



Adrian Schmidt

Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen

Adrian Schmidt

Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen

Adrian Schmidt

Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen

Erlangen
FAU University Press
2021

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

Autoren-Kontaktinformation: Adrian Schmidt, Friedrich-Alexander-Uni-
versität Erlangen-Nürnberg ( <https://ror.org/oof7hpc57>), ORCID: 0000-
0001-9217-2464.

Bitte zitieren als

Schmidt, Adrian. 2021. *Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen*. Erlangen: FAU University Press. DOI: 10.25593/978-3-96147-426-4.

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.
Die Rechte an allen Inhalten liegen bei ihren jeweiligen Autoren.
Sie sind nutzbar unter der Creative-Commons-Lizenz BY.

Der vollständige Inhalt des Buchs ist als PDF über den OPUS-Server
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg abrufbar:
<https://opus4.kobv.de/opus4-fau/home>

Verlag und Auslieferung:
FAU University Press, Universitätsstraße 4, 91054 Erlangen

Druck: docupoint GmbH

ISBN: 978-3-96147-425-7 (Druckausgabe)
eISBN: 978-3-96147-426-4 (Online-Ausgabe)
DOI: 10.25593/978-3-96147-426-4

Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen

**Der Rechts- und Wirtschaftswissen-
schaftlichen Fakultät / dem Fachbereich
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

**der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg zur
Erlangung des Doktor-
grades Dr. rer. pol.**

**vorgelegt von
Dipl.-Kfm. Adrian Schmidt
aus München**

Als Dissertation genehmigt

von der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät / vom **Fachbereich
Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tag der mündlichen Prüfung: 03.11.2020

Vorsitzender des Promotionsorgans: Prof. Dr. Klaus
Henselmann

Gutachter: Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH
PD Dr. Martin Emmert, MHMM
Prof. Dr. Tobias Wolbring

„Das Schreiben ist Reise und Ankerpunkt zugleich.“

Brigitte Fuchs

Meinen Eltern,
Christa und Gerhard Schmidt

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	ix
Tabellenverzeichnis	xi
Abkürzungsverzeichnis	xiii
Vorwort	1
1 Einleitung.....	3
2 Begriffsdefinitionen und übergeordnete Aspekte	7
2.1 Patientenbegriff	7
2.2 Patientensteuerung.....	8
2.2.1 Motivatorische Aspekte.....	9
2.2.1.1 Motivation als Triebfeder des Individuums	9
2.2.1.2 Motivationsfördernde Organisationsstrukturen	10
2.2.2 Strukturelle Komponente.....	11
2.2.3 Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte.....	12
2.2.4 Qualitative Komponente	12
2.2.4.1 Qualitätsdaten ambulante Versorgung	14
2.2.4.2 Qualitätsdaten stationäre Versorgung	18
2.2.5 Wirtschaftliche Perspektive	19
2.2.6 Rechtliche Grundlagen.....	19
2.3 Integrierte Versorgung	20
2.3.1 prosper-Netze der Knappschaft.....	23
2.3.2 Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)	24
2.3.3 Gesundes Kinzigtal	26
3 Forschungsstand.....	29
4 Patientensteuerung aus ethischer Perspektive	37
4.1 Ethische Bewertung der Patientensteuerung	37

