungen der Primärarztkonzepte bzw. Primary Health Care angeführt werden. Die **kontrollorientierte** Logik hat zum Ziel, Inanspruchnahme und Leistungserbringung zu kontrollieren, indem der Zugang zu Spezialärzten von der Zustimmung des Primärarztes bzw. Gatekeepers abhängig gemacht wird. Diese Kontroll- und Kostenorientierung wird häufig in Kombination mit finanziellen Anreizen realisiert. Entweder erhalten die Gatekeeper Prämien für geringere Überweisungs- und Einweisungsraten oder es werden 'kombinierte Budgets' (wie z. B. das Fundholding im britischen NHS) eingeführt. Zwischen beiden Orientierungen gibt es Überlappungen ebenso wie Gegensätze (Iliffe /Munro 1997).

Die konzeptionellen Grundlagen des Gatekeeping sind größtenteils mit denen des Primärarzt-systems identisch. Im Modellfall bildet der Primärarzt

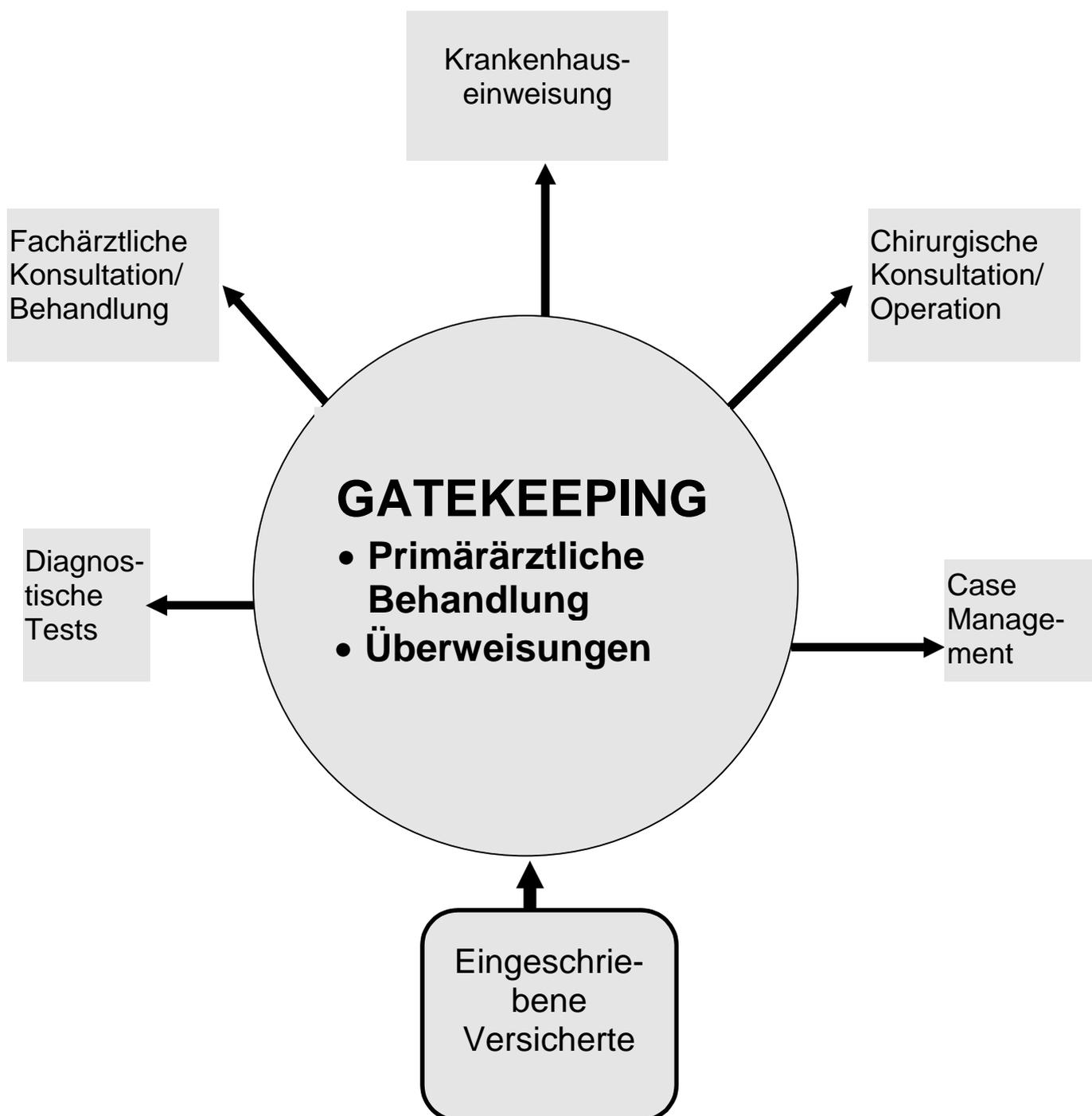
- die obligatorische erste Anlaufstelle für die Patienten;
- führt allgemeinärztliche Diagnose und Behandlung durch;
- sichert die Kontinuität der Behandlung über das gesamte Spektrum der medizinischen Dienstleistungen – von der Prävention über die Akutbehandlung, vom Krankenhaus bis zum Hospiz und hat hier auch kontrollierende Kompetenzen;
- koordiniert die Tätigkeit aller anderen Ärzte und Nichtärzte;
- informiert, berät und erzieht die Patienten und
- legt einen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Grundidee für seine Schlüsselrolle beruht auf den angenommenen Kosten- und Qualitätsvorteilen. Der Gatekeeper soll die Versorgung eines Patienten kontrollieren und unterliegt selbst der Kontrolle durch das Management, ist also der kontrollierte Kontrolleur. Ob er jedoch tatsächlich die Hoffnungen erfüllt, ist bislang empirisch weitgehend unklar.

Im Falle der amerikanischen MCOs ist die häufigste Kritik am Gatekeeping dessen Kontrolle der Erstinanspruchnahme. Die Versicherten können keinen Spezialisten besuchen ohne Überweisung durch einen Primärarzt. Obwohl Experten immer wieder behaupten, die Primärärzte würden ohnehin von den Versicherten in 80 bis 90 Prozent aufgesucht und die beantragte Überweisung würde nahezu immer gewährt, wurde in den Vereinigten Staaten die Kritik in den letzten Jahren immer lauter und hat zu einem Rückschlag und zahlreichen Gesetzesinitiativen gegen die HMOs geführt. Wie auch immer die Tatsachen sind, unumstritten ist die große und wachsende Unzufriedenheit der amerikanischen Versicherten mit dem Gatekeeper. Das wäre für Deutschland wahrscheinlich ebenso zu erwarten.

Abbildung 3:

GATEKEEPING



Viele MCO-Unternehmen nutzen dies bereits, indem sie freie Arztwahl gegen Aufpreis verkaufen. In den USA (ebenso wie bei den deutschen Mittel- und Oberschichten) wird der Zwang zur Erstinanspruchnahme des PV-Arztes als Bedrohung der freien Arztwahl angesehen. Ein problemverschärfender Widerspruch liegt auch darin, dass mit den Wettbewerbsverheißungen mehr Konsumentenfreiheit ('free choice') suggeriert wird, während tatsächlich unter dem Zwang des Wettbewerbs kontrollierende Gatekeepers eingesetzt werden, die genau diese Freiheit einschränken. Ein Kompromiss könnte – in urbanen Regionen – die freie Wahl des PV-Arztes sein. Allerdings ist die Kontinuität der Versorgung (und eines guten Arzt-Patient-Verhältnisses) von der Dauer des Arzt-Patient-Verhältnisses abhängig und würde vom häufigen Arztwechsel beeinträchtigt.

Gegen Gatekeeping wird das Risiko der Unterversorgung durch unterlassene oder verspätete Überweisungen für notwendige fachärztliche Behandlung angeführt. Üblicherweise heißt es, dafür gäbe es „kaum Belege“. Emanuel und Dubler (1995) weisen auf belegte Defizite dieser Umorientierung hin: Es verblieben auch solche Leistungen beim Generalisten, die dieser mit schlechterem Ergebnis durchführt als ein qualifizierter Spezialist, so etwa bei der nachgehenden Behandlung von Krebs (z. B. Krebsnachsorge durch Primärarzt anstatt Onkologen/Hämatologen (Clement/Retchin/Brown/Stegall 1994)). Auch sei zu befürchten, dass Medikamente und andere weniger teure Leistungen an die Stelle der Konsultation durch Spezialisten treten.

Auch wird in vielen Diskussionsbeiträgen implizit so getan, als sei allein das Fehlen der Gebietsarztausbildung und weiterer Spezialisierungen bereits eine Tugend. Erforderlich hingegen sind Standards, über welche Wissensbreite, Fertigkeiten und Erfahrungen Primärärzte (bzw. nichtärztliche Berufe in der Primärversorgung) verfügen müssen.

Trotz des weitgehenden Zuspruchs, den die Primärversorgungsorientierung in letzter Zeit erfährt, sind viele konkrete konzeptionelle Fragen bisher noch offen, haben noch keine empirisch überlegene Lösung gefunden:

- Wer kann ins Krankenhaus einweisen (nur PV-Arzt? Facharzt? beide?),
- welche Fachärzte können in ambulanter Praxis versorgen, welche nur im Krankenhaus?
- Wie sollen Primärärzte honoriert werden (Einzelleistungshonorar, Kopfpauschale, Fallpauschale, Kombination)?
- Wie verhält es sich mit Selbstbeteiligung? Für alle überwiesenen und verschriebenen Leistungen ist sie als Anreiz sinnlos, also dann für die Erstinanspruchnahme?
- Sollen primärärztliche Leistungen in Gesundheitszentren erbracht werden, damit die Koordinationsfunktion erfüllt werden kann?
- Selbst wenn Primary Health Care als Konzept überzeugt und wenn zudem von der betroffenen Bevölkerung die Einschränkung der freien Arztwahl akzeptiert wäre – wie würde man unzureichend qualifizierte Primärärzte in mangelhaft funktionalen Institutionen (Einzelpraxis) abwägen gegenüber einer unregulierten Inanspruchnahme von Spezialärzten und Kliniken?

Gesundheitspolitisch muss man sich in diesem Feld bewegen zwischen der Skylla eines unkoordinierten Zugangs zu Spezialärzten und der Charybdis eines rigiden und restriktiven und

auch bürokratischen¹⁹ Gatekeepers. Der bei politischen Akteuren beliebte Gebrauch einer idealisierten Stereotype des 'Hausarztes' in einer Solopraxis weckt Illusionen und gibt keine Entwicklungsperspektive. Alternativen für die Zukunft müssen in Institutionen auf höherem Vergesellschaftungsniveau, d. h. in anspruchsvolleren, der Komplexität der heutigen Medizin entsprechenden Kooperationsformen gesucht werden.

Fragwürdig bleibt die Kontrollfunktion des Gatekeepers. Bodenheimer et al. setzen dem die Rolle des Koordinators entgegen: Die kontrollierende Gatekeeper-Rolle, so argumentieren Bodenheimer und Kollegen (1999), „konzentriert die Aufmerksamkeit sowohl von Arzt als auch Patient auf Tätigkeiten, die beide als negativ ansehen: Der Primärarzt kommt dem Ersuchen des Patienten nach oder lehnt es ab und ist zudem tief verstrickt in den langweiligen und nervenden Prozess, seinerseits Autorisierungen (vom Management bzw. der Versicherung, H.K.) zu erhalten. Ein Primärarzt hingegen in der Rolle des Koordinators hilft, die Patienten durch den komplizierten und potentiell gefährlichen Irrgarten von Spezialisten und Leistungsangeboten zu führen, koordiniert die Spezialisten und berät seine Patienten im Rahmen einer langfristig angelegten Vertrauensbeziehung“. Freilich genügt hier nicht der gute Wille, sondern es bedarf sowohl der Qualifikation und Erfahrung als auch der institutionellen Voraussetzungen.

Primärversorgungsteams

Um so die Koordinatorenrolle in den Vordergrund der primärärztlichen Tätigkeit zu stellen, müssen auf drei Ebenen Veränderungen stattfinden:

- (1) dem primärärztlichen **Arbeitsprozess**,
- (2) dem **Überweisungs-** bzw. Einweisungsprozess und
- (3) der **Honorierung** des Gatekeeping-Konzepts.

Umgestaltung des Arbeitsprozesses: Bildung von Teams

Wenn **Primärversorgungsteams** (s.o.) gebildet werden, könnten nach einem Vorschlag von Bodenheimer et al. diese zusammengesetzt sein aus:

- zwei PrimärärztInnen,
- einer/m Nurse Practitioner²⁰ oder Assistenzarzt,
- einer/m Krankenschwester bzw. Pfleger und
- zwei medizinisch-technische AssistentInnen für mehrere tausend eingeschriebene Patienten.

Die Allgemeinmedizin ist zwar größte Komponente einer gesundheitlichen Primärversorgung, sollte aber nicht damit identifiziert werden. Im britischen NHS sind vor allem die community nurses und verschiedene nichtärztliche Heilberufe integraler Bestandteil der Primärversorgung (Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Logopäden etc.). Eine reine Orientierung auf Ärzte und deren dominierende Rolle entspricht zwar dem Status quo von Macht und Einfluss im deutschen Gesundheitswesen, ist aber von der Sache her nicht unbedingt gerechtfertigt.

19 Beispiele s. Kühn 1997

20 Soweit ich weiß, gibt es in Deutschland keine Entsprechung für diesen akademisch ausgebildeten Beruf.

Mehr noch als unter den anderen Aspekten wird hier deutlich, dass Integration dann nicht zur Bürokratisierung führen muss, wenn sich sowohl die Institutionen als auch die Art ihrer Verknüpfung grundlegend wandeln. Strukturen der arbeitsteiligen und berufsgruppen- sowie spezialitätenübergreifenden **Teamarbeit** sind die naheliegende Antwort, da die medizinischen Dienstleistungen aufgrund ihrer hohen Komplexität ohnehin nur mit großen Verlusten extern steuer- und kontrollierbar sind.

In der Teamarbeit steckt das der Medizin angemessene Potential zum Abbau von Unwirtschaftlichkeiten ohne beeinträchtigende Einschränkungen der ärztlichen Autonomie²¹. Das Management, das heute in den meisten Managed-Care-Unternehmen in Abwesenheit der Patienten über ärztliche Ersuchen entscheidet, würde zum einen in den Arbeitsprozess reinternalisiert und könnte ihren Charakter verändern. Die Teammitglieder korrigieren und informieren sich gegenseitig (Bloor, K./Maynard, A. 1992). Teamarbeit ist nicht nur eine qualitätssichernde Struktur, sie ist auch besser in der Lage, spezifische Techniken und Methoden der Qualitätsverbesserung flexibel umzusetzen. So investieren in den Vereinigten Staaten große, fachübergreifende Ambulatorien weit mehr in Informations- and-reminder-Systeme und die Aufbereitung der eigenen Daten (Bodenheimer 1999b) als andere Versorgungsformen.

Das Management von Teams wird, wenn es seiner Herrschaftsfunktionen entbunden wird, zu einem **‘ermöglichenden Management’**, das medizinisches Wissen, wirtschaftliche Informationen, Behandlungsrichtlinien usw. aufarbeitet und den Teams zugänglich macht. Klinische Entscheidungen finden – anders als in den amerikanischen Managed-Care-Organisationen – dort statt und werden dort verantwortet, wo sie hingehören: in der unmittelbaren persönlichen Beziehung mit den Patienten.

Die Integration zu regionalen Versorgungssystemen in den USA lässt – mit welchen Verzerrungen auch immer – empirisch nicht nur ein Wachstum dieser System erkennen, sondern auch eine dynamische Entwicklungstendenz in Richtung Teamarbeit. Weitere Veränderungen des Arbeitsprozesses im Sinne bereits empirisch zu beobachtender, wenngleich noch nicht überall realisierten Tendenzen sind folgende:

- Das **Telefon** wird das Stethoskop als wichtigstes Instrument des Primärarztes ersetzen. So können z. B. auch die Patienten zu Follow-up-Untersuchungen aufgefordert werden.
- **Computerisierte Datensysteme** informieren die Teams über ihre Patienten, ob sie z. B. chronisch krank sind, ob vorbeugende Maßnahmen in Frage kommen etc. Wichtig sind auch Informationen über die eigenen Leistungen und die der Spezialisten.
- Das **Leistungsspektrum** der Allgemeinärzte kann schmaler werden. Das heißt, eine schematische Maximierung von Leistungen auf der PV-Seite und Minimierung bei den Spezialisten, wie sie meist den Versicherungen vorschwebt, wird sich nicht bewähren. Die Empirie zeigt, dass **Spezialisten**, die eine größere Zahl von Patienten mit bestimmten Krankheiten behandeln darin besser sind. Bodenheimer et al. verweisen auf Studien zu Asthma, Herzinfarkt, Rheuma etc. Hier sehe ich ein Beispiel für die Notwendigkeit, auch die

21 Gemeint ist damit die tatsächlich ärztliche, professionelle Autonomie und nicht die wirtschaftsliberale Autonomie freier Erwerbswirtschaft. Eine (geläuterte) professionelle Autonomie und Verantwortung würde vom individuellen Behandler und vom Team gemeinsam getragen und nicht – auf übergeordnete Kontrollapparate (z. B. von Versicherungen oder dem Management großer Anbieter) übertragen.

Grundhaltung und Arbeitsweise der Spezialärzte zu überdenken. Um kompatibel in einem integrierten System zu werden, müssten auch sie eine ‘Primärversorgungsorientierung’ annehmen.²²

Über die **Sparpotentiale** primärärztlicher Tätigkeit wird viel spekuliert. Meines Erachtens liegt in den Kosten für die Arbeitskräfte des Teams kein Sparpotential. Angemessene **Primärversorgung ist keine Billigmedizin**. Kommunikation und Koordination bedarf der teuersten Ressource im Gesundheitswesen, nämlich der **Arbeitszeit hochqualifizierter Kräfte**. Wer daran spart und – wie in MCOs vielfach beklagt wird – die Ärzte zu immer größeren Patientenzahlen pro Stunde zwingt, wird das eigentliche Sparpotential nicht mobilisieren können, das in der Leistungsqualität des Gesamtsystems liegt mit der Folge langfristig geringerer **Inanspruchnahmeraten**.

Zu (2) und (3): Überweisungen, Einweisungen und Honorierung

Jeder Patient sollte ein Primärversorgungsteam und -Arzt als Anlaufstelle haben, das/der die meisten Leistungen selbst erbringt, die anderen vermittelt und koordiniert. Primärärzte sollten aber nicht gezwungen werden, die Erlaubnis für den Besuch von Spezialisten zu verweigern. Sie sollten in der Lage sein, ihre Patienten zu überzeugen, z. B. mit ihnen am Telefon darüber zu diskutieren, wenn sie ihn für unangebracht halten.

Im Zusammenhang damit werden **finanzielle Anreize**²³ vorgeschlagen, unterschiedlich für Patienten, Primärärzte und Spezialisten.

Soweit man überhaupt monetär steuern zu müssen glaubt, wäre anzustreben, mit der Honorierung der **Primärärzte** sowohl Über- als auch Unterversorgung zu erschweren. Um übermäßige Überweisungen von ‘komplizierten’ Patienten zu hemmen, sollte für die Übernahme aufwendig zu versorgender Patienten ein Bonus gezahlt werden, da diese eine Vertrauensbeziehung und Zeit voraussetzen. Eine Metastudie zeigt, dass es für den Nutzen reiner Kopfpauschale und kombinierter Budgets für Primärärzte keine empirische Evidenz gibt (Hellinger 1996). Die Empirie – so Hellinger – spreche mehr dafür, die Arbeit der **Spezialisten** mit Pauschalen oder einem festen Gehalt zu entgelten. Gerade die übliche Kombination von Kopfpauschalen für Primärärzte und Einzelleistungshonorar für Spezialisten würde die primärärztliche Koordination entwerten und habe einen Mengenreiz für die Spezialisten.

