

Ursula Hahn
Clarissa Kurscheid *Hrsg.*

Intersektorale Versorgung

Best Practices – erfolgreiche
Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial



Springer Gabler

Intersektorale Versorgung

Ursula Hahn • Clarissa Kurscheid
Hrsg.

Intersektorale Versorgung

Best Practices – erfolgreiche
Versorgungslösungen mit
Zukunftspotenzial

Hrsg.

Ursula Hahn
OcuNet GmbH & Co. KG
Düsseldorf, Deutschland

Clarissa Kurscheid
Priv. Forschungsinstitut für Gesundheits- und
Systemgestaltung
FiGuS GmbH
Köln, Deutschland

ISBN 978-3-658-29014-6 ISBN 978-3-658-29015-3 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29015-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort – Die Idee zum Buch

Unser Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes und hoch reguliertes Gebilde. Die verantwortlich handelnde Ebene der staatsmittelbaren Selbstverwaltung bedient dieses komplexe Gebilde mit immer neuen Regulationen. Auf politischer Seite werden in zunehmend kürzeren Rhythmen Gesetzesreformen entwickelt, die mal mehr, mal weniger treffsicher versuchen, Defizite über Vorgaben zu beheben. Zugleich zeichnet sich der erste Gesundheitsmarkt durch eine deutliche Geschlossenheit gegenüber Innovationen aus. Es ist einerseits schwierig, Neuerungen und sektorenübergreifende Versorgungsansätze zu implementieren, andererseits schaffen es viele Ideen und gute Projekte nicht in die Regelversorgung.

Dabei handelt es sich bei der intersektoralen Versorgung nicht um ein neu zu entdeckendes Thema, sondern um ein schon seit Jahren diskutiertes. Viele Experten – allen voran der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen – sehen in mehr intersektoraler Versorgung das Thema der Zukunft. Das gilt gerade und vor allem für die Qualität der Patientenversorgung. Darüber hinaus werden Effizienzpotenziale genannt, hier fänden sich Optionen, die eine deutliche Professionalisierung im Hinblick auf Organisation und betriebswirtschaftliche Aspekte erwarten lassen. In der intersektoralen Versorgung könne Multiprofessionalität gelebt werden und nur hier sei es möglich, verbesserte Versorgungsoptionen für immer komplexer erscheinende Krankheitsbilder in einer alternden Gesellschaft zu entwickeln.

Für eine moderne medizinische Versorgung dürfen Sektorengrenzen keine Hürde darstellen. Im deutschen Gesundheitswesen werden jedoch die Kooperation von versorgenden Einrichtungen und Ärzten über die Versorgungsgrenzen hinweg beziehungsweise die Integration aller Versorgungsebenen unter einem Dach nicht systematisch und konsequent gefördert. Nicht zuletzt erlauben wir uns den Luxus, auf eine digitale sektorenübergreifende Kommunikation mithilfe passender Instrumentarien zu verzichten und arbeiten lieber weiter analog und mit vielen Kommunikationsbrüchen. In den vergangenen Jahren hat sich die Versorgung in vielen einzelnen Bereichen weiter spezifiziert. Die Expertise vieler Medizinerinnen und Mediziner sowie vieler Gesundheitsfachberufe deckt dezidiert einzelne Teilbereiche ab, dem steht aber ein multimorbides Krankheitspanorama gegenüber. Um Patienten adäquat medizinisch zu begleiten, ist Arbeitsteilung zwischen verschiedenen

Fachlichkeiten und Professionen unumgänglich. Das setzt aber zwingend Zusammenarbeit und Austausch voraus.

Trotz der oft widrigen Rahmenbedingungen gibt es sie aber durchaus: die guten, erfolgreichen und sinnvollen intersektoralen Versorgungslösungen. Wir wissen allerdings zu wenig von deren Strukturen, Inhalten und gestalterischen Elementen – in der (berufspolitischen) Diskussion haben die Praktiker der Versorgung häufig keine Stimme. Uns, den Herausgeberinnen, geht es darum, mehr Transparenz bezüglich dieser erfolgreichen Best-Practice-Ansätze der sektorenintegrierenden Versorgung zu schaffen und zu entwickeln. So erhalten wir Anregungen über Angebotsstrukturen, die in der überwiegend regionalen Versorgung mit den Patienten gelebt werden. Wir bekommen aber auch Wissen zu den Stolpersteinen, die sich bei bestehenden Projekten ergeben können. Somit möchten wir einen Beitrag in einem lernenden System leisten und aufzeigen, welche Versorgungsprojekte zukunftsweisend sind. Um eine Vergleichbarkeit der sehr unterschiedlichen Versorgungslösungen für Leserinnen und Leser zu gewährleisten, haben wir den Autoren Kriterien (Kap. 3) zur Gliederung und Beschreibung ihrer Projekte an die Hand gegeben.

Uns, den Herausgeberinnen, ist die Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung ein wichtiges Anliegen. Praktiker aus Best-Practice-Lösungen sind eine wichtige Quelle, um die Möglichkeiten und Grenzen auszuloten. Uns geht es darum, ihre Erfahrungen für die Weiterentwicklung dieses wichtigen Versorgungsbereichs nutzbar zu machen. Wir danken allen Autorinnen und Autoren, die mit hohem Engagement und großer Ehrlichkeit ihre Projekte beschrieben haben und uns spannende Beispiele liefern, wie eine moderne und patientenorientierte intersektorale Versorgung sinnvoll geleistet werden kann.

Düsseldorf, Deutschland
Köln, Deutschland

Ursula Hahn
Clarissa Kurscheid

Inhaltsverzeichnis

Teil I Grundlagen zur intersektoralen Versorgung

- 1 **Vom Nutzen sektorenübergreifender Versorgung** 3
Sascha Wolf
- 2 **Sektorenübergreifende Angebotsstrukturen: Kooperation und Integration, Netzwerke und Unternehmen** 11
Ursula Hahn
- 3 **Gütekriterien** 27
Clarissa Kurscheid

Teil II Best Practice: Intersektorale Netzwerke

- 4 **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** 37
Robert Dengler und Ursula Vehling-Kaiser
- 5 **Intersektorale Versorgung – Best Practices am Beispiel Brustkrebs** 55
Franziska Diel und Simone Wesselmann
- 6 **Multidisziplinäres Tumorboard: sektorenübergreifende Kooperation jenseits gesetzlicher Instrumente** 69
Kia Homayounfar
- 7 **Intersektorale Versorgung von Patienten mit Fragilitätsfrakturen** 85
Christian Kammerlander, Eric Hesse, Ulla Stumpf, Carl Neuerburg und Wolfgang Böcker
- 8 **Intersektorale Versorgung im Kontext der SAPV** 97
Manfred Klemm und Christoph Meyer zu Berstenhorst
- 9 **Kooperation selbstständiger Partner: Campuslösung und Belegarztwesen am St. Franziskus-Hospital in Münster** 113
Peter Mussinghoff, Jörg M. Koch und Burkhard Nolte

