



Positionspapier

Integrierte Versorgung 5.0

Hintergrund, Zielbild und Handlungsfelder

Berlin, 16.06.2023



Impressum

Autor:innen

Karsten Knöppler, _fbeta

Sandra Martick, _fbeta

Sophia Schlette, MPH, (2022 in ihrer Rolle als Senior Consultant fbeta)

In Zusammenarbeit mit

Dr. Albrecht Kloepfer, DGIV

Impulsgeber:innen der Diskussionsrunden

Dr. Gertrud Demmler

Vorstandsmitglied der SBK-Siemens Betriebskrankenkasse

Dr. med. Dirk Heinrich

Bundesvorsitzender Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

Dr. Christopher Hermann

Berater im Gesundheitswesen

Dr. Georg Münzenrieder

Referatsleiter Grundsatzangelegenheiten der Digitalisierung in Gesundheit und Pflege, Zukunfts- und Innovationsprojekte Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Dr. Eberhard Thombansen

Leiter Ressort Medizin, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH

Teilnehmer:innen der Diskussionsrunden

Kornell Adolph (Geschäftsführer AOK Mein Leben GbR) | Dr. Jörg Caumanns (Partner _fbeta GmbH) | Roland Engehausen (Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG)) | Dr. Cornelius Erbe (Bereichsleiter Versorgungsmanagement hkk Krankenkasse) | Patricia Ex (Abteilungsleitung Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband) | Christian Friedhoff (2022 in seiner Rolle als CDO Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH) | Anne Sophie Geier (Geschäftsführerin Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung) | Andreas Grode (Senior Consultant _fbeta GmbH) | Robin Huber (2022 in der Rolle als Abteilungsleiter Markt und Service | Standortleitung Dortmund der Continentale) | Christian Klose | Dr. Filippo Martino (1. Vorsitzender der Deutsche Gesellschaft für Digitale Medizin (DGDM) e.V.) | Dr. Michael Meyer (Generalsekretär DGIV e.V.) | Dr. Kai-Uwe Morgenstern (Geschäftsführer _fbeta GmbH) | Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel (Geschäftsführender Direktor Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth) | Dr. med. Henriette Neumeyer | Klaus Rupp (Fachbereichsleitung Versorgungsmanagement Techniker Krankenkasse) | Stefan Schellberg (CDO- Leiter Unternehmensbereich IT & Infrastruktur IKK classic) | Dr. Elmar Waldschmitt (Beauftragter des Vorstands für Strategie, Digitale Innovation, Politik BIG direkt gesund)

Grußwort

Erhebliche Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen stellen uns aktuell vor große Aufgaben: Hierzu gehören insbesondere die demographische Entwicklung mit daraus resultierendem Fachkräftemangel, Finanzierungsengpässe und steigender Versorgungsbedarf. Gerade in der Verzahnung analoger Versorgungsstrukturen mit digitalen Leistungen, Telemedizin und Plattformen liegt ein erhebliches Optimierungspotenzial in der Gesundheitsversorgung. Damit nimmt gleichzeitig auch lokal/regional der Verantwortungsdruck zu und erfordert zukünftig Kooperation vor Ort, während digitale Infrastrukturen überregionalen Abstimmungsbedarf u.a. zur Interoperabilität mit sich bringen und überregionale Kooperation erforderlich machen.

Das vorliegend aufgezeigte Konzept zur Integrierten Versorgung verbindet die klassischen Optionen im Versorgungswettbewerb auf selektivvertraglicher Ebene mit den neuen Optionen der Digitalisierung. Auch integriert es die Datennutzung, das Gesundheitshandeln des Bürgers und die Nachhaltigkeit. Dies ist sinnvoll und richtungsweisend. Auch zeigt es auf, wie eine skalierbare Synchronisierung von lokalem und überregionalem Handeln erfolgen kann. Es kann daher als Orientierung für die zukünftige Ausrichtung von lokalen, regionalen und überregionalen Aktivitäten dienen und die Umsetzungsfähigkeit in Deutschland fördern. Insbesondere die abschließend genannten Handlungsfelder wie die Erhebung eines digitalen Reifegrads, die Errichtung von ganzheitlichen Plattformlösungen für Versorgungslösungen und das Zusammenwachsen von analogen und digitalen Versorgungslösungen (Hybridisierung) sind richtungsweisend für die die Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Wir danken fbeta und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung für diese wichtige und richtungsweisende Initiative.

Klaus Holetschek MdL
Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege

Vorwort

„Integrierte Versorgung“ ist ein Buzzword – für manche Menschen bedrohlich, für andere die Lösung schlechthin. In der gesundheitspolitischen Diskussion taucht es seit Jahrzehnten immer wieder auf und findet unter immer neuen Namen – von populationsorientierter zu besonderer zu sektorenübergreifender Versorgung – Eingang in die Gesetzgebung, um im Tagesgeschäft letztlich wenig Wirkung zu entfalten oder dann doch wieder auf die lange Bank geschoben zu werden: Bewegten sollen sich immer die anderen. Man selbst hat „keine Zeit“. Zu komplex. Zu theoretisch. Zu fremd. Ist es heute anders? Macht die digitale Transformation den Unterschied oder kommt der entscheidende Impuls mit dem Europäischen Gesundheitsdatenraum am Ende gar aus Brüssel?

Ziel des Projektes von _fbeta und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung war eine dialogische Annäherung zwischen der Jahrzehnte zurückliegenden Grundidee der „Integrierten Versorgung“, einem gemeinsamen Zielbild für die zukünftige Gesundheitsversorgung und der aktuellen Umsetzungsschwäche im Gesundheitswesen: Was verstehen die Akteure darunter? Was braucht es zur Überwindung von Sektorengrenzen, Silodenken und Hierarchien, um die Versorgung für chronisch kranke Menschen nahtloser und niedrigschwelliger zu gestalten? Wie bewerkstelligen wir Integrierte Versorgung nah am Menschen, gesund oder krank, und nahtlos über die gesamte Lebensspanne, von der Prävention bis zur Palliativversorgung? Ist Integrierte Versorgung eine „besondere“ Versorgungsform oder sollte sie nicht vielmehr angesichts der steigenden Lebenserwartung und Zunahme komplexer Krankheiten ein fester Bestandteil der Regelversorgung sein? Wie lassen sich Digitalisierung und Nachhaltigkeit hier mit vereinen, wie Synergien nutzen? Herausgekommen ist ein Positionspapier, das den Hintergrund beleuchtet, ein Zielbild entwickelt und die relevanten Handlungsfelder benennt.

Im Rahmen der sechsteiligen Veranstaltungsreihe „beta_vision: Integrierte Versorgung 4.0. Chancen. Risiken. Wege.“ sprach _fbeta in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung mit Spitzenvertretern aus Selbstverwaltung, Praxis, Industrie und Politik. Impulsgeber:innen waren Dr. Christopher Hermann, Dr. Gertrud Demmler, Dr. Dirk Heinrich, Dr. Eberhard Thombansen und Dr. Georg Münzenrieder. Moderiert wurde von Dr. Albrecht Kloepfer mit Karsten Knöppler und Expert:innen der _fbeta. Zudem war ein hochkarätig besetztes Panel aus führenden Vertreter:innen mit Verantwortung für Versorgung und Digitalisierung aus Krankenkassen, Leistungserbringern, Industrie und Gesundheitspolitik in die Diskussion involviert.

Die Take-Aways aus den sechs beta_vision-Gesprächsrunden waren nicht ohne Weiteres in Einklang zu bringen und spiegeln somit die Gründe für die Umsetzungsschwäche im Gesundheitswesen: Neben dem guten Willen traten die sektoralen Widersprüche zutage, kam man auf keinen größeren gemeinsamen Nenner für die Operationalisierung und Ausgestaltung von Integrierter Versorgung. Wie schaffen wir ein Win-Win-Win für Patient:innen, Leistungserbringer und Kostenträger? Liegt es an der Vergütung? Am Wettbewerb? An der Arztzentriertheit? An der mangelnden Nutzerfreundlichkeit oder an der unzureichenden Mitwirkung der Patient:innen? Am Datenschutz? Schafft Technologie, was Politik bisher nicht geschafft hat? Möglicherweise fehlt bislang der Veränderungsdruck, der Mut und/oder ein Zielbild.

In der Auswertung der Diskussionsergebnisse haben wir bei _fbeta uns an einer Synthese und einem Zielbild versucht. In diesem werden die Wirkmöglichkeiten der analogen Gesundheitsversorgung mit denen von digitalen Tools sowie der Vernetzung von Ökosystemen von analogen und digitalen Leistungserbringern verbunden. Zusätzlich setzt es diese in den Kontext von regionaler Verantwortung der Daseinsfürsorge und der Nachhaltigkeit. Das Zielbild gliedert sich in die erste Ebene der Versorgungsangebote mit Integration von Sektoren, Gesundheitshandeln, Daten, digitalen Leistungen und Telemedizin sowie Nachhaltigkeit. Auf der zweiten Ebene steht das Portfolio solcher Angebote als

Kernaufgabe des Versorgungsmanagement. Auf der dritten Ebene steht die integrierte, hybride Planung von den dafür erforderlichen analogen und digitalen Strukturen im Kontext von Gesundheitsregionen. Eine neue Form der integrierten Sozial- und Strukturplanung.

Wir sind davon überzeugt, dass der Zeitpunkt stimmt: Der demographische Wandel und weitere Krisen zeigen die Schwachpunkte des aktuellen Systems und den Handlungsdruck auf. Neue Ökosysteme – ermöglicht durch digitale Transformation und interaktive Plattformen – rütteln an Beharrungsvermögen und Blockaden mit noch vor wenigen Jahren kaum vorstellbarer Wucht. Wenn wir das Gesundheitssystem in Deutschland nicht selbst gestalten – mit integrierten Lösungen –, tun es andere.

Karsten Knöppler

fbeta
Geschäftsführer und Partner

Albrecht Klöpfer

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Inhaltsverzeichnis

Impressum	I
Grußwort	II
Vorwort	III
Inhaltsverzeichnis	V
1 Hintergrund	1
1.1 Die Herausforderung – Versorgung in Leistungssektoren und Einzelleistungsvergütung	1
1.2 Der Grundgedanke – Definition, Ziele und neue Chancen Integrierter Versorgung	1
1.2.1 Definition	1
1.2.2 Ziele	2
1.2.3 Nutzerzentrierung und Translation als Chance der Digitalisierung	3
1.3 Der lange Weg – Meilensteine in der Gesetzgebung	4
1.3.1 Reformen zur Integration von Versorgung – Leuchttürme und Flickenteppich	4
1.3.2 Strukturreformen und Kassenwettbewerb – von Seehofer bis Schmidt	8
1.3.3 Chancen und neue Optionsräume für sämtliche Akteure – von Spahn bis Lauterbach	9
2 Zielbild Integrierte Versorgung 5.0, Versorgungsmanagement und Strukturplanung	11
2.1 Managementgrade in der Versorgung	12
2.2 Ausgangsbasis Regelversorgung: Kollektivvertragliche Strukturplanung, Vergütungssysteme und Routinedaten	14
2.3 Zielbild a. Wettbewerb auf Ebene Integrierter Versorgung 5.0	14
Integration 1.0 Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung	15
Integration 2.0 Medizinische und Vitaldaten und Analytik in der Versorgung	15
Integration 3.0 Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement	16
Integration 4.0 Gesundheitshandeln der Bürger:innen und Angehörigen	17
Integration 5.0 Nachhaltigkeit und Werteorientierung	17
2.4 Zielbild b. Wettbewerb auf Ebene des Versorgungsmanagements	19
Wertschöpfungsmodell	19
Ökosystem	20
Potenzial	21
2.5 Zielbild c. Kooperation auf Ebene Strukturplanung – Regional, integriert & hybrid	21

3	Handlungsfelder	23
	Handlungsfeld 1. PERSPEKTIVE Paradigmenwechsel von Strukturperspektive der Selbstverwaltung zu Bürger-, Gesundheits- und Ergebnisperspektive	23
	Handlungsfeld 2. ZIELBILD Vom Versorgungszielbild zum organisatorischen und technischen Zielbild (Ökosystem) mit einer sektorübergreifenden, hybriden Strukturplanung (kollektivvertraglich)	24
	Handlungsfeld 3. ANREIZE VERSORGUNGSMANAGEMENT Anreize in Finanzierung und Vergütung für Versorgungsmanagement durch Konsortien aus Leistungserbringern und Kostenträgern	25
	Handlungsfeld 4. HYBRIDE VERSORGUNG Struktureller Rahmen für hybride Angebote aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen	26
	Handlungsfeld 5. PROZESSE UND PLATTFORMEN Struktureller technischer Rahmen für Therapieplan, Prozessabbildung und Versorgungsmanagement über Plattformen	26
	Handlungsfeld 6. DIGITALER REIFEGRAD Einheitliches Mindestniveau digitaler Reife bei relevanten Akteuren im Ökosystem	27
	Handlungsfeld 7. CHANGE MANAGEMENT Motivation und Akzeptanz der Akteure durch aktiven Change	27
4	Danksagung	28
5	Literaturverzeichnis	VII

1 Hintergrund

Die Integration von Versorgung ist in der gesundheitspolitischen Diskussion Deutschlands schon seit Jahrzehnten präsent. Im Folgenden findet sich eine Zusammenfassung der wesentlichen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen, der Grundidee Integrierte Versorgung sowie verschiedener Phasen der Regulierung, die explizit oder implizit auf die Optionen der Integration fördern oder hemmen.