Die **Hindernisse** für die Aufwertung der Primärversorgung und die Übernahme der Koordinatorenrolle dürften in folgendem liegen:

Die Versicherer befürchten höhere **Kosten**, wenn die Gatekeeping-Rolle gelockert würde. Die Belege für längerfristige Wirtschaftlichkeit des Gatekeeping sind jedoch überraschend spärlich. Es wäre einen Versuch wert, anstatt die Primärversorgung durch kombinierte Budgets oder ‘Fundholding’ restriktiv zu behandeln, die Spezialisten zu budgetieren.

Ein zweites Hindernis liegt in der **großen Zahl der Fachärzte** und ihrem relativ hohen Einkommen. Sie werden unzweifelhaft die **Verlierer** der Primärversorgungs-Orientierung sein. Ich schlage vor, **Übergangskonzepte** zu entwickeln, mit denen dies vermindert und abgefe-

22 Dazu s. u. Disease Management

23 Zu grundsätzlichen Einwänden gegen den größten Teil der diskutierten Anreizsysteme s. Kühn 1996b

dert werden kann. Beispielsweise würde eine großzügigere Honorierung der Primärärzte einen Anreiz für jüngere Sekundärärzte bilden, sich zu requalifizieren. Richtig verstandene Primärarztqualifikation ist ja nicht minderwertiger als die des Spezialisten, sondern andersartig. Entsprechende Programme könnten vom Staat unterstützt werden. Älteren Spezialisten können Anreize zum allmählichen Ausstieg (subventionierte Verminderung der Patientenzahlen) angeboten werden.

Disease Management

‘Disease Management’ ist – ebenso wie Managed Care, Gatekeeping oder Case Management – kein eindeutig definierter wissenschaftlicher Begriff. Gemeinsam ist den mittlerweile pluralisierten Konzepten folgendes: es werden Gruppen von Patienten identifiziert, deren Krankheitsstatus durch intensive (medizinisch-medikamentöse und verhaltenserzieherische) Tertiärprävention und durch standardisierte und integrierte Behandlungskonzepte verbessert werden kann. Ziel ist die längerfristige Reduzierung der Inanspruchnahme.

Die Kriterien für die Auswahl der Patienten ergeben sich unter Wettbewerbsbedingungen²⁴ aus der Ökonomie. Ihre Erkrankungen müssen

- (1) häufig vorkommen,
- (2) teuer sein,
- (3) behandelbar sein und
- (4) der ‘return on investment’ muss relativ kurzfristig eintreten, wie z. B. bei Asthma.

Ein Disease-Management-Konzept hat im Kern drei Schlüsselemente:

- Behandlungspläne, Guidelines für die Behandlung der jeweiligen Patientengruppe,
- Retrospektive Behandlungsberichte und –daten,
- Daten über Veränderungen bei den ‚Outcomes‘,

Das organisatorische Problem besteht darin, dass Disease Management die traditionellen Grenzen zwischen den Leistungserbringern überschreiten muss, z. B. zwischen Krankenhäusern und Kassenärzten, Sozialstationen etc. Die vertikale Integration von unterschiedlichen Behandlungsebenen, von der Primär- bis zur Tertiärversorgung, kann sicherstellen, dass die Behandlung einer chronischen Erkrankung in sich konsistent ist und dem umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan des Disease Managers entspricht (West 1998). In gewisser Weise kompensieren die Disease Managers fehlende institutionelle Integration und würden teilweise mit deren Fortgang wieder überflüssig.

Regional kann ein Disease Management für Patienten mit definierten chronischen Krankheiten und die entsprechende vertikale Integration der Leistungserbringung organisiert werden. Das wird ansatzweise durch Verträge einzelner deutscher Krankenversicherungen beispielsweise für die Behandlung von Diabetes-Patienten versucht. Die fehlende Integration lässt im-

²⁴ Der Wettbewerb der MCO-Versicherungen und die Unzufriedenheit der Mitglieder führen in den USA zu sehr hohen Fluktuationsraten (bis zu 30 Prozent jährlich) und folglich - da es sich um ‘Einkaufsmodelle’ handelt – zu entsprechendem Arzt- bzw. Systemwechsel. Daher zahlen sich bei Wettbewerb längerfristige Investitionen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nicht aus. Ein Beispiel ist die Prävention der Osteoporose.

mer wieder Interessenkonflikte entstehen um die Frage: wer deckt welchen Teil des Versorgungskontinuums ab?

Im Zuge von Praxisnetzen wird vorgeschlagen, man solle die Schwierigkeiten, die mit einer vertikalen Integration verbunden sind, umgehen und Informationstechnologie dafür nutzen, um das benötigte Maß an Integration zu erzielen ('virtuelle Integration'). Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine Umorientierung der gesamten ärztlichen Arbeitsweise, einschließlich des über viele Generationen entstandenen Habitus des ‚autonomen Einzelarbeiters‘, nur sehr schwer und nur dadurch sich vollziehen kann, dass eine **neue Dienstleistungskultur** in festen Zusammenhängen von Arbeitsteilung und Kooperation entsteht (Shortell/Gillies/Anderson et al. 1996). Es geht um Erfahrungslernen im Rahmen sich wandelnder Institutionen.

Das Disease-Management-Konzept wurde in den Vereinigten Staaten von Pharma-Unternehmen aufgegriffen und propagiert. Diese sahen mit der raschen Ausbreitung von Managed Care Organizations (MCOs) ihre Absatzchancen bedroht. Denn zu den zentralen Prinzipien des Managements in den MCOs gehören Kostenkontrolle, Streichung 'überflüssiger' Leistungen, Verschreibungskontrolle, Großeinkauf von Arzneimitteln mit harten Rabattverhandlungen usw. (Kühn 1997). Die großen Pharma-Unternehmen sahen sich durch die neuen integrierten Systeme mit der Aussicht ruinöser Discountkonkurrenz konfrontiert. Gelingt es ihnen aber, mit Behandlungsleitlinien für alle, die am medizinischen Versorgungsprozess definierter Krankengruppen beteiligt sind, zugleich auch den Arzneimittelverbrauch festzulegen, dann haben sie ein gutes Stück Marktsicherheit gewonnen. Eine besondere Betonung in vielen Disease-Management-Konzepten ist die laufende Kontrolle von und Motivation zur 'Compliance' bei der Arzneimitteltherapie. Nach der überdurchschnittlich guten Gewinnsituation der amerikanischen Pharma-Hersteller zu urteilen (Freundenheim 1998), hat die Verbreitung von Disease Management (und die entsprechende Ausrichtung der eigenen Produktions- und Absatzstrategien) die Erwartungen offenbar erfüllt.²⁵

Das ökonomische Gewicht des Disease Managements für die Versorgungssysteme, die ja durch die prospektive Finanzierung das finanzielle Krankheitsrisiko tragen, erhöht sich dadurch, dass ein sehr hoher Prozentsatz der Ausgaben auf nur einen jeweils kleinen Teil der Patienten entfällt, dessen Versorgung gezielt rationalisiert werden kann. Die vor allem in Frage kommenden Krankheitsarten sind solche mit hohen Behandlungskosten wie Asthma, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, psychische Erkrankungen usw. Auch werden Disease-Management-Konzepte immer wieder für Krankheiten wie Rückenschmerzen ausprobiert, die zwar nicht lebensbedrohend sind, aber eine große Zahl von Fehltagen verursachen, jedoch bislang wohl ohne Erfolg.²⁶

25 'The drug companies are in the best shape they have ever been in,' said Leonard Yaffe, a health care analyst in San Francisco with NationsBanc Montgomery Securities" (Freundenheim 1998).

26 Es liegt in der Logik des wirtschaftlichen Wettbewerbs, dass Managed-Care-Unternehmen als Versicherungen das mit dem Disease Management verbundene Risiko an die integrierten Anbietersysteme weitergeben (Bodenheimer, T. 1999). Diese wiederum schließen für bestimmte (aufgrund der mangelhaften Kalkulierbarkeit) wirtschaftlich riskante Erkrankungen Versorgungsverträge mit Gruppen von ärztlichen Spezialisten, die sich sozusagen 'um eine Krankheit herum' organisieren und – sie werden in der Regel mit Pauschalen entgolten – dafür das finanzielle Risiko tragen. Es versteht sich, dass damit die Primärärzte ausgeschaltet sind.

Die Versicherungsunternehmen, MCOs oder integrierten Anbietersysteme gehen immer wieder dazu über, Patienten mit schwer kalkulierbaren, auch seltener auftretenden Erkrankungsgruppen aus der normalen integrierten und gatekeeperbewährten Versorgung auszuklammern (carve-out) und ihre Behandlung in die Hand solcher Disease-Management-Gruppen von Spezialisten zu legen. Da insgesamt die Rationalisierung der amerikanischen Medizin zu einem erhebli-

Mit Blick auf die **Primärversorgungsorientierung** muss noch Folgendes angefügt werden: Die auf Krankheitsarten spezialisierten Konzepte, bei denen Spezialärzte eine größere Rolle spielen, sind durchaus mit diesem Prinzip vereinbar, falls die Spezialisten ihre Arbeitsweise entsprechend anpassen und den ‘ganzen Menschen’ in seinem Kontext sehen und behandeln.

Inzwischen haben sich spezialisierte Firmen für Disease Management daran gemacht, konkrete Konzepte für konkrete Krankheiten in konkreten regionalen und institutionellen Settings kommerziell anzubieten (Bodenheimer 1999, Wynn 1996). Es ist überflüssig zu sagen, dass die Praxis des Disease Managements ein weites Spektrum umfasst, das von ‘seriös und auf dem besten Stand des medizinischen und empirisch fundierten Wissens’ auf der einen Seite reicht bis zur marketingorientierten Etikettierung von Strategien, die auf kurzfristige Kostenminimierung gerichtet sind. In ihren ambitioniertesten – und wahrscheinlich auch effektivsten – Formen werden alle Individuen und Einrichtungen, die früher auf fragmentierte Weise an der Behandlung eines Patienten beteiligt waren, zusammengefasst und auf der Grundlage standardisierter Behandlungsstrategien koordiniert: Ärzte verschiedener Spezialitäten, Schwestern, Krankenhäuser, Laboreinrichtungen, Versicherungen bzw. MCOs. Disease Management wird, auch im amerikanischen For-Profit-Sektor, als das Konzept angesehen, das am besten den Möglichkeiten und Erfordernissen integrierter Systeme entspricht.

Disease Management und Public Health

Was meist übersehen wird, ist die potentielle **Public-Health-Dimension** von Disease Management. Das kann am **Beispiel Asthma** erläutert werden. Die Inzidenz hat sich in den Vereinigten Staaten in zwei Jahrzehnten verdoppelt, etwa ein Drittel der Asthmakranken sind Kinder. Kinder der Unterschichten – so war bekannt – leiden häufiger an akuten Asthmaattacken und verbrauchen mehr Krankenhaustage als Kinder der Mittel- und Oberschichten. Aber das wahre Ausmaß der Unterschiede in einer Metropole wie New York City wurde erst durch eine Studie der Mount Sinai School of Medicine bekannt. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von akutem Asthma betrug in Wohnvierteln von Armen und Minoritäten gegenüber den wohlhabenden Wohnvierteln das Zwanzigfache.

1998 begann die Stadt New York (Department of Health’s Childhood Asthma Initiative) eine große und umfangreiche Asthma-Initiative. Mobilisiert wurden Krankenhäuser, Polikliniken, Managed-Care-Organisationen, ebenso aber auch Schulen, Tagespflegeeinrichtungen, Stadtteilorganisationen in den besonders betroffenen Quartieren. Es ging um die Unterstützung für besseres ‘Management’ der Erkrankung bei den Ärzten und den Familien. Der Gesundheits-Commissioner von New York City schrieb in einem Leserbrief: „Bei einer so riesengroßen Unterschiedlichkeit für Asthma über die Wohnquartiere liegt der Schlüssel für die erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheit bei Lösungen, die auf die Lebensverhältnisse bezogen sind“ (New York Times v. 30.7.1999).

Gerade in der sogenannten Tertiärprävention bei chronisch Kranken, die über einen möglichst langen Zeitraum das Voranschreiten der Krankheit und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen verhindern sollen, kommt es auf das Zusammenwirken von Ärzten, Patienten und

chen Minderbedarf an Fachärzten geführt hat (und noch weiter führen wird) werden von diesen Gruppen Bedingungen (Preise) akzeptiert, die daran zweifeln lassen, ob die Patienten tatsächlich die Behandlung erhalten, die ihnen längerfristig am besten hilft.

Familien in ihrem sozialen Kontext an. Besonders bei Angehörigen der Unterschichten kann der Effekt individualmedizinischer Maßnahmen vervielfacht und die Inanspruchnahme (z. B. des Krankenhauses) erheblich gesenkt werden. Entscheidend ist hier die Primärversorgungsorientierung, wobei es dann eher eine Nebensache ist, ob im konkreten Fall solche Aufgaben von Spezialistenteams oder von Allgemeinärzten übernommen werden.

Übersicht : Disease Management

TRADITIONELLE BEHANDLUNG	DISEASE MANAGEMENT
fragmentierte Behandlg.	Umfassende Behandlung
Krankheitsepisoden	integrierte Behandlung entlang dem Kontinuum
reaktive partielle Interventionen	Fokus auf der gesamten Person
ausschließlich individuelle Orientierung	auch auf Populationen und Gruppen orientiert
angebotsorientiert	nachfrageorientiert
passive Patienten	aktive Klienten (gesund und krank); Patienten Management Instrumente für Gesundheitserziehung, Empowerment und Selbsthilfe
Akutversorgung	Akutversorgung + Prävention + Gesund- heitsförderung + Rehabilitation
Monodisziplinär (Medizin)	Multidisziplinär, berufsgruppen- übergreifend
Tradition, Routinen, Meinungen	Empirisch-wissenschaftlich: evidence- based medicine, ökonomische Evalua- tion, outcome assessment²⁷
ärztliche Autonomie, Behandlungsfreiheit	guidelines, protocols, care paths, Ver- antwortlichkeit
	Informationstechnologie zur Entschei- dungshilfe und 'intelligente' Informa- tionssysteme
Individuelle Lösungen	Systemische Lösungen
statisch	dynamisch
	Systeme kontinuierlicher Qualitäts- verbesserung

Quelle: Kesteloot/Defever 1998, Disease Management, eurohealth Vol.4, No.5: 28-29

²⁷ Outcomes assessment umfasst: empirische Erfassung des unter medizinischen Alltagsbedingungen erzielten Erfolges und Ermittlung der subjektiven Bewertung des Erfolgs durch die Patienten

Integration und Regionalität

Regionalität und Public Health Orientierung

Integration und Regionalität sind die sachliche und räumliche Seite der Bürgernähe eines Gesundheitssystems. Bedeutet Integration eine Versorgung entsprechend der vielfältigen Bedürfnisse nach Prävention, Beratung und Information, medizinischer Versorgung und psychosozialer sowie pflegerischer Betreuung, so kann Regionalität für möglichst egalitäre Erreichbarkeit sorgen und somit eine Voraussetzung für Mitwirkung und Kontrolle sowie die Lebenslageorientierung und Transparenz darstellen. Die regionale Dimension ermöglicht, das gesamte Spektrum von Gesundheitspolitik – von Interventionen zur sozialen Primärprävention und Gesundheitsförderung entsprechend den Risiken der Bevölkerung einer Region bis zur Sicherstellung der Versorgungsleistungen – im Zusammenhang zu sehen und aufeinander zu beziehen. Demokratisch gestaltete Regionalität bedeutet nicht, den Zentralstaat aus seiner Gesamtverantwortung zu entlassen bzw. diese in isolierte lokaler Aktivitäten aufzusplittern, sondern zielt darauf ab, die unterste Ebene der Gesundheitssicherung gleichberechtigt mit den anderen ‘politikfähig’ zu machen.

Regionalität ist ein immanenter Bestandteil der Integration. Was immer durch Gesetz und öffentliche Finanzierung ermöglicht und gefordert wird, es ist nur so nützlich, wie es sich auf lokaler bzw. regionaler Ebene konkretisiert. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind – abgesehen von einigen sehr hochspezialisierten und besonders kostspieligen Einrichtungen – per se lokale oder regionale Einrichtungen. Zwar müssen die Probleme der gesundheitsbezogenen Intervention und Versorgung auf sämtlichen Ebenen von Gesellschaft und Politik angegangen werden, aber die entscheidende Ebene, auf der sich alle Bemühungen zu beweisen haben, ist die lokale bzw. regionale.

Der mögliche Nutzen einer stärkeren Regionalisierung ergibt sich aus der notwendigen Orientierung auf die Gesundheit der Bevölkerung (Public-Health-Orientierung). Netzwerke von Organisationen, die eine koordinierte Versorgung entlang der gesamten gesundheitsbezogenen Interventions- und Versorgungskette organisieren, sollten auf definierte Populationen bezogen und für deren Gesundheit auch öffentlich verantwortlich sein.²⁸ Dabei kann zunächst offen bleiben, ob die integrierten Versorgungssysteme um Krankenhäuser, um Praxisnetze oder um Gesundheitszentren als Kombination aus beiden organisiert sind; entscheidend ist, dass die Koordination und Kooperation, die auf der Ebene der Leistungserbringung stattfinden, nicht nur formalen und administrativen Charakter haben.

In der Public-Health-Perspektive liegt es auch, die öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung in integrierte Systeme einzubeziehen. In einigen Bundesländern (z. B. NRW) existieren erste Ansätze in Gestalt von Landes- und kommunalen Gesundheitskonferenzen, in denen Erfahrungen gemacht werden können, die später dem Ausbau integrierter regionaler Interventions- und Versorgungssysteme hilfreich sein können. Versuche dieser Art können Vorreiter einer neuen öffentlichen Verantwortlichkeit

28 Die Verknüpfungen können sehr unterschiedliche Formen annehmen und von Kooperationsverträgen bis zu Zusammenschlüssen reichen.

und Dienstleistungskultur sein, indem sie Kommunikation, Kooperation und Koordination zu fördern, ohne die weitere Integrationsschritte nicht denkbar sind.

Regionalisierung als eigenständiges Ziel ?

Regionalisierung und Dezentralisierung können ein eigenständiges Ziel in der Gesundheits- und Sozialpolitik sein. Vor allem in den skandinavischen Ländern ist dies der Fall, das Maß der gesellschaftlich verwirklichten und erlebbaren Demokratie wird dort auch an der Existenz regionaler Strukturen gemessen. In der deutschen Gesundheitspolitik sind zwar immer wieder Regionalisierungsdiskussionen geführt worden, sie sind aber nie auf einen vorderen Rang der politischen Agenda gelangt.

Vorschläge und Konzepte

Schon 1957 haben Autoren um Walter Auerbach „auf Anregung des Vorstandes der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands“ einen „Sozialplan für Deutschland“ vorgelegt, dessen Konzept starke Züge eines regionalisierten und in dieser Weise auch demokratisierten Gesundheitswesens trug. Auf lokaler und bezirklicher Ebene sollten „**Sozialgemeinden**“ gebildet werden, bestehend aus Delegierten der Sozialversicherungsträger, die sich wiederum regional zu organisieren hätten. Zugleich sollten auch die Fachausschüsse der Kommunalparlamente und die einschlägigen Teilverwaltungen beratende Vertreter in einen Gemeinsamen Ausschuss entsenden, wie umgekehrt die Sozialgemeinde und ihre Ausschüsse an deren Beratungen beteiligt werden sollte. Hauptaufgaben sollten sein die Koordination und Kooperation der gesundheits- und sozialpolitischen Aktivitäten, auch trägerübergreifender Natur, in der Kommune und Region.