10	Gemeinsam Gesundheit gestalten	121
	Martina Schrage, Rainer Ollmann, Volker Schrage, Daniela Balloff und Luise Becker	
11	IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie	137
	Jörg Simpfendörfer, Michael Barczok und Markus Bönig	
12	Der gemeinsame Tresen – zentralisierter Notdienst in Schleswig- Holstein am Beispiel Anlaufpraxis Heide/Westküstenklinikum Heide	155
	Reimar Vogt	
13	Rhön-Campus-Konzept: Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	171
	Dominik Walter, Johannes Marte, Harald Auner, Lisa Müller und Bernd Griewing	
14	Arztnetz, Krankenhaus und KV – Akteure eines regionalen und intersektoralen Versorgungskonzeptes	183
	Diane Weber, Jeannine Dreyer, Constanze Liebe und Dietrich Junker	
15	Das Belegarztkrankenhaus	193
	Michael Werner und Gerald Meyes	
Teil III Best Practice: Diagonale Kooperationen		
16	Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!	213
	Nick Bertram, Franziska Püschner, Sebastian Binder, Monika Schliffke, Martin Göhl und Carsten Petersen	
17	Vom Integrator der Versorgung zum Steuermann des Systems: Wie man mit Schlaganfall-Lotsen Innovationen triggert	233
	Michael Brinkmeier	
18	20 Jahre Integrierte Versorgung bei der Knappschaft-Bahn-See	251
	Dieter Castrup, Stefan Hörter und Ines Rückhardt	
19	Hybrid-DRG – neue Wege im Gesundheitswesen	263
	Jörg Manthey und Göran Lehmann	
20	Versorgungsherausforderungen innovativ begegnen: das Modell der Ober Scharrer Gruppe	277
	Sibylle Stauch-Eckmann und Thomas Will	
21	Intersektorale Versorgung durch integrierte Zentren	293
	Markus Strotmann und Christian Clarus	

Teil IV Best Practice: Unternehmerische Integration

- 22 Rheumatologische Versorgung im Rheumazentrum Ruhrgebiet 307**
Jürgen Braun
- 23 Sektoren – was ist das? Die Pathologie als primär intersektorales
Fach in der Medizin am Beispiel der Mindener Pathologie 323**
Udo Kellner und Raihanatou Danebrock
- 24 Algesiologikum – intersektorale Versorgung von Patienten mit
chronischen Schmerzen in integrierten Behandlungseinheiten 337**
Anna-Maria Langenmaier und Reinhard Thoma
- 25 Integrierte und sektorenübergreifende Versorgung in der
Gefäßchirurgie seit 2005. 355**
Stefan Mann, Lutz Röntgen und Markus Janotta
- 26 In der Region, für die Region: Die Augen-Partner-Gruppe in Tuttlingen. . . 369**
Christoph Mathey, Stephan Spang und Sabine Rieser
- 27 Praxiskliniken heute: die effektive Umsetzung intersektoraler
Versorgung. 383**
Jascha Rinke
- 28 Intersektorale Versorgung in der Onkologie 393**
Stephan Schmitz
- 29 Sektorenübergreifende Patientenversorgung und Partner in der
universitären Ausbildung 409**
Andreas W. Schneider
- 30 Intensivambulanz mit integrierter Tagesklinik: Verhaltenstherapie
Falkenried 419**
Benjamin Siemann, Ulrike Peter, Ulrike Lupke und Helmut Peter
- 31 Die Psychiatrische Institutsambulanz als intersektorale
Versorgungsform zur Verkürzung und Vermeidung von stationären
Aufhalten? 439**
Michael Ziereis

Teil V Lessons Learned

- 32 Lessons Learned 461**
Ursula Hahn und Clarissa Kurscheid

Über die Herausgeberinnen



Dr. rer. medic. Ursula Hahn studierte Volkswirtschaft an der Universität Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf. Frau Dr. Hahn ist Geschäftsführerin des OcuNet Verbundes (www.ocunet.de), einem Zusammenschluss großer intersektoraler augenmedizinischer Facharztzentren mit Wurzeln in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Promotion zum Dr. rer. medic. hat sie im Fach Klinische Epidemiologie an der Technischen Universität Dresden erworben, sie ist externe Dozentin an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE). Ihre wissenschaftliche Arbeit befasst sich mit organisationsbezogener Versorgungsforschung zu Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung sowie an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.



Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid ist Gesundheitsökonomin und Studiengangsleiterin für *Digital Health Management* an der EU-FH in Köln. Nach einer Ausbildung zur Physiotherapeutin studierte sie BWL und Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln, an der sie auch 2005 am Lehrstuhl für Sozialpolitik promovierte. Neben der Hochschultätigkeit ist sie Geschäftsführerin der FiGuS GmbH, einem privaten Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung. In diesem befasst sie sich im Kontext der Versorgungsforschung seit Jahren mit der Konzeption und Entwicklung von Versorgungskonzepten und Prozessen und berät strategisch Ärztenetze sowie Verbände im Gesundheitswesen. Sie publiziert kontinuierlich im Themenkomplex der Versorgungsforschung und widmet sich hier den relevanten Fragen der Versorgungsweiterentwicklung.

Teil I

Grundlagen zur intersektoralen Versorgung



Vom Nutzen sektorenübergreifender Versorgung

1

Sascha Wolf

Zusammenfassung

Mit der Einrichtung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung hat die Bundesregierung einen gesundheitspolitischen Strategiewechsel vollzogen. Stand zuvor die Förderung der integrierten Versorgung über einen selektivvertraglichen Wettbewerb im Vordergrund, sollen nun über mehr staatliche Steuerung die Rahmenbedingungen in den Sektoren angeglichen werden. Bei der Analyse der Vorteile der intersektoralen Zusammenarbeit müssen zwei Ebenen unterschieden werden: Zum einen geht es um die Überwindung von Schnittstellenproblemen. Die zweite Ebene betrifft den Strukturwandel, der in den Sektoren angestoßen wird. Die im Vergleich zu anderen großen Branchen eher geringen Größenvorteile, die noch immer pluralistisch geprägte Versorgungslandschaft sowie externe Skaleneffekte lassen vermuten, dass es zukünftig nicht nur zu einer verstärkten Konzentration von Leistungen in der Hand großer Vollversorger, sondern auch zu einer verstärkten Netzwerkbildung und damit zur Entstehung regionaler Gesundheitszentren kommen wird. Das Potenzial an Wohlfahrtsgewinnen reicht von der Optimierung der Arbeitsabläufe für die Leistungserbringer über eine Erhöhung des Humankapitals auf gesellschaftlicher Ebene bis hin zur besseren medizinischen Versorgung für die Patienten.

