

Ernst-Wilhelm Luthe

## Vier Modellebenen der integrierten Versorgung – am Beispiel psychiatrischer Netzwerke

### 1. Modellebenen

Wenn wir heute von integrierter Versorgung reden, so bewegen wir uns auf vier Modellebenen mit jeweils unterschiedlicher Reichweite. Sie unterscheiden sich nach der Einbindung verschiedener Einzelsektoren, nach der Anzahl der berücksichtigten Indikationen, im Ausmaß der Übernahme des finanziellen Risikos durch die Leistungserbringer und im Ausmaß des Zusammenwirkens der staatlichen Kostenträger:

Relativ überschaubar und daher in der Praxis am häufigsten anzutreffen sind **trägergebundene fachgebietspezifische Modelle**,<sup>1</sup> etwa im Bereich der Onkologie oder Psychiatrie. Trägerbindung bedeutet, dass die Versorgung ausschließlich im gesetzlichen Leistungsspektrum eines bestimmten Sozialleistungsträgers wie vor allem der Krankenkasse erfolgt. Die medizinische Versorgung erfasst den gesamten Behandlungsprozess und übergreifend damit sowohl den Wechsel von „ambulant zu stationär“ als auch den zwischen unterschiedlichen Fachgebieten. Die Finanzierung orientiert sich nicht an der tatsächlich erbrachten Einzelleistung, sondern erfolgt auf der Basis fallweise gewährter Komplexpauschalen, die sämtliche Behandlungsschritte aller mitwirkenden Leistungsanbieter einschließen. In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die integrierte Versorgung zur zweiten Säule der gesundheitlichen Versorgung neben der vertragsärztlichen Regelversorgung aufgewertet.<sup>2</sup> Im Unterschied zum herkömmlichen Modell bestehen die Vertragsbeziehungen hier direkt zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern; die kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht beteiligt.

Strukturell identisch, indes wesentlich komplexer und daher seltener sind **trägergebundene Vollversorgungsmodelle**. Im Idealfall decken diese die gesamte Gesundheitsversorgung einer definierten Population ab. Die Budgetverantwortung und damit das Finanzierungsrisiko ist

hierbei typischerweise auf den Kreis der Leistungserbringer übergegangen. Das Leistungsspektrum aber bleibt ebenso wie bei den fachspezifischen Modellen gewissermaßen auf die jeweiligen Bordinstrumente der gesetzlichen Krankenkasse beschränkt.<sup>3</sup>

Allenfalls in Umrissen und eher auf dem Papier zu sehen bekommt man dagegen **trägerübergreifende Versorgungsmodelle** unter Beteiligung nicht nur unterschiedlicher Leistungserbringer und Behandlungssektoren, sondern auch unterschiedlicher Kostenträger. Die deutlichsten Beispiele hierfür finden sich in den gesetzlichen Regelungen zur Teilhabe behinderter Menschen, abgeschwächt aber auch in Neuregelungen zum Schnittstellenmanagement in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der Integrationsgedanke zielt hier vor allem auf die Koordination der Kostenträger und ihrer Leistungen. Die Möglichkeit einer integrierten Leistungsfinanzierung, also beispielsweise einer Mischfinanzierung durch Kommune und Sozialversicherung, scheidet hier regelmäßig aus; annäherungsweise wird dies lediglich beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget erreicht. Dieses ist



Ernst-Wilhelm Luthe

- 1) Hierzu aus dem Bereich der Psychiatrie Bock, in: Faulbaum-Decke/Zechert: Ambulant statt stationär, 2010, 58; Rössler/Theodoridou, Nervenarzt 2006, 111; Weinmann/Gaebel, Nervenarzt 2005, 809; Lägell/Möws, in: Weatherly u.a.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung 2007, S. 111; Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen: Ergebnisse im Plenum und in Arbeitsgruppen des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen sowie bilateralen Abstimmungen mit potentiellen Antragstellern vom 26. Mai 2004; Melchinger: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung, März 2008 (Internet 2010).
- 2) Zur integrierten Versorgung vgl. die Definitionen bei BSG vom 6. Februar 2008 – B 6 KA 27/07 R sowie B 6 KA 5/07 R; einen prägnanten Überblick zu den Vor- und Nachteilen der Versorgungsformen im Vergleich von Regelversorgung und Medizinisches Versorgungszentrum/Integrierte Versorgung (deren Vorteile deutlich überwiegen) liefert die Dissertation von Baumann: Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung, 2006, S. 221, 227, 237.
- 3) Hierzu Zimmermann/Leoprechting/Amelung, in: Weatherly u.a. (Fußn. 1), S. 163 sowie Beckmann/Beneke/Schrewe, ebenda

Dr. Ernst-Wilhelm Luthe ist Professor an der Ostfalia Hochschule/Universität Oldenburg

jedoch untypisch auf den Leistungsbezieher und nicht auf den Leistungserbringer bezogen, bietet damit aber kaum Potenzial zur Optimierung von Qualität und Kosten.

Derzeit eher dem Reich der Visionen zuzuordnen ist ein trägerübergreifendes, auf den gesamten **örtlichen Gesundheitskontext bezogenes multizentrisches Versorgungsnetzwerk**: die „kommunale Gesundheitslandschaft“.<sup>4</sup> Das Thema „Gesundheit“ ist hierbei nicht auf Krankenbehandlung reduziert. Der lokale Kontext mit seinen Gesundheitsrisiken und -ressourcen ist mindestens gleich bedeutend. Zweifelsohne ist dieser Gedanke mindestens so alt wie der Öffentliche Gesundheitsdienst: dass es keinesfalls ausreichend ist, bei der Bewältigung gesundheitlicher Fragen allein auf Krankenbehandlung zu setzen, ist eine Binsenweisheit. Die kommunale Gesundheitslandschaft hat in dieser Hinsicht jedenfalls kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem, dies aber bereits auf konzeptioneller Ebene. Man versuche sich vorzustellen, dass alles, was an gesundheitsrelevanten Diensten, Einrichtungen und sozialen Randbedingungen vor Ort anzutreffen ist, zielorientiert erfasst und institutionell eingebunden werden muss und dies sowohl *vertikal*, unter Berücksichtigung bestehender Bundes-, Landes- und kommunaler Zuständigkeiten als auch *horizontal*, unter Einbeziehung unterschiedlichster Fachverwaltungen. Werden zudem die relevanten gesellschaftlichen Akteure in Rechnung gestellt, von den Leistungsanbietern bis hin zu Familien und Unternehmen, dann zeichnet sich hier eine Aufgabe ab von geradezu abschreckender Komplexität.