Ein politisch weit weniger gewichtiger, aber interessanter Ansatz aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften ist in den 80er Jahren von Schröder und anderen in die Diskussion geworfen worden. Es sollen auf der 'kommunalen' (Stadt oder Landkreis) und 'regionalen' (unterhalb der Länderebene) eine Regelungs- und Steuerebene etabliert werden in Gestalt einer „regelbundenen Selbststeuerung“, die in der Lage sei, den „regionalen (und sozialen) Kontext und die regionalspezifischen Verursachungen“ besser zu berücksichtigen. Neben der größeren Kontextnähe wird eine verbesserte Befriedigung lokaler Bedürfnisse angenommen. Dabei sind eine „**regionale Gesundheitskonferenz**“ und ein „**Büro der regionalen Gesundheitskonferenz**“ die entscheidenden Institutionen. Die Gesundheitskonferenz als öffentliches Diskussionsforum beruht auf der freiwilligen Teilnahme aller an der Gesundheitssicherung und Krankenversorgung Beteiligten (Krankenkassen, Leistungsanbieter, Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Kommunen etc.). Nach dem Konsensprinzip geht es u. a. darum, auf der Grundlage einer Gesundheitsberichterstattung einen Prioritätenkatalog der anstehenden Aufgaben festzulegen, die von speziellen Arbeitsgruppen in konkrete Planungen überführt werden sollen. Das „Büro der regionalen Gesundheitskonferenz“ bildet die administrative Infrastruktur. Stets geht es – was die medizinische Versorgung anbetrifft – um eine im Rahmen gegebener finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen zu steigernde Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Regionalität wird als Voraussetzung dafür gesehen.

In der **SPD** wurde ebenfalls ein Konzept für **regionale Gesundheitskonferenzen** entwickelt²⁹, jedoch unterscheidet sich dieses erheblich vom eben skizzierten durch seine weitgehenden Entscheidungskompetenzen. Auf der Bundesebene verabschiedet hiernach der Bundestag einen inhaltlichen und finanziellen Orientierungsrahmen für die GKV, bestehend aus Zielen und Prioritäten, Qualitätsstandards, Richtwerten für die Versorgung und den gesamten Finanzrahmen (Reef 1993). Die regionale Konkretisierung und Umsetzung soll in die Kompetenz der regionalen Gesundheitskonferenzen fallen, die sich drittelparitätisch aus Vertretern der Gebietskörperschaften, Krankenkassen und Leistungsanbietern zusammensetzen sollen. Wichtig (und damit auch weitergehend als andere Konzepte) ist, dass auf diese Gesundheitskonferenz der **Sicherstellungsauftrag** für die gesundheitliche Versorgung übergehen soll, der in einer Bedarfsplanung und deren Umsetzung realisiert wird. Die **Krankenkassen** müssen die Bedarfsplanung umsetzen und zu diesem Zweck Verträge mit den regional vorhandenen Leistungsanbietern abschließen.³⁰ Dieses Konzept würde den Kassen ein hohes Maß an Vertragsfreiheit geben, sie wären nicht kontraktpflichtig und könnten mit Leistungserbringern ihrer Wahl **selektiv Verträge** abschließen, also das tun, was mittlerweile als **‘Einkaufsmodell’** in der deutschen Diskussion bekannt geworden ist.³¹ Die Leistungsanbieter werden zusammengefasst zu öffentlich-rechtlichen Körperschaften. In einem Eckpunkte-Papier der SPD von 1994 wird der aus dieser Perspektive sich ergebende Zusammenhang zwischen Integration und Regionalisierung benannt:

„Die differenzierten Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung auf der einen Seite, die vielfältige Struktur der Leistungserbringer auf der anderen Seite erfordern eine stärkere Koordination, die mit den gegebenen Instrumentarien nicht erreicht werden kann. Der Staat muss von der Rechtsaufsicht zur Moderation und Koordination verschiedener Interessen und Ziele übergehen. Solche Aufgaben können weder durch Wettbewerb noch durch administrative Vorgaben alleine bewältigt werden. Sie bedürfen der Lösung durch gemeinsame Gremien der im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Institutionen. Deshalb müssen **regionale Gesundheitskonferenzen** eingerichtet werden. Dort können gesundheitspolitische Zielvorgaben erarbeitet, gemeinsame Planungsaufgaben erfüllt, Handlungs- und Entscheidungsblockaden aufgelöst und eine differenzierte Feinsteuerung erreicht werden (Regionale Kooperation statt zentrale Bürokratisierung).“

Auch in der programmatischen Debatte der Partei **Bündnis 90/Die Grünen** spielte – ebenfalls im Unterschied zur realen Politik dieser Partei – die Regionalisierung eine wichtige Rolle. Die prinzipielle Ausrichtung ist ähnlich wie die oben skizzierte. So heißt es in einem Papier „Eckpunkte für die Weiterentwicklung aus Sicht der Bundestagsfraktion“ unter anderem, es müsse die „regionale Verantwortung und Zuständigkeit ... gestärkt werden, z. B. muss sich die kommunale Selbstverwaltung und die Zuständigkeit der Länder in der Region neu definieren. Die Festlegung der Region setzt einen umfassenden politischen Entscheidungsprozess voraus.“ Auch hier soll der **Sicherstellungsauftrag** neu geregelt werden. Dieser sei für die gesamte Versorgung zusammenzufassen und auf ein regionales Gremium zu übertragen. Ein **regionaler „konzertierter Gesundheitsrat“** solle gebildet werden aus „öffentlicher Hand und Krankenkassen unter geeigneter Beteiligung der Krankenhausvertretungen, der ÄrztInnenenschaft, den VertreterInnen der Heil- und Pflegeberufe, einer PatientInnenvertretung und anderen Leistungserbringern“. Es handele sich „um ein regionales Gremium, wobei die konkrete Defini-

29 Die Grundprinzipien wurden u. a. auf dem Parteitag der SPD von 1988 in Münster verabschiedet.

30 Ausgenommen von der Regionalisierung ist die Arzneimittelversorgung.

31 Zum Problem des Sicherstellungsauftrags s. nächster Abschnitt

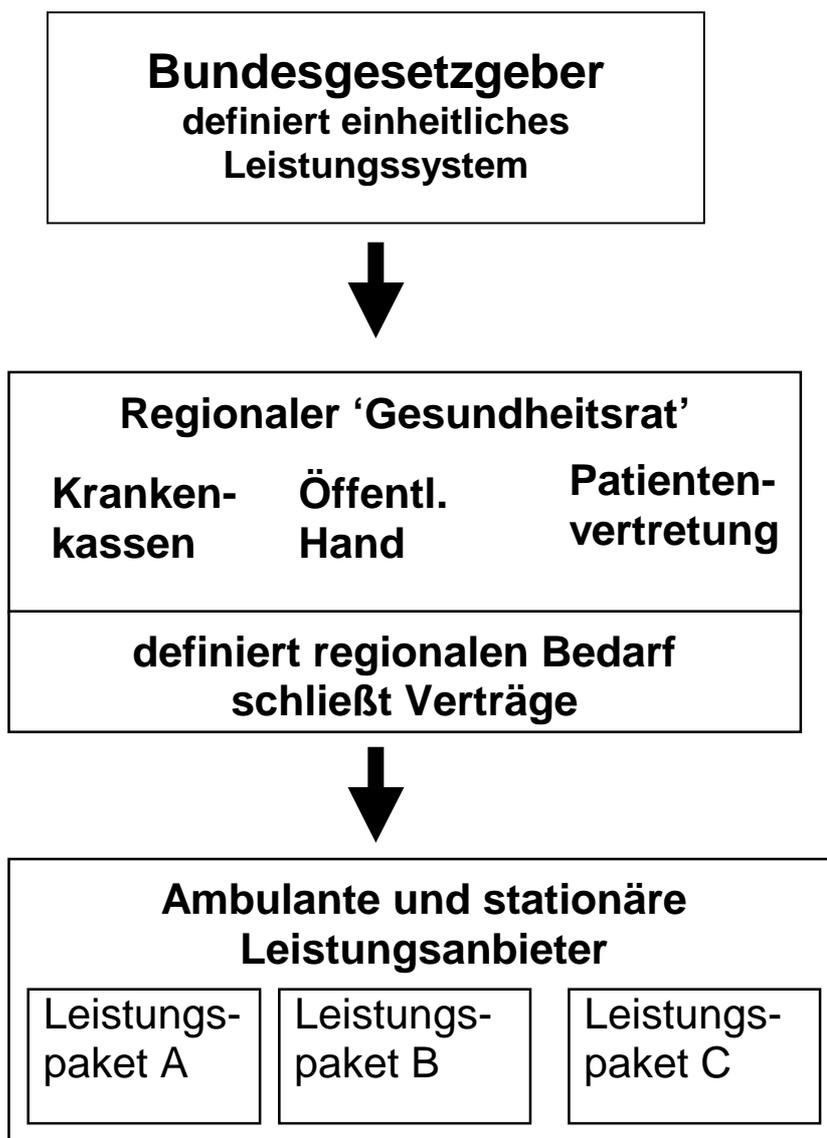
tion einer Region noch offen ist. Die Krankenkassen sollten sich entsprechend regional organisieren. Ihnen obliege es, „einheitlich und gemeinsam“ den Versorgungsbedarf durch Verträge mit den Leistungsanbietern zu realisieren (Abb. 4).

In einem internen Diskussionspapier werden **wesentliche Elemente eines Gesundheitsrats-Konzeptes** zusammengefasst.³²:

- „Der Gesundheitsrat ermittelt und bestimmt Art und Umfang des regionalen **Versorgungsbedarfs** als Planungsbehörde in Abstimmung mit den Kommunen und den zuständigen Landesbehörden.
- Der Gesundheitsrat schließt **Versorgungsverträge** mit den Anbietern.
- Die Finanzierung des **regionalen Gesundheitsbudgets** erfolgt aus den der Region zuzuweisenden Mitteln der Krankenkassen (vor allem Beitragseinnahmen zum Zweck der Erfüllung gesetzlicher Krankenkassenaufgaben) und der Länder, welche diese für die Gesundheitsversorgung aufbringen (vor allem für Krankenhausinvestitionen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung).
- Wegen der regional morbiditätsbedingt unterschiedlichen Bedarfe und, weil die regional unterschiedliche Finanzkraft im Sinne einer sachgerechten und gleichwertigen Versorgung auszugleichen ist, findet bundesweit ein **Finanzausgleich** für die regionale Gesundheitsversorgung statt.
- Die Gesundheitsräte setzen sich zusammen aus einer jeweils gleichen Anzahl von Vertretern der regional tätigen **Krankenkassen** und der **öffentlichen Hand** (Land und Kommunen) (...) Mit einer weiteren Stimme sind die **Patienteninteressen** vertreten. (...).
- In einem **Gesundheitsbeirat**, welcher vom Gesundheitsrat angehört wird und welcher diesem Vorschläge unterbreiten kann, sind die Anbieter vertreten.
- Die Abgrenzung der **Regionen** erfolgt durch Landesrecht.
- Wahlfreiheiten für die Patienten sind zu berücksichtigen.“

32 Das folgende gibt keine offizielle Position von Bündnis 90/ Die Grünen wieder, sondern ist eine der diskutierten Positionen, die vorgestellt wird, da sie die m.E. weitestgehende regionalisierende ist.

Abbildung 4: Regionalisierungsmodell



Nach: Mathias Gruhl, Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Versorgung 1996

Ungelöste Kernfragen

Folgende Punkte der beiden Konzepte ‘Gesundheitsrat’ und ‘regionale Gesundheitskonferenzen’, die durchaus als kompatibel gelten können, sind im Hinblick auf das Integrationsziel ungelöst:

Im ‘Gesundheitsrat’ sind die **Leistungserbringer nicht vertreten**. Finanzierungsseite und Leistungserbringerseite sollen getrennt sein. Das Prinzip des ‘provider-payer splits’ hat in den britischen und nordeuropäischen Reformkonzepten Aufnahme gefunden und weist eine Reihe von Vorzügen auf. Die Anbieter sollen nicht zugleich ihre eigenen Auftraggeber sein (Saltman/von Otter 1992). Der Gesundheitsrat soll Leistungsverträge mit ihnen abschließen. Es muss damit **nicht notwendigerweise ein ‘Einkaufsmodell’**, d. h. selektive Vertragsgestaltung, einhergehen. Wie in einigen amerikanischen Staaten die Möglichkeiten zu selektiven Vertragsabschlüssen im Sinne des Ausschlusses bestimmter Anbieter dadurch vermieden wird, dass sogenannte „any-willing-provider laws“ allen zugelassenen Anbietern freistellen, den Kollektivverträgen beizutreten.

Dem Gesundheitsrat fiele der **Sicherstellungsauftrag** für die ambulante und stationäre Versorgung zu. Es spricht eine Reihe von Argumenten für die Zusammenführung des fragmentierten Sicherstellungsaufträge zu regional integrierten Versorgungssystemen. In der Vergangenheit wären geeignete Schritte zur Integration sicher an den mit dem Sicherstellungsauftrag verbundenen sektoralen **Vetopositionen** gescheitert, falls man sie ernsthaft unternommen hätte. Die starken Vetopositionen erzwangen bislang auch, dass die etablierten ‘Konferenzen’ wie die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bundesebene) oder die bestehenden Landesgesundheitskonferenzen nach dem Prinzip der Konsensbildung funktionierten, d. h. ein Vetorecht für alle vorgesehen war. Die konzertierte Aktion hat dabei nahezu gänzlich ihre ‘Konzertierungsfunktion’ eingebüßt. Die Landesgesundheitskonferenzen haben – trotz positiver Ansätze zur **konsensualen Systemsteuerung** – nur begrenzte politische und operative Wirksamkeit bewiesen. Konsens bei der Komplexität der meisten gesundheitspolitischen Entscheidungsprobleme überaus erstrebenswert, jedoch führen zu starke Vetopositionen dazu, dass er von ihren Inhabern nicht gesucht werden muss. Integrationskonzepte müssen darauf Antworten finden.

Ein weiteres offenes Problem ist die Institutionalisierung der Patienteninteressen.³³ Für **Patientenvertreter** soll durch Repräsentanz im ‘Gesundheitsrat’ eine starke Position geschaffen werden, wobei allerdings offen blieb, wie diese konstituiert werden könnte. **Stimmrecht** könnten sie in einem ‘Gesundheitsrat’, der seine Entscheidungen mit Mehrheitsbeschlüssen fällt, wohl nicht haben. Dies ausgeschlossen gäbe es dann eine Parität von Land (einschließlich Kommunen) und Krankenkassen, keine Seite könnte die andere überstimmen. Es bleibt also offen, wie die Stellung der Patienten verbessert werden soll und welche Strukturen und Mechanismen ein regionalisiertes Konzept dafür vorsehen muss. In der sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Tradition liegt es, den **Krankenkassen** aufgrund ihrer Selbstverwal-

33 Wettbewerbsmodelle beanspruchen, dies überflüssig zu machen, da unsichtbare Hand des Marktes zur ‘Kundenorientierung’ zwingt. Bezogen auf die medizinische Versorgung ist das naiv und empirisch unhaltbar. Eine solche Kundenorientierung ist selektiv auf die Eigenschaft des Kunden bezogen, für die jeweilige Versicherung bzw. den jeweiligen Leistungserbringer wirtschaftlich zu sein (Kühn 1998b).

tungsstruktur die Rolle der Vertreter von Patienteninteressen zuzusprechen. Die Zweifel, ob dies sich in der Praxis entsprechend auswirken wird, sind noch größer und berechtigter, seit durch den verstärkten Wettbewerb sich die – nach wie vor als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten – Kassen auch in ihrem Selbstverständnis von öffentlichen Einrichtungen in Unternehmen verwandeln, die bei Strafe ihres Untergangs um ‘Marktanteile’ und ‘wirtschaftliche’ Kunden konkurrieren.

Patientenrechte unterscheiden sich zum einen in Rechte und Chancen der kollektiven **Mitgestaltung** und zum anderen in solche der individuellen **Beschwerdeführung**. Während ersteres bislang konzeptionell noch in der Luft hängt³⁴, erhält letzteres, vor allem durch das mit den prospektiven Finanzierungsarten einhergehende spezifische Versorgungsrisiko der Patienten, den Status höchster Dringlichkeit. Auch funktionierende Beschwerdestellen können nicht anders als regional/kommunal realisiert werden. Zudem zeigen die Erfahrungen mit amerikanischen Managed-Care-Organisationen, dass auch die Ärzte, soweit sie sich als Anwälte ihrer Patienten gegenüber dem Management verstehen, zunehmend geschützter Beschwerderechte gegen Management- bzw. Versicherungsentscheidungen bedürfen. Gesetzlich besteht die Alternative, entweder den Kassen bzw. integrierten Versorgungssystemen Art und Funktionsweise solcher Beschwerdestellen vorzuschreiben und ihnen die Durchführung zu überlassen oder externe Einrichtungen als Bestandteil der öffentlichen Infrastruktur integrierter Versorgung zu etablieren, z. B. einen ‘Patientenbeauftragten’ mit eigenem Budget und Kompetenzen, analog etwa zu Datenschutzbeauftragten.³⁵ Letzteres würde ohne Zweifel den individuellen Patienten besser schützen und hätte von daher auch einen Rückkopplungseffekt auf die Qualität der Versorgung, aber Gestaltungsfragen, insbesondere mit Blick auf die Public-Health-Perspektive, die Gesundheit der Population einer Region, bleiben davon weitgehend unberührt.

Fehlender politischer Wille

Jedes Regionalisierungskonzept, das Planung, Finanzierung und Versorgung umfassen soll, wird die Regionalisierung der Krankenversicherungen ebenso zum Gegenstand haben müssen wie regionale Budgets. Das heißt, die Regionalisierung müsste nicht nur Bestandteil einer Strukturreform der Versorgung, sondern auch ein solcher einer Krankenversicherungsreform werden. Demgegenüber steht der empirische Sachverhalt, dass sich – trotz der oben skizzierten Vorschläge – **bislang noch kein gesellschaftliches und politisches Subjekt** gefunden hat, das dieses Thema auf einen vorderen Platz der politischen Agenda hätte setzen können oder wollen. Das mag v.a. folgende Gründe gehabt haben:

- Die Schwierigkeit, **Gesundheitsregionen** zu definieren. Wie das Schicksal einiger ehrgeiziger Gebietsreformen in den 70er Jahren gezeigt hat, ist das politische Risiko für Initiatoren angesichts starker regionaler und lokaler Traditionen und Egoismen sehr hoch.
- Die Krankenkassen sind seit zwei Jahrzehnten in einem starken **Zentralisierungsprozess**. Ihre lokalen und regionalen Gliederungen mussten an die Landes- und Bundesverbände

34 Das ergibt sich daraus, dass erstens kein Vorschlag vorliegt, wie eine Patientenvertretung konstituiert werden könnte, die von Patienten auch tatsächlich legitimiert ist, und zweitens dass relevanter Einfluss einer Patientenvertretung in regionalen Entscheidungsgremien kaum durchsetzbar sein wird.

35 Bei dem auch Ärzte für ihre Patienten vorstellig werden können sollten.

hohe Anteile ihrer Autonomie abgeben. Zugleich haben sie erhebliches gesundheitspolitische Gewicht gewonnen, das sie im Zweifel für die Zentralisierung in die Waagschale werfen.