4.2	Vereinbarkeit von Patientensteuerung und -orientierung	41
4.3	Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit des Patienten	44
5	Integrationsbasierte Patientensteuerung in gesundheitspolitischer Hinsicht	49
5.1	Sicherstellung der Entwicklungsmöglichkeiten für die Integrierte Versorgung	50
5.2	Förderung der Versorgungsforschung	51
5.3	Verlässliche Mindeststandards und Qualitätskriterien	53
5.4	Steigerung der Patientenautonomie.....	56
5.5	Intensivierung und Incentivierung der Prävention.....	58
6	Akteure im integrierten Versorgungsgeschehen	65
6.1	Die Rolle von Patienten.....	65
6.1.1	Motivatorische Aspekte.....	65
6.1.1.1	Teilnahmemotivation.....	66
6.1.1.2	Finanzielle Anreizsetzung	70
6.1.1.3	Motivation zur aktiven Mitwirkung	74
6.1.1.4	Compliance-Patiententypologie nach Schäfer	77
6.1.1.5	Typologie autonomiebezogener Arzt-Patienten- Beziehungen	80
6.1.2	Strukturelle Komponente.....	86
6.1.2.1	Strukturen zum Wissensaufbau und zur Partizipation	86
6.1.2.1.1	Organisationsinterne Wissens- und Partizipationsstrukturen.....	87
6.1.2.1.2	Organisationsexterne Wissens- und Partizipationsstrukturen.....	90
6.1.2.2	Einbindung Angehöriger in den Steuerungsprozess	94
6.1.3	Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte.....	96
6.1.3.1	Partizipative Entscheidungsfindung.....	96
6.1.3.1.1	Gesundheitskompetenz	98

6.1.3.1.2	Entscheidungsrelevante Inhalte.....	102
6.1.4	Qualitative Komponente.....	109
6.1.4.1	Einfluss integrationsgestützter Prävention auf medizinische Qualität.....	109
6.1.4.1.1	Tabakabstinenz	110
6.1.4.1.2	Ausgewogene Ernährung.....	112
6.1.4.1.3	Gemäßigter Alkoholkonsum	116
6.1.4.1.4	Bewegung.....	120
6.1.4.2	Qualitätsfördernde Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung	123
6.1.4.3	Qualitätsdaten für Patienten.....	125
6.1.4.3.1	Qualitätsdaten ambulante Versorgung	128
6.1.4.3.2	Qualitätsdaten stationäre Versorgung	129
6.1.5	Wirtschaftliche Perspektive	133
6.1.5.1	Kompetenzbezogene Gesundheitskosten im Allgemeinen.....	133
6.1.5.2	Inanspruchnahme der stationären Versorgung.....	134
6.1.5.3	Ökonomisches Potenzial einer erhöhten Therapietreue	135
6.1.5.4	Nutzung präventiver Möglichkeiten.....	137
6.1.6	Rechtliche Grundlagen.....	140
6.1.6.1	Teilnahmebedingungen	141
6.1.6.2	Datenschutz	142
6.1.6.3	Rechtliche Aspekte einer Mitverantwortung des Patienten.....	143
6.1.6.4	Einschränkung der Arztwahlfreiheit	145
6.1.7	Zwischenfazit zur Rolle von Patienten.....	148
6.2	Die Rolle von Ärzten.....	149
6.2.1	Motivatorische Aspekte.....	149
6.2.1.1	Teilnahmemotivation aus Organisationsperspektive..	150

6.2.1.2	Individuumsbezogene Motivation zur Mitwirkung	151
6.2.1.2.1	Aufklärung über Inhalte und Ziele des Integrationsmodells	152
6.2.1.2.2	Autonomie und Mitbestimmung	154
6.2.1.2.3	Unterstützung Work-Life-Balance	155
6.2.1.2.4	Kultur der Zusammenarbeit	157
6.2.1.2.5	Rolle von Unterstützungsstrukturen	160
6.2.1.2.6	Nutzung Leistungsbenchmarks	163
6.2.1.2.7	Finanzielle Anreize	164
6.2.1.3	Motivationsbezogene Ärztetypologie nach Schmöller	167
6.2.2	Strukturelle Komponente	171
6.2.2.1	Strukturen Qualitätsmanagement	173
6.2.2.2	Behandlungspfade	174
6.2.2.3	Elektronisches Datenmanagement	177
6.2.2.4	Team- und Delegationsstrukturen	181
6.2.2.5	Fortbildungs- und Qualifizierungsstrukturen	184
6.2.2.6	Netzübergreifendes Führungsgremium und Netzmanagementstrukturen	186
6.2.2.7	Versorgungseinrichtungen in gemeinsamer Trägerschaft	187
6.2.3	Medizinische-organisatorische Kompetenz und Inhalte	188
6.2.3.1	Medizinische-organisatorische Kompetenz	188
6.2.3.1.1	Patientenbezogene Steuerungskompetenz	189
6.2.3.1.2	Kooperations- und versorgungsbezogene Steuerungskompetenz	194
6.2.3.1.3	Kompetenzbereich des ärztlichen Unterstützungsumfelds	200
6.2.3.2	Medizinische-organisatorische Inhalte	202
6.2.3.2.1	Vertragliche Inhalte	202