Vorgenannte Modelle beruhen auf einer typisierenden Sichtweise. In der Praxis sind Misch- und Steigerungsformen durchaus keine Seltenheit. Dies gilt gerade auch für die psychiatrische Versorgung. Hier weiß man seit langem, dass die Probleme im Wege einer Optimierung sektorübergreifender Prozesse allein mit Bordmitteln der Krankenkasse nur zum Teil gelöst werden können. Im Kern muss es – einfach ausgedrückt – zur Zusammenführung von klinischer Behandlung und Gemeindepsychiatrie innerhalb eines in sich flexiblen Stufenkonzepts aus stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung kommen. Damit aber bekommt man es mit weiteren Leistungsträgern wie vor allem den Sozialhilfeträgern und nicht nur den Krankenkassen zu tun. Im Fokus steht hierbei also das Mischsystem vom Typ eines *trägergebundenen fachspezifischen* und eines *trägerübergreifenden Versorgungsmodells*. Wenn wir zusätzlich als *Kontextbedingungen* psychischer Gesunderhaltung noch Beruf, Familie und Wohnen ins Spiel bringen und damit bspw. auch Jobcenter, Jugendämter und die Stadtplanung, dann sind wir früher oder später beim umfassenden Versorgungsnetzwerk einer kommunalen Gesundheitslandschaft angekommen, die all dies in sich vereinigt.

## 2. Das trägergebundene fachspezifische Integrationsmodell

Der Gesetzgeber hat die beteiligten Partner der integrierten Versorgung, also Krankenkassen und bestimmte Anbietern, von vielem freigestellt:

- von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung,
- von den im Gesamtvergütungssystem vorhandenen Mengenbegrenzungen<sup>5</sup> und Fallpauschalen,
- von dem Verbot nicht ausdrücklich zugelassener Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich
- vom Zulassungsstatus der Anbieter (§ 140 b Abs. 3 SGB V).<sup>6</sup>

Integrierte Versorgungssysteme sind grundsätzlich frei gestaltbar.

### a) Vergütungsformen

Die jeweilige Art der Vergütung bestimmt das Finanzierungsrisiko des Leistungserbringers und ist damit gleichsam Motor der Entwicklung.<sup>7</sup> Dazu ermächtigt das Gesetz die Vertragspartner, ganz oder teilweise die Budgetverantwortung für die von ihnen erbrachten Leistungen zu übernehmen (§ 140c Abs. 1 SGB V). Es ist innerhalb eines Versorgungsnetzwerks insofern durchaus möglich, für bestimmte Behandlungsbereiche Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren, für andere dagegen Komplexpauschalen. Mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Kostenrisiken empfiehlt sich eine solche Aufspaltung der Finanzierung vor allem bei den stationären und ambulanten Versorgungsanteilen. Als Königsweg der integrierten Versorgung aber gilt gemeinhin jedoch die sog. Capitation, d.h. eine und unabhängig von der Anzahl der Arztkontakte gewährte und am Jahresende gezahlte Gesamtpauschale pro eingeschriebenem Patient.<sup>8</sup> Nicht alles, was an Diensten im Netzwerk gebraucht wird, muss im Übrigen auch von den mitwirkenden Anbietern selbst erbracht werden; die Leistungen können auch flexibel von außen eingekauft werden, wie etwa bestimmte Heilmittel oder Arzneimittel. Nur müssen auch diese Leistungen aus dem gemeinsamen Finanzierungsstopp bestritten werden (§ 140c Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Je mehr das Finanzierungsrisiko mit der Vereinbarung von Vergütungspauschalen auf die Leistungserbringer übergeht<sup>9</sup> und der Patient mit der Einschreibung in das Versorgungssystem auf die freie Arztwahl verzichtet, desto größer ist die Gefahr einer Risikoselektion und Qualitätsminderung – vor allem bei Modellen, in denen die Vergütung unabhängig von der Anzahl der Behandlungskontakte als

4) Luthé, NDV 2010, 304 (Teil 1) und 342 (Teil 2), abgedruckt auch in VPP 4/2010, 1091.

5) ... was dazu verhilft, dass zukünftigen Versorgungsengpässen durch die Mehrarbeit der zukünftig unter Knappheitsbedingungen noch verfügbaren Leistungserbringer begegnet werden kann.

6) Da die Abweichungen vom Zulassungsstatus ihre Grenzen am Berufsrecht finden, kommt praktisch nur noch eine sektorenübergreifende Leistungsverlagerung in Betracht, etwa beim Krankenhausarzt, der in der integrierten Versorgung auch ambulant behandeln darf oder beim Krankenhaus zur Verrichtung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen; vgl. ferner die Befugnis von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung von Katalogkrankheiten gemäß § 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V.

7) Einzelleistungsvergütung, Fall-, Komplex-, populations- oder morbiditätsadjustierte Pauschale, ggf. ermittelt auf der Grundlage von EBM und HVM und angereichert mit erfolgsabhängigen und risikoadjustierten Bestandteilen.

8) Ersteres beim Modell der Techniker KK, Letzteres etwa beim sog. Hamburger Modell der psychiatrischen Versorgung, vgl. Bock (Fußn. 1), S. 58, 60.

9) Dieses liegt vor allem in der Übernahme des Morbiditätsrisikos, aber auch in weiteren Negativwirkungen, die aus einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung, Moral Hazard und einer angebotsinduzierten Nachfrage abgeleitet werden können.

Pauschale gezahlt wird. Dem kann nur durch risikoadjustierte Vergütungsanteile und ein engmaschiges Qualitätsmanagement auf der Basis einer elektronischen Patientenakte entgegengewirkt werden. Insbesondere für die psychiatrische Versorgung wurde nicht zu Unrecht die Sorge geäußert, dass den Patienten die kostenträchtigen Netzangebote (wie etwa Krankenhausbehandlung) durch ein kostenökonomisch überangepasstes Case Management vorenthalten werden, zumindest im Blick auf das Versorgungsmodell der TechnikerKK, das heute schon die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen mit Abzügen bei der Vergütungspauschale sanktioniert.<sup>10</sup> Ähnliche Risiken bestehen bei den Sozialämtern. Die Stärkung des ambulanten Bereichs war stets das treibende Motiv gewesen bei der Einführung psychiatrischer Versorgungsnetze. Die Sozialämter aber kann dies zu Fehleinschätzungen oder einem Strategiewechsel verleiten. Wenn der Soziotherapeut, die Tagesklinik und die häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse finanziert wird, kann man unter der Leuchtschrift des sozialhilferechtlichen Nachranggrundsatzes (§ 2 SGB XII) leicht auf den Gedanken kommen, auf weitere eigene Leistungen der sozialen Teilhabe (§§ 54 SGB XII i.V.m. 55 SGB IX) verzichten zu dürfen.<sup>11</sup> Dies wäre eindeutig rechtswidrig, angesichts der Finanznot der Kommunen aber auch verständlich.