- Die **Kostendämpfungspolitik** ist seit über 20 Jahren das beherrschende gesundheitspolitische Thema. Von zahlreichen politischen Akteuren wird es unter diesem Aspekt als nachteilig angesehen, dass erfahrungsgemäß auf der lokalen und regionalen Ebene schnell und erfolgreich Widerstand gegen die Reduzierung von Versorgungskapazitäten organisiert werden kann. Je stärker die Kosten- bzw. Beitragssatzaspekte die Versorgungsaspekte dominieren, desto stärker gerät offenbar die Kostendämpfungspolitik in die Lage, basisdemokratische Bewegungen umgehen zu müssen. Die Regionalisierungsidee ist für die zentralstaatlichen und –verbandlichen Gesundheitspolitiker dadurch unattraktiv, während sie bei zentralistischen Entscheidungsstrukturen darauf bauen können, dass lokale Initiativen ins Leere laufen.

Das bestätigt sich auch in der gegenwärtigen Reformdebatte, da weder die Partei der Bündnisgrünen, die von ihrem Beginn an mit dem Prädikat ‘basisdemokratisch’ für sich warb, noch die Sozialdemokratische Partei die oben zitierten programmatischen Vorstellungen von Regionalisierung in das Gesetzgebungsverfahren einbrachten. Es deutet auch nichts darauf hin, dass dies bei einer darauffolgenden Reform der Krankenversicherung anders sein wird. Ebenso wenig lässt sich eine gesellschaftliche Kraft erkennen, von der auf absehbare Zeit Impulse erwartet werden könnten, die einer Regionalisierung des Gesundheitswesens als eigenständiges Ziel Auftrieb geben könnte.

Regionalität und Zentralismus

Nicht die in Deutschland weitgehend blutarmen politischen Traditionen der Regionalisierung, sondern die **Integration** – so meine These – wird das Regionalisierungsthema mit all seinen Schwierigkeiten und Widersprüchen tendenziell wieder auf die Tagesordnung der Gesundheitspolitik setzen. Integrierte Versorgungssysteme werden regional und lokal sein und diese Regionalität kann und sollte gesundheitspolitisch gestaltet werden. Wenn es einen objektivierbaren Trend zu mehr Integration gibt – vermittelt nicht nur über staatliche Politik, sondern auch über Wettbewerbshandeln bei prospektiver Finanzierung, durch medizinisch-technischen und informationstechnischen, organisatorischen Fortschritt, internationale Vorbilder etc. – dann drängt die Realität zur Idee. Die Aufgabe stellt sich dann allerdings anders: statt mit einer vorausschauenden Politik für regionale Strukturen und Formen zu sorgen, in denen die Integration sich vollziehen kann, wird umgekehrt eine ‘implizite Regionalisierung’ sozusagen Nebenprodukt eines noch unabsehbaren Prozesses werden, der Tatsachen schafft, die dann im Nachhinein gestaltet werden müssen. Ein empirisches Beispiel ist die regionale Integration in den amerikanischen Regionen mit hohem Marktanteil von Managed-Care-Organisationen. Sie verläuft als Resultat unkoordinierter **wettbewerbsinduzierter Konzentrationsprozesse** dieser großen Versorgungs- und Versicherungsunternehmen (Kühn 1997). Da weder die Public-Health-Orientierung noch die Bereitstellung ‘öffentlicher Güter’ (z. B. Zugang für alle) Motiv dieser Integration sind, haben sie allenfalls eine Chance, im Nachhinein in Gestalt von Korrekturen berücksichtigt zu werden.

Die programmatischen Vorstellungen der Akteure für die Bundesrepublik lassen ein den korporatistischen Besonderheiten des deutschen Systems entsprechendes Muster von eher spontanen und sektoralen Integrationsschritten und reaktiver Politik als den wahrscheinlichen Weg erscheinen, falls sich keine gesellschaftliche Kraft findet, die zu einer vorausschauenden strategischen Politik der Gestaltung der Integration fähig ist. Die 'implizite Regionalisierung' ist jedoch nichts, was man sich selbst oder einer unsichtbaren Hand des Wettbewerbs überlassen könnte. Das Spektrum der Möglichkeiten ist allerdings weit: es reicht von regionalen/lokalen Systemen, die als 'Rädchen im Getriebe' einer Bürokratie von Zentralen abhängig sind, in denen die Dienstleister und die Patienten als Teil des Dienstleistungsprozesses kontrolliert und gesteuert werden. Auf der anderen Seite des Möglichkeitsspektrums stehen regional integrierte und überschaubare Versorgungssysteme, deren zentrales Management darauf abzielt, bedarfsgerechte, bedürfnisorientierte und qualitativ hochstehende Dienstleistungen an den jeweiligen Versorgungspunkten zu **ermöglichen**, die menschlichen, technischen und finanziellen Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie an der Peripherie benötigt werden, um dem Bedarf zu folgen. Welcher Punkt des Kontinuums zwischen diesen Polen realisiert wird, hängt weitgehend von der politischen Gestaltung ab, von der Fähigkeit des Staates, einen produktiven Ausgleich der Interessen zu organisieren.

Das Thema stellt sich politisch spätestens dann, wenn die vertikale Konzentration und Vernetzung der Versorgungsinstitutionen so weit vorangekommen ist, dass unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherheit, der für Patienten zumutbaren Entfernungen usw. die Frage nach der optimalen Größenordnung integrierter Versorgungssysteme beantwortet werden muss.

Wenn der öffentlich-rechtliche Charakter und das Gemeinnützigkeitsziel der Kerninstitutionen gewahrt bleiben, wird auch die Frage nach der demokratischen Entscheidungskompetenz und der Mitspracherechte im Zusammenhang mit diesen integrierten Systemen aufgeworfen werden. Bei einer kommerziell dominierten Integration durch Unternehmenszusammenschlüsse wird sich entsprechend die Frage der regionalen oder lokalen Marktkontrolle stellen.

Welches sind erstrebenswerte Größenordnungen integrierter Versorgungssysteme – aus der Perspektive der zu versorgenden Bevölkerung und aus der Managementperspektive? Welche Wege können welchen Patientengruppen zugemutet werden, bei welchen Größenordnungen (Beschäftigte, Zahl der Eingriffe usw.) lassen sich Kosten und Qualität optimieren? Mangels empirischer Forschung sind diese Fragen derzeit nur schlecht beantwortbar. Auch der gesundheitswissenschaftliche Betrieb müsste hier eine neue Orientierung finden und sich den sozialen, ökonomischen und kulturellen Besonderheiten der Dienstleistungsarbeit widmen, anstatt sich auf die – zudem noch meist fetischisierte – 'ordnungspolitische' Diskussionen zu kaprizieren. Nehmen wir das Beispiel der chirurgischen Versorgung. Es gibt in der internationalen Literatur kaum einen Sachverhalt, der so eindeutig von Studie zu Studie bestätigt wird, wie die positive Abhängigkeit der Qualität chirurgischer Eingriffe von ihrer Anzahl pro Jahr. Die Erfahrung sowohl des einzelnen Chirurgen als auch gesamter Teams erweist sich als entscheidender Sicherheits- und Qualitätsfaktor und führt zu signifikant niedrigeren Mortalitäts- und Komplikationsraten. Dieses eindeutig aufgeklärte Qualitätspotential bleibt in einem fragmentierten System fast gänzlich unausgeschöpft. Im Gegenteil: unter dem Status quo versuchen die einzelnen Krankenhäuser, eine möglichst breite bzw. vollkommene Angebotspalette vor-

zuhalten³⁶. Koordination der spezialisierteren Angebote von mehreren Krankenhäusern in einer Stadt oder Region existiert nur als Ausnahme. Es ließen sich Größenordnungen von Versorgungsregionen konzipieren, bei denen – bis auf seltene hochspezialisierte Eingriffe – die Gesamtheit des chirurgischen Leistungsangebotes vorgehalten werden kann, zugleich aber so weit spezialisiert wird, bis jeweils von den nun arbeitsteilig agierenden Anbietern die Zone qualitativ optimaler Fallzahlen erreicht wird.

Für die Patienten und ihre Angehörigen in der Region verlängern sich als negative Konsequenz die Wege. Aber in einem gewachsenen regionalen bzw. kommunalen Zusammenhang lässt sich das erfolgreich legitimieren, wenn dieser Zumutung ein unbezweifelbarer Gesundheitsnutzen gegenübersteht, der sich in besseren gesundheitlichen Ergebnissen, dem Rückgang der ‘Fall-Sterblichkeit’ und der Komplikationen ausdrückt.

Auch beim jetzigen unbefriedigenden Stand des Wissens müssen Versorgungsregionen nicht aus der Luft gegriffen werden. Vorliegende Erfahrungen könnten genutzt und ausgebaut werden. So zeigen die Krankenhausbedarfspläne der Bundesländer, dass die Flächenländer in kleinteiligere Versorgungsregionen untergliedert worden sind, damit die jeweiligen Versorgungsaufträge tatsächlich sinnvoll definiert werden können. Diese Regionen haben etwa die Größe von Regierungsbezirken. Auch wenn diese zu groß sind, kann daran angeknüpft werden. Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Ärztenetzen zeichnet sich schemenhaft der enge Zusammenhang von Integration und Regionalisierung ab. Falls diese Netze – was noch nicht gesagt werden kann – zu Kernen einer tatsächlichen vertikalen Integrationsbewegung mutieren, könnte man sich auf der gegenwärtig noch sehr schmalen Erfahrungsbasis für Deutschland 100 – 150 integrierte Gesundheitssysteme vorstellen. Wesentlich ist es, den erst beginnenden Integrationsprozess permanent mit einer regionalen Perspektive zu begleiten und daraus erfahrungsgestützt Kriterien und Anhaltspunkte zu gewinnen.

Anzufügen ist die Mahnung, dass der Zuschnitt von Versorgungsregionen nicht allein nach ‘rationalen’ Kriterien erfolgen kann. Fatale Misserfolge bei verschiedenen Gebietsreformen der 70er Jahre mahnen, die regionalen demographischen, politischen und kulturellen Traditionen nicht zu ignorieren.

Organisierte Verantwortlichkeit

Integrierte Gebilde mit einer regionalen Dimension müssen eine Führung und ein Management haben. Bei der Wahl zwischen Zentralismus und Dezentralismus sind es nicht nur Vorlieben, sondern vor allem praktische Gründe, die für regionale Steuerung sprechen. Komplexe Dienstleistungen wie die medizinischen können in einem gesellschaftlich sensiblen Bereich nur in überschaubaren Regionen und angebunden an dort erfahrbare und organisierbare Bedarfe realisiert werden. Es muss verbindliche **Verantwortlichkeiten** geben für die und gegenüber der jeweilige Population und ihrer speziellen Subgruppen (z. B. Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen). Verantwortung ist aber nur dann mehr als eine schöne Phrase, wenn verbindlich und transparente Rechenschaft mittels standardisierter Kennziffern abgelegt, die alle relevanten objektiven (z. B. Fall-Mortalität) wie subjektiven (z. B. Zufrieden-

36 Das ergeben die Resultate des am Wissenschaftszentrum Berlin durchgeführten Forschungsprojektes „Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung“, H. Kühn/M. Simon: unveröff. Man.

heit, Informiertheit) Aspekten von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung abdeckt.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen propagieren seit geraumer Zeit ein Modell des Vertragswettbewerbs. Diesem entspräche es, dass die einzelnen Kassen Versorgungsverträge mit – in unserem Fall – integrierten Leistungserbringern abschließen. Die Leistungserbringer wären dann gegenüber der Kasse verantwortlich, der Anreiz zu ‘guten’ Verträgen ergäbe sich aus dem Wettbewerb der Kassen um Versicherte, d. h. sie stünden unter dem Druck, Versicherte („Kunden“) zu verlieren. Ein solcher mitgliedszentrierter Ansatz ist jedoch einem regionalzentrierten Modell unterlegen, u. a. aus folgenden Gründen:

- Organisierte Verantwortlichkeit der Versorgung besteht in diesem Modell nur gegenüber der Krankenversicherung. Diese steht damit zwischen Patient und Leistungserbringer und gewichtet bzw. filtert die Patienteninteressen nach ihrem wettbewerblichen Eigeninteresse;
- die Möglichkeiten der Patienten/Versicherten, auf unbefriedigende Leistungen zu reagieren, beschränken sich auf den Versicherungswechsel³⁷. Das Ausscheiden ist aber eine nur mittelbar wirksame Reaktion und stellt die primitivste Form der Einflussnahme dar, da sie positive Mitgestaltung ausschließt³⁸; mehr noch:
- gerade mit dem positiven Fall seiner Wirksamkeit, also dem tatsächlichen Versicherungswechsel, führt dieser Rückkopplungsmechanismus aufgrund der nicht regional, sondern versicherungsinstitutionell gegliederten Vertragsgestaltung zum Wechsel der Versorger oder zumindest der Versorgungsbedingungen (z. B. wenn unterschiedliche Anreize und Sanktionen ausgehandelt worden sind). Die Behandlungskontinuität als ein versorgungsinhaltlicher Hauptgrund der Integration, bleibt dabei auf der Strecke.
- Schließlich soll sich Verantwortlichkeit nicht nur auf individuelle Patienten, sondern auf Populationen einschließlich des gesunden Teils beziehen, wodurch präventive und gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen einbezogen werden. Dabei geht es nicht nur um anbietbare Dienstleistungen, sondern auch um Interventionen im sozialen Kontext. Hier sind regionale Gliederungen weit effektiver und ökonomischer als eine Gliederung nach Versicherungszugehörigkeit, insbesondere dann, wenn die auch zwischen Kassen mögliche regionale Kooperation durch wirtschaftlichen Wettbewerb zwischen den Versicherungen behindert und verzerrt wird, wie sich das in den letzten Jahren bereits abzeichnet.

Es sprechen also viele versorgungsinhaltliche Gründe für eine demokratische und regionalisierte Organisation der Verantwortlichkeit, die sich ausdrücken muss in Evaluation und Qualitätsnachweisen auf der einen sowie Bewerde- und Mitgestaltungsrechten auf der anderen Seite³⁹. Integrierte Versorgungsorganisationen sollten daher perspektivisch in ein regional integriertes Gesundheitsmanagement eingebettet sein. Dabei wäre folgendes sicherzustellen:

37 Soweit sie nicht privatversichert sind und ihnen nicht einmal diese Möglichkeit gegeben ist.

38 Hirschman (1970) unterscheidet in seinem mittlerweile klassischen, in der deutschen Debatte um die ‘Selbstverwaltung’ im Gesundheitswesen jedoch niemals beachteten, Werk zwischen ersten der lediglichen Möglichkeit des Austritts (exit), zweitens der wirkungsvollen Beschwerdemöglichkeit (voice) und der positiven Mitgestaltung (loyalty).

39 Die amerikanische Erfahrung mit Managed Care Organizations (vergleichbar mit dem Modell des Vertragswettbe-

- Der **Versorgungsbedarf** der Bevölkerung in einer Region muss auf der Grundlage von Erhebungen zur gesundheitlichen Lage in der Region ermittelt und der Planung des jeweiligen Versorgungsumfangs und der Versorgungsstrukturen vorausgehen. Vor allem mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitszielsetzungen kann eine Bedarfsorientierung des Gesundheitswesens verwirklicht werden.
- Das schließt auch die Orientierung an den **Bedürfnissen** ein, die nicht zuletzt davon abhängt, ob die potentiellen und realen Patienten auch Subjekte sein können, gegenüber denen das Versorgungssystem unter Legitimationszwang gestellt wird. Können also die Patienten als „Experten in eigener Sache“ (eventuell auch Gebietskörperschaften, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen etc.) Einfluss auf die sie betreffenden Versorgungsstrukturen nehmen oder ist deren Gestaltung eine Angelegenheit von überwiegend nach ökonomischen und verbandspolitischen Interessen handelnden Kassen und Leistungsanbietern?
- Eine auf diesen Grundlagen basierende Planung der **erforderlichen Ressourcen und Einrichtungen** (inkl. gemeinsamer Einrichtungen mit anderen Regionen) umfasst die Anzahl und lokale Festlegung von Primär- und Fachärzten, Krankenhäusern nach Versorgungsstufen und Kapazität, Rehabilitationsplätze stationärer und ambulanter Art, Langzeitpflegeplätze, Hospizplätze usw. und deren organisatorische Integration.
- Planung und Gewährleistung der **Breite** eines integrierten Versorgungssystems: wie viele verschiedenartige Dienstleistungen entlang dem Kontinuum für die zu versorgende Population müssen angeboten werden.
- Die **Finanzierung** und der Finanzausgleich in der GKV muss auf die regionale Ebene heruntergebrochen werden. Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung, ob die Beitragsätze und der Risikostrukturausgleich regionalisiert werden und damit, in welchem Ausmaß es zu einer regionalen Umverteilung der Kasseneinnahmen kommen soll. Das Prinzip des Solidarausgleichs erfordert zentrale Einnahmekriterien (Beitragsätze) und regionale Ausgabenkriterien (Risikostrukturausgleich).
- Planung und Gewährleistung der vorzuhaltenden **Tiefe**: an wie vielen und welchen Stellen in der Region soll eine bestimmte Dienstleistung angeboten werden; sowie
- Koordination, Management und Steuerung der erforderlichen Leistungserbringer.

Wie aus der formalen ‘Selbstverwaltung’ der Sozialversicherung negativ zu lernen ist, kann wirklicher Bürgersinn als lebendige Verantwortung von Individuen für das Gemeinwesen, realistisch nur in einem überschaubaren regionalen Bezugsrahmen (als notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung) erhofft werden. Ohne diesen sind alle demokratischen Formen zur Lebllosigkeit verurteilt. So umständlich und aufwendig demokratische Steuerungsmodelle – verglichen mit dem Marktmodell – auch sein mögen, sie entsprechen der Komplexität, der großen subjektiven Bedeutung der Krankenversicherung und der Relevanz der Subjektivität in der Versorgung sowie der zivilgesellschaftlichen Errungenschaft von Solidarität am meisten. Am Beispiel der amerikanischen Managed-Care-Industrie zeigt sich überdies, dass die Über-

werbs) zeigt, dass es auch im Patienteninteresse liegen kann, wenn nicht nur sie, sondern auch die Ärzte (falls sie sich als deren Treuhänder verstehen) solche Rechte sowohl gegenüber dem Management eines integrierten Versorgungssystems als auch gegenüber dem Versicherungsträger haben.

tragung der Marktökonomie auf die medizinische Versorgung aufgrund dieser Besonderheiten letztendlich zu dem am meisten bürokratisierten Versorgungssystem der westlichen Welt geführt hat (Kühn 1997).

Regionales Management integrierter Versorgungssysteme

In jeder denkbaren organisatorischen Variante wird es eine **politische Institution** geben müssen, die die Planungs- und **Gestaltungsverantwortung** übernimmt und entsprechende Versorgungsverträge mit integrierten Versorgungsorganisationen oder -netzwerken abschließt (s. u. zum Sicherstellungsauftrag). Auch wenn Zusammensetzung und Kompetenzen umstritten sein werden, dürfte unstrittig sein, dass es eine regionale Verantwortung und die entsprechenden Planungs- und Gestaltungsfunktionen geben muss. Eine solche Verantwortung schließt ein die öffentliche Rechenschaftspflicht über Zielerreichung (individuelle Behandlungsergebnisse, Gesundheit der Bevölkerung) und Zufriedenheit.

Ohne bestimmte Organisationsformen favorisieren, können bestimmte Prinzipien und Merkmale benannt werden, die gegenüber anderen vorteilhaft sind.