S. Wolf (✉)
Hochschule Pforzheim, Pforzheim, Deutschland
E-Mail: sascha.wolf@hs-pforzheim.de

1.1 Einleitung

Als mit der Reichsnotverordnung vom 8. Dezember 1931 die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen manifestiert worden ist, geschah dies auch in der Absicht, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen (Munshi 2018, S. 22). Doch was zu einer Zeit, die durch Akutversorgung und elektive Behandlungen geprägt war, sinnvoll erschien, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten des epidemiologischen Wandels und komplexerer sowie interdisziplinärer medizinischer Behandlungspfade als zunehmend kontraproduktiv erwiesen. So erhöht die strikte Sektorentrennung bei komplexen Krankheitsbildern das Risiko von Versorgungsbrüchen, was insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, bei Multimorbidität und pflegerischem Bedarf zum Tragen kommt (vgl. Sachverständigenrat 2012, S. 137).

Aus diesem Grund versucht der Gesetzgeber seit nunmehr über 20 Jahren „durch Intensivierung des Wettbewerbs auf der Kassenseite [...] und [...] auf Seiten der Leistungserbringer“ (Deutscher Bundestag 2006, S. 1 f.) die Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen zu überwinden. Die politischen Erwartungen sind bislang jedoch nicht erfüllt worden. Der Anteil innovativer Versorgungsformen an den Leistungsausgaben bewegt sich weiterhin im einstelligen Prozentbereich (Bandelow et al. 2018). Die Einrichtung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung im September 2018 kann daher als gesundheitspolitischer Strategiewechsel gewertet werden. Statt auf selektivvertraglichen Wettbewerb setzt die Politik nun auf mehr staatliche Steuerung, um auf kollektiver Ebene die Voraussetzungen für intersektorale Zusammenarbeit zu verbessern.

Mit dem Verzicht auf den Wettbewerb als zentrales Gestaltungsinstrument geht jedoch auch dessen größte Stärke, der dezentrale Such- und Findungsprozess, verloren. Sektorenübergreifende Versorgung ist somit nicht länger das Ergebnis eines innovativen Wettstreits um Effizienz und Qualität, sondern wird selbst zum Ziel erkoren. Um zu überprüfen, ob ein solcher Selbstzweck ökonomisch gerechtfertigt werden kann, müssen einerseits die strukturellen Folgen berücksichtigt und andererseits mögliche Nutzengewinne identifiziert werden.

1.2 Strukturelle Folgen einer Angleichung der Rahmenbedingungen

Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe war die „Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung [...] im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur“ (BMG 2018). Solch umfassende und tief greifende Veränderungen der Rahmenbedingungen würden unweigerlich auch strukturelle Umbrüche zur Folge haben. Prinzipiell sind drei Szenarien denkbar:

- a. Die Reduktion von Organisationskosten für intersektorale Zusammenarbeit führt zu einer Konzentration der medizinischen Versorgung in transsektoral aufgestellten Unternehmen. In diese Richtung würde beispielsweise eine unkompliziertere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen zielen.
- b. Die Reduktion der Transaktionskosten für intersektorale Zusammenarbeit führt zu einer zunehmenden Kleinteiligkeit und Atomisierung der medizinischen Versorgung. So könnten beispielsweise durch Angleichung der Abrechnungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Verhandlungs- und Vertragsaufwand reduziert werden.
- c. Die Kombination aus geringeren Transaktions- und Organisationskosten fördert die Entstehung von Netzwerken und regionalen Gesundheitszentren.

Zu a) Unterschiedliche Rahmenbedingungen in den Sektoren erhöhen den Bürokratieaufwand und damit die Organisationskosten für transsektoral aufgestellte Unternehmen. Eine Verringerung dieser Kosten könnte somit eine Konzentration der medizinischen Versorgung befördern (vgl. Coase 1937). Tendenzen zu mehr vertikaler Integration und Bildung von Krankenhauszentren wie beispielsweise Tumorzentren lassen sich bereits seit einigen Jahren beobachten und werden sich zukünftig weiter verstärken. Eine grundlegende Dominanz weniger großer Vollversorger, die vom ambulanten über den stationären bis hin zum rehabilitativen Sektor tätig sind, ist jedoch eher unwahrscheinlich. So existieren einerseits empirische Hinweise dafür, dass horizontale Kooperationen oftmals wirtschaftlicher sind als vertikale (Büchner et al. 2016). Kleinere Kliniken besitzen somit die Möglichkeit, über Kooperationen und Spezialisierung ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhalten. Andererseits sind die Größenvorteile im Gesundheitswesen nicht übermäßig stark ausgeprägt. Schätzungen zufolge liegt die betriebswirtschaftlich optimale Größe eines Klinikums im Allgemeinen bei nur 300 bis 500 Betten, oftmals sogar darunter (Lüngen 2017, S. 194). Denn die Gesundheitsversorgung zeichnet sich nicht durch lineare, sondern variable Wertschöpfungsketten aus. Vor- und nachgelagerte Leistungen lassen sich nicht eindeutig voneinander trennen. So ist der ambulant behandelnde Facharzt, der seinen Patienten ins Krankenhaus überweist, eine vorgelagerte Produktionsstufe. Sucht der Patient nach seinem Klinikaufenthalt den Facharzt wieder auf, nimmt dieser nun die nachgelagerte Produktionsstufe ein (vgl. Amelung 2012, S. 46).

Zu b) In einer perfekten Welt mit rational agierenden Personen, die die Konsequenzen ihres Handelns jederzeit und ohne zeitliche Verzögerung und Kosten vorhersehen können, würde jeder Tausch über den Markt erfolgen. Die Marktakteure agieren jedoch aufgrund von unvollkommener Information und Unsicherheit beschränkt rational. Daher ist die Nutzung des Marktes mit Kosten, sogenannten Transaktionskosten, verbunden (vgl. Richter und Furubotn 2003, S. 59). Coase begründet die Existenz von Unternehmen damit, dass die Kosten der Nutzung des Marktes höher sein können als die Kosten im Rahmen einer hierarchisch gegliederten Organisation (vgl. Voigt 2002, S. 30 f.). Sinkende Transaktionskosten könnten somit zu einer Atomisierung des Leistungsmarktes mit einer Vielzahl von autonom handelnden Akteuren führen. Doch auch dieses Szenario ist aufgrund der

Komplexität medizinischer Behandlungsprozesse und der daraus folgenden Vielzahl notwendiger Markttransaktionen und Vertragsverhältnissen als eher unwahrscheinlich einzuschätzen.