1.1 Die Herausforderung – Versorgung in Leistungssektoren und Einzelleistungsvergütung

Ein Grundprinzip des Sozialgesetzbuches und die dominierende Ordnung in Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung ist die Trennung von und das Denken in Versicherungs- und Leistungssektoren. Die Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen folgen dieser Logik und sind bis heute ebenfalls nach Leistungssektoren getrennt: Einzelleistungen oder Pauschalen wurden und werden nach Sektor geregelt. Vergütet wird die Erbringung der Leistung nach Prozess- oder Strukturqualität, nicht die Qualität des Ergebnisses – der Gewinn an Gesundheit. Die damit verbundene Mengenausweitung erzeugt Mehrkosten und senkt tendenziell die Prozess- und/oder Ergebnisqualität. Auch werden für eine Koordinierung der verschiedenen Leistungserbringer, besonders wichtig bei komplexeren Erkrankungen, oder die sprechende Medizin, d. h. das Fördern von Verständnis zum Gesundheitsthema und den Therapieoptionen (health literacy) und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in (shared decision making) die Rahmenbedingungen und Anreize nicht ausreichend gesetzt.

Das Denken in Leistungssektoren durchzieht nicht nur die Versorgung, sondern auch sämtliche Bereiche und Institutionen von Gesundheitspolitik; es ist tief verankert. So beschäftigen Bundestagsfraktionen, Kassen- und Industrieverbände regelhaft Referent:innen für einzelne Sektoren wie ambulante und stationäre Versorgung und Pflege. Expert:innen für integrierte oder sektorübergreifende Versorgung sucht man in den Organigrammen indes meist vergebens und bei den vielerorts neu entstehenden Stellen für Chief Digital Officers oder Digital Health Consultants steht oftmals das Technische, nicht der Versorgungsaspekt im Vordergrund. Gleichwohl wird die Technologie in der Regel – ähnlicher der Integrierten Versorgung – sektorübergreifend gedacht. Und es wird häufig vom Nutzenden her gedacht. Diese Parallelen in den Ansätzen geben nun implizit der Integration von Versorgung neuen Antrieb.

1.2 Der Grundgedanke – Definition, Ziele und neue Chancen Integrierter Versorgung

1.2.1 Definition

Definitionen von Integrierter Versorgung (IV) sind bisher stark von den bestehenden Formen der Organisation von Gesundheitsversorgung geprägt, zudem spielt die sektorspezifische Sicht auf IV eine Rolle. Die in Deutschland verwendeten Definitionen sind mal stärker medizinisch geprägt, mal organisatorisch-vertraglich. Sie unterscheiden sich insbesondere auch darin, inwieweit sie dem Patienten/ der Patientin als Nutzer:in eine Mitwirkung, ein proaktives Selbstmanagement bzw. Gesundheitshandeln zusprechen. Die digitale Transformation als Katalysator integrierter Versorgung mit ihrer disruptiven Auswirkung auf die Beziehungen aller Akteure im Gesundheitssystem und ganz besonders zwischen Versorgenden und Patient:innen wurde bis vor wenigen Jahren nicht oder viel zu wenig thematisiert. Exemplarisch sind hier zwei Definitionen der Bundeszentrale für politische Bildung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

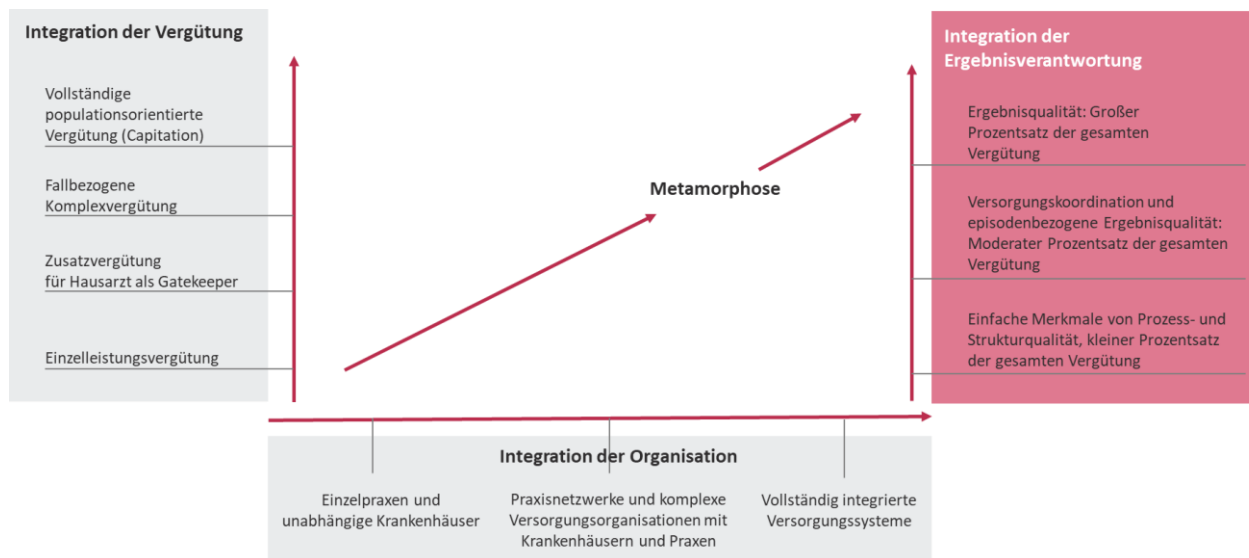
„Die integrierte Versorgung zielt darauf, die Versorgung fächer- und sektorenübergreifend durchzuführen. **Die Versorgungspfade sollen sich am Bedarf der Patienten orientieren** und nicht an

den rechtlich definierten Zuständigkeiten bestimmter Institutionen.“ (Bundeszentrale für politische Bildung)

„Innerhalb der integrierten Versorgung arbeiten **verschiedene Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam in einem fach- und/oder sektorenübergreifenden Versorgungsprozess**. Der ambulante und stationäre Sektor werden besser verzahnt, die Zusammenarbeit erfolgt interdisziplinär, Ärzte und nicht-ärztliche Berufsgruppen kooperieren eng miteinander und die Behandlungsabläufe unter direkter Einbeziehung des Patienten optimiert.“ (KBV)

Zudem findet sich aus gesundheitsökonomischer Perspektive eine dreidimensionale Sicht auf die Integrierte Versorgung. Neben dem Maß an Integration der Organisation (Strukturen und Prozesse) scheint auch die Integration der Vergütung maßgeblich für die Ergebnisqualität zu sein. Je höher der Grad der Integration von Organisation UND Vergütung, desto höher die Versorgungsqualität.

Abbildung 1: Definition der Integrierten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung nach Simon (2021)

1.2.2 Ziele

Ziele der Integrierten Versorgung sind sowohl medizinisch-versorgungspolitisch als auch ordnungspolitisch. Dabei wird postuliert, dass eine Versorgungsoptimierung hin zu einer patientenzentrierten nahtlosen Versorgung von hoher Qualität sowohl in Summe wirtschaftlicher als auch für die in der Versorgung Tätigen erfüllender ist. Die zentralen Prinzipien der Integrierten Versorgung sind im Kern:

Prozessinnovationen: Eine Versorgung ohne zeitliche und inhaltliche Brüche führt dazu, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen in Kenntnis der vor- und nachgelagerten Maßnahmen zeitnah, zielführender und effizienter erfolgen können.

Patientenzentrierung: Genauso wichtig ist die Patientenzentrierung – die proaktive Mitwirkung des kranken Menschen an seiner Versorgung (shared decision-making, Gesundheitshandeln bzw. Selbstmanagement).

Ergebnisverantwortung: Bei einer integrierten Versorgung decken sich idealerweise Prozess- und Endpunktverantwortung – so werden richtige Anreize gesetzt und ein wirtschaftlicher Einsatz von Ressourcen gefördert.

Diese Prinzipien liegen quer zu denen der kollektivvertraglichen Versorgung. Dementsprechend braucht es für die Umsetzung und Operationalisierung von Integrierter Versorgung substanzieller gesetzlicher Weichenstellungen. Ordnungspolitisches Ziel war und ist dabei eine grundlegende Reform des Vertrags- und Regulierungssystems im deutschen Gesundheitswesen: Dazu bedurfte und bedarf es u. a. weitergehender Lockerungen des gemeinsamen und einheitlichen „Kollektivvertrags“ hin zu flexibleren Lösungen in Form von „Selektivverträgen“, um einen Wettbewerb der Krankenkassen hin zu besserer Versorgung anzureizen. Weiterhin bestehen auf verschiedenen Ebenen jedoch noch fehlende oder gar negative Anreize, die dazu führen, dass erfolgreiche Pilotprojekte – z. B. gefördert durch den Innovationsfonds – nur eine geringe Translationsquote in den Versorgungsalltag aufweisen.

1.2.3 Nutzerzentrierung und Translation als Chance der Digitalisierung

Mit der Digitalisierung eröffnet sich die Chance, die recht enge Sicht auf sektorübergreifende Verträge durch eine serviceorientierte Nutzerperspektive zu erweitern bzw. idealerweise in den Fokus zu stellen. Die Nutzerzentrierung ist eines der zentralen Gestaltungsprinzipien bei der Entwicklung von digitalen Anwendungen. Mit der zunehmenden Digitalisierung von Versorgung wird der Nutzen für Patient:innen zum Dreh- und Angelpunkt des Versorgungsgeschehens und somit auch der organisatorisch-vertraglichen Ausgestaltung.

Treiber dieser Entwicklung sind nicht zuletzt neue Player am Markt, kleine und große, Start-ups und Tech-Giganten, die entweder die Pain Points fragmentierter Versorgung aus leidvoller eigener Erfahrung überwinden wollen oder die aufgrund der ausgewerteten Daten sehr genau wissen, wie Konsument:innen „ticken“ und wonach Individuen suchen. Zudem sind die Bürger:innen aus anderen Branchen eine entsprechende Nutzerorientierung von Angeboten gewohnt und übertragen ihr Nutzungsverhalten und damit ihre Präferenzen bei Auswahlentscheidungen schrittweise auch auf das Gesundheitswesen.

Auch dient IT in vielen Fällen im Kern zur Abbildung von Prozessen und Standardisierung. Diese Prozessabbildung ist vor zwei bis drei Jahrzehnten mit essenziellen Prozessen gestartet, im Gesundheitswesen u. a. die Abrechnungsprozesse. Heute gibt es kaum noch Prozesse, für die es keine Anwendungen gibt. Somit besteht die Chance, dem bislang analog gelebten Konzept der Integration von Versorgung über die Digitalisierung die Translation in den Versorgungsalltag zu erleichtern.

1.3 Der lange Weg – Meilensteine in der Gesetzgebung

Der Grundgedanke und die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung reichen weit zurück. Heute kann man sagen, dass sowohl die explizite Gesetzgebung zu den Vertragsgrundlagen als auch neuerdings die E-Health-Gesetzgebung implizit die Rahmenbedingungen verbessern und dem alten Gedanken neuen Nährboden geben. Die wichtigsten Meilensteine sind im Folgenden zusammengefasst:

1.3.1 Reformen zur Integration von Versorgung – Leuchttürme und Flickenteppich

Integrierte Versorgung ist ein Klassiker der gesundheitspolitischen Diskussion. Politik, Kostenträger und Leistungserbringer haben im Laufe der letzten 30 Jahre immer wieder in verschiedenen Konstellationen den Versuch unternommen, die Sektorengrenzen zu überwinden und ambulante und stationäre Versorgung besser zu vernetzen.

Die Anfänge reichen in Deutschland in die 70er Jahre (WSI 1975, Borgers/Schagen 1998)ⁱ zurück. Die wissenschaftliche Basis legten Sachverständigenrat und Enquête-Kommission im Jahr 1987. Die Expert:innen kamen schon damals zu ähnlichen Ergebnissen: Eine Verzahnung bzw. Integration ist sinnvoll und notwendig, wird aber durch die restriktive Handhabung des Kassenarztrechts behindert, weil und solange alles auf die Einzelpraxis/das Einzelunternehmen ausgelegt ist (Rebscher 2004).ⁱⁱ Die Erweiterungen des SGB V in den 90er Jahren um **Modellvorhaben und Strukturverträge** konnten mit Blick auf Integrierte Versorgung jedoch nur bedingt Wirkung entfalten.

In den Nuller Jahren kamen mit dem **Gesundheitsmodernisierungsgesetz** weitere Regelungen hinzu, die die starren Grenzen lockern und die sektorübergreifende Versorgung erleichtern sollten. So kam auch die **Integrierte Versorgung** (später **Besondere Versorgung**) nach § 140 SGB V, die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen und die **Hausarztzentrierte Versorgung** nach § 73 SGB V hinzu.

Insbesondere die populationsorientierte Integrierte Versorgung war so lange en vogue, wie sie finanziell angereizt wurde. Über die Anschubförderung wurde mehrere Jahre die kollektivvertragliche Versorgung um 1 Prozent der Kosten bereinigt. Diese Förderung sollte für selektivvertragliche Versorgungsangebote genutzt werden. Der Anteil wurde während und nach der Phase der Anschubfinanzierung kaum ausgenutzt und blieb auch danach hinter den Erwartungen zurück. Die Bereinigung der ambulanten Versorgung um die Aufwände für Selektivverträge war so aufwendig gestaltet, dass es praktisch und politisch kaum möglich war, diese durchzusetzen. Somit waren und sind Selektivverträge bis heute in der Regel sogenannte Add-on-Verträge, wo Krankenkassen zusätzliche Vergütungspositionen als Anreiz für die Leistungserbringer schaffen müssen. Damit ist die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots über Prozessinnovationen für Krankenkassen von vornherein deutlich eingeschränkt.

Erfolge zeigten auch die GKV-Risiko-Struktur-Ausgleichs-Reform und die Einführung von **Disease-Management-Programmen** (DMP) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen. Diese beinhalteten Ansätze der Integration und hatten gleichzeitig eine maßgebliche Aufgabe zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Die Einnahmen der Versicherungsbeiträge wurden an die Teilnehmerzahlen an die DMP gekoppelt und auf diesem Wege eine Morbiditätsjustierung der GKV-Einnahmen begonnen. Folglich wurde das Instrument teilweise als Versorgungsansatz und teils als Ansatz zur Einnahmenoptimierung interpretiert.