Zunächst bedarf es einer **Führungsstruktur**, die die strategischen Entscheidungen trifft und Verantwortung gegenüber den Vertragspartnern in der Region trägt, und diesem zugeordnet eines **Managements**, das den mit der Integration einhergehenden tiefgreifenden Wandel organisiert und unterstützt.

Im Kernbereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden im Laufe des Integrationsprozesses Ärzte, Pflegeeinrichtungen und andere Leistungserbringer sich zu berufsgruppenübergreifenden Teams organisieren, deren Arbeit die Orientierung an Outcome-Daten, an Leitfäden, Behandlungspfaden etc. einschließt. Gegebenenfalls konzentrieren sich die Teams auf bestimmte Indikationen, bestimmte 'Produktlinien'. Die Managementstrukturen müssen geeignet sein, diese Prozesse zu initiieren und zu unterstützen, z. B. indem sie sich in der Lage zeigen, das gesamte Kontinuum der Versorgung zu überblicken.

Shortell, Gilles und Devers (1995) haben eine Reihe von interdependenten Teilfunktionen bzw. Prozessen zusammengestellt, die – entsprechend den für integrierte Versorgungssysteme vorliegenden Erfahrungen – generell gesichert sein müssten (Abbildung 5):

- Outcomes- und Effektivitätsforschung, systematische Auswertung von Outcome-Daten⁴⁰;
- Entwicklung von (mit dieser Forschung empirisch fundierten) Leitlinien, Behandlungspfaden, Protokollen etc. als Grundlage für die
- Organisation von Prozessen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (CQI) bzw. umfassenden Qualitätsmanagements (TQM), daraus resultiert
- Reorganisation der klinischen Arbeit und des Case Managements sowie

40 Diese Daten über Diagnosen und Behandlung sowie deren intendierte und nichtintendierte Effekte und den damit zusammenhängenden Ressourcenverbrauch müssen intern ermittelt und aufbereitet und dann mit überinstitutionellen Daten verglichen werden können. Somit können Fragen aufgeworfen werden wie z. B.: "warum ist in der Abt. x beim Eingriff y die Mortalität über dem Durchschnitt?", „was kann die Organisation tun, um Ursachen zu ermitteln und Abhilfe zu schaffen?“ etc.

- permanente Korrekturen und präventive Maßnahmen, Bewertung dieser mit Outcome-Daten.
- Die technische Infrastruktur eines leistungsfähigen Informationssystems bildet diese Prozesse ab und unterstützt ihren weiteren Fortgang.

Die Logik des Zusammenspiels der Teilfunktionen beruht auf folgendem: Man beginnt mit Benchmark-Daten⁴¹ und Informationen über die nach dem Stand des medizinischen Wissens zu erwartenden Behandlungswirkungen für gegebene Indikationen, Behandlungen oder Gesundheitsstatus (Millenson 1997). Von dieser Ausgangsbasis entwickelt das System eigene Leitlinien oder Behandlungspfade. Diese dienen als Grundlage für Qualitätsverbesserungen und sind beeinflusst durch den CQI/TQM-Prozess.⁴² Von diesem Prozess werden wiederum das „reengineering“ des klinischen Arbeitsprozesses und das Case Management beeinflusst, wobei sämtliche Funktionen jeweils zur Debatte stehen können. Den umfassend angelegten und prospektiven Verbesserungsaktivitäten geht die permanente Abschätzung der jeweiligen Wirkungen voraus, welche Veränderung hat positive Effekte und welche nicht (Shortell et al. 1996, 24).

Diese Logik ist ebenso anwendbar auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wie auf medizinische Akutbehandlung oder Rehabilitation. In bestimmten Fällen kann die Kosteneffektivität der kontinuierlichen Verbesserung präventiver Maßnahmen sogar weit höher sein als in der Akutbehandlung.

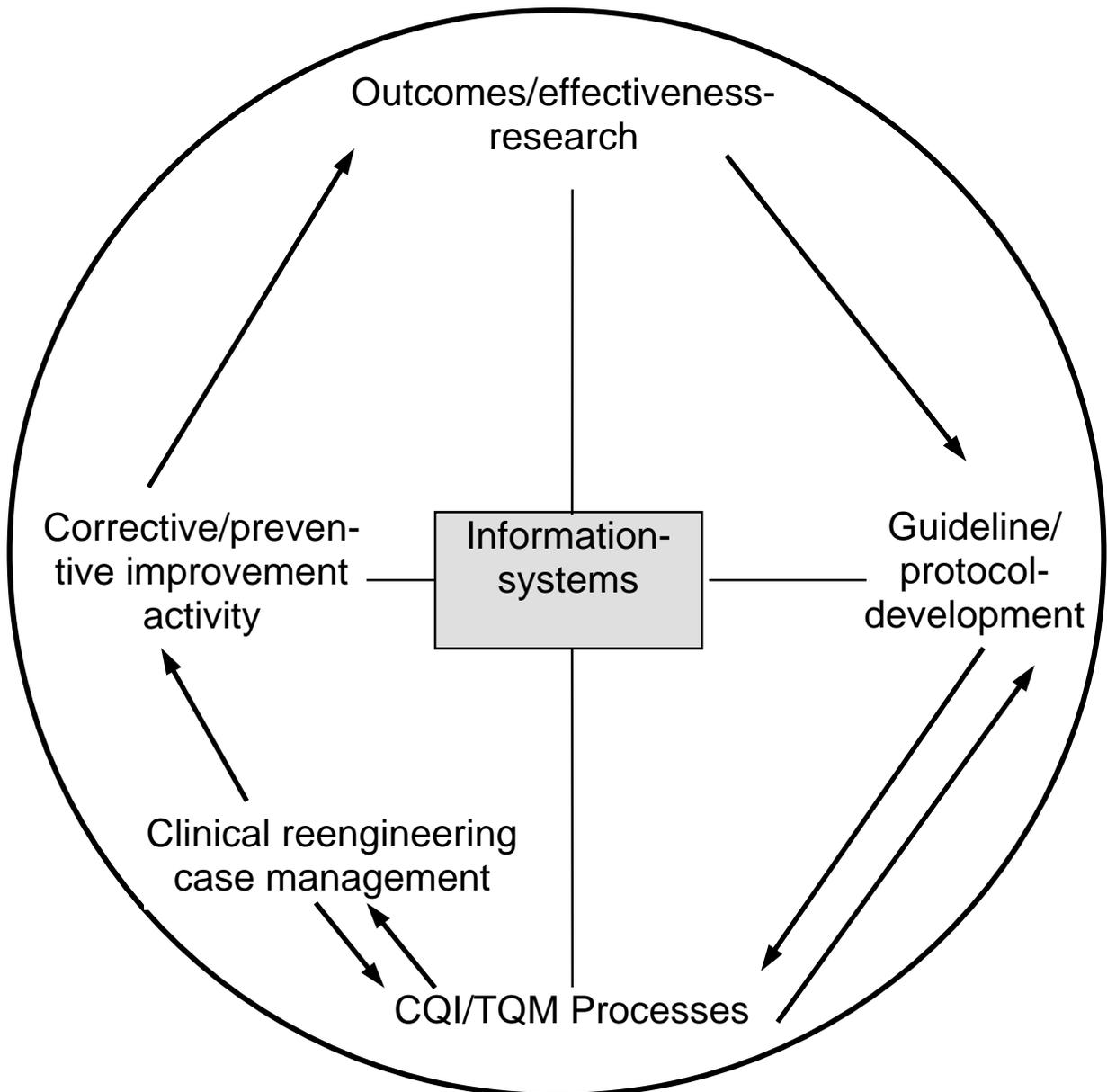
Zumindest in den Metropolen kann und muss ein einzelnes integriertes Versorgungssystem nicht alle Elemente eines regionalen Versorgungssystems herausbilden und vorhalten. Ein regionales Gesamtsystem kann auf vielfältige Weise zusammengefügt sein, Systemkomponenten können im Eigentum eines integrierten Versorgungssystems sein, sie können vertraglich gesichert werden, zwischen Versorgungseinrichtungen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens können strategische Vereinbarungen getroffen werden etc.(Connors 1997). Das setzt natürlich voraus, dass es keinen Akteur mit einer Vetoposition gibt und eine Aufsicht dafür sorgt, dass nur leistungsfähige Anbieter zugelassen werden.

- Hervorzuheben ist die große Bedeutung der **technisch-organisatorischen Infrastruktur**. In der internationalen Literatur wird – um nur ein Element zu nennen – immer wieder die zentrale integrative Rolle von Informationssystemen hervorgehoben. Deren wichtigste Funktionen, die

41 Statistisch geprüften und zum Vergleich geeigneten Daten anderer Einrichtungen.

42 Diese Abkürzung hat sich herausgebildet für Continuous Quality Improvement/Total Quality Management

Abbildung 5 : Interdependente Fähigkeiten eines integrierten Versorgungsmanagements



Nach: Shortell/ Gilles/Devers 1995

Kühn WZB 1999

in mühsamen, zeit- und kostenaufwendigen Prozessen entwickelt und erprobt werden müssen, sind:

- Erfassen und Verarbeiten von Abrechnungsdaten;
- Dokumentation (medizinisch und betriebswirtschaftlich);
- Hilfsmittel der Organisation von Versorgungsabläufen;
- medizinisch-technische Entscheidungshilfe (z. B. Leitlinien, Feedback bei Arzneimittelverbrauch);
- Unterstützung von Case-Management-Prozessen (z. B. Entlassungsmanagement);
- Profiling durch Management, Qualitätssicherung;
- Informationsfluss im integrierten Versorgungsmanagement;
- Kapazitäts- und Belegungsabfragen;
- Herstellung von Transparenz und Verantwortlichkeit (z. B. durch report cards).

Die sogenannten 'virtuellen Organisationen' als Netzwerke sind nur auf dieser technologischen Grundlage denkbar. Erstaunlicherweise bringen aber empirische Studien und Erfahrungsberichte in den USA trotz dieser allgemeinen Einschätzung recht ernüchternde Ergebnisse bezüglich der Informationssysteme hervor.⁴³ Unterschätzt wurde vor allem:

- der hohe Experimentier- und Zeitbedarf;
- die Notwendigkeit betrieblich-kultureller Voraussetzungen;
- der hohe Investitionsbedarf, d. h. das zeitliche Auseinanderfallen zwischen eingesetzten Mitteln und erwartetem Nutzen;
- das hohe Verlustrisiko, das allerdings im Zeitverlauf durch wissenschaftlich-systematische Auswertung von (auch internationalen) Erfahrungen weiter begrenzt werden kann.

Was letztlich erreicht werden soll, ist nicht eine formale Integration von Institutionen, sondern die Integration der klinischen Alltagsarbeit, die Sicherung des Behandlungszusammenhangs, also die '**klinische Integration**'. Schritte auf dem langen Weg dazu sind an eine Reihe von objektiven und subjektiven Voraussetzungen gebunden, die wiederum in sich widersprüchlich sein können. Das sind unter anderem:

- (1) **Rechtliche Voraussetzungen:** Der Staat muss dafür sorgen, dass nur solche Leistungserbringer zugelassen sind, die in der Lage sind, auf gutem Niveau die medizinische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dies vorausgesetzt, müssen verbandliche Vetorechte minimiert werden, insbesondere im Hinblick auf:
 - a) integrative Modelle (z. B. Gesundheitszentren, Krankenhaus-Praxis-Netzwerke) und
 - b) Institutionstypen mit besonderer Eignung für integrative Modelle (z. B. fachübergreifende Gruppenpraxen) sowie
 - c) Finanzierungsformen, die a) und b) angemessen sind.
- (2) **Wirtschaftliche Voraussetzungen:** das betrifft die Möglichkeiten staatlicher Förderung, der Kapitalaufnahme und die Finanzierungsformen der laufenden Kosten. Ambivalent ist die **prospektive Finanzierung**, insbesondere Budgetierungen und Pauschalen. Einerseits

⁴³ Wenn der Eindruck nicht trügt, setzen die Initiatoren vieler Praxisnetze in Deutschland auf die computergestützten 'virtuellen Organisationen', wahrscheinlich in der Hoffnung, damit tiefgreifenden institutionelle Änderungen aus dem Weg gehen zu können. Vielleicht sind die eher euphorischen Erwartungen an die technischen Lösungen noch den mangelnden Erfahrungen geschuldet? Die Praxis wird es zeigen.

kann sie einen Zwang ausüben, nicht nur die betriebliche Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne zu verbessern, sondern auch die 'systemischen' Potentiale zu höherer Wirtschaftlichkeit zu nutzen, soweit die Möglichkeit betriebliche 'Lösungen' in Gestalt von Qualitätsminderung und Risikoselektion minimiert werden kann. Damit bietet sie erwiesenermaßen einen Anreiz zur Integration. Andererseits kann sie ein System auch unter destruktiven 'Stress' setzen und investitionsverhindernde Effekte haben, wenn der Investitionscharakter (gegenwärtige Ausgaben – künftiger Nutzen) und die unvermeidlichen Risiken nicht berücksichtigt werden.

- (3) **Regionale Voraussetzungen:** In einer Region/Großstadt müssen die erforderlichen Einrichtungen als Ausgangsbasis vorhanden sein, und es müssen Partner gefunden werden.
- (4) **Kulturelle Voraussetzungen:** Neben dem wirtschaftlichen Zwang ist auch ein subjektives Bedürfnis erforderlich, Integrationsschritte zu unternehmen und dabei auch voranzugehen. Zum wirtschaftlichen Zwang bzw. Anreiz muss 'Positives' hinzukommen. Das kann sich ausdrücken im Wunsch nach befriedigender Arbeit ('gute Medizin', 'gute Pflege'), nach Arbeit im Team mit geteilter Verantwortung, nach Entlastung von nicht patientenbezogener Arbeit, nach Anregungen durch KollegInnen, größere Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung, nach berechenbarem regelmäßigen Einkommen (Gehalt + Bonus) etc. Bei den sozialen Bezugsgruppen (z. B. der ärztlichen Kollegenschaft einer Region, bei Krankenhausträgern) muss zumindest eine Tolerierung, besser aber eine Anerkennung für Bemühungen um neue Formen medizinisch-pflegerischer Arbeit vorhanden sein. Ende der 90er Jahre ist in der amerikanischen Entwicklung, der wettbewerbsinduzierten Integration in Form von Unternehmenswachstum und -zusammenschlüssen eine Ernüchterung eingetreten, die sich bei den For-Profit-Unternehmen in teilweise drastischen Gewinn- und Kursstürzen auswirkte. Ein zentraler Grund, der aus allen Berichten hervorgeht, ist, dass der Wachstumsprozess in einem Tempo erzwungen wurde, dem die erforderlichen betriebskulturellen Entwicklungen nicht folgen konnten bzw. das gewachsene Kulturen – z. B. bei Unternehmenskäufen und -zusammenschlüssen – zerschlagen wurden. Die kulturellen Voraussetzungen sind zwar Gegenstand der normativen Managementliteratur, aber es fehlen die empirisch und (handlungs-)theoretisch gestützten Analysen und damit das Verständnis ihrer Entstehungs- und Verfallsbedingungen und für ihre zeitlichen Dimensionen. Hier dürfe ein wesentlicher Grund dafür liegen, dass das Verhältnis von intendierten zu nicht intendierten bzw. nicht antizipierten Folgen struktureller Veränderungen in der medizinischen Versorgung so ungünstig ist.
- (5) **Strategisch-konzeptionelle Voraussetzungen:** Es muss eine Vorstellung und ein Wissen davon existieren, das es möglich macht, Ziele und Schritte zur Integration zu definieren und umzusetzen, entsprechende Organisationsformen zu generieren etc.

Diese Ausgangsbedingungen einmal vorausgesetzt, lässt sich die Integration medizinischer Einrichtungen morphologisch in drei Elemente aufteilen (Shortell et al. 1996), die zugleich eine Stufenfolge der Ausschöpfungsgrade des Integrationspotentials (was Effektivität und Kosten angeht), ebenso der Zeitbedarfe und Schwierigkeitsgrade darstellen können:

(1) die **funktionale Integration**, d. h. das Ausmaß, in dem wichtige Unterstützungsfunktionen wie Finanzmanagement, Personalpolitik, Informationssystem, Qualitätsmanagement etc. über die einzelnen Einheiten koordiniert werden;

(2) die **institutionelle Integration der Ärzte** meint das Ausmaß, in dem die Ärzte (in Praxen, Krankenhäusern, teilstationären Einrichtungen usw.) wirtschaftlich und organisatorisch mit dem System (z. B. Netzwerk) verbunden sind, seine Einrichtungen nutzen, an Planung und Entscheidungen beteiligt sind etc. und

(3) die **klinische Integration**: Sie ist **letztlich das Ziel** – d. h. die Realisierung neuer Formen der Arbeitsteilung, Kooperation und Koordination der medizinisch-pflegerischen Arbeit über das gesamte Kontinuum der Versorgung.

So sehr es aber stimmt, dass z. B. eine klinische Integration nur auf den Voraussetzungen der funktionalen Integration beruhen kann, wäre ein Zeitschema eher hinderlich. Gerade weil die klinische Integration aus organisatorischen, technischen und auch kulturellen Gründen so schwierig zu erreichen ist, sollten ihre Aspekte von Beginn an Berücksichtigung finden. Tophoven schlägt hier eine Art Leitlinien vor, die einzelnen Themen sind aber auch geeignet als Hauptüberschriften für ein fachliches und kulturelles Lernprogramm, das vom ersten Tag an allen Integrationsprojekten zu empfehlen ist:

„Integration oder sektorübergreifende und interdisziplinäre Kooperation setzt eine gemeinsame Konzeption, ein gemeinsames Verständnis dessen voraus, was, wer, wo, wann, wie tut. Integrierte Versorgungsformen werden daher auf Leitlinien basieren müssen.

- Leitlinien, die als eine symptomorientierte und prozesshafte Darstellung, also als Handlungsleitlinien verfasst werden.
- Leitlinien, die den Gedanken der Kooperation aufgreifen, indem sie die Schnittstellen zu Fachspezialisten, zu Krankenhäusern, zu komplementären Heilberufen und sozialen Diensten gemeinsam mit den Betroffenen abstimmen.
- Leitlinien, die, da sie auf Transparenz setzen, in Versionen für alle Beteiligten zur Verfügung stehen, also für Ärzte, Patienten, Mitarbeiter in Koordinierungsstellen und Arztpraxen.“ (Tophoven 1999)

Integration und Sicherstellungsauftrag

Die angestrebte Regionalität und der Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung müssen einander entsprechen. Im folgenden werden nur einige Fragen angesprochen, die primär in diesem Kontext relevant sind. Auch hier kommt es nicht auf Reißbrettlösungen an, sondern auf die Weiterentwicklung des historisch Gewordenen unter dem Aspekt neuer Aufgabenstellungen.