Zu c) Die Kombination aus sinkenden Organisations- und Transaktionskosten wird daher am ehesten zu einer noch stärkeren Verbreitung hybrider Kooperationsformen, d. h. von Netzwerken, führen. In diesen erfolgt die Koordination gleichzeitig über Preise wie auf Märkten als auch über Hierarchien wie in Organisationen (zur Diskussion des Netzwerkbegriffs siehe Amelung et al. 2009, S. 13 f.). Auf diese Weise kann den Spezifika des Gesundheitswesens Rechnung getragen werden. Hierzu gehören die bereits erwähnte variable, komplexe Wertschöpfungskette wie auch der unterschiedliche Hintergrund der beteiligten Akteure, die sowohl aus Einzelakteuren, sektoral und intersektoral aufgestellten Unternehmen, gemeinnützigen Organisationen oder auch öffentlichen Institutionen wie z. B. Körperschaften bestehen. In solchen interorganisationalen Netzwerken wird als Gegenmodell zur reinen vertikalen oder horizontalen Integration auf eine hierarchische Kontrolle durch vollständige Eingliederung und Eigenproduktion teilweise verzichtet und stattdessen der Austausch auf Grundlage marktlicher Elemente praktiziert (vgl. Sydnor 2010).

Die bereits heute zunehmende Anzahl sowohl an intersektoral arbeitenden Unternehmen als auch an kooperativ ausgerichteten Praxisbeispielen und Projekten kann als Indiz dafür genommen werden, dass interorganisationale Netzwerke auch zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen. Die betriebswirtschaftlichen Vorteile lassen sich am ehesten bei Bildung lokaler Netzwerkzentren erschließen, da hierdurch kurze Wege garantiert, ein breit diversifiziertes Angebot ermöglicht und Spezialisierung auch auf seltene Krankheitsbilder profitabel werden. Somit existiert Grund zur Annahme, dass die Angleichung der Rahmenbedingungen in den Sektoren zu mehr Netzwerken und regionalen Gesundheitszentren führen wird.

1.3 Der Nutzen sektorenübergreifender Versorgung

1.3.1 Direkter, indirekter und intangibler Nutzen

Aus ökonomischer Sicht ergibt sich die Bewertung von wirtschaftlichen Strukturen und Prozessen aus dem Nutzen, den diese stiften. Hierbei können drei Dimensionen unterschieden werden (vgl. Lauterbach et al. 2013, S. 291 ff.): (i) der direkte medizinische und nichtmedizinische Nutzen, (ii) der indirekte volkswirtschaftliche Nutzen sowie (iii) der intangible Nutzen. Beim direkten Nutzen handelt es sich um die objektiv messbare Wirkung, z. B. einer medizinischen Maßnahme auf den Gesundheitszustand einer Person, oder in nichtmedizinischer Hinsicht z. B. um die Reduktion von Behandlungskosten durch Verringerung des Personalaufwands. Der indirekte Nutzen hingegen betrachtet die gesellschaftliche Perspektive, z. B. in Form einer Erhöhung des Humankapitals durch den Abbau des Krankenstands der Erwerbsbevölkerung oder aufgrund externer Skaleneffekte.

Der intangible Nutzen schließlich umfasst positive Wirkungen, die zumeist nur subjektiv erfassbar sind wie z. B. eine Verbesserung der Lebensqualität. Dabei kann sich der Nutzen sowohl auf den Patienten als auch auf die veränderten Strukturen und Prozesse innerhalb der Netzwerkreichweite beziehen (Bönisch 2017, S. 36).

1.3.2 Der Nutzen aus Sicht der Gesundheitsakteure

Aus Sicht der Gesundheitsakteure ist insbesondere der direkte ökonomische Nutzen von Belang. Die Angleichung der Rahmenbedingungen in den Sektoren verringert Informationsverluste beim Übergang von einem Versorgungsbereich in den anderen, führt zum Abbau von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und ermöglicht den Einsatz einheitlicher IT-Systeme. Die zu erwartende Bildung regionaler Netzwerke ermöglicht die Diversifikation des Angebots, eine Optimierung der variablen Wertschöpfungsketten gemäß den individuellen Bedürfnissen der Patienten und den effizienteren Einsatz von Instrumenten des Managed Care (ausführlich zu Managed Care siehe Amelung 2012). Die interorganisationale Struktur der Netzwerke erhält die Autonomie und Therapiefreiheit des einzelnen niedergelassenen Arztes bei gleichzeitiger Integration in das Gesamtangebot des Netzwerks. Anstelle von kompetitiven werden kooperative Verhaltensweisen betont, beispielsweise im Falle ambulanter Notfallpraxen. Jedes Netzwerkmitglied kann sich auf denjenigen Bereich der Wertschöpfung konzentrieren, für den es die höchste Kompetenz besitzt (Siebert 2010, S. 10). Die Spezialisierung im Gesundheitswesen würde weiter zunehmen.

Gleichzeitig profitieren die beteiligten Organisationen indirekt von externen Skaleneffekten. So erhöhen Kommunikation und Kooperation das Know-how der Gesundheitsakteure und gewährt ihnen Einblicke jenseits des eigenen Metiers. Die Orientierung an ganzheitlichen Behandlungsabläufen befördert die Entstehung neuer hochspezifischer, sektorenübergreifender Berufsgruppen, die z. B. vergleichbar mit heutigen Case-Managern auf die Betreuung ganzheitlicher Versorgungspfade spezialisiert sind. Es ist zu erwarten, dass es insgesamt zu einem stärkeren Arbeitskräfte-Pooling kommen wird, von dem Arbeitgeber ebenso wie Arbeitnehmer oder Niedergelassene profitieren.

1.3.3 Der Nutzen aus Patientensicht

Das eigentliche Ziel sektorenübergreifender Versorgung lautet Patientenorientierung. Sämtliche Behandlungsschritte sollen sich allein an den individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten ausrichten. Damit alle notwendigen Therapien und Behandlungsmaßnahmen reibungslos ineinandergreifen, bedarf es ebenso horizontaler, d. h. intrasektoral fachübergreifender, Zusammenarbeit als auch vertikaler, also intersektoraler, Kooperation. Dabei ist es egal, ob sich die einzelnen Behandlungsstufen integrativ in der Hand eines Unternehmens befinden oder ob es sich um selbstständige Einzelakteure handelt, die auf vertraglicher oder informeller Basis im Rahmen eines Netzwerks miteinander

kooperieren. Unabhängig von der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist der Patient somit der eigentliche, direkte Nutznießer der sektorenübergreifenden Versorgung (ausführlich hierzu z. B. Schrappe 2018, S. 370–372).

Die Optimierung der medizinischen Behandlungspfade trägt auch zum psychischen Wohlbefinden des Patienten bei. Indem er durch das komplexe Gesundheitssystem gesteuert wird, verringert sich für ihn – und je nach Schweregrad der Erkrankung auch für seine Angehörigen – der Bürokratie- und Organisationsaufwand. Der Patient erhält die Chance, sich verstärkt auf seine Genesung zu konzentrieren anstatt den nächsten Behandlungsschritt organisieren zu müssen.