Gerade in der psychiatrischen Versorgung ist jedoch auch die Fortführung des Altbekannten denkbar, nämlich eine Fixierung auf die stationären Leistungen zulasten einer modular aufgestellten Behandlungsorganisation mit flexibel austauschbaren ambulanten und stationären Anteilen. Die Tatsache, dass auch Krankenhäuser als Manager der integrierten Versorgung in Betracht kommen, ist ein Faktor, der einer solchen Entwicklung jedenfalls Vorschub leistet: in diesem Fall werden die Krankenhäuser zunächst an der Auslastung ihrer stationären Ressourcen interessiert sein. Mit der Befreiung vom (KV-)Zulassungsstatus stünde ihnen darüber hinaus auch der Bereich ambulanter Vertragsarztleistungen offen. Dies alles kann theoretisch dazu führen, dass das ambulante Anbieterfeld allmählich austrocknet und nach Ablauf der Vertragslaufzeiten keine Bewerberkonkurrenz mehr vorhanden ist.

## b) Vertragspartner

Das Gesetz regelt abschließend, mit welchen (Vertrags-)Partnern die Krankenkasse Verträge schließen kann (§ 140b SGB V).<sup>12</sup> Dies sind überwiegend Leistungserbringer, aber auch reine Managementgesellschaften ohne jeden Bezug zum Gesundheitssystem. Träger einer solchen Managementgesellschaft können seit 1. Januar 2011 auch Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller sein (§ 140b Abs. 1 Nr. 8 und 9 SGB V). Das bislang eher diffuse Unbehagen psychiatrischer Fachvertreter gegenüber einer solchen Lösung, wie wir sie bspw. in Niedersachsen vorfinden, ist zumindest seit Jahresbeginn nicht ganz unberechtigt.<sup>13</sup> Denn die in der Altregelung noch geltende Pflicht zur Gewährung von Rabatten und zur Ausschreibung exklusiver Arzneimittelversorgungsverträge (für den ambulanten Bereich) ist in der Neuregelung durch das AMNOG entfallen. Damit kann die Krankenkasse pharmazeutischen Unternehmen als

Trägern von Versorgungsnetzen ein exklusives Belieferungsrecht einräumen. Hierdurch wird dann aber automatisch und unabhängig von besonderen gesetzlichen Vorgaben auch allgemeines Vergaberecht aktiviert. Fraglich kann hierbei nur noch sein, ob es ausreicht, allein die Verträge zur integrierten Versorgung auszuschreiben oder ob hinsichtlich der hierin enthaltenen Arzneimittelversorgung eine weitere Ausschreibung vorgenommen werden müsste.<sup>14</sup>

Auch Apotheken können übrigens einbezogen und bei Teilnahme an der integrierten Versorgung von allen Abgabepflichten des SGB V freigestellt werden (§ 129 Abs. 5b SGB V).<sup>15</sup> Es besteht somit die Möglichkeit, Apotheken und Ärzte als Bedingung ihrer Mitwirkung am Versorgungsnetz an die Verordnung und Ausgabe von Arzneimitteln des pharmazeutischen Netzwerktägers zu binden. Ohnehin wird bereits seit einiger Zeit gegenüber den nicht an der Versorgung teilnehmenden Apotheken von teilnehmenden Ärzten relativ großzügig die Aufhebung der Autidem-Regelung betrieben, um damit die gesetzliche Bevorzugung rabattbegünstigter Arzneimittel anderer Anbieter auszuhebeln (§ 129 Abs. 1 SGB V).<sup>16</sup>

Ob in Gestalt von Rabatten seitens des pharmazeutischen Unternehmers eine Gegenleistung für die bevorzugte Behandlung zu gewähren ist, ist nunmehr der Verhandlungsmacht der Vertragsparteien überantwortet worden. Das Verbot von Zuwendungen für bestimmte Arzneimittelverordnungen gilt in der integrierten Versorgung jedenfalls nicht (§ 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Deshalb kann das involvierte Pharmaunternehmen beispielsweise Beteiligungen an Umsatzsteigerungen oder Schulungen im Umgang mit dem firmeneigenen Präparat anbieten, was den Ärzten innerhalb der Regelversorgung die Kassenzulassung gekostet hätte (§ 128 Abs. 6 Satz 1 i.V.m. Abs. 3 SGB V). Als Fazit bliebe festzuhalten: Man wird bei den Arzneimittelkosten erwarten dürfen, dass das Versorgungssystem auch deutlich davon profitiert, wenn schon der Arzt seine Therapiefreiheit an der Garderobe des Pharmaunternehmers

10) Insofern im Blick auf das Versorgungsmodell der Techniker KK nicht unbegründet die Sorge von Achberger, VPP 2010, 1117 f., auch wenn derzeit als Folge eines unzureichenden vor allem behördlichen Schnittstellenmanagements wohl eher eine bedarfswidrige Überinanspruchnahme stationärer Einrichtungen konstatiert werden muss. Beim Modell der Techniker KK aber wird die (teil-)stationäre Behandlung als Malus berechnet: vgl. Bock (Fußn. 1), S., 58, 61 sowie Ruprecht, ebenda, 93.

11) Hinzu kommt, dass die „soziale Reha“ des § 54 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX nach § 92 SGB XII nicht von den Kosten befreit ist.

12) Zu den Partnern gehören etwa Arztnetze und ihre Kapitalgeber (und nicht nur Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften nach § 33 Ärzte-ZV), ferner medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, grundsätzlich auch alle denkbaren Gemeinschaften der vorgeannten Institutionen (etwa Kliniken und Ärzte) sowie Managementgesellschaften (etwa aus Krankenhausketten, medizinisch-technischen oder pharmazeutischen Unternehmen); zur Möglichkeit der Einbindung von Apotheken vgl. 129 Abs. 5b SGB V.

13) „Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren“, DGPPN-Stellungnahme, in: Medcom24 (Internet 2010).

14) Für Letzteres spricht, dass es bei den Arzneimitteln, da lediglich ihre Menge im Ausschreibungszeitpunkt noch offen ist, um Rahmenverträge geht, während es sich bei den IV-Verträgen regelmäßig um Rahmenvereinbarungen nach § 4 VOL/A handelt.

15) Hier ist die Ausschreibung der Teilnahme nach dem Gesetz jedoch verpflichtend vorgegeben.

16) „Klarheit schaffen!“, Der Spiegel vom 31. November 2011, S. 114 f.

abgeben muss.<sup>17</sup> Was aber muss der bislang „gut eingestellte“ Psychiatriepatient hiervon halten, wenn er mit der Einschreibung ins Versorgungsnetz seine gewohnte Medikation riskiert?