Bisherige Misserfolge bei der „Verzahnung“

Einerseits spricht die Rückständigkeit bei der Integration nicht für die Beibehaltung des rechtlichen Status quo. Andererseits erfordert der Integrationsprozess von den Beteiligten ein hohes Maß an Wagnis, Konzentration und Verantwortungsbewusstsein, das durch radikale Veränderungen und eine konfliktorientierte Politik in Frage gestellt würde. Der Sicherstellungsauftrag sollte daher nicht radikal umverteilt werden, jedoch müssten aus den Misserfolgen in der bisherigen Verzahnungspolitik behutsam Konsequenzen gezogen werden:

- Die Verzahnungsdiskussion wurde jeweils im Kontext der gefährdeten Beitragssatzstabilität geführt und damit wurde sie unter den Druck einer unmittelbar wirksam werdende **Kostenentlastung** gestellt. Wirkliche Schritte in Richtung Integration haben jedoch meist Investitionscharakter, erfordern Geld- und Zeitaufwand in den Bereichen Qualifizierung, Infrastruktur (z. B. Informationsmanagement), organisatorische Anpassungen in Praxen und Krankenhäusern etc. dem erst ein künftiger Nutzen gegenübersteht. Inwieweit dieser in Form von Kostenentlastungen anfallen wird, ist auf der bestehenden Wissensgrundlage sehr unsicher. Die amerikanischen und Schweizer Erfahrungen geben keinen Anlass, Integration als Kostendämpfungspolitik zu überschätzen; bestenfalls sind Einsparungen geringfügig. Studien, die deutliche Kostensenkungen nachweisen, sind methodisch nicht gegen Qualität und Risikoselektion abgesichert. Wenn aber ein Prozent der Versicherten jährlich etwa 30 Prozent der Ausgaben, und die kostengünstigsten 50 Prozent nur drei Prozent der Ausgaben verursachen, dann sind durch geringfügige Verschiebungen zwischen diesen beiden Gruppen enorme 'Einsparungen' zu erzielen.
- Veränderungen im Tätigkeitsspektrum der Kassenärzte und Krankenhäuser hatten bei gegebener **Verteilungskonkurrenz** und gegebenen Vetopositionen additive Auswirkungen. Unter der Konkurrenzkonstellation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern haben sich die Verzahnungsversuche durch wechselseitige Öffnungen (z. B. mehr Operationen in der Kassenarztpraxis, spezifische ambulante Leistungselemente im Krankenhaus) als Integration ebensowenig bewährt, wie als Kostendämpfung. Die polemische Wendung Bruckenbergers, wonach diese Verzahnung meist in dem Bemühen bestehe, „sich zusätzliche Zähne zu besorgen, um ein größeres Stück aus dem Verteilungskuchen abbeißen zu können“, ist eine exakte Beschreibung der Realität. „Vier Millionen zusätzliche ambulante Operationen in den Praxen haben keinerlei substitutive Auswirkungen auf die stationären Operationen gehabt. Sie kamen additiv hinzu“ (Bruckenberger 1997a, 354).⁴⁴

Auf dem gegenwärtigen Wissensstand lässt sich nur sagen: werden Schritte zur Verzahnung mit dem Ziel sofortiger Ausgabenentlastungen der Kassen unternommen, ist das Scheitern der Integrationsperspektive bereits besiegelt. Zugespitzt formuliert: Verzahnung mit dem Ziel kurzfristiger Kostendämpfung scheitert mit hoher Wahrscheinlichkeit, während Schritte im Kontext mittel- und langfristiger angelegter Integrationsstrategien entlang dem Kontinuum durchaus eine mittelfristige Chance relativer Einsparungen bieten.

Im amerikanischen System haben sich die Substitutionsprozesse ('ambulant vor stationär') seit der zweiten Hälfte der 80er Jahre mit einer rasanten Dynamik vollzogen, nachdem zunächst durch die Einführung von Fallpauschalen (ab 1983) der finanzielle Anreiz und dann die Expansion der Managed Care Organizations der institutionelle Druck entstanden ist⁴⁵. Bereits 1986 wurden 40 Prozent der chirurgischen Eingriffe in Krankenhäusern ambulant vorgenommen (Feinglass/Holloway 1991).⁴⁶ Hauptgrund für die Substitutionsdynamik war die

44 Bemerkenswert ist, dass in den Mainstream-Debatten der Experten aus den Verbänden und dem Wissenschaftsbetrieb einerseits die ökonomistische Sichtweise der 'neoklassischen' Marktverhaltenstheorie zum Standard geworden ist, aber andererseits die von dieser Theorie keineswegs gedeckte Erwartung gehegt wird, die Institution Krankenhaus verhielte sich so, dass das Resultat ihrer Bemühungen zu ihrem eigenen wirtschaftlichen Ruin führt. Unter den gegebenen Bedingungen der Arbeitsteilung würde das bei der Substitution nämlich der Fall sein.

45 Die Formulierung „entstanden ist“ will darauf hinweisen, dass (auch) diese Entwicklung mitnichten strategisch geplant war, sondern vor zehn Jahren noch von keinem der Akteure gewollt oder gar vorhergesehen wurde.

46 Wobei hinzugefügt werden muss, dass die hochgesteckten Erwartungen sinkender Kosten enttäuscht wurden.

Möglichkeit der Krankenhäuser, sie in eigener Regie oder in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten oder Polikliniken umzusetzen. Sie hatten kein Motiv, dies nicht zu tun, weil nichts sie daran hinderte, stationäre durch ambulante Angebote zu ersetzen, Kapital für Umbauten zu mobilisieren, Ambulatorien und Gruppenpraxen zu kaufen, Verträge mit Ärzten entsprechend zu ändern, Physician Hospital Organizations zu initiieren etc. Die notwendigen und möglichen Substitutionsprozesse – soviel lässt sich immerhin sagen – sind unter den gegebenen deutschen Bedingungen nicht oder allenfalls unter großen Verlusten für den Krankenhaussektor (einschließlich Personal und Patienten) organisierbar, d. h. einem äußerst restriktionsreichen Prozess gesamtwirtschaftlicher Ressourcenvergeudung.

Sicherstellung durch Vertragsmodelle?

Sowohl das oben skizzierte Konzept der regionalen Gesundheitskonferenz als auch dasjenige des regionalen Gesundheitsrates versuchen eine Antwort zu geben auf das Problem, dass die Gestaltung der gesamten Versorgung derzeit in den Händen nur eines Teils der Anbieter und eines Teils der Kostenträger liegt. Neben der „Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ des § 72 SGB V existieren Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Apotheken, Erbringer von Heil- und Hilfsmitteln, Anbieter von häuslicher Krankenpflege und Krankentransportleistungen, Hebammen usw. Gefragt sind also die kassenärztlichen Körperschaften für die Versorgung in ärztlichen Niederlassungen, die Länder unter eingeschränkter Beteiligung der Krankenkassen für die Versorgung in Krankenhäusern und die Kassen für die Versorgung mit Vorsorge- und Reha-Leistungen und Leistungen anderer Leistungserbringer, Berufsgenossenschaften und Krankenhausträger. Für die Kassen besteht gegenüber Anbietern, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, in den meisten Fällen Kontrahierungszwang (Platzer 1999).

Wie in den Konzepten ‘Gesundheitsrat’ und ‘Gesundheitskonferenz’ müssen generell die Entscheidungsstrukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ihre Effektivität im Hinblick auf das Integrationsziel geprüft werden. „Die heutige Vielschichtigkeit und Abgeschottetheit einzelner Selbstverwaltungsstränge muss zusammengeführt werden zu einem Selbstverwaltungsgremium mit Entscheidungskompetenz für alle Bereiche. (...) Die Steuerungsentscheidungen der Zukunft verlangen den Sachverstand und die Umsetzung gemeinsam gefasster Beschlüsse auf allen Ebenen und in allen Bereichen.“ (Montgomery 1997: 20)

Ausgeklammert sind weitgehend die Versicherten bzw. Patienten sowie die nichtärztlichen Berufsgruppen. Grundsätzliche Veränderungen scheinen in der Bundesrepublik derzeit eher unwahrscheinlich, sind aber auf längere Sicht nicht auszuschließen, da die traditionelle Machtbalance ins Wanken gerät.

Aus dem Spektrum von Lösungsmöglichkeiten stechen derzeit ‘Vertragsmodelle im Kontext von Wettbewerb’ hervor. In diesen Modellen sollen die Krankenkassen als Finanzierungsträger den Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung erhalten. Sie kämen ihm dadurch nach, dass sie für das gesamte Spektrum der Kassenleistungen Verträge mit ausgewählten Leistungsanbietern bzw. Zusammenschlüssen von Anbietern abschließen. Im Konzept eines Wettbewerbs zwischen den Kassen(arten) ist die Vertragspolitik als das entscheidende Wettbewerbsinstrument vorgesehen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 1994). Um das zur Geltung zu bringen, bedürfe es einer weitgehenden Vertragsfreiheit zwischen Kassen

und Leistungserstellern ('Einkaufsmodell'). Die Kassen fordern die Aufhebung des Kontraktzwanges mit zugelassenen Kassenärzten und Krankenhäusern, die in die Landekrankenhauspläne aufgenommen sind.

Unter dem Gesichtspunkt der Integration von ambulanter und stationärer Versorgung könnte ein solches Modell Vorteile besitzen. Beispielsweise könnten Krankenkassen oder Krankenkassenverbände ihre regionale Vertragspolitik darauf abstellen, dass sie nicht mit einzelnen Anbietern, sondern mit integrierten Netzwerken oder Zusammenschlüssen Versorgungsverträge für einen bestimmten Zeitraum abschließen. Im amerikanischen Gesundheitswesen ist gerade durch das Zusammenwirken von prospektiver Finanzierung und Wettbewerb eine enorme Dynamik in Richtung auf Integration und Konzentration auf der Seite der Leistungsanbieter in Gang gesetzt (Kühn 1997, 1999).

Es gilt aber, folgendes abzuwägen: Für die regionale und übersektorale Zusammenfassung des Sicherstellungsauftrages entweder auf den „Gesundheitsrat“, die „Gesundheitskonferenz“ oder die Kassen spricht die Erfahrung, dass die bisherigen Regelungen nennenswerte Erfolge bei der Integration verhindert haben. Andererseits hat sowohl die Letztverantwortung der Bundesländer im Krankenhaussektor als auch die Existenz von öffentlich-rechtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Berechtigung. Selektive Vertragsgestaltungen im Sinne von 'Einkaufsmodellen' seitens der Kassen versprechen zwar – besonders im Hinblick auf die Integration – Fortschritte, jedoch sind einige Risiken als derzeit nicht ausräumbar anzusehen:

Dramatisch rückläufige **Möglichkeiten kollektiver Interessenvertretung der Kassenärzte** gegenüber den Kassen würden – wie die amerikanische Entwicklung von Marktwettbewerb und 'Managed Care' deutlich zeigt (Kühn 1997) – neue Abhängigkeiten erzeugen, deren Auswirkungen auf die Versorgung politisch und instrumentell derzeit weder absehbar noch prävenierbar wären. Wenn es gelänge, die eigentliche Fehlentwicklung, nämlich die einseitig einkommenspolitische Instrumentalisierung der mit dem Sicherstellungsauftrag einhergehenden Vetoposition durch die KVen zu verhindern, wäre ein solcher Schritt verzichtbar.

Den **gesetzlichen Krankenversicherungen** wüchse mit der Möglichkeit selektiver Verträge ein Gewicht zu, das sie folgerichtig geradezu zwänge, direkte Kontroll- und Steuerungsfunktionen für die ambulante und stationäre Versorgung wahrzunehmen. Damit wären sie zumindest mittelfristig aus mindestens zwei Gründen überfordert:

- Erstens stehen sie in einem unaufgelösten Widerspruch zwischen ihrer Eigenschaft, Körperschaften des öffentlichen Rechts bzw. **sozialstaatliche Institutionen** zu sein, die **'öffentliche Güter' produzieren** und ihrer im Kassenwettbewerb selbst gewählten Rolle, sich als **konkurrierende Unternehmen** zu bewähren, d. h. explizit nach **einzelwirtschaftlicher** Rationalität zu agieren. In diesem Kontext haben die gesetzlichen Krankenkassen „ihr Selbstverständnis zwischen gesundheitspolitischer Verpflichtung und unternehmenspolitischer Orientierung noch nicht gefunden“ (Tophoven 1998) und es fragt sich, ob dies überhaupt möglich ist.
- Zweitens sind die Kassen von ihren personellen Ressourcen, ihrer institutionsspezifischen Kultur und ihren Legitimationszwängen de facto eindeutig und einseitig auf das Management der monetären Seite gesundheitsbezogener Versorgung orientiert. Statt dieser historisch verständlichen Vereinseitigung mehr Gewicht zu verleihen, wäre es gesundheitspoli-

tisch eher angeraten, Gegengewichte zu schaffen (z. B. durch Patientenrechte, wirkungsvolle Patientenvertretung), um eine bessere Balance zugunsten der sachlichen und humanen Erfordernisse herzustellen.

Es müssen also Wege gefunden werden, die mit den gesetzlichen Sicherstellungsaufträgen verknüpften politischen Machtpositionen in einer Weise zu modifizieren, durch die Schritte zu mehr Integration zumindest nicht weiter blockiert werden können.

Was soll sichergestellt werden?

Der Sinn des Sicherstellungsauftrags der kassenärztlichen Vereinigungen liegt in der selbstverwalteten Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten medizinischen Leistungen bei hinreichender Qualität und angemessener Bezahlung der Ärzte. Praktiziert wird jedoch die Sicherstellung der 'Freiberuflichkeit' im Sinne wirtschaftlicher 'Selbständigkeit'. Diese Verengung auf eine bestimmte Form der Erstellung ist jedoch weder vom Charakter ärztlicher Dienstleistungen (1) her, noch vom – unbestrittenen – besonderen Schutz der Arzt-Patient-Beziehung gegenüber externen Eingriffen (2) gerechtfertigt:

(1) Es liegen in der deutsch- und englischsprachigen Literatur keine empirischen Studien vor, mit denen sich begründen ließe, dass der gesundheitspolitische Zweck ambulanter ärztlicher Leistungen nur in Gestalt der Niederlassung einzelner oder kleiner Gruppen wirtschaftlich selbständiger Ärzte erreicht werden könnte. In den Vereinigten Staaten wurde eine Vielzahl von Studien zur Leistungsfähigkeit von niedergelassenen Ärzten mit Einzelleistungsvergütung (Fee For Service) verglichen mit derjenigen in 'Managed Care Organizations' (MCOs) durchgeführt (Robinson/Steiner 1998). Auch diese lassen weder relativ noch absolut eine solche Schlussfolgerung zu. Nutzen und Risiken sind – je nach Problem und Fragestellung – unterschiedlich verteilt. Es darf sogar vermutet werden, dass der Vergleich recht eindeutig zugunsten der höher integrierten Organisationsformen ausfällt, wenn allein die Organisation berücksichtigt und die unterschiedlichen Anreizsysteme (Einzelleistungsvergütung – prospektive Finanzierung über Pauschalen und Budgets) neutralisiert werden könnten.

Dafür sprechen die Evaluationsresultate, die innerhalb der MCOs vergleichen zwischen solchen, bei denen noch weitgehend traditionelle Praxisformen erhalten bleiben und anderen, bei denen Integration und Kooperation auf einem höheren Niveau stattfinden. In der bislang umfassendsten Auswertung der vorliegenden empirischen Literatur zur Evaluation der Managed Care Organizations in den Vereinigten Staaten kommen Robinson und Steiner zu dem Ergebnis: „Bezüglich der Wirkungen organisatorischer Veränderungen, zeigt die empirische Beweislage, dass feste und intensive organisatorische Strukturen wie die ‚staff and group model HMOs‘⁴⁷ den größten Einfluss auf die Leistungsqualität haben. Durch starke Integration und Koordination und den Einsatz konsistenter Anreize scheinen sie erfolgreicher zu sein als loseere Netzwerke, IPA-model HMOs⁴⁸ oder PPOs⁴⁹ im Hinblick auf die Ziele: Entwicklung einer

47 Staff-model HMOs: Health Maintenance Organizations haben eigene integrierte medizinische Einrichtungen mit angestellten Ärzten. Group-model HMOs: HMOs kontrahieren exklusiv mit integrierten medizinischen Einrichtungen (z. B. großen Ambulatorien: Physician Groups).

48 IPA: Independant Practice Assciations: Netzwerke niedergelassener Ärzte (mit und ohne Kontrakt mit Krankenhäusern) unterwerfen sich einem bestimmten Management und schließen Verträge mit HMOs bzw. Versicherungen.

49 Preferred Provider Organisations: Zusammenschlüsse selbständiger Leistungserbringer, die mit HMOs bzw. Versicherungen Verträge abschließen. Sie unterscheiden sich von HMOs vor allem dadurch, dass sie nicht prospektiv finanziert

ressourcenbewussten Dienstleistungskultur, Ausweitung und Intensivierung präventiver Leistungen und verbesserter Leistungsqualität (Robinson/Steiner 1998).⁵⁰

(2) Auch in der ärztlichen Berufsordnung findet sich keine Rechtfertigung für das Monopol nur einer Versorgungsform. Wenn die Bundesärzteordnung vorschreibt, der ärztliche Beruf sei **ein seiner Natur nach freier Beruf**, dann kommt es nach Laufs (1993, 34) auf die wirtschaftliche Selbständigkeit dabei nicht an: „Die besondere Freiheit (des ärztlichen Berufs, HK) ergibt sich aus dem ärztlichen Standesrecht. Das Standesrecht regelt die Berufspflichten und -rechte, ohne nach selbständigen, angestellten oder beamteten Ärzten zu unterscheiden. Nach den Gesetzesmaterialien will die Bundesärzteordnung klarstellen, ‘dass grundsätzlich die Freiheit ärztlichen Tuns gewährleistet sein muss, **unabhängig davon, in welcher Form der Beruf ausgeübt wird**’. Die verantwortliche Freiheit des Entscheidens als Voraussetzung jedes ärztlichen Handelns bleibt verbindliches Berufsprinzip, gleichviel in welcher Position der Arzt seinen Dienst tut. So hat der Krankenträger gegenüber dem bei ihm angestellten Arzt grundsätzlich keine Weisungsbefugnis im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit im eigentlichen Sinne und abgesehen vom allgemeinen Direktionsrecht des Arbeitgebers.“

Aus beidem folgt: Es ist nicht der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung, der als Modernisierungs- und Integrationshindernis wirkt, sondern seine Instrumentalisierung zum Zweck der Strukturkonservierung. Sicher lassen sich extreme Organisationsformen vorstellen, bei denen die Versorgung nicht mehr sichergestellt wäre. Aber keine der in den westlichen Industrieländern gebräuchlichen rechtfertigt es, als einzige Lösung angesehen zu werden. Daher besteht für die Sicherstellung der Versorgung keine Notwendigkeit, den Kassenärztlichen Vereinigungen auf dem Gebiet der Organisationsformen ein De-facto-Vetorecht zuzubilligen. Ein Gesetz könnte definieren, welche leistungs- und qualitätsbezogenen Kriterien von zugelassenen Leistungserbringern nachgewiesen werden müssen und den KVen könnte die Aufgabe zufallen, die Erfüllung dieser Kriterien zu sichern, unabhängig von der Organisationsform.

Um de facto neuen Organisationsformen gleiche Chancen zu geben, wie sie bislang die Solo-Praxis hat, müssten **KVen und Kassen** verpflichtet werden, unterschiedliche **Finanzierungsoptionen** je nach Art des Modells zu vereinbaren (bei standardisiertem Ausgabenschlüssel pro Versichertem, gewichtet nach den gängigen Risikomerkmale). Hier wäre es auch an der Zeit, bestimmte Finanzierungs- bzw. Honorierungsarten auszuschließen, sobald sie sich empirisch eindeutig als integrationshemmend erweisen. Die rechtliche Ermöglichung einer organisatorischen Vielfalt reicht allein nicht aus, wenn sie keine Entsprechung durch modellspezifisch angemessene Vergütungsformen findet. Beispielsweise wird die Entwicklung und Aufrechterhaltung von berufsgruppenübergreifenden integrierten Institutionen weitgehend verhindert, wenn diese sich allein über ärztliche Einzelleistungshonorare finanziell reproduzieren müssen. Es muss möglich sein, nicht nur individuelle Ärzte zu honorieren, sondern auch Teams und integrierte Institutionen, die dann ihrerseits über die personelle Vergütung selbst im Rahmen von Tarifregelungen entscheiden zu können. Das gilt für die nichtärztlichen wie

sind, sondern Einzelleistungen vergütet werden zu einem Discountpreis und dass Ärzte auch außerhalb des jeweiligen Panels (allerdings zum vollen Preis) in Anspruch genommen werden können.