1.3.4 Der Nutzen aus gesellschaftlicher Sicht

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive spielt neben der Qualität der Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung vor allem die Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle. Zu vermuten ist, dass der Abbau von Reibungsverlusten und klar strukturierte Übergänge zwischen den Sektoren Warte- und Liegezeiten verringern sowie unnötige ambulante Zwischenbehandlungen vermeiden werden (Fritz und Kayser 2017, S. 7). Gleiches gilt für die anzunehmende Überversorgung im stationären Sektor, der beispielsweise durch eine Angleichung der Abrechnungsmöglichkeiten entgegengewirkt werden könnte (einen Überblick gibt der Wissenschaftliche Beirat beim BMF 2018, S. 12–16). Beides hätte nicht nur einen direkten kostendämpfenden Effekt, sondern würde gleichzeitig das Humankapital der Volkswirtschaft besser ausschöpfen. Positive Effekte auf das Humankapital hat auch die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung des Gesundheitsangebots, da hierdurch ausländische Fachkräfte angezogen werden. Die Gesundheitsversorgung ist neben naturräumlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mitentscheidend für die empfundene Lebensqualität der Bevölkerung. Sie ist somit ein zentraler Baustein für die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts, sei es nun im nationalen oder internationalen Kontext (Bingel et al. 2017, S. 77).

1.4 Fazit

Welche Vorteile bietet die intersektorale Zusammenarbeit? Hierbei ist zwischen zwei Ebenen zu unterscheiden: Zum einen geht es um die Überwindung von Schnittstellenproblemen. Die zweite Ebene betrifft den Strukturwandel, der durch die Angleichung der Rahmenbedingungen in den Sektoren angestoßen wird. In welche Richtung der Strukturwandel gehen wird, lässt sich nur vermuten. So lassen sich intersektorale Behandlungspfade sowohl durch hierarchische Integration als auch durch dezentrale Kooperation umsetzen. Die im Vergleich zu anderen großen Branchen wie dem Automobilsektor eher geringen Größenvorteile, die noch immer pluralistisch geprägte Versorgungslandschaft sowie

externe Skaleneffekte lassen jedoch vermuten, dass es zukünftig nicht nur zu einer verstärkten Konzentration von Leistungen in der Hand großer Vollversorger, sondern auch zu einer verstärkten Netzwerkbildung und damit zur Entstehung regionaler Gesundheitszentren kommen wird. Das Potenzial an Wohlfahrtsgewinnen reicht von der Optimierung der Arbeitsabläufe auf Seiten der Leistungserbringer über eine Erhöhung des Humankapitals auf gesellschaftlicher Ebene bis hin zur besseren medizinischen Versorgung und zum geringeren Organisationsaufwand für die Patienten. Dabei bleibt nicht aus, dass strukturelle Veränderungen immer auch mit Risiken verbunden sind. So kann die zunehmende Konzentration von Leistungen in intersektoral agierenden Unternehmen oder Netzwerken auch für den Missbrauch von Marktmacht oder den Ausschluss von Leistungen und Patienten führen. Letztlich wird es auf die konkrete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen ankommen.

Literatur

- Amelung, V. (2012). *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement* (5. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V., Sydow, J. & Windeler, A. (2009). Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In V. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 9–24). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bandelow, N., Eckert, F. & Rüsenberg, R. (2018). Gesundheitspolitik auf dem Weg zurück ins Rampenlicht: Koalitionsverhandlungen, Koalitionsvertrag und neue Agenda. *Observer Gesundheit*. <https://observer-gesundheit.de/gesundheitspolitik-auf-dem-weg-zurueck-ins-rampenlicht-koalitionsverhandlungen-koalitionsvertrag-und-neue-agenda/>. Zugegriffen am 19.04.2019.
- Bingel, K., Leßmann, G. & Nußbaum, J. (2017). Lebensqualität als Standortfaktor von Gesundheitsregionen. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen II* (S. 71–79). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bönisch, S. (2017). *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen*. Frankfurt a. M.: Springer.
- Büchner, V., Blum, K. & Schreyögg, J. (2016). Kooperationsverhalten im deutschen Krankenhausmarkt. *Das Krankenhaus online*, 108(6), 483–488.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). Mehr Zusammenarbeit und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen – Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ nimmt Arbeit auf. Pressemitteilung vom 24.09.2018. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quartal/sektoreneuebergreifende-versorgung.html>. Zugegriffen am 19.04.2019.
- Coase, R. (1937). The Nature of the Firm. *Economica*, 4, 386–405.
- Deutscher Bundestag. (2006). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). *BT Drucksache* 16/3950.
- Fritz, M. & Kayser, C. (2017). Kooperationen im Gesundheitswesen – Chancen und Fallstricke. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen III* (S. 1–12). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Lauterbach, K., Stock, S. & Brunner, H. (2013). *Gesundheitsökonomie* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Lüngen, M. (2017). Die optimale Klinikgröße. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017, Schwerpunkt: Zukunft gestalten* (S. 187–195). Stuttgart: Schattauer.

- Munshi, S. (2018). Ambulante Versorgung im Wandel – Entwicklungen und Potenziale im Zeitalter der Vernetzung. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen IV* (S. 21–29). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Richter, R. & Furubotn, E. (2003). *Neue Institutionenökonomik* (3. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten. BT Drucksache 17/10323.
- Schrappe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Siebert, H. (2010). Ökonomische Analyse von Unternehmensnetzwerken. In J. Sydow (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen* (5. Aufl., S. 7–27). Wiesbaden: Gabler.
- Sydow, J. (2010). Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbände, Kooperationen und Konstellationen. In derselbe (Hrsg.), *Management von Netzwerkorganisationen* (5. Aufl., S. 2–6). Wiesbaden: Gabler.
- Voigt, S. (2002). *Institutionenökonomik*. München: Wilhelm Fink.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen. (2018). *Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen*. Berlin: Bundesministerium der Finanzen.

Dr. Sascha G. Wolf ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Pforzheim. Das Gesundheitswesen steht seit über 15 Jahren im Zentrum seiner Arbeit. Zu Beginn beschäftigte er sich insbesondere mit der polit-ökonomischen Perspektive. Im Zuge der Neuausrichtung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung war er im Rahmen seiner Tätigkeiten bei der Stiftung Marktwirtschaft und dem Wirtschaftsrat der CDU e.V. an der Entwicklung politischer Reformmodelle beteiligt. Während seiner Tätigkeit als Geschäftsführer des Bundesverbands Managed Care e.V. verschob sich sein gesundheitsökonomischer Fokus auf die Leistungsseite, während ihn in jüngerer Zeit zunehmend volkswirtschaftliche und ethische Fragestellungen interessieren.