### c) Flächendeckende Versorgung

Problematisch für eine trägerübergreifende Versorgung kann sein, dass die Verträge nach dem Gesetz eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen (§ 140 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dies wird so verstanden, dass die zu versorgende Region umso größer sein muss je kleiner der erfasste Versorgungsbereich ist.<sup>18</sup> Bei spezialisierter Versorgung wie etwa der integrierten psychiatrischen Behandlung von Schizophrenieerkrankungen ist mithin ein größerer Einzugsbereich notwendig, der über den Zuständigkeitsbereich insbesondere der örtlichen Sozialämter aber weit hinausgeht. Dies dürfte die trägerübergreifende Koordination von Krankenbehandlungsleistungen und gemeindepsychiatrischen Sozialhilfeleistungen wie bspw. das betreute Wohnen erheblich erschweren, weil man es als KV-gestütztes Versorgungsnetz dann mit verschiedenen Sozialhilfeträgern zu tun bekommt, deren Versorgungsinfrastruktur aber sehr unterschiedlich sein kann.

### d) Wettbewerbsrecht

Dass Verträge zur integrierten Versorgung ausgeschrieben werden müssen, ist durch den EuGH seit 2009 grundsätzlich geklärt.<sup>19</sup> Offen dürfte aber noch immer sein, ob von einem ausschreibungspflichtigen Auftrag auch dann ausgegangen werden kann, wenn gewissermaßen der Auftragnehmer selbst an der Gestaltung des Auftragsgegenstandes mitgewirkt hat. Wie dem auch sei – je mehr sich die integrierte Versorgung aber von vertraglichen Verhandlungslösungen aber zum fertigen Einkaufs- und Beschaffungsmodell der Krankenkassen wandelt, umso mehr muss mit Vergaberecht gerechnet werden (§§ 19–21, 99 Abs. 2 GWB, § 69 SGB V).<sup>20</sup> Mit dem Argument, das Boot sei voll,<sup>21</sup> lässt sich bei Einhaltung vergaberechtlicher Vorgaben zwar der Kreis der Vertragspartner begrenzen, nicht aber der Zustrom weiterer Leistungsanbieter in vorhandene Netzwerke unterbinden. Das haben unter anderem die rechtlichen Auseinandersetzungen mit den Sozialraumbudgets in der Jugendhilfe gezeigt.<sup>22</sup> Denn Bedarfsprüfungen, auf die eine Kontingentierung der Anbieter letztlich hinauslaufen würde, sind mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit unverträglich.<sup>23</sup> Wenn überhaupt, benötigte man hierfür eine gesetzliche Grundlage. Eine solche aber fehlt. Die Nichtzulassung etwaiger Anbieter wird darüber hinaus aber auch zu einem wettbewerbsrechtlichen Problem, wenn die integrierte Versorgung als Folge ihrer Freistellung von Bedarfsplanungen über ihre zurzeit noch insulare Existenz hinaus wachsen und zu einer ernststen Bedrohung der Regelversorgung werden sollte.<sup>24</sup> Spätestens jetzt ließe sich Krankenkassen und Leistungsanbietern der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung vorwerfen, wenn sie weiteren Anbietern in der Region den Zutritt verweigern und dem Diktat von Vertragsregelungen aussetzen (§ 19 Abs. 1 und Abs. 4 Nr. 1 und 4 GWB). Mit dem Integrationsgedanken aber ist dies alles unverträglich: Da Versorgungsnetzwerke nur auf der Basis langfristig einge-

spielter Settings funktionieren können, wäre der Zustrom immer neuer Anbieter kontraproduktiv.

Ebenso kontraproduktiv für eingespielte Teams, aber auch unter dem Aspekt langfristiger Investitionen ist die vergabetypische Begrenzung der Vertragslaufzeiten. Dies ist an sich nichts Ungewöhnliches. Sie dient dem Wettbewerbsgedanken und will jegliches Hoflieferantentum ausschließen.<sup>25</sup> Das absehbare Vertragsende aber wird regelmäßig dazu führen, dass Investitionen in langfristig wirkende Projekte unterbleiben, namentlich im Bereich der so wichtigen präventiven Maßnahmen. Wenn Versorgungsverträge rechtlich als Rahmenvereinbarungen einzustufen sind,<sup>26</sup> gilt hierfür regelmäßig die maximale Laufzeit von vier Jahren (§ 4 VOL/A). Abweichungen hiervon sind jedoch nach der VOL ausdrücklich erlaubt, nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer bahnbrechenden Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs, der mittlerweile sogar unbefristete Dienstleistungsverträge als zulässig betrachtet.<sup>27</sup> Einjahresverträge, wie sie in der integrierten Versorgung häufiger anzutreffen sind, dürften indes viele interessante Kandidaten von einer Bewerbung abhalten und wesentliche Innovationen verhindern.<sup>28</sup>

## 3. Das trägergebundene Vollversorgungsmodell

Das Vollversorgungsmodell beruht auf der gleichen rechtlichen Grundlage wie die fachspezifische Versorgung (§ 140a SGB V), ist allerdings ungleich komplexer, weil hierbei nicht nur alle relevanten Fachgebiete, sondern auch alle denkbaren Versorgungs- und Erbringungsformen

17) Die ärztliche Berufsordnung ist in dieser Hinsicht ein stumpfes Schwert, solange es einen „hinreichenden Grund“ für die Zuwendung gibt und diese als Instrument der Integrierten Versorgung als „medizinisch sinnvoll“ eingestuft werden kann: BGH vom 29. Juni 2000, NJW 2000, 2745; BGH vom 15. November 2001 – I ZR 275/99 = WPR 2002, 211; BGH vom 2. Juni 2005 – I ZR 317/02 = GesR 2005, 456; vgl. aber § 34 Abs. 1 MBO-Ä 1997 (Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln); kritisch hierzu auch die Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 102, S. A 1607, die ein Mindestmaß von Entscheidungsfreiheit als unverhandelbar betrachtet.

18) BT-Drucks. 16/3100, S. 152.

19) EuGH vom 10. September 2009 – Rs. C-300/07.

20) Zur Anwendung von Vergaberecht auf Selektivverträge vgl. OLG Düsseldorf vom 23. Mai 2007 – VII-Verg 50/06 mit Anm. von Becker, juris-Praxisreport Sozialrecht 7/2008 sowie Engelmann, SGB 2008, 133.

21) Zulässig ist allein die Nichtzulassung wegen Nichterfüllung von Auswahlkriterien, die ihrerseits sachgerecht sein müssen: BSGE 67, 251, 255.

22) A.A. Wigge, NZS 2001, 17, 24, der ohne nähere Begründung von der Zulässigkeit etwaiger Bedarfsprüfungen ausgeht; ähnlich LSG Schleswig vom 20. Juni 2005 – L 4 B 20/05 KA ER = MedR 2007, 566, 568; zu Sozialraumbudgets vgl. VG Hamburg vom 10. November 2004 – 4 Bs 388/04; OVG Lüneburg vom 9. Juli 2010 – 4 ME 306/09; Luthe, NDV 2001, 247.