6.2.3.2.2 Inhaltliche Ausgestaltung des Qualitätsmanagements (QM)	206
6.2.3.2.3 Inhalte von Pfaden und Leitlinien	207
6.2.3.2.4 Steuerungsrelevante Patientencharakteristika	212
6.2.3.2.5 Evidenzbasierte Fortbildungsinhalte	214
6.2.4 Qualitative Komponente	216
6.2.4.1 Qualitätsaspekte von Qualitätsmanagement	216
6.2.4.2 Qualitative Beiträge sektorübergreifender Pfadstrukturen	217
6.2.4.3 Qualitativer Effekt patientenbezogener Steuerungskompetenz	223
6.2.4.4 Ärztebezogene Kooperationskompetenz in qualitativer Hinsicht	225
6.2.4.5 Einsatz von Qualitätsdaten	226
6.2.5 Wirtschaftliche Perspektive	229
6.2.5.1 Wirtschaftlichkeitspotenziale der Vergütungsgestaltung	229
6.2.5.2 Wirtschaftlichkeitsbezogene Potenziale von Qualitätsmanagement	230
6.2.5.3 Ökonomische Potenziale durchgängig geplanter Prozesse	231
6.2.5.4 Steuerung durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen	237
6.2.6 Rechtliche Grundlagen	240
6.2.6.1 Rechtliche Aspekte der Vertragsteilnahme des Arztes	240
6.2.6.2 Inhalte des Integrationsvertrags	243
6.2.6.2.1 Leistungsvereinbarung	243
6.2.6.2.2 Haftungsfragen der gemeinsamen Leistungserbringung	244
6.2.6.2.3 Telemedizinische Applikationen aus rechtlicher Sicht	245

6.2.6.2.4 Vergütung	246
6.2.6.2.5 Datenschutz.....	248
6.2.7 Zwischenfazit zur Rolle von Ärzten	249
6.3 Die Rolle von Krankenkassen	249
6.3.1 Motivatorische Aspekte.....	250
6.3.1.1 Finanzperspektive	252
6.3.1.2 Versicherten- und Versorgungsperspektive.....	253
6.3.1.3 Interne Prozessperspektive.....	255
6.3.1.4 Mitarbeiter- und Strukturwandelperspektive	257
6.3.1.5 Typologie Krankenkassen.....	258
6.3.1.5.1 Krankenkasse als Unterstützerin für mehr Leistungsfähigkeit	260
6.3.1.5.2 Krankenkasse als Partnerin zur Stärkung der Lebensqualität	261
6.3.1.5.3 Krankenkasse als Absichererin zum Erhalt der Leistungsfähigkeit	262
6.3.1.5.4 Krankenkasse als Motivatorin zu umfassender Gesundheit.....	263
6.3.2 Strukturelle Komponente.....	264
6.3.2.1 Strukturen zum Leistungs- und Versichertenmanagement	265
6.3.2.2 Strukturen Finanzmanagement	266
6.3.2.3 Strukturen Personalmanagement	267
6.3.2.4 Strukturen Informationsmanagement und Controlling	268
6.3.3 Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte.....	269
6.3.3.1 Medizinische-organisatorische Kompetenz.....	270
6.3.3.1.1 Kompetenzen Tarif-, Vertrags- und Versorgungsmanagement	270
6.3.3.1.2 Kompetenzen Versichertenmanagement.....	273