Kontakt: sascha.wolf@hs-pforzheim.de



Sektorenübergreifende Angebotsstrukturen: Kooperation und Integration, Netzwerke und Unternehmen

2

Ursula Hahn

Zusammenfassung

In diesem Buch kommen Protagonisten von Best Practice Lösungen der intersektoralen Versorgung zu Wort. Hört man nur die berufspolitische Diskussion, scheint die sektorenübergreifende Versorgung ein einziges Problemfeld zu sein. Tatsächlich aber gibt es einen ganzen Strauß an Versorgungslösungen: Neben gesetzlich normierten Lösungen sind das Modellvorhaben und Innovationsfondsprojekte aber auch Versorgungsansätze, die ohne gesetzgeberische Blaupause ambulant und stationär versorgen. Die Akteure sind ganz unterschiedlicher Provenience – dazu gehören klassische Versorger wie Vertragsärzte bzw. vertragsärztliche Einrichtungen und Krankenhäuser, aber auch neu in der Versorgung mitwirkende Akteure. Die intersektoralen Leistungsumfänge sind mal breit und mal eng. Einige der von den jeweiligen Protagonisten vorgestellten Lösungen setzen auf netzwerkliche Kooperation selbstständiger Versorgungspartner, bei anderen werden die verschiedenen Versorgungsebenen unter einem Dach integriert. Bei aller Vielgestaltigkeit: Allen gemeinsam ist das Bemühen, gute intersektorale Patientenversorgung.

Die sektorenübergreifende Versorgung ist die Dauerbaustelle im deutschen Gesundheitswesen (SVR 2007, 2012, 2018). Unzureichende Kontinuität zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betrifft alle Dimensionen der Behandlung – medizinisch, pharmakologisch, pflegerisch, mit Blick auf Heil- und Hilfsmittel, soziale und psychologische

U. Hahn (✉)
OcuNet GmbH & Co. KG, Düsseldorf, Deutschland
E-Mail: zentrale@ocunet.de

Betreuung – und ist insbesondere für vulnerable Patienten – also ältere und multimorbide Patienten – und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf ein massives Problem.

Vielfach diskutiert sind die wesentlichen Gründe, warum die verschiedenen Versorgungsbereiche nicht miteinander verzahnt sind. Genannt werden abweichende rechtlich-ökonomisch-finanzielle Eckdaten, abgegrenzte Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialgesetzbücher, Silostrukturen von Krankenhäusern einerseits und vertragsärztlicher Versorgung andererseits. Die Fragmentierung und damit einhergehende große Zahl an versorgenden Einrichtungen verschärft die Diskontinuität im Sektorenübergang – führt aber auch intrasektoral zu Versorgungsabbrüchen (Amelung et al. 2009). In 2018 waren rd. 392.000 Fachärzte (Bundesärztekammer 2019) in insgesamt rd. 80.000 voneinander unabhängigen Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren¹ und rd. 2.000 Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2018) primär ohne Rückkopplung mit anderen Ärzten und Versorgungsorganisationen tätig. Schlimmer noch: Die ökonomischen Rahmendaten machen aus den Akteuren der Versorgung Wettbewerber, für die Arbeitsteilung oder Kooperation untereinander auch ein Eingriff in die eigene Hoheit sein kann. Konsentiertere und evidenzbasierte Patientenpfade – der Goldstandard für sektorenübergreifende Behandlungsabläufe – sind, wenn es sie überhaupt gibt, nicht verpflichtend. Die Kommunikation zwischen den Versorgern erfolgt zumeist zeitlich versetzt, analog, unstrukturiert und zu Partialaspekten der gesundheitlichen Versorgung. Die sektorenspezifischen Regularien sind hoch unterschiedlich, wenn eine in einem Sektor geförderte Versorgung in einem anderen zu Sanktionen für den Akteur führt, ist der Versorgungsabbruch vorprogrammiert.

Das Zielbild einer sektorenübergreifenden Versorgung muss sich am Patientenbedarf orientieren. Die Arbeitsgruppe *Sektorenübergreifende Versorgung* im Bundesverband Managed Care (BMC) hat dazu eine Definition beigesteuert: „Als sektorenintegrierende Versorgung bezeichnen wir einen kontinuierlichen Behandlungsprozess über mindestens eine Sektorengrenze ggf. auch über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg, der sich am Versorgungsbedarf des Patienten orientiert. Eine gemeinsame Versorgungsverantwortung soll einen kontinuierlichen, ressourcenschonenden Versorgungsprozess unter Berücksichtigung von u. a. Behandlungspfaden oder Leitlinien gewährleisten. Dafür braucht es ein Versorgungsmanagement, das Koordination, Kommunikation und Kooperation über die jeweiligen Grenzen hinaus gewährleistet. Zielsetzung sollte ein ‚Schengenraum für Patienten‘ sein, in dem Sektorengrenzen für den Patienten keine Hürden darstellen.“²

Der Gesetzgeber hat immer wieder Anläufe unternommen, Strukturen für eine intersektoral verzahnte gesundheitliche Versorgung zu etablieren. Die Regierungen unter Führung verschiedener Parteien haben dabei für Krankenhäuser zwar mehr Instrumente entwickelt als für Protagonisten der vertragsärztlichen Versorgung (Leber und Wasem 2016; Nagel et al. 2017; Jaeckel und Hahn 2018), aus einer systemischen bzw. Patienten-Perspektive ist es jedoch unerheblich, wer die Verklammerung umsetzt. Entscheidend ist,

¹ Quelle: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>.

² Quelle: <https://www.bmcev.de/arbeitsgruppe/arbeitsgruppe-intersektorale-versorgung/>.

dass sie „zum Tragen“ kommt. Gelegentlich zeigt sich aber auch ein gewisser Etikettenschwindel: So muss in der aktuellen 19. Legislaturperiode (2017–2021) der Terminus *Sektorenübergreifende Versorgung* für eine Bereinigung der Versorgungsebenen erhalten. Bund und Länder wollen Leistungen wie z. B. Operationen aus der stationären in die ambulante Versorgung verschieben, sie wollen also Ambulantisierung. Es gibt sicher gute Gründe dafür, die Zielrichtung dieser Politik ist jedoch keine „sektorenübergreifende“ – es geht nicht darum, verschiedene erforderliche Versorgungsebenen zu verzahnen – sondern vielmehr um Förderung einer Versorgungsebene zulasten einer anderen.