50 Das gute bis überlegene Abschneiden bei vergleichenden Studien von ‘staff model’ oder ‘group model’ HMOs, d. h. ambulante Kliniken und große Gruppenpraxen mit festem Gehalt als wichtigster Einkommensart wird erst kürzlich wieder bestätigt durch die Studie von Himmelstein/Woolhandler/Hellander/Wolfe 1999

auch die ärztlichen Leistungen. In zahlreichen amerikanischen Versorgungsinstitutionen der Spitzenklasse gibt es die Tendenz, Ärzte mit einem Festgehalt als überwiegende Haupteinkommensquelle auszustatten, unabhängig von der Form, in der die Institution finanziert wird. In Deutschland dürfte der Prozentsatz ambulant versorgender Ärzte, die sich solche Regelungen wünschen, im Steigen begriffen sein.

Alles in allem sollte der Sicherstellungsauftrag nicht radikal verändert, sondern gebündelt werden. Die notwendige Zusammenfassung in der Region sollte die kollektive Interessenvertretung der ambulanten und stationären Anbieter nicht verhindern. Aber die Versorgungsstrukturen müssten eindeutig in die Gestaltungsaufgabe des demokratischen Staates gestellt und nicht als Faustpfand in den Händen von Partialinteressenten belassen werden.

Fazit: Leitbilder einer Integrationsperspektive

Zusammenfassendes zum Verständnis des Integrationsproblems

Integration bedeutet die umfassende, koordinierte und kontinuierliche Bereitstellung von Dienstleistungen und die Organisierung eines nahtlosen Versorgungsprozesses. Zusammengeführt werden 'Fälle' und 'Informationen über Fälle', die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und über Zeitverläufe hinweg auftreten.

Integration muss als ein '**historischer Prozess**' gesehen werden, bestehend aus einer Vielzahl teilweise langfristiger Teilprozesse (Kompetenz- und Einkommens-, Machtverteilungsprozesse, Lern-, Politik- und Kommunikationsprozesse etc.), die miteinander interagieren und schwer vorhersehbar sind. Daher kommt es besonders darauf an, das Gesundheitswesen und die Steuerungsinstanzen in die Lage zu versetzen, Informationen und Erfahrungen zu dieser Entwicklung und ihrer Effekte permanent und institutionalisiert zu sammeln, auszuwerten und zu bewerten. Die 'effiziente' Steuerung komplexer und sensibler Prozesse ist ohne starke Elemente von Selbstverwaltung und Partizipation nicht vorstellbar. Aber die unverzichtbare Grundlage dafür ist die routinemäßige Bereitstellung sinnvoller Daten, die öffentlich transparente und institutionalisierte Evaluation. Der gegenwärtige Stand ist in dieser Hinsicht völlig unzureichend.

Integration als **soziale Realität** hat es zu tun mit Machtkonstellationen, Interessenbalancen, Verbandsegoismen, kulturelle Traditionen und Idiosynkrasien, unverständenen Zusammenhängen, fehlender Empirie, mangelhaften Bewertungsverfahren, einem eigengesetzlichen politischen System etc. Die unreflektierte, sozusagen 'realpolitische' Hinnahme dieses Teils der Realität würde einen wesentlichen anderen Teil der Realität verkennen oder unterschätzen, der sich aus der 'inneren Logik' des Schutzes und der Förderung der Gesundheit und der medizinische Versorgung als Handlungsnotwendigkeit ergibt. Beispielsweise resultiert die Spezialisierung und Ausdifferenzierung in der medizinischen Versorgung zu einem relevanten Teil aus der Eigenlogik des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts, während die Integration, die zur Ausschöpfung dieses Potentials notwendig wäre, mangelhaft ist und zum Teil völlig fehlt. Viele der oft beklagten 'Folgen der Spezialisierung' sind in Wirklichkeit Folgen fehlender oder schlechter Integration. Letzteres aber ist ganz wesentlich Produkt der politischen, ökonomischen, ideologischen Realität, die hier objektiv im Konflikt steht mit einem zentralen gesundheitspolitischen Zielkonsens und somit einen Preis fordert, der nicht nur (vielleicht nicht einmal hauptsächlich) in monetären Verlusten, sondern in verlorenen Lebensjahren und vermeidbar verschlechterter Lebensqualität anfällt.⁵¹

Andererseits lässt die soziale Realität sich keine noch so gut sachlogisch begründete Organisationsstruktur aufzwingen, sie führt manches ad absurdum, was durchaus vernünftig gedacht war, unterläuft anderes und bringt eigenes hervor, das wiederum die Korrektur durch den demokratischen Souverän herausfordert. Fehlentwicklungen auf dem Weg zu integrierten Gesundheitssystemen sind also unvermeidbar, worauf es realistischerweise ankommt, ist die Fähigkeit zur Rückkopplung und Korrektur. Zur Orientierung müssen daher **Leitbilder** ent-

51 Der gegenwärtige Stand der Dinge zeichnet sich dadurch aus, dass wir diesen Preis nicht einmal kennen, weshalb er ja auch von der politischen Rhetorik so leicht überspielt werden kann.

wickelt und diskutiert werden, die in sich zwar eine Pluralität möglicher Entwicklungsvarianten offen lassen, aber Kriterien vermitteln, mit deren Hilfe Wege zur Integration von Irrwegen unterschieden werden können. Allerdings muss – im Sinne eines wissenschaftlich kontrollierten verantwortlichen Pluralismus – die jeweils gewählte Handlungsoption, sich an solchen transparenten Kriterien öffentlich messen lassen.

Entsprechend müssen die **Sicherstellungsaufträge** eindeutiger gegen ihren interessenpolitischen Missbrauch geschützt werden, d. h. die damit staatlicherseits übertragene Kompetenz kann nur für die Sicherstellung der Versorgung und nicht für die Sicherstellung eines bestimmten Versorgungstyps genutzt werden. Mit dieser Klarstellung ließe sich die bisherige Weise der heterogenen Sicherstellungsaufträge mit dem Integrationsziel vereinbaren.

Aus den vorstehenden Überlegungen heraus wird vorgeschlagen, mit der Entwicklung von Leitbildern zu beginnen, die die Richtung angeben können hin zu **integrierten regionalen Versorgungssystemen über das gesamte Kontinuum der medizinischen und pflegerischen Versorgung**⁵², das erweitert und konkretisiert werden kann und nicht zuletzt auch ausbaufähig sein soll zur Integration auch der **regionalen Public-Health-Interventionen**.

Solche Leitbilder setzen ein **Prozessverständnis** voraus, das hier nur resümierend angedeutet wird:

- Integration ist eine gesellschaftliche **Investition in verbesserte Lebensqualität**. Wirkliche Schritte in Richtung Integration erfordern Aufwand in den Bereichen Qualifizierung, Infrastruktur (z. B. Informationsmanagement) und organisatorische Anpassungen, dem erst ein **künftiger** Nutzen gegenübersteht. Inwieweit dieser in Form von Kostenentlastungen anfallen wird, ist oft unsicher.
- Integration ist **primär keine Kostendämpfung**. Wird Integrationspolitik zu kurzfristiger Kostendämpfung instrumentalisiert, so wird sie im wesentlichen scheitern. Sie wird insbesondere nicht das Potential erschließen können, das zu größerer Wirksamkeit (und damit längerfristig zu gedämpfter Inanspruchnahme) führen kann. Steht sie hingegen im Kontext einer gesundheitspolitischen Perspektive verbesserter Versorgung, so ist es durchaus möglich, dass damit Einsparungen erzielt werden können.
- Integration erfordert die Entwicklung einer neuen **Dienstleistungskultur**. Sowohl in den einzelnen Institutionen und integrierten Systemen als auch in der Gesundheitspolitik müssen günstige Bedingungen geschaffen werden, unter denen innerhalb und zwischen den Institutionen eine Umwertung von Einstellungs- und Verhaltensmustern heranreifen kann und ein 'Klima', das dies begünstigt. Ohne eine neue Kultur ist es unrealistisch, auf tatsächlich verändertes initiatives Verhalten zu rechnen, das für die Integration hoch komplexer Dienstleistungsinstitutionen unverzichtbar ist. Eine offene Frage ist, wo sich potentielle 'Träger' und Vorbilder einer Neuorientierung finden lassen. Die organisierte ärztliche Profession hat viel von der dazu erforderlichen Glaubwürdigkeit eingebüßt. Zu häufig wurden unverzichtbare ethischen Orientierungen um tagespolitischer Geschäftsvorteile willen instrumentalisiert. Auch die Kassenverbände weisen einen Mangel an wesentlichen Eigenschaften auf, die zur einer auch moralisch orientierenden Ausstrahlung auf alle Be-

52 'Regional' kann in Ballungsgebieten identisch sein mit 'kommunal' bzw. 'lokal'.

teiligten erforderlich wären. Es ist aber nicht ganz aussichtslos zu erwarten, dass sich aus den Reihen der pflegerisch, ärztlich, administrativ und politisch Tätigen und auch aus organisierten Patientengruppen, in den bevorstehenden Konflikten neue bzw. erneuerte Kräfte herausbilden könnten, die den kulturellen Wandel in und zwischen den Institutionen vorantreiben.

- Integration ist unvermeidlich mit **Konflikt** verbunden. Wo Kompetenzen, Geld und Macht umverteilt werden gibt es immer Verlierer. Das ist ein reales Dilemma, denn einerseits ist Konfliktvermeidung meist gleichbedeutend mit der Vermeidung struktureller Veränderungen, andererseits aber lässt sich der für den Integrationsprozess erforderliche politische und kulturelle Konsens nicht auf der Grundlage struktureller (also objektiver) Interessenkonflikte erzielen. Daher müssen die Möglichkeiten der **Konfliktentschärfung** viel weitgehender erkundet und genutzt werden. So ließen sich mittel- und langfristige Übergangsmodelle entwickeln. Bei der Primärversorgungs-Orientierung werden beispielsweise unter Status-quo-Bedingungen Fachärzte und Krankenhäuser verlieren. Für sorgfältig und partizipativ geplante Übergangsmodelle ist ein breites Spektrum von Instrumenten denkbar, von finanziellen Abfederungen, über Qualifikationshilfen bis zu gemeinsamen ambulanten und diagnostischen Einrichtungen von Kassenärzten und Krankenhäusern. Das Ziel ist, möglichst vielen individuell oder institutionell Beteiligten im Rahmen Integration eine eigene Perspektive zu schaffen.
- Integrationspolitik heißt, **Such- und Lernprozesse** mit teilweise ungewissem Ausgang zu organisieren. Je chaotischer und heterogener der gesundheitspolitische Veränderungsdruck organisiert wird, desto mehr verschließen sich die Betroffenen gegenüber den Veränderungen, die aber ihrer aktiven Mitarbeit bedürfen. Mit anderen Worten: während für die Umorientierung der ärztlichen, pflegerischen und administrativen Arbeit nicht nur die ganze Aufmerksamkeit, sondern auch die **Motivation** der Menschen gefordert ist, sollten zugleich keine Experimente bei der Honorierung und Finanzierung durchgeführt werden, das die Betroffenen noch **zusätzlichen Risiken** von Einkommens-, Status- oder gar wirtschaftlicher Existenzgefährdung aussetzt. Im Gegenteil, es sind dann eher zeitlich befristete (und durchaus an Bedingungen geknüpfte) Bestandsgarantien erforderlich.

Leitbild aus der Institutionsperspektive

Fixierungen auf ganz bestimmte Organisationsmodelle sind weder vom gesundheitswissenschaftlichen Wissen her gerechtfertigt, noch können sie dienlich sein, wenn es um reale Veränderungsperspektiven geht. Auf lange Sicht wäre ein regionales (in Großstädten eher kommunales) Management aller Teilfunktionen anzustreben, von der präventiven Intervention bis zur rehabilitativen und palliativen medizinisch-pflegerischen Versorgung. Zu orientieren hätte dieses sich an **regionalen/kommunalen Gesundheitszielen**, die auf der Grundlage einer auszubauenden regionalen Gesundheitsberichterstattung in demokratischer Weise entwickelt werden. Integrierte Versorgungssysteme wären wesentliche Bestandteile eines solchen Gebildes. Denkbar ist auch, dass in Großstädten mehrere solcher integrierten Netzwerke entstehen und koexistieren, die für ihre Mitglieder eine koordinierte Versorgung entlang dem Kontinuum organisieren.

Es kann bzw. sollte beim gegenwärtigen Stand offen bleiben, wie integrierte Versorgungssysteme aufgebaut sind. Sie können ebenso um Krankenhäuser oder Krankenhausgruppen organisiert werden wie um große Gruppenpraxen oder Praxisnetze. Es sollten keine Möglichkeiten der Integration von vornherein ausgeschlossen werden, seien es Unternehmenszusammenschlüsse mit einer juristischen Person als Eigentümer oder seien es vertragliche Bindungen verschiedener Eigentümer.

Wenn neue Gebilde allerdings nicht mindestens zwei Stufen des Versorgungskontinuums verknüpfen, können sie nicht als geeignete Kristallisationspunkte gelten. Manche der neuen Kassenarztnetze lassen noch keine Integrationsperspektive erkennen. Sie laufen möglicherweise im Gegenteil darauf hinaus, zu Integrationshindernissen zu werden, wo es sich um kartellartige Zusammenschlüsse einer, zulasten einer anderen Versorgungsstufe handelt. Die Empfehlung eines verantwortlichen Pluralismus bedeutet nur dann nicht Orientierungslosigkeit, wenn es gelingt, die wichtigsten Teilfunktionen zu einem Leitbild integrierter Versorgungssysteme zusammenzufassen. Die Abbildung 6 skizziert Kernelemente, die ein solches Leitbild aus der **institutionellen Perspektive** enthalten könnte:

Abbildung 6: Leitbild aus der Institutionenperspektive

Ein integriertes Versorgungssystem:

- ⇒ übernimmt Verantwortung für die **Gesundheitsbedürfnisse** der Bevölkerung in der Region;
- ⇒ koordiniert die Versorgung entlang dem Interventions- und Versorgungskontinuum;
- ⇒ hat zum Organisationsprinzip die Kooperation sowie fach- und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit;
- ⇒ entwickelt gemeinsame Informationssysteme aller Versorgungseinrichtungen einschließlich des leichten Zugangs der Patienten zu den für sie relevanten Informationen bei Gewährleistung der Privatsphäre;
- ⇒ produziert bereitwillig und als Routine Informationen über sich selbst und stellt sie öffentlich bereit, besonders über Qualität und Verteilung von Leistungen, Kosten und Patientenzufriedenheit;
- ⇒ hat ein Management und Finanzierungsformen, durch die Ärzte und andere Leistungserbringer bei der Erreichung der Versorgungsziele zusammengeführt und unterstützt werden;
- ⇒ hat die Fähigkeit zur Organisation einer kontinuierlichen Qualitätsbeobachtung und –verbesserung;
- ⇒ lenkt den Fluß von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen, an denen sie benötigt werden.

Leitbild aus der Patientenperspektive

Ein Leitbild sollte auch aus der Perspektive der **individuellen Patienten** formuliert werden. Der Blick der meisten gesundheitspolitischen Experten und Akteure ist heute, von der mikro-ökonomischen Marktverhaltenstheorie beeinflusst, fast ausschließlich auf die Ebene von Tausch, Geld und Vertrag gerichtet. Das hat dazu beigetragen, dass in der Gesundheitspolitik die Besonderheiten der 'Produktion' der medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen häufig ausgeblendet werden. Der 'Patient' wird, abstrakt und unverbunden mit dem realen Dienstleistungsgeschehen, zur rhetorischen Figur. Da er/sie aber sowohl 'Arbeitsgegenstand' als auch 'Mitproduzent' ist, ist seine/ihre Situation notwendigerweise von jeder Veränderung des Produktionsprozesses dieser Dienstleistungen berührt.

Ein Ausdruck dieser Vernachlässigung ist die derzeit populäre **Analogie zwischen dem Kunden der Konsumwelt und dem Kranken im Gesundheitswesen**. 'Kunden' wählen das Produkt und den Zeitpunkt des Kaufes aus, sie können warten, auch können sie jederzeit gehen. Keines dieser Merkmale trifft auf die **Kranken** zu. Daher führt diese Analogie zu falschen Schlussfolgerungen. Im Zentrum der medizinischen Versorgung steht die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten beziehungsweise Pflegenden. Diese Beziehung ist durch die Statusunterschiede zwischen Kranken und hochqualifizierten Professionellen so asymmetrisch, dass die Vorstellung von einer gleichgewichtigen Beziehung zweier Tausch- oder Vertragspartner absurd erscheinen muss. Den Patientinnen und Patienten fehlt das berufliche Wissen und die Fertigkeiten der Ärzte. Selbst bei Routinebesuchen sind sie verletzlich und am schwächeren Ende. Sie entblößen ihre Körper, sprechen von intimsten Dingen körperlicher oder anderer Art. Auch wenn Sie in die Entscheidung einbezogen werden, müssen sie Grund haben, dem ärztlichen Rat vertrauen zu können. Je nach Umständen – ob die Patienten beispielsweise an einer akuten Krankheit leiden oder ob sie chronisch krank sind und gelernt haben, mit ihrer Krankheit umzugehen – sind sie mehr oder abhängig. Viele Patienten sind schwer krank, besonders jung oder besonders alt, verängstigt, körperlich und psychisch eingeschränkt und leidend, häufig uninformiert. Aus diesen Gründen haben die modernen Zivilisationen den Kranken eine besondere Schutzbedürftigkeit zugebilligt.⁵³ Es geht also an der Realität ihrer eingeschränkten oder fehlenden Selbsthilfefähigkeit vorbei, wenn ihnen die Rolle des 'kritischen Kunden' und Marktkorrektivs im Gesundheitswesen zugemessen werden soll. Das gilt auch für die Integrationsprozesse: Wenn die Kranken es nicht mit einem Arzt, sondern mit einer Mehrzahl arbeitsteilig agierender Personen und Institutionen zu tun haben, dann sind sie zudem von den Kooperationsbeziehungen der arbeitsteilig Handelnden abhängig, d. h. sie tragen mit ihrer Gesundheit, ihrem Wohlbefinden und auch ihrer Würde **das Risiko gescheiterter Kooperation und Koordination**.

53 Diese Schutzbedürftigkeit drückt sich auch in der modernen westlichen hippokratischen Medizin-Ethik aus. Hiernach sollen Individuen von Ärzten erwarten können, dass diese

- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten sind,
- allein in des Patienten Interesse handeln,
- das Wohlergehen des Patienten über das eigene finanzielle Wohlergehen stellen und
- das Arztgeheimnis wahren.

Wenn wir uns als Kranke an einen Arzt wenden, so wollen wir auf eine gute Chance vertrauen können, einen loyalen Helfer zu finden, der vor allem als unser persönlicher Agent handelt und nicht als Agent Dritter.