Ob die Versorgung durch die DMP wirklich verbessert wurde und die Programme eine Versorgungsinnovation darstellen, kann mangels Vergleichsgruppen im Rahmen der Evaluation nicht eindeutig nachgewiesen werden. Eine technische Innovation war jedoch enthalten: Die digitale Abbildung der wesentlichen Dokumentation und Elemente einer Prozesssteuerung wurden auf Basis einer technischen Vorgabe in die ca. 150 Arzt-Informationssysteme implementiert. Zudem wurde der Datenaustausch über Datenstellen organisiert. Man könnte das als Vorstufe zu einer digitalen Akte und einer digitalen Prozesssteuerung für das Versorgungsmanagement verstehen.

Es war auch die **Zeit der Leuchttürme**: 2004 gründete der Allgemeinmediziner Dr. Wolfram Otto das **Polikum** in Berlin – ein Paradebeispiel für ein multiprofessionelles Medizinisches Versorgungszentrum und seinerzeit das größte seiner Art (seit 2015 Sana-geführt). Ein Jahr später wurde das „**Gesunde Kinzigtal**“ als kleinräumiges Pilotvorhaben für populationsorientierte Integrierte Versorgung mit Optimedis als Management-Gesellschaft initiiert.

Ein Beispiel für Selektivverträge auf der Primärversorgungsebene mit deutlich größerer Tragweite sind die kombinierten **Haus- und Facharzt-Verträge** zwischen Hausärzterverband, MEDIVERBUND und AOK Baden-Württemberg, mit dem die Vertragspartner 2008 Neuland beschritten. Die Protagonisten dieser „alternativen Regelversorgung“ waren sich einig, „dass eine gelingende horizontal und vertikal integrierte Versorgung nicht bei der hausärztlichen Profession enden darf, sondern zwingend weitere Akteure der fachärztlichen Disziplinen aufnehmen muss“. Ausgehend von einer Hausarztzentrierten Versorgung mit u.a. kontaktunabhängigen Pauschalen und Direktverträgen mit den konzeptionell angebotenen Fachverbänden werden in Baden-Württemberg 2,2 Mio Versicherte von 6.000 Haus- und Fachärzten versorgt. Der Fokus liegt hier tendenziell auf Versicherte mit erhöhtem Versorgungsbedarf, welcher mit hohem Alter, Risikofaktoren und Krankheitslast einhergeht. Dieses Vertragswerk wurde in mehreren Stufen mit IT-Infrastruktur unterlegt, so mit dem Hausärztlichen Prüfmodul (HPM) für die Abrechnung und Arzneimittelverordnung, mit der elektronischen Arztvernetzung, einer Infrastruktur für eArztbriefe, eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung und eMedikationsplan.

Ein neues Förderinstrument für Prozessinnovationen in der Versorgung wurde 2016 durch Bundesgesundheitsminister Gröhe gesetzlich fixiert: Der **Innovationsfonds** sollte sowohl Integrierte Versorgung als auch Versorgungsforschung fördern. Fortan nahmen die Aktivitäten in selektiven Verträgen insbesondere der Pilotierung von Prozessinnovationen und mit zunehmendem Anteil von digitalen und Strukturinnovationen wie Managementgesellschaften wieder zu. Jährliche Budgets von dreistelligen Millionenbeträgen sind aktuell bis Ende 2024 festgelegt. Sie decken sowohl Behandlungskosten als auch Entwicklungskosten der Projekte. Wechselnde Förderschwerpunkte setzen Impulse. Jedoch bleibt bei all der Innovation auch hier ein kritischer Beigeschmack: Die Translation der Prozessinnovationen in die Breite der Versorgung, über die Pilotregion hinaus, gelingt zu selten.

Tabelle 1: Gesetzliche Bestimmungen zur Integration von Versorgungsstrukturen von 1993 bis heute

Inkrafttreten	Gesetz	Paragraf	Regelung
1993	GSG	§ 115a SGB V	Möglichkeit vor- und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus (an maximal 3 Tagen innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Aufnahme bzw. an 7 innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Entlassung) nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt
		§ 115b SGB V	Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus ohne vorherige Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt
1997	2. GKV-NOG	§§ 63-65 SGB V	Möglichkeit zur Durchführung von Modellversuchen zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung; KVen müssen einem Vertragsentwurf zustimmen, wenn mindestens 50 % der Ärzte, die die Voraussetzung zur Teilnahme erfüllen, dies wünschen
		§ 73a SGB V	KVen und Krankenkassen können in Strukturverträgen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die einem Hausarzt oder Verbänden von Hausärzten die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen
2000	GKV-GRG	§§ 63-65 SGB V	Reform der Beteiligung an Modellversuchen : Verträge sind sowohl mit den KVen als auch mit einzelnen Vertragsärzten oder mit Gruppen dieser Leistungsbringer möglich
		§ 140a-h SGB V	Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur integrierten (sektorenübergreifenden) Versorgung unter Beteiligung Krankenkassen, Krankenhausträgern oder Gemeinschaften von Krankenhausträgern, Ärzten bzw. Arztgruppen und/oder KVen
2002	GKV-RSA-Reform	§ 137f-g SGB V	Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen
2004	GKV-GMG	§ 140a-h SGB V	Neuregelung zu Verträgen über die Integrierte Versorgung , u.a. durch folgende Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Die Integrierte Versorgung wird grundsätzlich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KVen organisiert • Der individualvertragliche Charakter der einschlägigen Verträge wird durch den Verzicht auf eine Rahmenvereinbarung und den Ausschluss der KVen von Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung gestärkt • Der Kreis der Vertragspartner der Krankenkassen wird ausgeweitet, und zwar auf einzelne Ärzte, auf Medizinische Versorgungszentren sowie auf Managementgesellschaften • Die Krankenkassen erhalten das Recht, zur Förderung der integrierten Versorgung bis zu 1 % der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Vergütung für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten
		§ 95 SGB V	Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren , in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte fachübergreifend tätig sind, zur vertragsärztlichen Versorgung

Inkrafttreten	Gesetz	Paragraf	Regelung
		§ 73b SGB V	Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung
		§ 116b SGB V	Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sowie für hochspezialisierte Leistungen
		§ 116b SGB V	Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen
2007	GKV-WSG	§ 73c SGB V	Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztverträge)
		§ 140b SGB V	Möglichkeit der Einbeziehung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in Verträge zur Integrierten Versorgung
2011	AMNOG	§ 140b SGB V	Möglichkeit der Einbeziehung von Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern in Verträge zur Integrierten Versorgung
2012	GKV-VStG	§ 116b SGB V	Einführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als neuem Versorgungsbereich für die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen sowie für hochspezialisierte Leistungen
2015		§ 140a SGB V	Zusammenführung der Bestimmungen zu Strukturverträgen (§ 73a SGB V), zur Integrierten (sektorenübergreifenden) Versorgung (§140a-d SGB V) und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) zu „ besonderen Versorgungsformen “
		§ 92a Abs. 1 SGB V (neu)	Einführung des Innovationsfonds zur Förderung der Integrierten Versorgung und Versorgungsforschung für innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen mit verschiedenen Förderschwerpunkten (Förderzeitraum nach aktueller Gesetzgebung 2016-2024)

Quelle: Eigene Darstellung, adaptiert und ergänzt nach Bundeszentrale für politische Bildung 2017

1.3.2 Strukturreformen und Kassenwettbewerb – von Seehofer bis Schmidt

Mit dem 1992 verabschiedeten **Gesundheitsstrukturgesetz**, bekannt geworden als „Kompromiss von Lahnstein“, gelang eine in der Geschichte der Sozialgesetzgebung einmalig tiefgreifende Organisationsreform der GKV (Rebscher 2004, Hermann 2001). Mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit wurden die Zwangszuweisungen von Versicherten an „Pflichtkassen“ nach Berufszugehörigkeit abgeschafft und die GKV als bundesweite Solidargemeinschaft mit selbstständigen, konkurrierenden Krankenkassen eingeführt. **Tarife** – wenn auch im Rahmen des Regelleistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und anderer Mechanismen weiterhin stark vereinheitlicht – **wurden somit zu einer neuen Wettbewerbsebene.**

Um neben den erheblichen Beitragsunterschieden auch die nicht minder ausgeprägten Morbiditätsunterschiede zwischen Arbeiter- und Angestelltenkassen auszugleichen, wurde ein Risikostrukturausgleich (RSA) als zentrales Steuerungsinstrument eingeführt (Einnahmeseite). Die Kassen selbst waren es, die 1995 gemeinsam zu einem solidarischen **Wettbewerb um Versorgungsgestaltung** aufriefen (Klaus Jakobs 2022) (Ausgabenseite). Erstmals wurde das starre System, ja der Korporatismus infrage gestellt. Kassen erfanden sich neu, wurden vom Payer zum Player – zu funktionsfähigen Einheiten, die für ihre Versicherten am Markt bestmöglich einkaufen. Demgegenüber gab es wenig Bewegung aufseiten der Leistungserbringer und ihrer Verbände.

Zudem fehlte allenthalben aus der Historie der **Servicegedanke**. Kassen waren auch im Denken „Behörden“ – da ihnen die Versicherten zugewiesen wurden, hatten sie es nicht nötig, service- oder wettbewerbsorientiert zu denken und zu handeln. Ähnlich dachten die Leistungserbringer und die Patient:innen kannten es nicht anders. Heute ist der Service neben Tarif und Preis ein in den Krankenkassenrankings häufig bewerteter Wettbewerbsfaktor – die Kunden und Serviceorientierung hat spätestens mit der Digitalisierung deutlich zugenommen.

Die im Jahr 2000 von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer eingeführte Integrierte Versorgung – Verträge ohne Beteiligung der KVen – wurde in der Amtszeit von Ulla Schmidt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 durch weitere Regelungen ergänzt, um **selektive Kooperationsformen außerhalb des Kollektivvertrags** zu ermöglichen, so durch die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73c SGB V), die populationsorientierte Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V) und durch die Zulassung von MVZ (§ 95 SGB V).

Auch wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen funktionierenden Kassenwettbewerb um die beste Versorgung schrittweise verbessert wurden, fokussiert sich der überwiegende Teil der personellen Ressourcen auf die korrekten Verwaltungsprozesse im Kontext der Kollektivverträge und nur kleine Teams fokussieren analoge oder digitale Versorgungsinnovationen. Wenn man bedenkt, dass ca. 95 Prozent der Budgets einer Krankenversicherung in die Versorgungsausgaben fließen, ist da nach wie vor ein zu geringer Managementfokus auf die Versorgung selbst. Das gilt gerade in Zeiten multipler Krisen, vor allem sinkenden Einnahmen, mangelnden Fachkräften und steigendem Versorgungsbedarf. Alles Effekte einer planbar überalternden Bevölkerung. Bislang sind Krankenkassen die einzigen Akteure mit einer gesamthaften, sektorenübergreifenden Versorgungsverantwortung.

1.3.3 Chancen und neue Optionsräume für sämtliche Akteure – von Spahn bis Lauterbach

Zu Beginn der letzten Legislaturperiode wurde Deutschland in Bezug auf die Innovationsfreundlichkeit der Rahmenbedingungen für digital unterstützte Integration von Versorgung im internationalen Vergleich als **Schlusslicht** eingeordnet: So landete Deutschland in einer Studie der Bertelsmann Stiftung auf Platz 16 von insgesamt 17 untersuchten Ländern (vgl. Bertelsmann Stiftung 2018); auch der Wissenschaftsrat konstatierte in seinem Positionspapier von Juli 2022 weiterhin großen **Aufholbedarf**.

Politik und Technologie haben in der vergangenen Legislatur dank zielstrebigem, rascher E-Health-Gesetzgebung mit den verschreibungsfähigen Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) eine Innovation hervorgebracht, die für Blended Care und digitale Integrierte Versorgung im internationalen Vergleich wegweisend sein können. Zentrale Treiber sind:

Hybrider Zugang zur Versorgung

- a. Terminservice im ambulanten Sektor
- b. Telemedizin und Fernbehandlung

Digitale und hybride Leistungen

- c. Digitalisierung klassischer Leistungssektoren und hybride Leistungen: Digitale Pflegehilfsmittel, IKT-basierte Präventionsleistungen, Integration von Patientenportalen im stationären Sektor
- d. Digitale Leistungen: Digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen „auf Rezept“ (DiGA, DiPA) als neue Leistungsbereiche

Nationale E-Health-Infrastruktur, Fachanwendungen und Verwaltungsprozesse

- e. Telematik Infrastruktur (TI): Versorgungsnahe Fachanwendungen wie elektronische Patientenakte (ePA), eRezept, eMedikationsplan und eAU
- f. Grundsätzliche Fachwendungen und Dienste wie Identitätsmanagement, Medizinische Informationsobjekte, Kommunikationsdienste (TIM, KIM)

Daten

- g. Datenhaltung und Datenverwendung: von Versorgung bis hin zu Forschung und KI-Integration (wesentlich die Anreicherung von vorliegenden Routinedaten in Hand der Krankenversicherung auf medizinische und Vitaldaten in der ePA – in der Hand der Leistungserbringer und Patient:innen)

Prozessmanagement in der Versorgung

- h. Patientenpfade: Die Etablierung von digital unterstützten, individuellen Patientenpfaden als Instrument des sektorübergreifenden Versorgungsmanagements – sowohl auf Ebene des Versorgungsmanagements als auch zur individuellen Steuerung auf Patienten- bzw. Fallebene.

Die Ampelkoalition hat die Impulse aus der Ära Spahn aufgegriffen und im Sommer 2022 in einem partizipativen Strategieprozess damit begonnen, das Fundament für eine umfassende, von allen Beteiligten mitgetragene Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitssystem zu legen.