Trotz der erheblichen Hürden für sektorenübergreifende Versorgung ist die Landschaft nicht so „dürr“, wie es die manchmal sehr drastisch geführte Diskussion vermuten lässt (Hahn 2019). Tatsächlich ist der Strauß an Lösungen bunt und vielgestaltig: Neben den gesetzlich durchkonfigurierten Lösungen wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, das Belegarztwesen oder Ambulanzen hat sich eine bunte Landschaft an Modellvorhaben und Innovationsfondsprojekten mit sektorenübergreifenden Elementen entwickelt. Andere Lösungen wie z. B. intersektorale Versorgungselemente von Praxisnetzen, Tumorboards oder Hybrid-DRG haben sich gänzlich ohne Zutun des Gesetzgebers entwickelt. Manche Projekte sind – zumindest aktuell – Insellösungen, andere haben den Sprung in eine übergeordnete Versorgungsstruktur geschafft oder sind auf dem Weg dahin. Was in der aktuellen Debatte allerdings fehlt, ist eine sachliche und detaillierte Bestandsaufnahme und Analyse. Für viele der Versorgungslösungen existiert kein regelhaftes Berichtswesen, daher fehlt auch eine zusammenfassende Datenbasis. Wie viele sektorenübergreifende Versorgungslösungen es gibt, wer die jeweiligen Protagonisten sind, ob und welchen quantitativen und qualitativen Beitrag sie in der sektorenübergreifenden Versorgung leisten, welche Vor- und Nachteile jeweils mit ihnen verbunden sind, ob und wie sie sich bewähren und – last but not least – bei welchen sich ggf. eine gesetzliche Förderung und Feinkorrektur lohnt, erschließt sich alles nicht.

Dieses Buch will einen empirischen Beitrag zu der Systematisierung der Debatte im Sinne einer Bestandsaufnahme leisten: Best-Practice-Lösungen zu existierenden Lösungsansätzen werden von den eigenen Protagonisten vorgestellt (Tab. 2.1). Der Insiderblick erlaubt ein besseres Verständnis zu den Leistungen der jeweiligen Lösung und den spezifischen Herausforderungen. Unsere Bestandsaufnahme ist naturgemäß subjektiv und beruht auf unserem jeweiligen Blick auf die Versorgungslandschaft. In diesem Buch sollen die Praktiker, die Best-Practice-Lösungen der sektorenübergreifenden Versorgung realisieren, zu Wort kommen. Die Beiträge spiegeln die Vielgestaltigkeit der sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft wider: Alle Akteure im Gesundheitswesen – u. a. Krankenhäuser, Vertragsärzte, Kostenträger, Industrie – steuern Lösungen bei. Manche versuchen sich an der Rundumversorgung für Patienten mit sektorenübergreifendem Versorgungsbedarf, andere schaffen spezialisierte Lösungen, etwa in der Diagnostik oder zu speziellen Versorgungskonstellationen.

Tab. 2.1 Intersektorale Versorgungsinstrumente

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) neu	Primär netzwerkliche Kooperation/Integration	§ 116b (neu) SGB V seit 2012 GKV-VSG	Diagnostik und Behandlung definierter Krankheitsbilder im ASV-Netz durch Krankenhausausschleichen und vertragsärztliche Einrichtungen	Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet (Kap. 22) Dengler et al., Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Kap. 4) Homayounfar, Multidisziplinäres Tumorboard (Kap. 6) Schmitz, Onkologie (Kap. 28)
Belegarztwesen	Primär Unternehmerische Integration: Medizinische Versorgung durch Vertragsarzt/Belegarzt	Älteste Form der sektorenübergreifenden Versorgung § 121 (2) SGB V	Vertragsärzte mit Belegarztanerkennung versorgen ihre Patienten ambulant und stationär in Belegabteilung des Krankenhauses	Kellner et al., Mindener Modell Pathologie (Kap. 23) Mathey et al., Augen-Partner-Gruppe (Kap. 26) Mussinghoff et al., Campus am St. Franziskus (Kap. 9) Schneider, Überörtliche urologische Berufsausübungsgemeinschaft (Kap. 29) Schmitz, Onkologie (Kap. 28) Stauch-Eckmann et al., Modell Ober Scharrer Gruppe (Kap. 20) Werner et al., Belegartzentrum (Kap. 15)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Besondere Versorgung/ Integrierte Versorgung (ohne Innovationsfonds)	Netzwerkliche Kooperation/Integration	§§ 63 ff Modellvorhaben, 1997 2. GKV-NOG § 73 ff. Strukturverträge GMG § 140a SGB V Besondere Versorgung seit 2015, GKV-VSG	Selektive Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern verschiedener Versorgungsebenen	Bertram et al., Dimini Diabetespräventionsprogramm (Kap. 16) Brinkmeier, Schlaganfall- Lotsen (Kap. 17) Castrup et al., Knappschaft (Kap. 18) Langenmaier et al., Algesiologikum (Kap. 24) Mann et al., Gefäßzentrum Regensburg (Kap. 25) Manthey et al., Hybrid-DRG (Kap. 19) Schmitz, Onkologie (Kap. 28)
Campus-Konzept/ intersektorale Facharzzentren	Primär unternehmerische Integration	Ohne gesetzliche Normierung	Vertragsärztliche Einrichtungen versorgen ambulant und stationär auf Krankenhausgelände und kooperieren mit anderen Krankenhausabteilungen	Mathey et al., Augen-Partner- Gruppe (Kap. 26) Mussinghoff et al., Campus am St. Franziskus Münster (Kap. 9) Stauch-Eckmann et al., Modell Ober Scharrer Gruppe (Kap. 20) Walter et al., Rhön Konzept (Kap. 13)

(Fortsetzung)

Tab. 2.1 (Fortsetzung)

Was	Integration/Kooperation Netzwerkliche Koordination/Integration	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitle)
Case Management		Verschiedene gesetzliche Normen (z. B. DMP (siehe dort), Entlassmanagement häufig bei „besonderer Versorgung“ (siehe dort) und außerhalb gesetzlicher Normierung	Intersektorale Versorgung nur ein Anwendungsgebiet. Personen oder IT-basiertes Case Management als Agent des Patienten zwischen Versorgern der verschiedenen Ebenen	Brinkmeier, Schlaganfall- Lotsen (Kap. 17) Kammerlander et al., Patienten mit Fragilitätsstrukturen (Kap. 7) Diel et al., Tumorzentrum Brustkrebs (Kap. 5) Klemm et al., Spezialisierte Ambulant Palliativ Versorgung (Kap. 8) Langenmaier et al., Algesiologikum (Kap. 24) Mussinghoff et al., Campus am St. Franziskus (Kap. 9) Siemann et al., Verhaltenstherapie Falkenried (Kap. 30) Schrage et al., Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland (Kap. 10) Walter et al., Rhön Campus (Kap. 13) Weber et al., Versorgungskonzept Westfalen- Lippe (Kap. 14)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Disease-Management-Programm (DMP)	Netzwerkliche Koordination/Integration	§ 137 f SGB V seit 2004 GMG	Intersektorale Versorgung nur ein Anwendungsgebiet. DMP-Arzt koordiniert alle indikationsbezogenen Versorgungsbedarfe	Diel et al., Tumorzentrum Brustkrebs (Kap. 5)
Innovationsfonds	Primär netzwerkliche Kooperation/Integration	§§ 92a und 92b SGB V seit 2015 GKV-VSG	Intersektorale Versorgung nur ein Anwendungsgebiet. Gemeinsame Umsetzung der Projekte von Akteuren der verschiedenen Ebenen.	Bertram et al., Dimini Diabetespräventionsprogramm (Kap. 16) Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet (Kap. 22) Brinkmeier, Schlaganfall-Lotsen (Kap. 17) Kammerlander et al., Patienten mit Fragilitätsstrukturen (Kap. 7) Simpfendörfer et al., Gesundheitsnetz Süd (Kap. 11)
Krankenhausambulanz	Unternehmerische Integration	18 verschiedene Ambulanztypen (Augurzy et al. 2019), darunter auch Psychiatrische Institutsambulanz (siehe dort), Hochschulambulanz und Ermächtigungen	Ambulante Versorgung durch Krankenhausabteilungen/ Krankenhausärzte	Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet (Kap. 22) Kellner et al., Mindener Modell Pathologie Kap. 23) Siemann et al., Verhaltenstherapie Falkenried (Kap. 30) Ziereis, Psychiatrische Institutsambulanz (Kap. 31)