23) BVerfG, NJW 1990, 2306 f.; BSG, SozR 3-2500 § 111 SGB V Nr. 3; BSG, SozR 3-2500 § 40 SGB V Nr.3; Udsching, NZS 2003, 411, 417.

24) Die Versorgungsplanung im alten System ist im Übrigen dann auch für die Bedarfsplanungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 99 SGB V) nicht mehr berechenbar, wenn alte Planungen durch unkalkulierbare Neuzulassungen integrierter Modelle durchkreuzt werden.

25) In diesem Sinn: Bundeskartellamt, Beschluss vom 11. Juli 2003 – VK 2 – 40/03, S. 14 des amtlichen Umdrucks.

26) Ob eine Rahmenvereinbarung oder ein Rahmenvertrag vorliegt, hängt von den jeweiligen Vertragsbedingungen ab. Liegen diese fest und ist nur noch das konkrete Mengenvolumen offen, handelt es sich um einen Rahmenvertrag. Liegen diese nicht in jeder Hinsicht und/oder nicht verbindlich fest, handelt es sich um eine Rahmenvereinbarung.

27) EuGH, Urteil vom 19. Juni 2008, C-454/06.

28) Zu kurze Vertragsdauern von nur einem Jahr beklagen Beckmann/Beneke/Schrewe, in: Weatherly u.a. (Fußn. 1), S. 189, 194.

unter einem gemeinsamen Dach verschachtelt und teils neu definiert werden.<sup>29</sup> Beispielsweise sind Versorgungsnetze mit jeweils unterschiedlicher Fachgebietsbestimmung nicht nur integrierbar, sondern auch kombinierbar: Wenn wir etwa an die Arbeitswelt denken und hiermit Rückenerkrankungen und Arbeitsstress assoziieren, warum sollte insofern nicht über einen besseren Austausch von Orthopädie und Psychiatrie nachgedacht werden? Fachspezifische Versorgungsnetze lassen sich ihrerseits wiederum verzahnen mit allgemeinen Angeboten im ambulanten Bereich wie hausarztzentrierter Versorgung, medizinischen Versorgungszentren und Praxisnetzen. Anstatt der herkömmlichen Einteilung der Behandlungsorganisation nach ambulanter oder stationärer Erbringungsform rücken zudem neue Gestaltungsformen in Reichweite, wie etwa mobile Teams, die sowohl den häuslichen als auch den stationären Bereich abdecken. Unter dem Dach einer Konzernmutter muss in dieser Weise nicht nur mit einer vielfältigen Behandlungsorganisation, sondern auch der gesamten Vielfalt gesellschaftsrechtlicher Organisationsformen gerechnet werden.

#### 4. Das trägerübergreifende Versorgungsmodell

##### a) Das gegliederte System

Es ist das gegliederte System der medizinischen und rehabilitativen Versorgung, das in Deutschland zu Leistungs- und Strukturbrüchen zwischen den Zuständigkeitsbereichen unterschiedlicher Kostenträger führt.<sup>30</sup> Innerhalb der psychiatrischen Versorgung gilt dies vor allem im Verhältnis von Krankenkasse, Sozialamt und Rentenversicherung.<sup>31</sup> Lediglich durch Einbeziehung der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung des Krankenversicherungssystems (§ 92b SGB XI) ist das Spektrum nunmehr erfreulich erweitert worden. Wenn mit der Hinwendung zu flexiblen personenzentrierten Hilfen mittlerweile auch zahlreiche positive Entwicklungen in der Praxis zu konstatieren sind, so scheinen die hier stattfindenden Reformen gleichwohl auf ein Entweder-Oder zuzulaufen: Entweder finden diese im Bereich des SGB V oder im Bereich des SGB XII statt. Man kann also von integrierter Behandlung oder von integrierter Gemeindepsychiatrie, nicht aber von einer integrierten psychiatrischen Versorgungslandschaft sprechen.<sup>32</sup> Man sollte bei aller Kritik an der Vollzugspraxis allerdings nicht übersehen, dass der Gesetzgeber in der letzten Dekade auf trägerübergreifende Koordinationsdefizite bereits deutlich reagiert hat:

##### b) Trägerübergreifende Koordinationsregeln

- So werden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im SGB V, teilweise auch auf der Ebene von Rahmenempfehlungen dazu verpflichtet, für eine nahtlose Anschlussversorgung zu sorgen (§§ 11 Abs. 4, 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5, 115 SGB V).
- Zudem enthalten die Krankenhausgesetze der meisten Bundesländer zahlreiche Verpflichtungen zur Patientenberatung und Vermittlung von Leistungen insbesondere durch Krankenhaussozialdienste.
- Im Pflegeversicherungsgesetz müssen alle relevanten Behandlungsinstitutionen die Pflegekasse benachrichti-

gen, wenn sich ein entsprechender Pflegebedarf abzeichnet (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Zudem sind Pflegestützpunkte für die trägerübergreifende Koordination des gesamten Behandlungsspektrums und die Pflegekassen zur Vernetzung mit den örtlichen Versorgungsstrukturen verpflichtet (§ 92c Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB XI; § 12 Abs. 1 und 2 SGB XI, auch § 18 Abs. 3 SGB XI).

- Das Sozialhilfegesetz statuiert ein allgemeines Gebot zur Zusammenarbeit zwischen Sozialämtern, anderen Sozialeistungsträgern, Pflegestützpunkten und Gemeinsamen Servicestellen (§§ 4 Abs. 1 SGB, 58 XII); ähnlich das Jugendhilfegesetz (§ 81 SGB VIII).
- Mit besonderer Akribie ist der Gesetzgeber im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen vorgegangen. Hier sind alle beteiligten Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und zur nahtlosen Koordination der Leistungen in einer eigenständigen Hilfeplanung verpflichtet (§§ 10 Abs. 1; 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX). Darüber hinaus müssen die Träger auch auf der Planungsebene zusammen wirken und für ihre Koordination gemeinsame Empfehlungen erarbeiten (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und 3, 13 Abs. 2 Nr. 5, 10 Abs. 3 SGB IX).<sup>33</sup> Gemeinsamen Servicestellen und Sozialdiensten wurden eigens Aufgaben der Leistungsvermittlung und Trägerkoordination übertragen (§§ 13 Abs. 2 Nr. 10; 22 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX).