Einen dringenden Appell zur Datennutzung für Versorgungsforschung und Versorgung richtete der Sachverständigenrat 2021 in seinem Gutachten an den Auftraggeber BMG: „Daten retten Leben.“ Weitere gesetzgeberische Impulse sind im Koalitionsvertrag 2021 der Ampel angelegt, so zu Digitalisierung, zur Datennutzung, zu Gesundheitsförderung und zu sektorenübergreifender Versorgungsplanung. Damit sind die großen Baustellen des Regelungsbedarfs der gegenwärtigen Legislatur umrissen.

Tabelle 2: Gesetzliche Bestimmungen zur Digitalisierung von Versorgungsstrukturen von 2019 bis heute

Inkrafttreten	Gesetz	Paragraf	Regelung
2019	TSVG		BMG übernimmt 51 Prozent Gesellschafteranteile der gematik und überwindet damit die Selbstblockade der Selbstverwaltung in diesem Gremium.
2020	DVG und DIGAV	§33a SGB V (DiGAs), §134 SGB V: GKV-SV/DiGA-Hersteller Vergütungsvereinbarung, §68 a,b,c SGB V	Digitale-Versorgung-Gesetz <ul style="list-style-type: none"> • DiGA: Vergütung patientenrelevanter Struktur- und Prozessverbesserungen und erfolgsabhängige Vergütung • Förderung von Versorgungsinnovationen durch/mit Krankenkassen: Nehmen Kassen die Chancen wahr? • Neue Rolle Leistungserbringer durch DiGA Rx
2020	PDSG	§341, §383§360 SGB V	Patientendaten-Schutz-Gesetz ermöglicht Kassen die Nutzung der Daten für Versorgungsverträge <ul style="list-style-type: none"> • Ausgestaltung ePA & eRezept, eBriefe
2020	KHZG		Krankenhauszukunftsgesetz Investitionsprogramm für die Digitalisierung von Krankenhäusern <ul style="list-style-type: none"> • Förderung sektorübergreifender Abstimmung von Versorgungsleistungen (Fördertatbestand 7): • Krankenhäuser haben finanzielle Möglichkeiten, um hybride Leistungsangebote zu implementieren
2021	DVPMG		Digitale-Versorgung- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz <ul style="list-style-type: none"> • Einführung DiPA • Anwendungsfreundlichere TI • Ausweitung von ePA, eRezept und KIM <p>Verunsicherung, wie Kassen mit Ausschreibung von Selektivverträgen und weiteren Innovationen im Kontext der neuen Möglichkeiten umgehen sollen</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Einführung der Integrierten Versorgung, dem Versorgungswettbewerb und den dafür erforderlichen Selektivverträgen gab es im Rahmen der anfänglichen 1 Prozent Förderung für die Laufzeit keine vollständige Ausschöpfung der Förderquote von einem Prozent der Gesamtvergütung in der GKV. Nach Ablauf des Förderzeitraumes ging die große Anzahl der Verträge schrittweise wieder zurück, einige wenige, als gut bewertete, blieben scheinbar und mit dem Aufbruch von Digital Health und der Umsetzung des Innovationsfonds erleben Prozessinnovationen in Form von Selektivverträgen eine gewisse Renaissance.

2 Zielbild Integrierte Versorgung 5.0, Versorgungsmanagement und Strukturplanung

Aus der bisherigen Gesetzgebung zu neuen Versorgungsformen und den Regelungen der vorangegangenen und aktuellen Legislaturperiode ergeben sich substantielle neue Möglichkeiten der Integration von Versorgung. Zudem werden durch die technischen Möglichkeiten zunehmend die Grenzen zwischen Kollektivvertrag und Selektivvertrag ausgehebelt, die Qualitätsorientierung von Struktur- zur Ergebnisqualität verschoben und weitere disruptive Prozesse angeregt. Hieraus ergeben sich für die Integration von Versorgung völlig neue Möglichkeiten. Daher soll hier zunächst ein Zielbild für die Integrierte Versorgung inkl. der neuen technischen Möglichkeiten definiert werden. Dieses inkludiert die explizite Gesetzgebung zum Versorgungswettbewerb in der GKV als auch die Digitalisierungsgesetzgebung, die implizit ebenfalls dazu beiträgt.

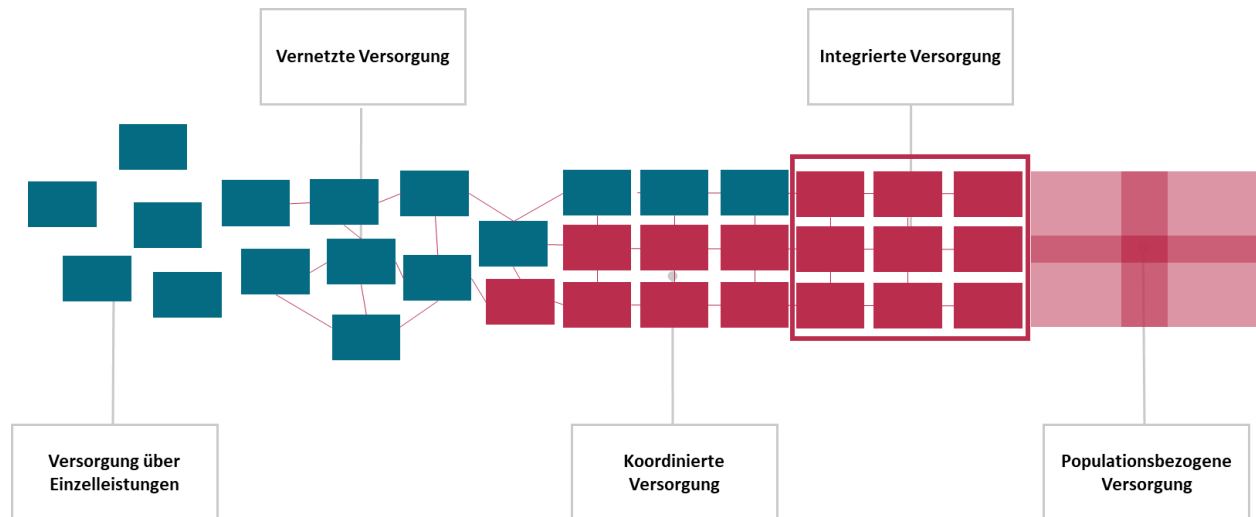
In der Industrie wurde der Begriff „Industrie 4.0“ geprägt. „Integrierte Versorgung 5.0“ ist als entfernte Anlehnung an dieses Modell zu verstehen – auch wenn die Impulsgeber unterschiedlicher Art sind: Wesentliche Treiber der technologischen Entwicklung waren die industriellen Revolutionsstufen, also technologische Auslöser in mehreren Phasen. Die Integrierte Versorgung jedoch geht auf Verwaltungsreformen zurück: Die Reichsversicherungsordnung von 1883 wurde historisch betrachtet mit dem Ziel geschaffen, ca. 10 Prozent der damaligen Bevölkerung – die angestellt Tätigen – gegen soziale Risiken abzusichern. Die heutige Form der dualen Krankenversicherung aus GKV und PKV sichert nahezu 100 Prozent der Bevölkerung ab. Die regulatorisch gesetzte Trennung der Versicherungs- und Versorgungssektoren geht jedoch auf Traditionen zurück, die über ein Jahrhundert geprägt worden sind und eine entsprechend lange Tradition des politischen Wettstreits untereinander haben. Dieses ernste politische Risiko hat seither Reformen erheblich gebremst. Noch heute muss man vermuten, dass sich lediglich 10 Prozent der Akteure im Gesundheitswesen mit der Integration von Versorgung beschäftigen – auf Fallebene oder auf Managementebene – und 90 Prozent mit der Erbringung und Verwaltung von sektoral getrennten Einzelleistungen. Die Digitalisierung bringt in den letzten Jahren viel Innovationsdruck in das System und hat dadurch in wenigen Jahren maßgeblichen Einfluss gehabt. Auch wenn die hier enthaltenen Ansätze noch nicht die Breite der Versorgung erreicht haben, so haben sie dennoch den Veränderungsdruck erheblich erhöht.

Für die Integrierte Versorgung 5.0 wurden im Kern die relevanten nationalen regulatorischen Impulse, sowie internationale technologische Entwicklungen sowie die Digitale Transformation für die Stufen als Leitmotiv herangezogen. Im Jahr 2019 entwickelte _fbeta ein Zielbild für die Integrierte Versorgung 4.0, welches die verschiedenen Dimensionen sichtbar machte – von der vertraglichen Seite über erste Ergänzungen durch digitale Leistungen und Telemedizin auf Leistungserbringerseite bis hin zu einem System, das neben Kostenträgern und Leistungserbringern auch die Patient:innen als eigenverantwortlich an ihrer Gesundheit mitwirkende Akteure in die Versorgung mit einbezieht (Stichwort Gesundheitshandeln, Faltermeier 1994 und 2002). Im Folgenden wird ein Modell in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung zur Integrierten Versorgung 5.0 hergeleitet und definiert.

2.1 Managementgrade in der Versorgung

Wenn weiterhin der überwiegende Versorgungsanteil über die kollektivvertragliche Versorgung organisiert und abgerechnet wird, werden hier auch die damit verknüpften Managementprinzipien in der Versorgung dominieren. Im Folgenden wird eine Übersicht von Versorgungsformen und dem Grad des Managements von Versorgung illustriert.

Abbildung 2: Managementgrade in der Integration von Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Managementgrad 1. **Versorgung über Einzelleistungen**

Diese Versorgungsform entspricht dem überwiegenden Teil der heutigen Versorgung, typisch für den überwiegenden Teil der kollektivvertraglichen Versorgung. Die Inanspruchnahme wird durch ein akutes Gesundheitsproblem getriggert. Patient:innen nehmen Kontakt mit einem Leistungserbringer auf, welcher die Leistungen erbringt. Im Vordergrund steht die Effizienzoptimierung in der Erbringung der Einzelleistung.

Managementgrad 2. **Vernetzte Versorgung**

In der Vernetzten Versorgung wird für andere Akteure Transparenz über das Versorgungsgeschehen geschaffen, wie z. B. über Arztbriefe oder eine gemeinsame Patientenakte. Hier liegen keine besonderen Vertragsformen zugrunde. Im Vordergrund steht die Optimierung der Bereitstellung und Nutzung von i.d.R. medizinischen Daten und Befunden. Es ist davon auszugehen, dass allein durch diese gemeinsame Sicht auf relevante Daten eine passive Vernetzung zwischen den am Fall beteiligten Leistungserbringern entsteht. Die Transparenz der Informationen kann dazu beitragen, dass Qualität und Effizienz der Versorgung steigen, sofern die Beteiligten Daten/Informationen zur Verfügung stellen, einsehen und sie für die weitere Versorgung sinnvoll einsetzen können. Eine gemeinsame Information bzw. Akte ist zunächst ein passives Instrument, d. h. aktives Management von z. B. Versorgungsabläufen ist zunächst nicht gegeben. Somit findet hier eine passive Vernetzung über die Austauschmöglichkeit zu medizinischen Daten statt.

Die Funktion einer digitalen Patientenakte ist eine Infrastrukturmaßnahme, die zunächst auf die kollektivvertragliche Versorgung ausgerichtet ist und ggf. auch für weitere Vertragsformen offen steht.

Managementgrad 3. **Koordinierte Versorgung**

Diese Management-Form wird über die Rollen eines Leistungserbringers entlang der Versorgungskette definiert. Hierbei erhält ein Akteur wie z.B. der Hausarzt in der Hausarztzentrierten Versorgung eine zentrale und koordinierende Rolle. Ähnliche Modelle sind die sogenannten Community Nurses (Verah), elektronische Fallakten für regionale Versorgungsnetze oder das Fallmanagement der Krankenkassen bei z.B. Hochkostenfällen. Durch eine bessere, fallbezogene Abstimmung sollen unnötig teure, ineffiziente Leistungsbausteine vermieden werden.

Dies kann sowohl in der kollektivvertraglichen Versorgung als auch über Selektivverträge abgebildet werden.

Managementgrad 4. **Integrierte Versorgung**

Integrierte Versorgung wird definiert als eine Versorgung, in der über die Vernetzte Versorgung hinaus eine Prozessoptimierung der Versorgungsabläufe erfolgt. Ausgangspunkt der Prozessoptimierung sind in der Regel medizinische Leitlinien, weitere Prinzipien der Optimierung können aber auch die bessere Organisation und die tagesaktuelle Optimierung der Therapie auf Basis von Vitalparametern sein. Die Ansätze sind überwiegend indikations- bzw. themenspezifisch. Klassisch wurde hierunter die prozessorale und/oder strukturelle Integration von Leistungserbringern verstanden. Heute muss der Grad der Integration weiter gefasst und differenziert werden. Zur klassischen intrasektoralen (fachübergreifenden) und intersektoralen Integration kommt heute die Integration analoger, telemedizinischer und digitaler Leistungen genauso hinzu wie die Integration des Gesundheitshandelns der Bürger:innen.

Diese Managementform finden in Deutschland überwiegend in der Form der besonderen Versorgung und teils in den Disease Management Programmen Anwendung.

Managementgrad 5. **Populationsbezogene Versorgung**

Populationsbezogene Versorgung wird definiert als indikationsübergreifende Versorgungsverantwortung für eine Population von Bürger:innen, die z.B. bei einem Versorgungskonsortium angesiedelt ist. Typische Formen sind im Angloamerikanischen Raum die sogenannten Health Management Organisation (HMO) und Accountable Care Organisation (ACO). Hier können für alle Versorgungsbedarfe bzw. Fallgruppen spezifische Angebote kombiniert werden, von der einfachen vernetzten Versorgung bis hin zur umfassenden Integration. Im Vordergrund steht das Gewährleisten eines flächendeckenden Versorgungsangebots entlang der gesamten Versorgungskette von Prävention bis Palliativversorgung für die gewählte Population. Sehr wesentlich ist hierbei zudem, dass sowohl das Versicherungs- bzw. Versorgungsrisiko an die Organisation übergeht und Versorgungsträger/Konsortien dabei über einen mittelfristigen bis langfristigen Zeitraum die Gesamtverantwortung über Qualität und Kosten übernehmen (Bsp. DKV Seguros in Denia/Valencia). Damit lohnt sich die Investition in Prävention und daraus resultierende Gesundheitsgewinne werden zu einer Schlüsselkennzahl in der Ausrichtung des Versorgungsmanagements.