6.3.3.1.3	Kompetenzen Finanzmanagement	274
6.3.3.1.4	Kompetenzen Personalmanagement	275
6.3.3.1.5	Kompetenzen Controlling	277
6.3.3.2	Medizinische-organisatorische Inhalte	278
6.3.3.2.1	Inhalte Tarif-, Vertrags- und Versorgungsmanagement	278
6.3.3.2.2	Inhalte Versichertenmanagement	280
6.3.3.2.3	Inhalte Finanzmanagement	281
6.3.3.2.4	Inhalte Personalmanagement	282
6.3.3.2.5	Inhalte Controllingsysteme	282
6.3.4	Qualitative Komponente	285
6.3.4.1	Qualitätsorientierte Wettbewerbsstrategie.....	285
6.3.4.2	Ausrichtung des Leistungsangebots für Versicherte ..	287
6.3.4.3	Plattform für Mitarbeiterqualifizierung	288
6.3.5	Wirtschaftliche Perspektive	289
6.3.5.1	Finanzplanung der Krankenkasse	290
6.3.5.2	Förderung ökonomischer Effekte durch Vertragsgestaltung	293
6.3.5.3	Ökonomisches Potenzial von Krankenkassendaten...	296
6.3.6	Rechtliche Grundlagen.....	297
6.3.6.1	Allgemeiner Gestaltungsrahmen	297
6.3.6.2	Vorgaben im Verhältnis zu Versicherten	298
6.3.6.3	Regelungen im Vertragsverhältnis zu Leistungsbringern	299
6.3.6.4	Vorschriften zur Leistungs- und Vergütungsgestaltung.....	301
6.3.7	Zwischenfazit zur Rolle von Krankenkassen	302
6.4	Die Rolle weiterer Akteure	303

7 Präferenzorientierung als Gestaltungselement der Integrierten Versorgung	307
7.1 Die Methode des Best-Worst Scaling.....	308
7.2 Patientenpräferenzhebung im Ärztenetz GFJ	313
7.2.1 Konzeption des Fragebogens	314
7.2.2 Pretest und Ablauf der Befragung	318
7.2.3 Ergebnisse.....	320
7.2.4 Diskussion	326
8 Zusammenfassung und Ausblick.....	331
Anhang	335
Anhang A § 140a SGB V	335
Anhang B Forschungsstand Erfolgsfaktoren IV.....	339
Anhang C Fragebogen GFJ	357
Literatur	365

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit weitgehend die grammatikalisch männliche Form (Leistungserbringer, Patienten, Ärzte,...) im Sinne des generischen Maskulinums verwendet und bezieht ausdrücklich beide Geschlechter ein. Eine Ausnahme stellen die Inhalte dar, die sich ausschließlich auf ein Geschlecht beziehen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verträge zur Integrierten Versorgung 2004 - 2011	22
Abbildung 2: Nutri-Score zur Lebensmittelkennzeichnung	61
Abbildung 3: Beispiel Medikationsplan nach UMS.....	89
Abbildung 4: Entscheidungshilfe für Patienten	98
Abbildung 5: Faktenbox Effekt Brustkrebs-Früherkennung	105
Abbildung 6: Darstellungsbeispiele zu Evidenzqualität.....	107
Abbildung 7: Patienteninformation (Plain Language)	108
Abbildung 8: Ärztebewertung Weisse Liste	129
Abbildung 9: AOK-Krankenhausnavigator	131
Abbildung 10: Vergleichsportal NHS Choices.....	132
Abbildung 11: Ärztetypologie nach Schmöller	168
Abbildung 12: Reifegrad-Portfolio Praxisnetze 2009	172
Abbildung 13: Interne Prozessperspektive Integrationsversorgung.....	255
Abbildung 14: Vierfelder-Matrix Krankenkassen.....	259
Abbildung 15: Beispiel Auswahlset Best-Worst-Scaling	311
Abbildung 16: Verteilung der Befragten auf die Praxen (n = 205)	319
Abbildung 17: Zufriedenheit mit Arzt	323
Abbildung 18: Wahrscheinlichkeit Arzt weiterzuempfehlen.....	323
Abbildung 19: Modus Patientenentscheidung	323
Abbildung 20: Darstellung Best-Worst-Scores aus Tabelle 7	324