##### c) Übergreifende Verbindlichkeit

Wichtig hierbei ist: Diese Regeln sind der integrierten Versorgung des Krankenversicherungsrechts übergeordnet. Sind die Patienten behindert oder von Behinderung bedroht (§ 2 SGB IX), kommt es auch bei Durchführung einer integrierten Versorgung zur Anwendung der allgemeinen Grundsätze: dass die Leistung möglichst aus einer Hand erfolgen soll, dass der jeweils leistende Rehabilitationsträger die Koordinationsverantwortung trägt und für etwaige Schäden, die sich aus koordinationsbedingten Zeitverzögerungen ergeben, auch haftet (§§ 10 Abs. 1 i.V.m. 14 SGB IX).<sup>34</sup> Ist die Krankenkasse der jeweils leistende Rehabilitationsträger, hat diese auch gegenüber dem von ihr unterhaltenen Versorgungsnetz eine zügige und wirksame Teilhabe des Patienten sicherzustellen (§ 10 SGB IX) und

29) Dies ist, worauf Wiegand/Jung/Herzeroth zutreffend hinweisen, aus den gesetzlichen Bestimmungen selbst nicht zu ersehen: dies.: Die Integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2009, S. 193.

30) Näher zum gegliederten System vgl. Luthé, in: ders.: Rehabilitationsrecht 2009, S. 96 ff.

31) Insofern mit Koordinationsproblemen zwischen den Behandlungsleistungen nach SGB V, den Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB IX und „Eingliederungs-Jugendhilfe“ nach § 35a SGB VIII, der beruflichen und medizinischen Rehabilitation der §§ 9 ff. SGB VI, der beruflichen Rehabilitation der Bundesagentur nach §§ 97 ff. SGB III und des § 16 SGB II sowie mit weiteren Angeboten der kommunalen Daseinsvorsorge, etwa Begegnungstätten und besonderen Wohnformen.

32) Zutreffend Greve, in: Faulbaum-Decke/Zechert, Ambulant statt stationär, 2010, S. 118 f.

23) Vgl. insbesondere die PKR-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 zur Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und behinderte Menschen.

34) Zu den allerdings etwas vernachlässigten Fragen der Haftung für Schäden als Folge koordinationsbedingter Zeitverzögerungen vgl. Luthé, in: Kreitner/ders.: jurisPK-SGB IX, § 10 Rdnr. 33 ff. sowie Luthé, Behindertenrecht 2010, 57 ff.; zur Feststellbarkeit derartiger Pflichtverletzungen erst in einem fortgeschrittenen Stadium vgl. VGH Mannheim vom 4. November 1996 – 6 S 440/96 = FEVS 47, 501

für die frühzeitige Einleitung auch beruflicher Reha-Leistungen zu sorgen (§ 11 SGB IX). Diese Verantwortung betrifft nicht nur die *netzinterne* Schnittstellenkoordination, sondern auch den nahtlosen Anschluss der *externen* Kostenträger und ihrer Leistungserbringer an das Versorgungsnetzwerk. Hierfür ist der Teilhabeplan bzw. in der Pflegeversicherung der Versorgungsplan das Mittel der Wahl (§§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Hilfepläne wie diese sind eine zwingende Vorgabe für das Netzwerk. Ihre Anforderungen sind durch eigene Prozessplanungen der Netzwerke nicht ersetzbar.<sup>35</sup> Alle zeitlichen Probleme werden hierdurch allerdings nicht gelöst, vor allem dass vor der Überstellung an einen anderen Kostenträger erst noch dessen Leistungsbewilligung<sup>36</sup> abgewartet werden muss. In dieser Hinsicht ließe sich allenfalls dadurch gegensteuern, dem Entlassungsmanagement der Einrichtungen durch Gesetz entsprechende Prüfungs- und Bewilligungskompetenzen zuzugestehen.

## 5. Kommunale Gesundheitslandschaften

### a) Dezentralisierung des Gesundheitssystems und kommunale Verantwortung

Viele der genannten Koordinationspflichten überschneiden sich, so vor allem die Arbeit gemeinsamer Servicestellen, von Pflegestützpunkten, Pflegeversicherungen und von Krankenhaussozialdiensten. Etwas überspitzt könnte man sagen: Man hat es heute mit einer geradezu ausufernden Beratungs- und Vernetzungsbürokratie zu tun, in der grundsätzlich jeder für alles und damit für nichts zuständig ist. Klare Strukturen sind deshalb Gebot der Stunde. Damit sind wir im Grunde bei den „kommunalen Gesundheitslandschaften“ angekommen.

Zumindest gedanklich öffnet sich hier die Perspektive für all das, was bislang zu kurz gekommen ist: So vor allem die Hinwendung zu den für das Behandlungssystem selbst nicht mehr erreichbaren Umfeldbedingungen von Gesundheit, also etwa Schule, Nachbarschaft und Unternehmen. So aber auch die Frage nach einer kommunalen Gesundheitsverantwortung, wie sie als Daseinsvorsorge den Gemeinden im Bereich der Senioren, behinderten Menschen, Kindern und des öffentlichen Gesundheitsdienstes seit je mitgegeben ist. Es ist nicht ganz einsichtig, wie es dazu kommen konnte, dass die Kommunen in ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen bis heute nahezu systematisch ausgeblendet werden.<sup>37</sup> Eines jedoch dürfte klar sein: Weder Sozialversicherungen noch kassenärztliche Vereinigungen verfügen über die Kompetenzen, Gesundheit zu einem Thema lokaler Sozialräume zu machen, alle vor Ort verfügbaren Gesundheitsangebote transparent aufeinander abzustimmen und in korrespondierende Sozialplanungen einzubeziehen, Erziehungseinrichtungen mit gesundheitsförderlichen Diensten zusammenzuführen, geschweige denn, Familien und Selbsthilfegruppen als Bezugspunkte von Gesundheitsförderung so zum Thema zu machen, dass sämtliche Milieus hiermit auch erreicht werden. Dass die Optimierung medizinischer Prozesse wesensmäßig nur vor Ort gelingen kann und geradezu zwangsläufig mit einer Dezentralisierung des Gesundheitssystems einhergehen muss, wird im Grunde auch vom Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zutreffend erkannt. Zu etwaigen kommunalen Verantwortlichkeiten hört man dagegen leider nichts.<sup>38</sup>

Hierbei kann es verständlicherweise nur um eine geteilte Verantwortung entlang bereits bestehender Bundes- und Landeszuständigkeiten gehen, um mehr Kooperation etwa in Gestalt einer gemeinsamen örtlichen Gesundheitsplanung von Sozialversicherungen und Kommunen, um diese sodann in zentrale Bedarfsplanungen einbeziehen zu können oder auch um ein Mehr an kommunaler Partizipation bei zentralen Fragen der Gesundheitspolitik. Dies aber ist nicht nur funktional, sondern auch als verfassungsnormative Forderung zu verstehen. Gesundheit ist im Sinne des Grundgesetzes eine typische „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 Abs. 2 GG) und damit nicht nur als kommunales Gestaltungsrecht vorgegeben, sondern auch als Recht auf eine finanzielle Mindestausstattung, vor allem im Bereich „freiwilliger“ Gesundheitsaufgaben.<sup>39</sup> Um es konkret zu machen: Kosten der Koordination, der Vernetzung, der Förderung von Projekten sind den Kommunen von den Ländern grundsätzlich zugestehen, auch wenn derzeit noch offen ist, ob dieser Landespflicht auch ein einklagbares kommunales Recht gegenüber steht.