2.2 Ausgangsbasis Regelversorgung: Kollektivvertragliche Strukturplanung, Vergütungssysteme und Routinedaten

In der kollektivvertraglichen Versorgung ist im SGB V die Trennung der Versorgungssektoren der Leistungserbringer und der Leistungsbereiche der Krankenkassen angelegt. Es gibt wenig bis keine Anreize in dieser Struktur, Patient:innen, die einer abstimmt, koordinierten Versorgung bedürfen, in einem ganzheitlich auf den Patientenbedarf ausgerichteten Versorgungsprozess zu versorgen. Die hierfür erforderlichen Rollen zu Koordination, Management und Integration solcher Prozesse, das Vergütungssystem für die Leistungen und andere Aspekte sind im Kollektivvertrag nicht oder kaum definiert. Lediglich im Kontext der stationären Versorgung finden sich Fallpauschalen, die innerhalb einer Einrichtung, in diesem Falle der Klinik, eine Integration von Versorgung erlauben. Die Vergütung erfolgt ansonsten weitgehend in Form von Einzelleistungen - diese haben einen losen Zusammenhang, sind aber nicht zwingend aufeinander abgestimmt. In einigen Sektoren wird eine Strukturplanung mit einer dualen Finanzierung gekoppelt. Auch die Strukturplanung (Sicherstellungsauftrag im ambulanten Sektor, Strukturförderung in der Pflege und stationäre Strukturplanung und Förderung) erfolgt heute sektorbezogen und föderal (Länder) bzw. regional (KV-Regionen).

Versorgungsqualität wird überwiegend in Form von Strukturqualität, d.h. Ausbildung und Ausstattung definiert. Zudem werden in einigen Sektoren über eine ergänzende Strukturplanung und/oder Förderung strukturelle Anreize gesetzt, z.B. in Form des Sicherstellungsauftrages im ambulanten Sektor, der Strukturförderung in der stationären Pflege sowie in der Strukturplanung und Förderung im stationären Sektor.

Ein weiterer Bereich, in dem auf Basis der kollektivvertraglichen Versorgung neben den Fallpauschalen im stationären Bereich eine gewisse Integration stattfindet, ist die Integration der Abrechnungsdaten. Diese liegen den Krankenkassen in unterschiedlicher Aktualität vor, spätestens ca. neun Monaten nach Leistungserbringung. Dies sind die sogenannten GKV-Routinedaten, von der Sache bestehend aus Leistungsziffern und Diagnosen mit Bezug zu Leistungserbringer und Versichertem. Aufgrund der geringen Aktualität und da sie zunächst nur den Krankenkassen und nicht Leistungserbringern in der Versorgung zur Verfügung stehen, sind sie nicht oder nur geringfügig für ein operatives Versorgungsmanagement nutzbar. Sie sind eher für strategische Analysen, Vergütungsverhandlungen und Versorgungsforschung nutzenstiftend.

2.3 Zielbild a. Wettbewerb auf Ebene Integrierter Versorgung 5.0

Auf Basis der kollektivvertraglichen Versorgung wird hier die Grundvariante der Integrierten Versorgung in den erweiterten Raum der mit der Digitalen Transformation einhergehenden Möglichkeiten gestellt. In Summe kann so eine neue Definition der Integrierten Versorgung abgeleitet werden. Integrierte Versorgung 5.0 hebt sich insbesondere durch die Digitale Transformation ab, ausgehend von einem konsequenten kulturellen Wandel zur Nutzerbezogenheit und die Integration des Gesundheitshandelns der Bürger:innen mit dem ärztlichen und pflegerischen Handeln bis hin zu digitalen und telemedizinischen Leistungen.

Das Zielbild der Integrierten Versorgung beschreibt zunächst ein Konzept mit dem Bezug eines Selektivvertrages bzw. eines Versorgungsangebotes. Dies ist in der Logik des SGB prinzipiell wettbewerblich ausgelegt. Die technischen Funktionen, Systeme und Infrastrukturen, die hierfür erforderlich sind, können und sollten jedoch so abstrahiert werden, dass sowohl Kollektiv- als auch Selektivverträge darüber konfiguriert und abgebildet werden können. Dieser Grundgedanke eines Zielbildes könnte und sollte Grundlage für die weitere Reformierung des Gesundheitswesens und vor allem für die Kooperation der Akteure auf Ebene der Interoperabilität und digitalen Infrastrukturen sein.

Ein Wettbewerb hingegen sollte auf Ebene der Versorgungsangebote mit dem Ziel der besten Versorgungsergebnisse stattfinden.

Integration 1.0

Organisation, Vergütung und Ergebnisorientierung

Mit der (frühen) Integrierten Versorgung sind zunächst zwei Schritte Richtung Integration unternommen worden: Die organisatorische Koordinierung der Versorgungsprozesse und der Formen der Zusammenarbeit sowie die Integration der Vergütung (capitation). Zudem ist es damit prinzipiell auch möglich, die Vergütung ergebnisorientiert zu gestalten (pay for performance). Somit wurde seitens des Gesetzgebers ein Optionsraum geschaffen, dem die Versorgungsrealität – mangelnde Digitalisierung, mangelnde Organisationsfähigkeit, mangelnde Innovationsbereitschaft – jedoch nicht gewachsen war.

Abbildung 3: Stufen Integrierter Versorgung 5.0



Quelle: Eigene Darstellung

Mit der E-Health-Gesetzgebung der letzten und der aktuellen Legislaturperiode kommen nun zunächst drei weitere Ebenen der Integration hinzu:

Integration 2.0

Medizinische und Vitaldaten sowie Analytik in der Versorgung

Mit der elektronischen Patientenakte, dem elektronischen Medikationsplan und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sind verschiedene Fachanwendungen der nationalen E-Health-Infrastruktur definiert, die eine gemeinsame Datenbasis von Medizinischen Daten erlauben. Dies ist im Gegensatz zu den Abrechnungsdaten der GKV eine deutlich hochwertigere und spezifischere Grundlage für das operative Management von Versorgung und die Daten sind zudem deutlich aktueller, Befunddaten liegen im Idealfall tagesaktuell und Vitaldaten in Echtzeit vor. Schon heute ist es möglich, die eigenen Vitaldaten über Telemonitoring, Wearables, DiGA und DiPA in die ePA zu integrieren. Bei entsprechend nutzerfreundlicher Ausgestaltung dieser Hilfsmittel und Wearables dürfte die Akzeptanz für diese Tools weiter ansteigen.

Die Datenintegration ist für die Integrierte Versorgung eine essenzielle Grundlage. Jedoch ist die Herstellung dieser Integration und insbesondere die Anbindung der Primärsysteme der Leistungserbringer besonders aufwändig. In jedem Sektor sind es im Durchschnitt 5- 10 marktführende Systeme, im ambulanten Sektor ist es, anders als in anderen Sektoren, ein besonders diverser Markt mit insgesamt um die 150 Systeme. Sowohl auf Seite der Ärzte besteht eine politische Zurückhaltung zur

Transparenz der Patientenakten (Transparenz bei Fragen zu Haftung und Abrechnung) als auch auf Seite der Primärsystemhersteller (Risiko von höheren Quoten an Systemwechseln zu anderen Herstellern).

Die Herstellung einer gemeinsamen leicht verfügbaren Datenbasis überfordert i.d.R. selbst mittlere und größere Projekte zur Integrierten Versorgung in Komplexität, Aufwand und Machbarkeit. Dies wird sinnvoller Weise in vielen Ländern als nationale Aufgabe gesehen – als eine Ebene der Kooperation relevanter Akteure. Jedoch steht und fällt diese mit der Akzeptanz: Übergreifende Akten müssen zwingend eine ausreichende Flexibilität und Funktionalität für die Abbildung von spezifischen Versorgungsszenarien (z.B. chronische Erkrankungen, Pflege, etc.) und spezifischen wettbewerblichen Versorgungs- und Vertragsangeboten mitbringen (d.h. eine Multivertragsfähigkeit mit Vertragsbezug, Fallbezug und Organisationsbezug – wie z.B. für Ärztenetze und Konsortien zur Integrierten Versorgung). Mit einer solchen Spezifität und Flexibilität können die Leistungserbringer nationale Akten produktiver für sich nutzen und die Akzeptanz wird deutlich steigen.

Integration 3.0

Digitale Leistungen, Telemedizin und digitales Prozessmanagement

Mit der Etablierung von Telemedizin, Digitalen Gesundheitsanwendungen, Digitalen Pflegeanwendungen, IKT-basierten Präventionsleistungen und digitalen (Pflege-)Hilfsmitteln in bestehende oder als neue Leistungssektoren erhalten digitale Leistungen in verschiedenen Bereichen Einzug. Dies sind überwiegend Anwendungen, deren Hauptfunktion die Nutzung durch Patient:innen und teils den pflegenden Angehörigen vorsieht. Im Gegensatz dazu sind auch digitale Leistungen möglich, die im Verantwortungs- und Haftungsbereich des Leistungserbringers, d.h. unter dessen Aufsicht dem Patienten/der Patientin zur Verfügung gestellt werden. Diese werden im Gegensatz zu den oben genannten und inkl. der Telemedizin über die Vergütungssystem der klassischen Leistungsbereiche wie z.B. ambulante ärztliche oder stationäre Versorgung abgerechnet. Wichtig ist hier auch das Zusammenwirken digitaler, telemedizinischer und analoger Leistungen: Digitale und telemedizinische Leistungen können analoge Leistungen ergänzen, ersetzen oder integrieren. Hybriden Leistungsangeboten wird dabei eine hohe Wirksamkeit und Effizienz nachgesagt. Auch die Delegation von bisher ärztlich dominierten Leistungen an medizinisches Fachpersonal kann mit telemedizinischer Anbindung und digitalen Leistungselementen besonders wirksam und effizient sein.

Mit der Marktentwicklung zu mehr digitalen und telemedizinischen Leistungen und Angeboten und der entsprechenden Regulierung dieser einzelnen Leistungsarten wird auch die Integration von analog und digital immer bedeutender. Integration von Analog und Digital erfordert Logiken zur Abbildung von Prozessen und patientenindividuellen Versorgungspfaden, entlang derer z.B. Arzttermine und analoge Leistungen sowie telemedizinische und digitale Leistungen in optimierten Abläufen orchestriert werden können. Auch ist hier die die Regulation zu den verschiedenen Leistungsbereichen zu harmonisieren, damit eine nahtlose Integration von Analog, Tele und Digital schrittweise erleichtert wird. Heute ist sowohl das Prozessmanagement als auch die hybride Leistungserbringung zu wenig etabliert. In einer anderen angrenzenden Branche, dem Amateur- und Profisport, haben sich optimierte Trainingspläne für bestimmte Trainingsziele und eine individuelle Anpassung durch Trainer sowie deren Anwendungssteuerung über Wearables und Monitoring des Trainings und der Vitalparameter als neuer, Herstellerübergreifender Standard entwickelt. Die Prinzipien bzw. Funktionen sind effizient, heben die Qualität des Trainings von Amateursportlern auf Profiniveau und können weitgehend auf Gesundheitsthemen und das Gesundheitswesen übertragen werden. So könnten gerade bei chronischen Erkrankungen leitlinienbasierte Versorgungspfade mit Verhaltensänderungen hybrid erbracht werden.

Integration 4.0

Gesundheitshandeln der Bürger:innen und Angehörigen

Die vierte Form der Integration ist mit digitalen Anwendungen in Patientenhand, d.h. die systematische Einbindung des Gesundheitshandelns des Individuums in die Versorgung bzw. das Versorgungsmanagement. Mit der Einführung der Digitalen Gesundheitsanwendungen wurde der Begriff des Gesundheitshandelns ins SGB aufgenommen - er steht für aktives Selbstmanagement des Patienten in den Tagen, Wochen und Monaten zwischen den Arztbesuchen. Denn: ein chronisch kranker Mensch ist rund um die Uhr mit seiner Krankheit beschäftigt, muss Arzneimittel zur richtigen Zeit in der richtigen Reihenfolge einnehmen, weitere Aspekte der Gesundheit wie seine Ernährung kontrollieren, vitale Parameter monitoren, Signale interpretieren und wissen, wie er eine Eskalation vermeiden bzw. notfalls damit umgehen kann.

In einem solchen Kontext ist Information, wenn im richtigen Zeitpunkt in den Prozess eingebracht, mit Therapie gleichzusetzen. „Information Therapy“ über situationsabhängiges eLearning kann eine neue Qualität in die Akzeptanz von Verhaltensänderung bringen. Dies ist Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz integriert in den Alltag des Gesundheitshandelns.

Gesundheitshandeln ist also weit mehr als Gesundheitskompetenz. Viel zu lange war eine Unterstützung des Patienten im Alltag nicht ausreichend in die Versorgung integriert, nicht oder kaum über das Sozialgesetzbuch geregelt und für Kassenpatient:innen damit nicht erstattungsfähig. Somit sind digitale Unterstützungsleistungen im Alltag eine Leistungsausweitung der GKV-Regelversorgung, deren Nutzen sich sowohl in der Ergebnisqualität für die Patient:innen als auch in Struktur- und Verfahrensverbesserungen darstellen lassen kann. Auch ist bei den DiGA eine Einbeziehung analoger Leistungen und eine ergebnisorientierte Vergütung möglich – ein absolutes Novum im Rahmen der Kollektivverträge.