(Fortsetzung)

Tab. 2.1 (Fortsetzung)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Krankenhausabteilung in anderer Trägerschaft	Primär unternehmerische Integration	Ohne gesetzliche Normierung	Krankenhausabteilungen in anderer Trägerschaft als der des Krankenhauses	Langenmaier et al., Algesiologikum (Kap. 24) Stauch-Eckmann et al., Modell Ober Scharrer Gruppe (Kap. 20) Strotmann et al., B. Braun Melsungen (Kap. 21)
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	Unternehmerische Integration, soweit MVZ in Krankenhaus-trägerschaft Netzwerkliche Kooperation/Integration bei Campuslösung (siehe dort)	§ 95 SGB V seit 2004 GMG	Primär keine sektorenübergreifende Versorgungs-lösung. MVZ in Trägerschaft des Krankenhauses oder MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft am Krankenhaus können vertragsärztliche Versorgung mit Krankenhausversorgung verzahnen	Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet (Kap. 22) Langenmaier et al., Algesiologikum (Kap. 24) Mathey et al., Augen-Partner-Gruppe (Kap. 26) Schmitz, Onkologie (Kap. 28) Siemann et al., Verhaltenstherapie Falkenried (Kap. 30) Stauch-Eckmann et al., Modell Ober Scharrer Gruppe (Kap. 20) Strotmann et al., B. Braun Melsungen Kap. 21) Walter et al., Rhön Campus (Kap. 13)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Ambulante und stationäre Notfallversorgung	Je nach Ausgestaltung und Notfallversorgungsebene unternehmerische Integration oder netzwerkliche Kooperation/Integration	Verschiedene Rechtsnormen ambulanter Notfallversorgung: z. B. Notfallambulanzen § 75 SGB V seit 1989 GKAR Oder Portalpraxen: §§ 75 1b Satz 2 SGB V Seit 2015 KHSG Stationäre Notfallversorgung: § 39 SGB V oder § 295a SGB V	Verschiedene Lösungen der Verzahnungen von ambulanter und stationärer Notfallversorgung	Braun, Rheumazentrum (Kap. 22) Vogt, zentralisierter Notdienst (Kap. 12) Walter et al., Rhön Campus (Kap. 13) Werner et al., Belegarztkrankenhaus (Kap. 15) Ziereis, Psychiatrische Institutsambulanz (Kap. 31)
Praxisambulanz	Unternehmerische Integration	§ 115 SGB V seit 1989 GRG	Ambulante und stationäre Versorgung durch vertragsärztliche Einrichtung	Rinke, Praxiskliniken heute (Kap. 27)
Praxisnetz	Netzwerkliche Kooperation/Integration	§ 87b Abs. 4 SGB V Seit 2012 ^a GKV-VSG	Primär keine sektorenübergreifende Versorgungslösung. Sektorenübergreifende Versorgung, soweit Praxisnetz und Krankenhaus kooperieren. Inhalt ist frei vereinbar	Castrup et al., Knappschaft (Kap. 18) Simpfendorfer et al., Gesundheitsnetz Süd (Kap. 11) Schrage et al., Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland (Kap. 10) Weber et al., Versorgungskonzept Westfalen-Lippe (Kap. 14)

(Fortsetzung)

Tab. 2.1 (Fortsetzung)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	Untermehrmische Integration	§ 118 Abs. 1 SGB V Seit 1986 PsychKVVerbG	Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durch psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen	Ziereis, Psychiatrische Institutsambulanz (Kap. 31)
Tagesklinik	Untermehrmische Integration	u. a. § 108 SGB V (Krankenhaus) § 30 Gewerbeordnung (vertragsärztliche Einrichtungen)	Ambulante/teilstationäre Patientenbetreuung durch Akteure der verschiedenen Versorgungsebenen	Langenmaier et al., Algesiologikum (Kap. 24) Mann et al., Gefäßzentrum Regensburg (Kap. 25) Siemann et al., Verhaltenstherapie Falkenried (Kap. 30)
(Zertifizierte) Tumorboards, Tumorkonferenzen	Netzwerkliche Kooperation/Integration	Ohne gesetzliche Normierung	Fallkonferenzen zu Diagnostik und Therapieplan onkologischer Patienten, Durchführung i. d. R. durch Krankenhausärzte, Teilnahme (auch) von Vertragsärzten	Diel et al., Tumorzentrum Brustkrebs (Kap. 5) Homayounfar, Multidisziplinäres Tumorboard (Kap. 6) Kellner et al., Mindener Modell Pathologie (Kap. 23)
(Zertifizierte) Organbezogene Tumorzentren	Primär netzwerkliche Kooperation/Integration	Ohne gesetzliche Normierung	Gemeinsame (organbezogene) Versorgung durch Krankenhaus und Vertragsärzte	Diel et al., Tumorzentrum Brustkrebs (Kap. 5) Schneider, Überörtliche urologische Berufsausübungsgemeinschaft (Kap. 29)

Was	Integration/Kooperation	Rechtsnorm/seit wann	Was ist daran sektorenübergreifend?	Beispiele im Buch (Autoren, Kurztitel)
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	Primär netzwerkliche Kooperation/Integration	§ 37b SGB V Seit 2007 ^b GKV-WVG	Versorgung durch interdisziplinäres Team und stationäres Hospiz	Klemm et al., Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Kap. 8)

Abkürzungen: GRG: Gesundheitsreformgesetz, GKV-VVG: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, KHSG: Krankenhausstrukturgesetz, GKV-WVG: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKAR: Gesetz über das Kassenarztrecht, GRG: Gesundheitsreformgesetz, GMG: GKV-Modernisierungsgesetz, SGB: Sozialgesetzbuch, PsychKVVerbG: Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker, 2. GKV-NOG: 2. GKV-Neuordnungsgesetz

^a<https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php>

^bhttps://www.dhpv.de/themen_sapv.html