### b) Vernetzung in der Behandlungsphase und „unter einem Dach“

Der Aufbau einer kommunalen Gesundheitslandschaft ist in jeder Hinsicht eine Herausforderung: Die Prozesse, die hier von den Kommunen letztlich anzuschließen und fortzuentwickeln sind, sind nicht nur methodisch anspruchsvoll, wenn wir an die Gesundheitsberichterstattung, das Case Management, die Projektentwicklung, das Qualitätsmanagement, das Gesundheitsmarketing und den Netzwerkaufbau denken.<sup>40</sup> Was hier betrieben werden muss, ist „people processing“. Dies bedeutet: Die Strukturen sind auch bei bester Ausstattung nur begrenzt planbar, das Umfeld ist hochgradig dynamisch und die Instrumente stellen höchste Anforderungen an die Ergebnistoleranz der politischen Entscheidungsträger. Plakativ: Evolution statt Planung!<sup>41</sup> Es geht mehr um die Ausbeutbarkeit von Zufällen als um die Erwartbarkeit von Steuerungseffekten, mehr um ein Austesten der organisatorischen Festlegungen im Hinblick darauf, ob diese sich auf einem Markt der

35) Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Erstellung des Teilhabeplans bzw. Versorgungsplans liegt bei der Behörde; nicht ausgeschlossen ist dagegen, dass dieser durch den Leistungserbringer als Entwurf oder Empfehlung vorbereitet wird.

36) Und im SGB XI auch die Feststellung des medizinischen Dienstes der Pflegekassen.

37) Gesellschaftswissenschaftlich wird man dies auf die systembedingte Unfähigkeit des Medizinsystems zur Selbstreflexion (damit zur Öffnung gegenüber den externen Erfolgsbedingungen von Krankenbehandlung) sowie institutionell auf die im Zuge ärztlicher Selbstverwaltung geschwächte Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zurückführen müssen: Luthe, NDV 2010, 306 sowie Zamora: Möglichkeiten einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch Kommunalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen, Bielefeld 2002, S. 39 (Internet 2010).

38) Gutachten 2009, Kurzfassung, S. 175, Langfassung S. 706, 816, 887.

39) BayVerfGH, NVwZ-RR 1997, 301, 303; Brandenb. VerfG, NVwZ-RR 2000, 129, 134; Dreier, in: ders.: GG-Komm., Art. 28 Rdnr. 156; Nierhaus, in: Sachs: GG-Komm., Art. 28 Rdnr. 84.

40) Anstatt vieler, im Überblick: Luthe, NDV 2010, 342 (Teil 2), abgedruckt auch in VPP 4/2010, 1091.

41) Luhmann: Die Gesellschaft der Gesellschaft, 1997, S. 430, 450, 464.

Möglichkeiten bewähren als um das Abarbeiten einer linearen Planungslogik. Wenn wir im Folgenden vor allem den Ausbau der Koordinationsstrukturen überdenken, so bleibt mithin deutlich hierbei in Erinnerung zu halten, dass die gesundheitspolitischen Effekte nicht schon eintreten, nur weil die Organisation funktioniert.

Fassen wir im Blick auf den verfügbaren institutionellen Rahmen kurz zusammen, was machbar und was nicht machbar ist: Rechtswidrig wäre, um es zuzuspitzen, wenn Kostenträger der auf Bundesebene agierenden Sozialversicherungen und der Kommunen eine übergeordnete Dachgesellschaft mit der Bewilligung von Sozialleistungen beauftragten und hierfür ein gedeckeltes Budget zur Finanzierung eines exklusiven Kreises von Anbietern bereit stellen würden. Dies wäre ein Verstoß gegen das Verbot von Mischverwaltungen, gegen die Einwirkungspflicht der kommunalen Vertretungsorgane und gegen nationales und europäisches Wettbewerbsrecht.

Nicht ausgeschlossen aber ist, dass die in einem KV-gestützten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer entweder selbst zusätzliche Leistungen aus anderen Gesetzbüchern des SGB erbringen oder dass diese in entsprechenden Teams mit extern finanzierten Leistungserbringern zusammenwirken. Möglich sind so nicht nur fließende Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, also etwa von Krankenhaus, Tagesklinik und Institutsambulanz, von Wohnheim und betreutem Wohnen oder zwischen Ergotherapie, Unterstützter Beschäftigung und Arbeitsassistenz. Möglich sind vielmehr auch gemeinsame, aber von unterschiedlichen Kostenträgern finanzierte mobile Teams, in denen das Personal bspw. für die Krankenkassen die nichtärztlichen Leistungen einer Institutsambulanz und für die Sozialämter das betreute Wohnen sicherstellt. Ob das Team allerdings im Sinne einer Komplexpauschale abrechnen kann, die vorab zwischen den beteiligten Kostenträgern verhandelt wird oder ob nur getrennt nach den regulären Finanzierungsformen der einzelnen Kostenträger abgerechnet werden kann, bedürfte angesichts der unterschiedlichen gesetzlichen Leistungserbringungsvorschriften zunächst einmal eingehender rechtlicher Klärung. Die Finanzierungsverantwortung der einzelnen Leistungsanteile im Netzwerk muss aber in jedem Fall bei den bisherigen Kostenträgern verbleiben; ein gemeinsames Budget, aus dem alles finanziert würde, verstieße gegen das Verbot von Mischfinanzierungen. Dies, nämlich die *trägerübergreifende Vernetzung innerhalb einzelner Behandlungsphasen*, wäre gleichsam die kleine Lösung.