Integration 5.0

Nachhaltigkeit und Werteorientierung

Mit zunehmenden Umweltrisiken auf die Gesundheit, mit einer ausgeprägteren Diskussion um den Umgang mit Ressourcen und auch um Präferenzgerechtigkeit (der Transparenz zu und der Wahl zwischen Therapieoptionen) kommt eine weitere Dimension zur Integrierten Versorgung hinzu - die Ebene der Werteorientierung. Sowohl auf Ebene des Versorgungsmanagements in Zuständigkeit für die Versorgung von Population z.B. aus Kassenperspektive, der Versorgung von Patientengruppen aus Perspektive einer Arztpraxis oder auch der individuellen Therapieentscheidung stehen häufig Therapieformen wie Verhaltensänderung, Arzneimittel, operative Eingriffe und manuelle Therapie zur Wahl. Die Diskussion um die Nachhaltigkeit spielt im Gesundheitswesen insbesondere hier bei den Therapieoptionen vielleicht die größte Rolle.

Die Nachhaltigkeit kann hierbei sowohl generationenübergreifend als auch in kürzeren Zeiträumen in Bezug auf ein Leben oder einen Lebensabschnitt betrachtet werden. Folgende Aspekte scheinen aus heutiger Sicht besonders relevant und werden in den kommenden Jahren zunehmend mehr Transparenz und Diskussion erfordern:

Von Versorgung von Krankheit zur Gestaltung von Gesundheit: Die Verankerung des Nachhaltigkeitsgedanken bedeutet unter der Prämisse und Zielsetzung der Ressourcenschonung im Kern eine Verschiebung des Fokus von Kuration zu Prävention und langfristiger Gesundheitsförderung. Dies

führt darüber hinaus konsequenterweise zu einem Einschluss des Umweltschutzes gemäß des Planetary-Health-Ansatzes und einer Berücksichtigung der ökologischen Folgekosten.

Produktfähigkeit und Darreichungsform: Bislang liegt der Fokus des Gesundheitswesens auf der Versorgung von Krankheit mit einem hohen Anteil verordnungsfähiger, patentierbarer Arzneimittel, Produkte und medizinischer Dienstleistungen. Damit fallen eine Reihe von Prozessinnovationen, Produkte und Behandlungsoptionen weg, die als Produkt oder Leistung weniger in diese Formen der Verordnung, des Patentschutzes und Vergütung des SGB fallen.

Die Darreichungsform der digitalen Leistung kann zukünftig auch Begleitung zur Verhaltensänderung und Anwendung von Therapieformen enthalten, die bislang ärztlich deshalb wenig empfohlen wurden, weil sie z.B. zu erklärungsbedürftig waren. Gerade in diesem Bereich liegen jedoch Therapien, Anwendungen und Verfahren, die ein erhebliches Potenzial zur Stärkung der Nachhaltigkeit haben. Solche Verfahren wurden bislang teilweise z.B. auch in Form von Literatur und Ratgebern verkauft – auf dem zweiten Gesundheitsmarkt. In den letzten Jahren haben auch Tutorials in Social Media massiv zugenommen. Die digitale Ebene schafft hier einen neuen Weg des Zugangs und vor allem eine interaktive Begleitung bei der Anwendung und Integration in den Alltag, in das Gesundheitshandeln. Dabei wird es besonders wichtig sein, den Übergang zwischen erstem und zweiten Gesundheitsmarkt weiter zu diskutieren und die Frage der Sicherung von Qualität, Nachhaltigkeit und Werten neu zu diskutieren und handhabbar zu machen.

Erweiterung des Health Technology Assessment: Ein klassisches Instrument hierfür ist das Health-Technology Assessment, eine Methode, die die Bewertung neuer Therapien, Produkte und Verfahren in verschiedenen Dimensionen ermöglicht. In der EU ist die akzeptierte methodische Grundlage, herausgegeben durch das **eunetha**, das HTA-Core-Model.

Der Fokus liegt in der Regel auf dem gesundheitlichen Nutzen in Relation zu den Aufwänden und Kosten. Die Berücksichtigung der **ökonomischen Dimension** einer nachhaltigen Integrierte Versorgung zielt auf die Bezahlbarkeit der Versorgung ab und führt zu einer **effektiven Nutzung von Ressourcen im Gesundheitssektor**. Es geht darum, knappe Ressourcen wie Personal, Geldmittel, Medikamente oder Hilfsmittel so einzusetzen, dass sie möglichst vielen Menschen zugutekommen und einen gleichwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von Alter, Einkommen, Gesundheitszustand oder Wohnort der Patient:innen gewährt (**soziale Dimension**). Die systemisch bedingte Ressourcenverschwendung im deutschen Gesundheitswesen hat seine Ursachen in der bis heute fehlende Berücksichtigung der **ökologischen Dimension** der Umweltverträglichkeit. Aus Planetary-Health-Perspektive kommt dem Gesundheitssektor eine zentrale Rolle zu, diese Entwicklung abzuschwächen (vgl. Graalman et al. 2023, S. 3 f.).

Hierüber kann ein Teil der Diskussion, sowohl die Grenze zwischen dem ersten und zweiten Gesundheitsmarkt als auch der Vergleich von Therapieoptionen wertorientiert und gleichzeitig transparent zu machen, geführt werden. Wettbewerbliche Versorgungsansätze können Raum für Innovationen bieten, die nachhaltig, effektiv und effizient sind. Es bilden sich erhebliche neue Optionsräume für Wettbewerb, insbesondere auch zwischen Krankenkassen mit Versorgungsverantwortung für Populationen von Versicherten. Die Kompetenz in der Auswahl und Bereitstellung von Therapieoptionen – dem Versorgungsmanagement – kommt somit eine deutlich erweiterte Bedeutung zu. Das gilt insbesondere auch dann, wenn der Grad der Digitalisierung der Verwaltungsprozesse, die bislang einen Großteil der personellen Ressourcen in Anspruch genommen hat, einen zunehmend hohen Digitalen Reifegrad erreicht hat.

2.4 Zielbild b. Wettbewerb auf Ebene des Versorgungsmanagements

Geht man von der Hypothese aus, dass der Versorgungswettbewerb auf Basis von Selektivverträgen und Versorgungsangeboten die Innovation und Produktivität steigert, bekommt die Fähigkeit, solche Angebote zu managen, eine erhebliche strategische Bedeutung. Aktuell betrifft das insbesondere Krankenversicherungen und Krankenkassen – sie halten i.d.R. die gesamthafte Verantwortung für größere Populationen von Versicherten. Jedoch können sie die Rolle des Versorgungsmanagements allein oder in Konsortien mit Leistungserbringern organisieren. Heute können sie auch selbständig Versorgungsleistungen anbieten (u.a. an der Beteiligung an Digitalen Leistungserbringern) und neben der Kooperation mit analogen Leistungserbringern und Managementgesellschaften, das Versorgungsmanagement auch über digitale Plattformen orchestrieren. Im Folgenden wird ein Zielbild des Wettbewerbs auf Ebene des Versorgungsmanagement definiert. Es beschreibt in Summe die Aspekte die erforderlich sind, um die Versorgung einer Population in mehreren gezielten Versorgungsangeboten und Verträgen zu managen. Dieses findet über analoge und digitale Managementprozesse statt und schafft so Wertschöpfung in der Krankenversicherung.

Wertschöpfungsmodell

Versorgungsmanagement ist eine Rolle, die sowohl von Krankenkassen als auch von weiteren Akteuren wie Ärztenetzen, Managementgesellschaften, Klinik- oder MVZ-Ketten eingenommen werden kann. Die Wertschöpfung des Versorgungsmanagements kombiniert potenziell die Wertschöpfungsketten der Leistungserbringer, Kostenträger und Bürger:innen u.a. über Plattformen und/oder Managementgesellschaften. Auch Nutzer:innen, Gesundheitsberufe und Mitarbeiter:innen sozialer Dienste sind in den Versorgungsprozess eingebunden.

Im Zusammenspiel der einzelnen Akteure findet sich das größte Potenzial von Plattformen, die Netzwerkeffekte, welche eine integrierte Wertschöpfungskette der Gesundheitsversorgung im Sinne der Integration von Versorgung und des Versorgungsmanagements erleichtern bzw. ermöglichen.

Die **primären Geschäftsprozesse** im Versorgungsmanagement sind auf der Ebene des einzelnen Versorgungsfalls zunächst der Einschluss in das Versorgungsangebot über die Fallauswahl und Fallannahme. Währenddessen oder im Anschluss erfolgt ein erstes Assessment, gefolgt von

Abbildung4: Wertschöpfungskette Versorgungsmanagement



Quelle: Eigene Darstellung

Fallbewertung und Fallplanung. Während des Verlaufs erfolgt Initiierung, Koordination und Monitoring der Aktivitäten des Behandlungsteams, parallel hierzu wird die Transparenz der relevanten Informationen hergestellt (z.B. die Dokumentation in einer Fallakte). Mit dem Fallabschluss erfolgt die Eingliederung in den Alltag mit Fortsetzung in der Regelversorgung, ggf. ergänzt um Vorgänge wie einer nachgelagerten Evaluation zum Qualitätsmanagement.

Die **sekundären Geschäftsprozesse** im Versorgungsmanagement beziehen sich auf die Populationsebene und könnten auch als strategische Form des Einkaufs in der GKV bezeichnet werden. Abgeleitet von der Morbiditätsstruktur und des Versorgungsbedarfs der Versicherten und deren regionaler Erstreckung kann eine Versorgungsstrategie mit entsprechenden Zielen und Schwerpunkten abgeleitet werden. Ein Versorgungsprogramm aus Versorgungsangeboten operationalisiert die Strategie, zusammengesetzt aus analogen, digitalen und hybriden Leistungsbestandteilen. In der Umsetzung liegt der Schwerpunkt auf Betreuung der Akteure in Bezug auf Vergütung, Verträge und IT-Plattformen. Die Steuerung erfolgt auf Grundlage der Leistungs- und Falldokumentation. Kosten, Nutzen und Vergütung werden im Kontext des Geschäftsmodells stetig optimiert. Vor allem muss hier ein Ausgleich entlang der Wertschöpfungskette hergestellt werden, da der Wertbeitrag der einzelnen Akteure die Grundlage der Bezahlung der Einzelleistungen ist, die pauschalisiert für die Gesamtleistung von der Kasse kommt. Somit spielen höherwertige Vergütungssysteme hier eine große Rolle.

In der **Zusammenschau** besteht eine Beziehung zwischen den beiden Ebenen: Während der Fall explizit auf der Ebene des Individuums angesiedelt ist, steuert das Populationsmanagement auf der Ebene von Bevölkerungsgruppen. Letzteres war in der Vergangenheit nicht ausreichend im Fokus; als Grund wurden oft die Hürden der sektorübergreifenden Zusammenarbeit genannt. Gleichzeitig steigt der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen, der die Regelversorgung kaum gerecht wird (Gerlach, et al., 2018).

Ökosystem

In der Regelversorgung findet ein Versorgungsmanagement eingeschränkt statt. Über Selektivverträge erfolgt mehr Versorgungsmanagement, jedoch wird damit bis dato nur ein geringer Anteil des Versorgungsgeschehens abgebildet. Ausnahmen sind die Disease-Management-Programme mit sieben Millionen eingeschriebenen Versicherten (G-BA, 2022). Die versorgungsinhaltliche Steuerung, die in beiden Fällen sowohl in den Primärsystemen der Ärzte als auch über zentrale Komponenten von Plattformen erfolgt, ist zwar im Vergleich zu heutigen technischen Möglichkeiten nicht mehr up-to-date, jedoch kann das Prinzip dieser Umsetzung als Leitbild für eine weitergehende Digitalisierung des Versorgungsmanagements gesehen werden.

Für ein Versorgungsmanagement bieten Versorgungsketten analoger, digitaler und hybrider Leistungen großes Potenzial in der Wertschöpfung. Je nach Erkrankung können verschiedene Managementansätze sinnvoll sein und müssen von daher technisch abgebildet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die einzelnen Akteure sowohl analoge als auch digitale Leistungen digital sichtbar machen. Dies bildet die Basis für Koordination wie am Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung oder dem Fallmanagement. Es bietet aber auch die Basis für eine höhere Integration wie in Form der Disease- Management-Programmen oder die Integration entlang definierter Versorgungspfade. Zentral ist dabei jedoch, dass in so einer Kette einige Akteure eine positive Wertschöpfung realisieren und andere eine negative. Diese Erfahrungen wurden mit elektronischen Fallakten gemacht, bei denen Krankenhäuser potenziell profitieren und Einweiser Aufwand ohne Mehrwert haben. Auch wenn die Wertschöpfung in der Summe positiv ist, kann die Etablierung einer solchen Kette nur dann wirklich erfolgreich sein, wenn ein Ausgleich entlang der Kette entsteht.

Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung kann hier deutlich ausgeweitet werden. Sie kann die Rolle eines aktiven Versorgungsmanagements einnehmen, in der abgeleitet von den Versorgungsbedarfen der eigenen Versicherten ein entsprechendes Portfolio an Versorgungsangeboten zusammengestellt wird, welches sowohl bessere Versorgung als die Regelversorgung verspricht als auch eine spezifische Positionierung gegenüber anderen Krankenkassen ermöglicht.

Aber auch andere Akteure kommen infrage – seien es Managementgesellschaften, Leistungserbringergemeinschaften, Kommunen oder Landesregierungen. Auch fordert der Koalitionsvertrag Strukturen ein, die sich mit Fallmanagement (multiprofessionelle, integrierte Gesundheits- und Notfallzentren) bzw. Populationsmanagement (Gesundheitsregionen mit bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen) befassen könnten; eine Konkretisierung ist aber bislang noch ausstehend.