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Anforderungen an Qualitätsindikatoren</i>	15
Tabelle 2: <i>Autonomiebezogene Arzt-Patienten-Beziehungen</i>	81
Tabelle 3: <i>Einschätzung Arzneimittelnebenwirkungen</i>	107
Tabelle 4: <i>Anforderungen von Patienten zu Qualitätsdaten</i>	127
Tabelle 5: <i>Einzelinformationen aus Best-Worst Scaling</i>	312
Tabelle 6: <i>Beschreibung der Stichprobe</i>	322
Tabelle 7: <i>Best-Worst-Scores der einzelnen Merkmale</i>	325

Abkürzungsverzeichnis

ÄGM	Ärztegenossenschaft Mittelfranken eG
AGnES	Arztentlastende Gemeindenähe E-Health-gestützte Systemische Intervention
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsforschung
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ATS	Australasian Triage Score
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung (vormals Bundesversicherungsamt)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMI	Body Mass Index
BSC	Balanced Scorecard
BVA	Bundesversicherungsamt (inzwischen Bundesamt für Soziale Sicherung)
bzw.	beziehungsweise
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DGIV	Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.
DMP	Disease Management Program
DRG	Diagnosis Related Groups
EBPI	Evidence Based Patient Information
EFA	Entlastungsassistent in der Facharztpraxis
eG	eingetragene Genossenschaft
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJC	Emergency Journey Coordinator
e.V.	eingetragener Verein
FEV	Forced Expiratory Volume
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
FOS	Fachoberschule
FVC	Forced Vital Capacity
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	The Global Burden of Disease Study
GFJ	Gesundheitsnetz Franken-Jura GmbH & Co. KG
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung

GmbH & Co. KG	Gesellschaft mit beschränkter Haftung & Compagnie Kommanditgesellschaft
GO IN	Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e.V.
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
HSA	Health Savings Account
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LOH	Likelihood of Hospitalization
LURIC	Ludwigshafen Risk and Cardiovascular Health
MCO	Managed Care Organization
MBO	Musterberufsordnung
MFA	Medizinischer Fachangestellter
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nichtärztlicher Praxisassistent
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service
NNN	Number Needed to Treat
NNS	Number Needed to Screen
NPV	Negative Predictive Value
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OM	Operations Management
OTC	Over-the-counter medicine
o. V.	ohne Verfasser
PCI	Patienten-Compliance-Index
PKV	Private Krankenversicherung
POS	Polytechnische Oberschule
PPV	Positive Predictive Value
QALY	Quality Adjusted Life Year

QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
QuE	Qualität und Effizienz eG, Nürnberg
SDM	Shared Decision-Making
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SoFa	Sozialversicherungsfachangestellter
TGF-beta	Transforming growth factor beta
u.a.	unter anderem/unter anderen
UGHO	Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG
UGOM	Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG
UMS	Universal Medication Schedule
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VERAH	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis
VHA	Veteran Health Administration
VISN	Veterans Integrated Service Network
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel
ZNA	zentrale Notaufnahme
z.T.	zum Teil

Vorwort

Die vorliegende Dissertationsschrift zeigt Möglichkeiten einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung auf, wobei Ansätze im Einflussbereich von Ärzten und Krankenkassen, aber insbesondere auch in dem von Patienten beleuchtet werden.

Diese Arbeit gab mir einen Rahmen, mir das Wissen zu diesem Thema zu erarbeiten und eigene Ideen selbstbestimmt zu entwickeln. Daher möchte ich an erster Stelle meinem Erstgutachter und Doktorvater Prof. Dr. Oliver Schöffski dafür danken, dass er mir diese Arbeit ermöglicht hat und immer erreichbar war, um offene Punkte und Fragen schnell zu klären. PD Dr. Martin Emmert danke ich für die hilfreiche und konstruktive Kritik sowie die Übernahme des Zweitgutachtens. Ich danke den Mitarbeitern von FAU University Press, im Besonderen Markus Putnings und Matthias Emmert, für die Unterstützung bei der Erstellung der Druckfassung.