Die große Lösung liegt in *trägerübergreifenden Gesundheitsagenturen*, die die Entscheidungen der beteiligten Kostenträger im Wege eines netzwerkübergreifenden Fallmanagements (lediglich) vorbereiten, im Auftrag der beteiligten Rehabilitationsträger das nach dem SGB IX geforderte nahtlose Case Management sicherstellen, die zudem die übergeordneten infrastrukturellen Planungen erarbeiten und schließlich auch das notwendige Qualitätsmanagement samt Fortbildung organisieren. Solche Agenturen sind jedenfalls möglich, insofern nicht mehr als reine

Betreuungs-, Beratungs- und Koordinationsaufgaben durchgeführt werden. Die Betonung liegt hierbei mithin auf der *Vorbereitung behördlicher Entscheidungen*, nicht auf eigenen hoheitlichen Entscheidungskompetenzen. Allerdings sind datenschutzrechtliche Grenzen zu beachten. Die „einheitliche Patientenakte“ gilt insofern nur für KV-gestützte Versorgungsmodelle (§ 140a Abs. 2 SGB V). Die Organisation solcher übergreifender Koordinationsstellen will nicht zuletzt finanziert werden. Ein gemeinsames Stellenbudget aber ist wegen des Verbotes der Mischfinanzierung von Aufgaben unterschiedlicher Verwaltungsebenen aus Bund und Ländern höchst bedenklich. Für die Durchführung blieben im Ergebnis somit nur einfache Verwaltungskooperationen auf der Basis öffentlich-rechtlicher Verträge, in die bei getrennter Aufsicht jeweils eigenes Trägerpersonal eingebracht werden müsste. Lediglich für gemeinsame infrastrukturelle Planungen stellt der Gesetzgeber mit den sog. Arbeitsgemeinschaften (§ 94 SGB X) festere Formen der Zusammenarbeit bereit, die jedoch in der integrierten Versorgung nur wenig Sinn machen, solange sie nicht auch die Leistungskoordination übernehmen können.

## 6. Ausblick

Die integrierte Versorgung ist nicht unkritisch zu sehen. Möglicherweise aber ist sie die einzige realistische Möglichkeit, das Gesundheitssystem nachhaltig bezahlbar zu halten. Die Alternative bestünde in einer Rationierung und Priorisierung von Leistungen. Sie führt nur nicht sehr weit. 80 % des Kostenvolumens gehen auf das Konto chronisch und multimorbide Erkrankter.<sup>42</sup> Viele dieser Erkrankungen sind bei rationierter Behandlung lebensbedrohend oder gleiten ab in menschenunwürdige Zustände. Spätestens dann aber scheitert die Rationierung am Verfassungsrecht<sup>43</sup> und zwar nicht nur für bedürftige Bevölkerungskreise, sondern auch für die eigentliche Masse derjenigen, die Beiträge gezahlt haben und auch deshalb einen Verfassungsanspruch auf Elementarversorgung haben. Umgekehrt macht der Einsatz integrierter Versorgungsformen gerade in diesen chronischen Erkrankungsbereichen besonders Sinn.<sup>44</sup> Zwar ließen sich bislang insbesondere bei regionalen Psychiatriebudgets keine Kostenvorteile gegenüber der Regelversorgung nachweisen.<sup>45</sup> Den eigentlichen Mehrwert der Integrierten Versorgung gegenüber der Regelversorgung wird man vermutlich nur über Skaleneffekte erreichen können, d.h. also über schlichte Größenvorteile, die vor allem bei den Vollversorgungsmodellen vorliegen.<sup>46</sup>

42) Lauterbach/Stock: Kosten sparen durch Prävention – was ist realistisch?, in Höfling/Gieseke: Gesundheit im Alter, S. 8.

43) Zum verfassungsunmittelbaren Anspruch auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen vgl. BVerfG vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98; wertmäßig vergleichbare Erkrankungen sind den lebensbedrohlichen Erkrankungen jedoch gleichgestellt: BSG vom 4. April 2006 – B 1 KR 12/04 R (zu erwartende Erblindung).

44) Weatherly u.a. (Fußn. 1), S. 7 ff.; Göpel: Magdeburger Strategieförderung zur Gesundheitsförderung 2010.

45) König u.a.: Das regionale Psychiatriebudget: Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen?, Psychiat. Praxis 2010, S. 34–42; immerhin aber ließen sich leichte Verbesserungen in der Versorgungseffektivität nachweisen.

46) Von positiven Erfahrungen – insbesondere bei den insofern verminderten Arzneimittelausgaben im Vollversorgungsmodell – wissen hingegen zu berichten: Zimmermann/Leoprechting/Amelung, in Weatherly u.a. (Fußn. 1), S. 163, 168.

Wenn es überdies stimmt, dass 30 % der heutigen Gesundheitskosten durch langfristige Prävention vermieden werden könnten,<sup>47</sup> so sollte deutlicher als bisher gesehen werden, dass gerade die integrierte Versorgung hierfür besonders günstige Voraussetzungen bietet. Investitionen in Prävention aber dürften sich für die Leistungserbringer nur bei einer echten „kontaktunabhängig“ gewährten Jahresfallpauschale („Capitation“) wirklich rechnen und dies mit Rücksicht auf präventive Maßnahmen auch nur langfristig. Und ohne die Einwirkung auch auf die sozialen Umfeldbedingungen von Gesundheit bliebe der Präventionsgedanke auf halbem Wege stehen. Eben dies spricht wiederum für eine stärkere Einbeziehung der Landkreise und Städte in das gesundheitliche Geschehen, die diese Kontextbedingungen gleichsam in den Händen halten.

Mehr noch – auch über ihre Rolle als Vertragspartner der integrierten Versorgung sollte nachgedacht werden. Dies kann über eine Public Private Partnership oder auch in alleiniger Verantwortung der Kommune als Betreiberin eines Versorgungsnetzwerks geschehen. § 140b SGB V steht insofern nicht entgegen. Zu beachten bleiben jedoch einige Vorgaben des kommunalen Wirtschaftsrechts, wie vor allem die Pflicht zur Einwirkung auf das privatisierte Betätigungsfeld durch die politischen Vertretungsorgane und zur Haftungsminimierung, weshalb die rechtlichen Organi-

sationsformen mit den jeweiligen kommunalrechtlichen Anforderungen genauestens abzustimmen sind. Praktikabel aber dürfte insofern bspw. die Beteiligung einer kommunalen Krankenhaus-GmbH an einer MVZ-GbR sein, die ihrerseits dann als Trägerin eines Versorgungsnetzes auf den Plan treten könnte.

Warum die Kommunen sich hierauf einlassen sollten? Erstens weil sie ihre unausgelasteten Krankenhauskapazitäten mit Reha-Patienten füllen könnten. Zweitens weil sie als kommunaler Krankenhausbetreiber nunmehr wie Vertragsärzte ambulante Behandlungen vornehmen können, wenn dies vereinbart wurde. Und drittens weil keine andere staatliche Ebene so sehr Zugriff hat auf die kostensparenden Bedingungen von Gesundheitsprävention wie die Kommunen. Es geht also schlicht ums Geld verdienen: kurzfristig unter Gesichtspunkten der Auslastung, mittelfristig mit dem Ziel der Erschließung neuer Geschäftsfelder und langfristig im Blick auf die Reinerträge aus einer Fallpauschale, die auch dann noch in vollem Umfang zu zahlen ist, wenn Behandlungsleistungen wegen guter Präventionsarbeit gar nicht in Anspruch genommen werden.

---

47) Rothgang/Dräther, ZSR 2003, 531, 537.