Potenzial

Während staatliche und nicht-staatliche Plattformen im Ausland für ein Fall- und Populationsmanagement bereits herangezogen werden (Steiger, et al., 2016), bestehen im deutschen Gesundheitswesen lediglich Ansätze in Form von zumeist Pilotvorhaben, die durchaus Potenziale bewiesen haben. Was jedoch fehlt ist der Roll-out und die Verzahnung dieser Systeme.

Die Optimierung organisatorischer und finanzielle Rahmenbedingungen scheint essenziell, um den Akteuren eine stärkere Versorgungsverantwortung zu ermöglichen und für die Mitwirkung an einer sektorübergreifenden Versorgungskette zu motivieren. Die finanzielle Ausgestaltung des Fall- und Populationsmanagements ist der zentrale Punkt, der weder durch die Plattformhersteller noch durch einzelne Krankenkassen gelöst werden kann. Auch muss dies an relevanten Versorgungsthemen, das heißt Versorgungsbedarfe von Populationen, heruntergebrochen in Versorgungsszenarien ausgerichtet werden. Vorschläge für solche Versorgungsszenarien sind im folgenden Kapitel genannt.

Für die Etablierung eines Versorgungsmanagements auf der Ebene von Versorgungsszenarien, Organisationsstrukturen und Technologie ist eine stärkere Kooperation erforderlich. Hier bedarf es der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteursgruppen in Bezug auf größere Versorgungszusammenhänge. Diese findet bis heute in der Strukturplanung statt, erfolgt jedoch sektoral getrennt und nur für einige Sektoren. Auch sind die Ebenen der Telemedizin, der digitalen Plattformen und Infrastrukturen und der Digitalen Leistungserbringer nicht integriert. Diese fehlende Integration behindert seit zwei Jahrzehnten die Translation von Prozessinnovationen in den Versorgungsalltag.

2.5 Zielbild c. Kooperation auf Ebene Strukturplanung – Regional, integriert & hybrid

Die Strukturplanung und Strukturförderung im Gesundheitswesen ist als zweiter Teil der Vergütung zu betrachten. Diese erfolgt unabhängig vom Versorgungsfall und leistet die Sicherstellung der Versorgung bzw. das Vorhalten von bestimmten Einrichtungen. Davon betroffen sind insbesondere die ambulante Versorgung und die Sicherstellung über die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Notfallversorgung sowie die stationäre Versorgung und stationäre Pflege.

Die Strukturplanung auf analoger Ebene ist bislang sektorbezogen und im Wesentlichen auf die Anzahl und die Strukturqualität der Einrichtungen je Sektor fokussiert. Zudem ist die Planung im Wesentlichen auf die gesetzliche Krankenversicherung fokussiert. Weitere Versicherungssektoren werden i.d.R. nur nachgeordnet einbezogen. Eine ausgewogene Strukturplanung integriert auf Leistungserbringerseite alle wesentlichen Sektoren, sie bindet auch auf Versicherungsseite die verschiedenen Akteure wie GKV, PKV, Pflegeversicherung, etc. mit ein und sie beteiligt die regionalen Vertreter der Bürger:innen z.B. über die

Vertreter der Landkreise. Letzteres erweitert die Gesundheitsverantwortung auf den gesellschaftlichen und regionalen Kontext, in dem soziale Verantwortung, Prävention, Versorgung und Pflege unter Bürger:innen organisiert wird.

Die Strukturplanung auf digitaler Ebene erfolgt bislang im Kontext der Nationalen E-Health-Infrastruktur separat und losgelöst von der Strukturplanung analoger, klassischer Anbieter. Anbieter digitaler Leistungen von Telemedizin sind mittlerweile neue und teils sektorübergreifende Anbieterformen. Da sie geeignet sind, analoge Anbieter zu ergänzen, zu integrieren oder zu ersetzen muss eine Strukturplanung auch sie zwingend miteinschließen. Zudem ist eine Planung der digitalen, verbindenden Infrastruktur für die Region, basierend auf der nationalen E-Health-Infrastruktur, ergänzt durch private Plattformen und Primärsysteme der Akteure zwingend erforderlich.

Eine solche Infrastrukturplanung kann von den Erfolgsfaktoren der Plattformökonomie abgeleitet werden. Hier gibt es methodische Ansätze für die Gestaltungsprozesse von Regulierungsvorhaben und Strukturplanung. Sie sollte von Versorgungsszenarien und Versorgungszielen ausgehen. Und sie sollte den Akteuren die Möglichkeit geben, Ihre Versicherungs- und Versorgungsangebote hybrid besser als zuvor anzubieten. Das bedeutet, dass eine Strukturplanung regionalen Bezug braucht, Leistungs- und Versicherungssektoren integrieren und analoge wie digitale Akteure umfassen muss. Es geht in Summe darum, schrittweise Marktplätze für ein Hybrides Versorgungsmanagement zu schaffen. Abgeleitet von Versorgungsszenarien können im Einklang mit der analogen Infrastruktur auch Ausbaustufen für die digitale Infrastruktur definiert werden.

In Bezug auf die politischen Widerstände zwischen verschiedenen Sektoren und Akteuren muss und kann ein Ausgleich der Interessen unter der Lösung einer gemeinsamen Versorgungsaufgabe erfolgen. Es braucht Kooperationen für gemeinsame grundlegende Infrastrukturelemente und Konventionen wie die Interoperabilität. Und gleichzeitig braucht es ein gemeinsames Verständnis von den Ebenen des Wettbewerbs, um bestmögliche Versorgungslösungen auf dieser Infrastruktur aus analogen Elementen (Arztsitzen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen) und digitalen Elementen (Nationale und Regionale E-Health-Infrastrukturen, Digitale Leistungserbringer, Telemedizinanbieter etc.) zu schaffen. Mit den zunehmenden Regionalisierungsaspekten in der Versorgung und der zunehmenden Integration von Versorgung adressieren sowohl der Koalitionsvertrag als auch die Digitalisierungsstrategie des BMG diese Prinzipien grundsätzlich. Eine regionale, hybride und integrierte Strukturplanung erscheint sinnvoll, um die lang ersehnte Integration im Gesundheitswesen zu ermöglichen, ohne die sektoralen Grundstrukturen gänzlich infrage zu stellen. Eine virtuelle Integration über die Nutzung von agilen Organisations- und Planungsverfahren und den Einsatz von adäquaten Plattformen kann die sektorale Trennung virtuell aufheben und Versorgung digital integrieren.

3 Handlungsfelder

Trotz der Trends und regulatorischen Maßnahmen der letzten Jahre, die explizit oder implizit die Rahmenbedingungen für eine Integrierte Versorgung 5.0 verbessern, findet bislang nur ein Bruchteil der Versorgung mit einem höherwertigen Ansatz des Versorgungsmanagements statt. Die Ursache liegt darin, dass weiterhin wesentliche Voraussetzungen fehlen, um Versorgung in Deutschland innovativer und produktiver zu gestalten. In den folgenden Handlungsfeldern finden sich die besonders relevanten Aspekte adressiert, die zwischen Politik und Marktteilnehmern ausgestaltet werden müssen, damit die bislang ungenutzten Potenziale der Versorgungsoptimierung gehoben werden können.

Handlungsfeld 1. PERSPEKTIVE

Paradigmenwechsel von Strukturperspektive der Selbstverwaltung zu Bürger-, Gesundheits- und Ergebnisperspektive

Für eine integrierte, hybride und ergebnisorientierte Unterstützung von Gesundheit braucht es einen Paradigmenwechsel: Von der Versorgung von Krankheit über Sektoren und Einzelleistungen hin zu einer integrierten Unterstützung von Gesundheit aus Bürgerperspektive.

- a. Vom Fokus der **Versorgung von Krankheiten** zu einem stärkeren Blick auf **Unterstützung von Gesundheit** führt über einen Fokuswechsel in Aus- und Weiterbildung, die Stärkung von Prävention in Verhalten der Einzelnen (Gesundheitshandeln) und Verhältnis in relevanten Settings (u.a. Schulen, Kommunen und Betrieben) in Investitions- und Vergütungsvolumen (Präventionsbudgets der Krankenkassen) sowie den Vergütungssystemen besonders im ambulanten Sektor sowie der morbiditätsbedingten und extrabudgetären Anteile der ambulanten Gesamtvergütung und der Morbiditätsadjustierung des Gesundheitsfonds. Ergebnisqualität, gemessen in Gesundheitsgewinnen, kann so zu einem zentralen Zielindikator für das Gesundheitswesen werden.
- b. **Nutzerorientierung** bedeutet auf der Ebene des Versorgungalltags eine ausgeprägte Service- und Kundenorientierung gegenüber den Nutzer:innen des Gesundheitssystems (**Bürger**). Auf der strukturellen Ebene kann die Perspektive der Bürger in den Regionen über Landkreise und Kommunen wahrgenommen werden. Diese können in der Strukturplanung Fürsprecher der Bürger sein.
- c. Des Weiteren bedeutet **Nutzer- & Ergebnisorientierung** darauf ausgerichtete funktionale und motivierende Arbeitsbedingungen für **medizinisches und pflegerisches Fachpersonal** aufseiten der Leistungserbringer. Erfolgsfaktoren etablierter Systeme Integrierter Versorgung sind eine spezifische Organisationskultur, ärztliches Ethos und gelebter Service-Gedanke, die Versorgung in Teams sowie nicht-monetäre Anreize (u. a. Anerkennung, Ausstattung des Arbeitsplatzes, Care als Teamspirit, Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern). Kernelement ist auch eine Vorteilsdiskussion, um alle an der Versorgung beteiligten Akteure mitzunehmen.

Handlungsfeld 2. ZIELBILD

Vom Versorgungszielbild zum organisatorischen und technischen Zielbild (Ökosystem) mit einer sektorübergreifenden, hybriden Strukturplanung (kollektivvertraglich)

Für diesen umfassenden Paradigmenwechsel braucht es ein gemeinsames Zielbild hinsichtlich Versorgungsschwerpunkte bzw. Szenarien. Von einem versorgungsinhaltlichen Zielbild ließen sich ein organisatorisches Zielbild und ein technisches, international anschlussfähiges Zielbild ableiten.

Mögliche Zielbilder sollten zunächst in größeren Versorgungsszenarien abgesteckt werden, die jeweils relativ homogene prozessorale und strukturelle Anforderungen an Organisation und IT mit sich bringen. Die hierfür relevanten Ökosysteme an Akteuren und deren Organisation sowie deren Anforderungen an technische Zielbilder zwischen verschiedenen Systemen digitaler und telemedizinischer Leistungen, Primärsystemen und Plattformen können so leichter abgeleitet werden und wirtschaftlicher eingeführt werden. Relevante Szenarien sind hier u. a.:

- a. Prävention und Risikofaktoren
- b. Junge Familien
- c. Akut- und Notfallversorgung
- d. Chronische Erkrankungen
- e. Multimorbidität und Pflege
- f. Seltene Erkrankungen

Hierfür ist es sinnvoll, die sektoral ausgerichtete Strukturplanung (u. a. ambulanter Sicherstellungsauftrag, Strukturförderung in der Pflege, Strukturplanung und -förderung in der stationären Versorgung, Strukturfinanzierung der nationalen E-Health-Infrastruktur) in eine sektorübergreifende, hybride Strukturplanung mit regionalem Bezug weiterzuentwickeln.

Versorgungsziele müssen auf die regionalen Besonderheiten eingehen und können u. a. hier die Landkreise und Kommunen als Gestalter des öffentlichen Raums für Gesundheit mit einbeziehen.

Hierbei sind insbesondere auch die Konsequenzen von Zeit- und Ortsunabhängigkeit bei telemedizinischen und digitalen Leistungen, digitalen oder hybriden Leistungserbringern sowie die strukturelle Rolle von Plattformen für das Versorgungsmanagement mit einer sektorübergreifenden Strukturplanung zu verbinden. Dies kann zunächst modellhaft in skaliert agilen Verfahren erfolgen und später in Regelprozesse übernommen werden.

Der Fokus einer Strukturplanung in Versorgungsszenarien sollte auf analogen und digitalen Infrastrukturen und deren abgestimmte Finanzierung liegen. Die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten und die Versorgung kann dann im Weiteren wettbewerblich durch die Akteure übernommen werden.

Handlungsfeld 3. ANREIZE VERSORGUNGSMANAGEMENT

Anreize in Finanzierung und Vergütung für Versorgungsmanagement durch Konsortien aus Leistungserbringern und Kostenträgern

Die nach Sektoren getrennten Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen stehen aktuell gemeinsamer und langfristiger Ergebnisverantwortung in Versorgungsverbänden entgegen. Würde die Vergütungslogik der Versorgung (outcomes) folgen, wäre das zweifellos der größte Systemwechsel in Deutschland bzw. im SGB seit Lahnstein. Doch es stimmt: die finanziellen Anreize bremsen und behindern gegenwärtig den Versorgungswettbewerb. Ein neuer Ansatz ist bei Digitalen Gesundheitsanwendungen zu finden, hier wurde die Ergebnisorientierung und Koppelung an die Vergütung - erstmalig in Deutschland - in einer kollektivvertraglichen Leistung ermöglicht. Jedoch wird diese Soll-Vorgabe noch nicht gelebt.

Es braucht einen Ordnungsrahmen für Konsortien auf Kassen- und Leistungserbringerseite, die im Versorgungswettbewerb Verantwortung für Ergebnisse – Patient Reported Outcomes, Ergebnisqualität inkl. Gesundheitsgewinnen und Wirtschaftlichkeit - übernehmen, der stärker als bisher Anreize setzt bzw. aktuell dysfunktionale Anreize abbaut.