Aber auch meinen Freundeskreis habe ich während der Entstehung meiner Arbeit als große Unterstützung erlebt. Insbesondere möchte ich Dr. Benjamin Kolb und Dr. Elisabeth Lang für die Kritik und Anregungen zu medizinischen und gesundheitsökonomischen Themen sowie Dr. Robert Ullerich für den Austausch zu juristischen Fragestellungen danken. Für die kritische Lektüre der Arbeit danke ich Dr. Benjamin Kolb und Dr. Florian Höhne. Murat Ozturk danke ich für die Unterstützung bei der Formatierung der Druckfassung.

Ein ebenso herzlicher Dank gilt nicht zuletzt meiner Familie für deren Unterstützung und Anteilnahme, die mich während der Arbeit an meiner Dissertation begleitet haben.

Berlin, am 31. Januar 2021

Adrian Schmidt

1 Einleitung

Die Gewährleistung einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung und die diskriminierungsfreie Teilhabe der Bevölkerung daran gehören zu den zentralen politischen Zielen in Deutschland.¹ Dabei sind sich Vertreter von Leistungserbringern², Kostenträgern³, Politik⁴ und Wissenschaft⁵ weitgehend darüber einig, dass in diesem Zusammenhang eine funktionierende Patientensteuerung notwendig ist, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems langfristig zu erhalten, auch wenn insbesondere Patienten Vorbehalte gegen die stärkere Anwendung von versorgungssteuernden Managed-Care-Instrumenten haben.⁶ Nicht nur die USA,⁷ sondern auch Länder aus dem europäischen Kontext nutzen schon heute wesentlich intensiver als Deutschland die Instrumente der Patientensteuerung,⁸ beispielsweise Dänemark durch sein hausärztliches Lotsensystem⁹. Auch das Beispiel der Schweiz zeigt, dass diese Steuerungsmechanismen so ausgestaltet werden können, dass sie sowohl die Akzeptanz von Patienten als auch die von Leistungserbringern und Versicherern finden.¹⁰ Daher

¹ Vgl. Reinhold, H. (2019), S. 5; Bundeskanzleramt (2016), S. 28.

² Vgl. Gassen, A. (2019); Osterloh, F. (2019), S. 62; Herrmann, T., Köster, C., Seyderhelm, A. et al. (2017), S. 45; Klakow-Franck, R. (2016), S. 42.

³ Auch wenn Vertreter von Krankenkassen im Hinblick auf eine Lenkung des Patientenverhaltens teilweise Bedenken in Bezug auf eine mögliche Bevormundung ihrer Versicherten äußern (vgl. Ärzte Zeitung (2016)), wird aus deren Befürwortung von steuerungswirksamen Anreizmodellen und kooperativen Versorgungsansätzen (vgl. Ärzte Zeitung (2016); Bühring, P. (2014), S. 443) sowie deren Teilnahme an Verträgen zur stationärsersetzenden Versorgung klar (vgl. Behrens-Potratz, A., Schmugge, J., Ulbrich, J. (2016), S. 23-26), dass auch von Krankenkassen eine Patientensteuerung angestrebt wird und sie diesbezüglich einen hohen politischen Handlungsdruck wahrnehmen (vgl. Behrens-Potratz, A., Schmugge, J., Ulbrich, J. (2016), S. 25-26).

⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S. 7.

⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 45-50; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017), S. 30.

⁶ Vgl. Pourie, R. (2017), S. 43; Amelung, V. E. (2012), S. 356; Vroomen, J., Zweifel, P. (2011), S. 91-95; Böcken, J. (2006), S. 264-266; Nolting, H.-D., Grabbe, Y., Loos, S. et al. (2006), S. 38; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29; Wasem, J. (2000), S. 432.