Die Patienten – und hier wiederum besonders diejenigen aus sozialen Gruppen mit geringen Einkommen, unterdurchschnittlicher Bildung, sozialer Unterstützung, beruflichem Status etc. – sind nicht nur individuell, sondern auch als Gesamtheit schwach, was die Durchsetzung ihrer Bedürfnisse und Interessen anbelangt. Um tatsächlich im Sinne des Solidaritätsprinzips ein effizientes integriertes System konzeptionell und strategisch zu entwickeln, müsste es aus der Perspektive der Schwächsten heraus durchdacht werden. Der folgende Vorschlag eines Leitbildes aus Patientensicht führt eine Sammlung von Kriterien an, denen ein Versorgungssystem aus der Patientenperspektive genügen müsste und von denen angenommen wird, dass Schritte zur Integration den Grad ihrer Erfüllung vergrößern dürften.

Am augenfälligsten wird die Fragmentierung im Kontakt mit Ärzten und anderen Helfern aus Heil- und Pflegeberufen, wenn ein Patient verschiedene Leistungen verschiedener Einrichtungen benötigt. Bei jedem Kontakt werden die gleichen Fragen gestellt, neue Befunde ermittelt, Diagnosen gestellt und Behandlungswege eingeschlagen oder abgesetzt. Es kennzeichnet die marginale Rolle des Patienten/der Patientin, dass meist unbemerkt bleibt, in welchem Ausmaß ihm bzw. ihr implizit Integrationsleistungen' auferlegt werden. Wenn es keinen durch Management bewusst hergestellten Systemzusammenhang gibt, dann bleibt es dem einzelnen Patienten überlassen, Integrationsaufgaben wie die Übermittlung von Informationen, Auskünfte an Ärzte über Behandlungen bei anderen Ärzten u.ä. selbst wahrzunehmen. Nur wenig überspitzt könnte man sagen, der Zusammenhang von professionellen Teilfunktionen muss entweder durch kranke Laien hergestellt werden oder er wird nicht hergestellt. Das Problem betrifft die Versorgungsqualität als ganze und ist somit weitaus größer als es die stereotypen Hinweise auf die 'Doppeluntersuchungen' ahnen lassen. Die isoliert handelnden Professionellen informieren, ergänzen, beraten und korrigieren sich nicht, ihre Leistungen stehen in einem additiven Verhältnis zueinander.

Wenn in diesem Kontext der 'mündige Patient' bemüht wird, ist das Grund zu kritischen Fragen. Aus der Soziologie wissen wir, dass die jeweils zugeschriebene 'Mündigkeit' oft sehr stark aus der Institutionenperspektive definiert wird, sozusagen als legitimatorische Umschreibung für die Zumutungen, die die Institution den Klienten zuweist. Beispielsweise ist die 'Mündigkeit' des Krankenhauspatienten relativ groß, wenn nachts oder an Sonn- und Feiertagen die Station schwach besetzt ist, sie verringert sich jedoch drastisch, wenn die tägliche Stationsroutine durch Eigenständigkeiten der Patienten gestört zu werden droht. Das Bild des Patienten ist sozusagen eine Black Box, in die projiziert wird, was dem Interesse der Institution oder des politischen Akteurs entspricht.

Abbildung 7: Leitbild aus der Patientenperspektive

Aus der Sicht der Patienten muß ein integriertes Versorgungssystem:

- ⇒ im Bedarfsfall leicht zugänglich sein;
- ⇒ Ärzte haben, die die persönliche Krankengeschichte, Allergien, erbliche Dispositionen, familiäre Umstände, berufliche Tätigkeit des Patienten kennen und
- ⇒ verständlich über Diagnosen, Indikationen, Behandlungsoptionen und -strategien aufklären;
- ⇒ aktuelle Informationen über Prävention und Gesundheitsförderung sowie Früherkennungsuntersuchungen aktiv für jeden verfügbar machen;
- ⇒ die strukturellen, organisatorischen und kulturellen Voraussetzungen für höflichen und aufmerksamen Umgang mit den Patienten schaffen sowie für die Bereitschaft, auf alle Fragen zu antworten;
- ⇒ kontinuierlich Qualitätsindikatoren (incl. Patientenzufriedenheit) erheben, diese mit anderen Institutionen vergleichen und Hinweisen auf Mängel systematisch nachgehen;
- ⇒ durch 'ermöglichendes Management' dafür sorgen, daß die Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erfolgt und von Professionellen geleistet wird, die gut zusammenarbeiten;
- ⇒ angemessene und koordinierte Anschluß- und Nachbehandlung sicherstellen;
- ⇒ unaufgefordert die relevanten Informationen von einem Leistungserbringer zum anderen leiten (den Patienten sollten nicht überall dieselben Fragen gestellt werden);
- ⇒ rechtzeitig über organisatorische Veränderungen unterrichten;
- ⇒ so organisiert sein, daß sie aus ihren Fehlern lernen können, d. h. nicht den selben Fehler zweimal machen.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. 1998**, Das Primärarzt-System, in: Knoche, M./Hungeling, G. (Hg.), Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Frankfurt: Mabuse, 253-263
- American Medical Association 1996**, Directory of Practice Parameters, Chicago
- AOK-Bundesverband 1996**, Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. „Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG), Bonn
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994**, Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, o.O.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1995**, Eckpunkte zur Gestaltung der Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen, o.O.
- Armbruster, S. 1999**, Die Binnenstruktur von Praxisnetzen. Experteninterviews zu rechtlichen und sozialen Aspekten, unveröff. Projektarbeit, Berlin
- Auerbach, W. et al. 1957**, Sozialplan für Deutschland. Auf Anregung des Vorstandes der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Berlin und Hannover: Dietz Verlag
- Behrens, J./Braun, B./Morone, J./Stone, D. 1996**, Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden: Nomos
- Bodenheimer, T. 1999**, Disease Management – Promises and Pitfalls, NEJM 340. 15: 1202-1205
- Bodenheimer, T./Lo B./Casalino, L. 1999**, Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers, JAMA 281, 21: 2045-2049
- Bruckenberg, E. 1997**, Sektorübergreifende Kooperation statt sektoraler Optimierung, Krankenhaus-Umschau, 12/97
- Bruckenberg, E. 1997a**, Die mythologische Kostendämpfung – Krankenhauspolitik um die Jahrtausendwende, Krankenhaus-Umschau, 5/1997, 350-359
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998**, Konsenspapier der Ärzteschaft zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – Sicherung der ärztlichen Berufsfreiheit in Klinik und Praxis, o.O.
- Clement, D.G./Retchin, S.M./Brown, R.S./Stegall, M.H. 1994**, Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care, JAMA, 271:1487-92
- Congress, Office of Technology Assessment , 1994**, Identifying health technologies that work: Searching for evidence, Washington, D.C. (U.S. Government Printing Office)
- Connors, R.B. (Ed.) 1997**, Integrating the practice of Medicine, Chicago (American Hospital Publishing)
- Conrad, D.A./Dowling, W.L. 1990**, Vertical integration in health care: theory and managerial implications, Health Care Management Review, 15 (fall), 9-22
- Conrad, D.A./Hoare, G.A. 1994**, Strategic Alignment: Managing Integrated Health Systems, Ann Arbor (AUPHA Press, Health Administration Press)

- Dassen, T. 1997**, Ambulante und stationäre Versorgung – Erfahrungen aus den Niederlanden, In: Krankenhausreport '97, hrsg. v. M. Arnold u. D. Paffrath, Stuttgart usw.: G. Fischer, 113-126
- Döhner, H./Mutschler, R./Schmoecker, M. (Hg.) 1996**, Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Neue Ansätze und erste Erfahrungen, Hamburg
- Döhner, H./Schick, B. (Hg.) 1996**, Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung, Hamburg
- Donaldson, M.S./Yordy, K.D./Lohr, K.N./Vanselow, N.A. (Ed.) 1996**, Primary Care: America's Health in a New Era, Institute of Medicine (National Academy Press) Washington
- Eckholm, E. 1993**, The ethos of conservative care, in: Solving America's health-care crisis: a guide to understanding the greatest threat to your family's economic security, by the staff of 'The New York Times', ed. by E. Eckholm, New York: random house, 239-244
- Ellrodt, G./Cook, D.J./Lee, J. et al. 1997**, Evidence-based Disease Management, JAMA, 278, 20, 1687-92
- Ellwood, P.M./Anderson, N.N./Billings, J.E. et al. 1971**, Health Maintenance Strategy, Medical Care, 9: 291-306
- Emanuel, E.J./Dubler, N.N. 1995**: Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care, JAMA 273, 323-329
- Enthoven, A./Kronick, R. 1989**, A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s, NEJM 320: 29-37 und 94-101
- Ewers, M. 1996**, Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. (P96-208)
- Firnkorn, H.-J. 1997**, Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung, In: Krankenhausreport '97, hrsg. v. M. Arnold u. D. Paffrath, Stuttgart usw. (G. Fischer), 127-140
- Fishman, P.A./Wagner, E.H. 1998**, Managed Care Data and Public Health: The Experience of Group Health Cooperative of Puget Sound, Annual Review of Public Health, 19: 477-491
- Freundenheim, M. 1998**, Cardinal Health to Acquire Allegiance Hospital Supply, New York Times v. 10.10.1998
- Fry, J./Light, D./Rodnick, J./Orton, P. 1995**, Reviewing Primary Care: A US-UK Comparison, Oxford/New York: Radcliffe Medical Press
- Gerlinger, T. 1997**, Punktlandungsübungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsform, Jahrbuch für kritische Medizin, 28: 99-124
- Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand 1988**. Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bd. II: Vorschläge zur Strukturreform, Köln Bund-Verlag
- Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr 1997**, Perspektiven für eine integrierte Gesundheitsversorgung, Stuttgart
- Glennerster, H./Cohen, A./Bovell, V. 1998**, Alternatives to Fundholding, in: International Journal of Health Services, Vol. 28, No. 1, S. 47-66
- Goldberg, B.W. 1998**, Managed Care and Public Health Departments: Who is responsible for the health of the population?, Annual Review of Public Health, 19, 527-537

- Gruhl, M. 1996**, Gemeinsamer Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Versorgung, Man. 1996
- Grumbach, K./Osmond, D./Vranizan, K. et al. 1998**, Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems, *NEJM* 339,21, 1516-21
- Hellinger, F.J. 1996**, The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of evidence, *Medical Care Research and Review*. 53: 294-314
- Hirschman, O. 1970**, Exit, Voice, and Loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states, Cambridge, Mass. Harvard University Press
- Hoppe, J. 1997**, Modell für eine personell integrierte ärztliche Versorgung, In: Krankenhausreport '97, hrsg. v. M. Arnold u. D. Paffrath, Stuttgart usw.: G. Fischer, 149-156
- Iiffe, S. /Munro, J. (Eds.) 1997**, Healthy Choices. Future Options for the NHS, London
- Iiffe, S. 1996**, Allgemeinpraxis und regulierter Markt. Ein Beitrag zur Entwicklung der ambulanten Versorgung in Großbritannien, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 25, Hamburg, 134-146
- Iiffe, S. 1999**, The Retreat from Equity: Consumerism, Evidence and the Shift towards a Primary Care in Britain's National Health Service, in: Schmacke, N. (Hg.) 1999, Gesundheit und Demokratie: Von der Utopie der sozialen Medizin, Frankfurt: VAS, 310-324
- Institute of Medicine 1978**, A Manpower Policy for Primary Care: Report of a Study, Washington D.C.: U.S. (National Academy Press)
- Institute of Medicine 1992**, Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use, Washington, D.C. (National Academy Press)
- Jahn, E. 1975**, Modell 'Integriertes System der medizinischen Versorgung, in: WSI-Forum am 25. und 26. April 1975, Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeit – Möglichkeiten – Grenzen, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr.32, Köln: Bund, 156-163
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) 1996**, Vernetzte Praxen und flexible Vertragsformen – Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung (= KBV Kontext, Nr. 3), Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998a**, Eckpunkte für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland aus kassenärztlicher Sicht. Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (= KBV Kontext Spezial), Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998b**, Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick, Eine Dokumentation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dezember 1998 (KBV Kontext Nr.9)
- Knoche, M. 1998**, Bündnisgrüne Gesundheitspolitik – Eine Einschätzung und Bilanz nach drei Jahren im Bundestag, in: M. Knoche/G. Hungeling (Hg.), Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Frankfurt/M: Mabuse, 13-38
- Kohn, L.T./ Corrigan, J.M./ Donaldson, M.S. (Eds.) 1999**, To err is human: building a safer health system, (National Academy Press) Washington D.C.
- Kühn, H. 1979**, Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? – Probleme der Politik im Gesundheitswesen, *WSI-Mitteilungen*, 10/1979: 537-546
- Kühn, H. 1980**, Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78, Königstein/Ts

- Kühn, H. 1996**, Kritische Anmerkungen zur globalen Fixierung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Behrens/Braun et al. 1996, 81-88
- Kühn, H. 1996b**, Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin, Veröffentlichungsreihe Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-207, Berlin 1996
- Kühn, H. 1997**, Managed Care in den USA: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung, Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin für P97-202, Sozialforschung, Berlin 1997
- Kühn, H. 1998a**, Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen, Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.29, Berlin und Hamburg: Argument, 34-52
- Kühn, H. 1998b**, Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken, in: Sozialer Fortschritt, 47, 6: 131-136
- Kühn, H./ Simon, M. 1999**, Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung, : unveröff. Man.
- Kuttner, R. 1997**, Physician-operated networks and the new antitrust guidelines, NEJM, 336, 5, 386-391
- Laufs, A. 1993**, Arztrecht (5.Aufl.), München (Beck)
- McNeil, B.J./Pederson, S.H./Gatsonis, C. 1992**, Current issues in profiling quality of care, Inquiry, 29, 298-307
- Meyers-Middendorf, J./Tophoven, C. 1995**, AOK-Hausarzt-Abo, Die Ortskrankenkasse, H.12/95: 399-403
- Millenson, M.L. 1997**, Demanding Medical Excellence: Doctors and Accountability in the Information Age, Chicago-London (University of Chicago Press)
- Montgomery, F. U. 1997**, Einführung, in: Marburger Bund (Hrsg.), Innovationsmotor Krankenhaus. Chancen für Patienten und hochqualifizierte Arbeitsplätze in Deutschland, Köln, 15-23
- Mundinger, M.O./ Kane, R.L./ Lenz, E.R. et al. 2000**, Primary Care Outcomes in Patients treated by Nurse Practitioners or Physicians, JAMA 283, 1: 59-68
- Narr, W.-D./Schräder, W.F. 1977**, Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (TUB)
- Platzer, H. 1999**, Monopole im Gesundheitssystem: 'Sind die Sicherstellungsaufträge noch in guten Händen?', Man. Hersburger Gespräche d. AOK Bayern
- Rahmenvereinbarung** zur modellhaften Erprobung geeigneter Maßnahmen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung (AOK-Hausarzt-Modell), Stand 30.1.1999
- Reef, B. 1993**, Regelung der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung. Defizite, Optionen und Perspektiven einer Regionalisierung in der Bundesrepublik Deutschland, Kassel
- Relman, A.S. 1993**, Controlling costs by 'managed competition'- would it work?, New England Journal of Medicine, 328, 133-135
- Robinson, J.C. 1998**, Consolidation of Medical Groups Into Physician Practice Management Organizations, JAMA, 279, 144-149
- Robinson, J.C. 1999**, The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care, (University of California Press) Berkeley and L.A.

- Robinson, J.C./Casalino, L.P. 1996**, Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care, *Health Affairs*, 15, 7: 7-22
- Robinson, R./Steiner, A. 1998**, *Managed Health Care: US Evidence and Lessons for the National Health Service*, Buckingham: Open University Press
- Rosenbrock, R. 2000**, Voraussetzungen, Chancen und Risiken für integrierte Versorgungsformen, in: AOK Hessen (Hg.): *Innovationen für Gesundheit*, Selbstverlag: Bad Homburg, S. 17-33
- Salem-Schatz, S. et al. 1994**, The Case for Case-Mix Adjustment in Practice Profiling, *JAMA*, 272, 871-74
- Saltmann, R.B./von Otter, C. 1992**, *Planned Markets and Public Competition*, Buckingham, Phil.
- Schulz-Nieswandt, F. 1999**, Patientenorientierte Optimierung von Versorgungspfaden, Globalbudgetierung und der Diskurs über demographische und epidemiologische Grundlagen der Ausgabendynamik des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems, *Sozialer Fortschritt*, 48,7: 175-179
- Sendler, H. 1998a**, Gemeinsame Zielfindung im arbeitsteiligen Gesundheitswesen – Erfahrungen in NRW mit dem System der Gesundheitskonferenzen, *Gesundheitswesen* 60: 456-462
- Sendler, H. 1998b**, Integration durch Verfahren: Ein Baustein zum Umbau des Sozialstaates am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes, *Arbeit und Sozialpolitik*, H. 9-10: 50-55
- Shortell, S.M./Gillies, R.R./Anderson, D.A./Erickson, K.M./Mitchell, J.B. 1996**, *Re-making Health Care in America*, San Francisco: Jossey-Bass
- Shortell, S.M./Gillies, R.R./Devers, K.J. 1995**, Reinventing the American Hospital, *Milbank Quarterly*, 73 (2): 131-160
- Shortell, S.M./Hull, K.E. 1996**, The new organization of the health care delivery system, in: Altman, S.H./Reinhardt, U.E (Eds.), *Strategic choice for a changing health care system*, Chicago (Health Administration Press)
- Simon, M. 1996**, Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 4: 20-40
- Simon, M. 1997**, Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P97-204)
- Starfield, B. 1992**: *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York (Oxford University Press)
- Stillfried, D./Jelastopulu, E. 1997**, Zu den Hintergründen des Themas ‘Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung’, In: *Krankenhausreport ‘97*, hrsg. v. M. Arnold u. D. Paffrath, Stuttgart usw. G. Fischer, 21-34
- SVR 1988**, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden
- SVR 1989**, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden

SVR 1992, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa, Baden-Baden

SVR 1994, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen (Sachstandsbericht 1994), Baden-Baden

SVR 1995 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden

SVR 1996, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden

Tacke, J./Lauterbach, K.W. 1997, Disease Management: Ein Überblick, In: Krankenhausreport '97, hrsg. v. M. Arnold u. D. Paffrath, Stuttgart usw. (G. Fischer), 157-164

Tophoven, C. 1998, Neue Versorgungsformen – ein dezentrales Suchverfahren für ein effektives und effizientes Gesundheitssystem, Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/1998, 23-28

Tophoven, C. 1999, Unterstützungsbedarf für integrierte Versorgungsformen, Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/99: 25-29

Tophoven, C./Meyers-Middendorf, J. 1994, 'Der Arzt Ihrer Wahl', Die Ortskrankenkasse, H. 23-24/94: 776-780

United States Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research 1995, AHCPR clinical practice guideline program: Report to Congress. Rockville, MD

United States Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research 1995b, AHCPR's program of patient outcomes and related activities: Report to Congress. Rockville, MD

United States General Accounting Office 1995, Practice Guidelines: Overview of Agency for Health Care Policy Research Efforts, Washington, D.C.

United States General Accounting Office 1996, Practice Guidelines: Managed Care Plans Customize Guidelines to Meet Local Interests, Washington, D.C.

United States General Accounting Office, 1997, Area Differences affected by factors other than payment rates (GAO/HEHS-97-37), Washington, D.C.

van de Ven, W. 1997, The Netherlands, in: Ham, C. (Ed.) 1997, Health Care Reform. Learning from international experience, Buckingham & Philadelphia (Open University Press), 87-103

Weiss, M. 1999, Medizinische Netzwerk-Organisationen, Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/1999: 47-51

West, P. 1998, Disease Management: Vertical integration or virtual integration? eurohealth Vol 4, No 5: 31-32

Whitehead, M. /Gustafsson, R.A. /Diderichsen, F. 1997, Why is Sweden Rethinking its NHS Style Reforms?, in: British Medical Journal, Vol. 315, S. 935-939

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) 1975, Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeit – Möglichkeit – Grenzen, Köln: Bund Verlag