Dies gilt insbesondere auch für Konsortien, die höherwertige Managementansätze in der Versorgung etablieren. Insbesondere für ambulante Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen als auch Krankenkassen muss es attraktiv sein, die Gesundheit der Patient:innen zu stärken. Die im Sozialgesetzbuch angelegte unterjährige Orientierung des Finanzmanagements der Krankenkassen, die Morbiditätsadjustierung in der ambulanten Gesamtvergütung (Ausgabenseite der Krankenversicherung) sowie im Gesundheitsfonds (Einnahmeseite der Krankenkassen) hemmen das Interesse, in die Gesundheit der Patient:innen und Versicherten zu investieren. Die folgenden Grundprinzipien können hier Wege aufzeigen:

- a. Gleiches Geld für gleiche Leistungen, sektorenübergreifend
- b. Von Kurzfrist- zu Langfristfinanzierung der GKV
- c. Von Morbiditätsadjustierung auf Finanzierungsseite zur strategischen Investition in Gesundheitsgewinne/Ergebnisqualität in der GKV
- d. Koppelung der Vergütung an Ergebnisqualität aus Patientenperspektive
- e. Verantwortung für populationsbezogenes Versorgungsmanagement (Qualität und Kosten, Capitation/prospektive Budgets) über Konsortien
- f. Benchmarkings und Qualitätsrankings zu Anbietern und Therapieoptionen, Vergleiche zw. Krankenversicherern (HMOs), Versorgungsregionen, Versorgungskonsortien (ACOs), Leistungserbringern und Kommunen

Beispiele für populationsbezogenes Versorgungsmanagement mit Verantwortung für Ergebnisqualität und Kosten gibt es in Israel, Dänemark, Spanien sowie in Versorgungskonsortien in den USA. Dort wird man gleichfalls fündig für Benchmark-Systeme, darunter sowohl institutioneninterne als auch unabhängige, privatwirtschaftliche Rankings (so der National Council on Quality Assurance (NCQA) oder die Purchaser Business Group for Health (PBGH), die regelmäßig Versorgungskonsortien oder das Abschneiden von Health Plans nach Regionen bewerten.

Handlungsfeld 4. HYBRIDE VERSORGUNG

Struktureller Rahmen für hybride Angebote aus analogen, telemedizinischen und digitalen Leistungen

Hybride Versorgungsangebote im Sinne von „Blended Care“ erfordern eine harmonisierte Regulierung für gleichwertige analoge, telemedizinische und digitale Leistungen und gleichwertige Vergütungssysteme für Leistungen. Gleiches gilt im Falle von Strukturförderung (z.B. der dualen Finanzierung in den Bereichen stationäre Pflege und stationäre Versorgung) und Strukturfinanzierung in Bezug auf die nationale E-Health-Infrastruktur und den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung. Insbesondere sind in diesen Systemen die Harmonisierung der Systeme, die Vergleichbarkeit und Relation von telemedizinischen und digitalen Leistungen (ergänzen, ersetzen und/oder integrieren) im Bezug zu analogen Leistungen, sowie die zeit- und ortsungebundene Leistungserbringung von telemedizinischen und digitalen Leistungen mit zu berücksichtigen bzw. zu ermöglichen. Zudem ist die Einordnung von digitalen Plattformen für das Versorgungsmanagement in Bezug auf leistungsbezogene oder strukturelle Finanzierung durch Krankenkassen oder andere Akteure zu klären.

Die hier aufgeworfenen Fragestellungen können zunächst auf Basis von ausgewählten Versorgungsszenarien pilothaft konzipiert, pilotiert und später ausgerollt werden.

Handlungsfeld 5. PROZESSE UND PLATTFORMEN

Struktureller technischer Rahmen für Therapieplan, Prozessabbildung und Versorgungsmanagement über Plattformen

Das mit der digitalen Transformation und Plattformen verbundene Optimierungspotenzial für mehr Produktivität im Gesundheitswesen liegt insbesondere in der Vernetzung von einzelnen Akteuren und die Integration von deren IT-Systemen. Dies betrifft u. a. Versorgungsangebote, Verwaltungsvorgänge, Daten, Kommunikation und Tarife. Mit der Digitalisierung können so analoge, digitale und hybride Umsetzungsformen insbesondere für höherwertige Versorgungsangebote möglich werden.

Plattformen können maßgeblich dazu beitragen, das Ökosystem der beteiligten Akteure und die Prozesse zu einem größeren Ganzen zu verbinden. Wie bei der Umsetzung von integrierter Versorgung scheint es jedoch auch bei der Etablierung von Plattformen in der Gesundheitsversorgung hinderlich, dass die verschiedenen Akteure noch kein ausreichend gemeinsames Verständnis von Plattformen und deren Potenzial für die eigene Anwendung und das Gesundheitswesen als Ganzes haben. Die folgenden Aspekte scheinen hier zentral zu sein und sind gleichzeitig noch nicht ausreichend geregelt:

Prozessinnovationen auf Seite der Versorgungs- und Verwaltungsprozesse erfordern für die Umsetzung in der Fläche eine digitale Abbildung. Dies erfordert gerade bei der Sektor- und Fachgruppenübergreifenden Versorgung eine entsprechende technische Abbildung und Interoperabilität.

Grundlage hierfür sind die Bereitstellung eines Therapieplanes, der neben der Medikation alle relevanten Therapieelemente (aller Leistungsbereiche) abbilden kann. Hierauf kann eine Prozessabbildung nach zeitlicher oder inhaltlicher Logik erfolgen. Zudem kann eine automatische oder manuelle Steuerung der Prozesse hochverfügbar und hochaktuell realisiert werden. Die Prozesse können analoge, telemedizinische und digitale Leistungen und Produkte entlang der Versorgungskette integrieren.

Für diese Abbildung von Prozessen sind Plattformen zur Integration der Systeme und/oder Vernetzung der Akteure erforderlich, die die relevanten Systeme und/oder die Prozesse der Leistungserbringer,

Patient:innen und Produkte vernetzen. Diese Plattformen sind hinsichtlich ihrer Finanzierung bislang nur bedingt regulatorisch definiert und eingeordnet. Dies sollte Teil einer hybriden Strukturplanung sein.

Handlungsfeld 6. DIGITALER REIFEGRAD

Einheitliches Mindestniveau digitaler Reife bei relevanten Akteuren im Ökosystem

Ein ausreichend hoher digitaler Reifegrad bei Akteuren relevanter Leistungsbereiche und Kostenträger ist Umsetzungsvoraussetzung für die Integrierte Versorgung. Der Digitale Reifegrad sollte von den genannten Zielbildern in Versorgung, Organisation und Technologie abgeleitet werden. Gerade hier ist die Strukturierung in Versorgungsszenarien hilfreich, es lassen sich die Reifegrade für die jeweils relevanten Ökosysteme hinter den Versorgungsszenarien spezifisch definieren. Dies beinhaltet auch Verantwortung für die Datennutzung sowie den Nachweis der Verantwortung der Datennutzer.

Handlungsfeld 7. CHANGE MANAGEMENT

Motivation und Akzeptanz der Akteure durch aktiven Change

Für die integrierte Versorgung 5.0 ist die Akzeptanz seitens der Nutzer:innen essenziell. Diese lag bisher zu wenig im Fokus der treibenden Akteure. Ähnliches gilt für die Vorteile digitaler Anwendungen – sie sind entweder zu wenig bekannt und/oder es fehlt ein gemeinsames Verständnis. Bei den Spitzenorganisationen scheint es weder ein ausreichend gemeinsames Verständnis noch ein ausreichend klares Rollenverständnis für Reformaktivitäten zu geben (GKV SV, gematik, KVen etc.).

Die Integration von Versorgung erfordert einen substanziellen Kulturwandel hin zu einem neuen Rollenverständnis - insbesondere ein anderes Selbstbild auf Seiten der Leistungserbringer; auf Augenhöhe mit dem Team und den Patient:innen. Der kulturelle Aspekt kann hierbei gar nicht hoch genug geschätzt werden.

Ein solcher Wandel muss aktiv gemanagt werden (Change Management) und betrifft verschiedenste Ebenen im Gesundheitswesen und der Selbstverwaltung. Nur so kann eine Translation von Pilotprojekten und Innovationsfondsprojekten in den Versorgungsalltag gelingen.

Ein besonders wichtiger Faktor scheint hier in den nächsten Jahren auch die Arbeitszufriedenheit auf Seiten der Leistungserbringer und insbesondere beim medizinischen und pflegerischen Fachpersonal zu werden. Der zunehmende Fachkräftemangel und eine zunehmende Sinnsuche der Fachkräfte fordert eine stärkere Nutzerorientierung für diese Arbeitskräfte auf allen relevanten Ebenen des Systems.

Last but not least: Es braucht Entwicklungspartnerschaften und ein kooperatives Miteinander zwischen zentralen Institutionen (das SGB V ist konfrontativ angelegt, nicht kooperativ). Ein Übergang kann gelingen, wenn der Fokus weg von Vergütung und Kosten auf die Sachebene wie Prozess- und Ergebnisqualität verlagert wird. Was die Organisation angeht, so brauchen wettbewerbliche Kooperationsformen Spielregeln. Dies gilt ganz besonders für noch nicht geübte neue Formen der horizontalen und vertikalen Integration wie beispielsweise in regionalen Versorgungsverbänden, Konsortien etc.

4 Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Impulsgeber:innen und Ko-Diskutant:innen für Denkanstöße und kritische Reflexionen während der sechs Workshops. Darüber hinaus geht ein persönlicher Dank an einige Wegbegleiter der Integrierten Versorgung – stellvertretend für alle, die sich tagtäglich für Prozessinnovationen und Ergebnisqualität in der Versorgung einsetzen:

Karlheinz Schönbach – für seinen fortwährend offenen und kritischen Einsatz für das Selektivvertragsgeschäft und die Integration von Versorgung.

Wilhelm F. Schröder – für die analytische Neustrukturierung von Versorgung wie Polykliniken oder übergreifende Ansätze mit Populationsbezug.

Helmut Hildebrandt – für die Präsenz populationsbezogener Versorgungsansätze in Deutschland und die Brücke zu Internationalen Pendanten.

Dr. Christopher Hermann – für das fortwährende Weiterentwickeln des Selektivvertragsgeschäfts bis hin zu einer Alternative zur Regelversorgung.

5 Literaturverzeichnis

AOK Baden-Württemberg (2018): Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse. Online unter: https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/hzv-evaluation_2018.pdf

Bertelsmann Stiftung (2018): #SmartHealthSystems: Auszug Deutschland. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Online unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems-auszug-deutschland>

BMC (2022): Integrierte Primärversorgungszentren. BMC-Impulspapier zur Weiterentwicklung einer sozialraumbezogenen, fortschrittlichen regionalen Grundversorgung. 28. Oktober 2022. Online unter: https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2022-10_BMC-Impulspapier_IPVZ.pdf

Borgers, Dieter; Schagen, Udo (1998): Erwin Jahn – Sozialmediziner und Gesundheitspolitiker. Nachruf. *Das Gesundheitswesen* 60(1)58-61

Bundeszentrale für Politische Bildung (2017): Online unter: www.bpb.de

Faltermaier, T (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln: Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.

Faltermaier, T (2020): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Leitbegriffe BZgA. Aktuelle Version. doi:10.17623/BZGA:224-i060-2.0.

Fuchslocher, Markus (2022): Zügige Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems als Katalysator intersektoraler, interprofessioneller und interdisziplinärer Versorgung: Realität und Forderungen. In: DGIV-Denkpapier #1/2022. Online unter: <https://dgiv.org/2022/08/25/dgiv-denkpapier-1-2022/>

Gerlinger, Thomas (2017): Strukturen und Versorgungsformen. [bpb.de](http://www.bpb.de) Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 DE

Hermann, Christopher (2001): Von der Wahlfreiheit zum Morbi-RSA: Ein funktionaler GKV-Ordnungsrahmen kommt an Lahnstein II nicht vorbei. *Arbeit und Sozialpolitik*, 55(11/12), 39–42. Online unter: <http://www.jstor.org/stable/26890152>

Jacobs, Klaus (2022): Viel Klein-Klein nach Lahnstein. *Gesundheit und Gesellschaft* (9) 19-23

KBV Glossar

Knöppler, Karsten; Neisecke, Tobias; Nölke, Laura (2016): Digital-Health-Anwendungen für Bürger Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. Bertelsmann Stiftung. Graue Publikationen. Online unter: [Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf) ([bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)). Online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf

Koalitionsvertrag 2021. Online unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>

Körper-Stiftung (2022): Wie verändert die Digitalisierung den Arztbesuch? Körper-Stiftung (koerber-stiftung.de) Oktober 2022. Online unter: <https://koerber-stiftung.de/mediathek/wie-veraendert-die-digitalisierung-den-arztbesuch/>

Mold, JW; Blake, GH; Becker, LA (1991): Goal-oriented medical care. Fam Med (23) 46-51

Rebscher, Herbert (2004): Integrierte Versorgung – Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept? Gesundheits- und Sozialpolitik 58 (3/4) 46-52. Online unter: <https://www.jstor.org/stable/i26889492>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, dort explizit das Chronic Care Model und das Bellagio Modell für Primärversorgung.

Schlette, Sophia; Lisac, Melanie; Blum, Kerstin (2009): Integrated Primary Care in Germany. The Road Ahead. In: Int J Integr Care. Apr-Jun (9) e14. doi: 10.5334/ijic.311. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691944/>

Simon, Benedikt (2021): Zum Status der Umsetzung von VBHC in der DACH-Region. Perspektive der Leistungserbringer in Deutschland. In: TU Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen. Value-based Health Care in Deutschland. Report VBHC-Seminar.

Waldbrenner, Michael (2022): „Digitalisierung: Herr Waldbrenner, was läuft da schief?“ Interview in mednic.

Wissenschaftsrat (2022). Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung – Positionen und Empfehlungen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>

WSI (1975): Integrierte Medizinische Versorgung, Notwendigkeit - Möglichkeiten - Grenzen. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Bd. 32