⁷ Vgl. Bodenheimer, T., Grumbach, K. (2009), S. 52; Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C. et al. (1999), S. 261-262; Franks, P., Clancy, C. M., Nutting, P. A. (1992), S. 424.

⁸ Vgl. Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003), S. 21-24; Giaimo, S. (2002), S. 60-64; Ottewill, R. (1996), S. 88-93.

⁹ Vgl. Baur, R., Heimer, A., Wiese, S. (2003), S. 23-27.

¹⁰ Vgl. Auerbach, H. (2018); Amelung, V. E. (2012), S. 96-99.

stellt sich die Frage, welche Faktoren im deutschen Umfeld die Umsetzung solcher Strukturen befördern können und welche Faktoren diese derzeit noch verhindern.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst in Kapitel 2 definiert, was konkret unter der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung zu verstehen ist. In Kapitel 3 wird der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung dargestellt. Anknüpfend daran beleuchtet Kapitel 4 elementare ethische Fragestellungen in Bezug auf die Patientensteuerung und Kapitel 5 geht auf die gesundheitspolitischen Maßnahmen ein, durch die eine Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung unterstützt werden kann. Um das Potenzial einer optimierten Patientensteuerung auszuschöpfen, wird darüber hinaus auch erörtert, wie bisher vernachlässigte, aber integrale Bestandteile des Versorgungsgeschehens, wie beispielsweise die Prävention, besser einbezogen und miteinander verknüpft werden können.

Die weitere Betrachtung in Kapitel 6 ist auf der Ebene des unmittelbaren Versorgungsgeschehens angesiedelt. Nachdem die bisher angewandten Ansätze nicht die erwünschte Wirkung erzielt haben¹¹ und noch keine Konzepte existieren, die eine nachhaltige und effektive Patientensteuerung gewährleisten können,¹² müssen weitere Alternativen auf ihre Tauglichkeit geprüft werden. Der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stellt Fördermittel bereit, um neue Versorgungsansätze zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.¹³ Als Basis für solche Versorgungsmodelle sind insbesondere Selektivverträge wie die Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V vorgesehen,¹⁴ die seit dem Versorgungsstärkungsgesetz in den Bereich der „Besonderen Versorgung“ fällt. Dabei hängt aber laut § 92a SGB V die Förderfähigkeit von solchen Projekten insbesondere davon ab, ob sie das Potenzial besitzen, mittel- bis langfristig in die Regelversorgung überführt zu werden und allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung zu stehen. In diesem Zusammenhang stellt die Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V eine ideale Bewährungsprobe für innovative Versorgungsansätze dar, denn die Teilnahme daran ist für alle Beteiligten freiwillig. Das bedeutet, dass diese Ansätze nur dann deren Akzeptanz finden, wenn die darin angewandten Steue-

¹¹ Vgl. bspw. Schreyögg, J., Grabka, M. M. (2010), S. 338-339.

¹² Vgl. zu einer nach wie vor bestehenden Unter-, Über- und Fehlversorgung bspw. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 45-46.

¹³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (2017), S. 7.

¹⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (2017), S. 9.

rungselemente die Bedürfnisstrukturen von Patienten, Ärzten und Krankenkassen ausreichend berücksichtigen.

Daran anknüpfend wird bezogen auf die an der Integrierten Versorgung beteiligten Patienten, Ärzte und Krankenkassen untersucht, welche Motivation diese Akteure zur aktiven Steuerungsmitwirkung haben, welche unterstützenden Strukturen vorhanden sein müssen, welche medizinischen Kompetenzen und Inhalte die Patientensteuerung fördern, welche qualitativen und ökonomischen Aspekte damit verbunden sind sowie welche rechtlichen Grundlagen diesbezüglich gelten. In diesem Zusammenhang steht die Frage im Zentrum, welche Steuerungsinstrumente im Kontext der Integrierten Versorgung vorhanden sind und inwiefern diese die gewünschte Steuerungswirkung entfalten können. Die Perspektive auf den Einbezug weiterer Akteure in die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung wird in einem Ausblick beschrieben. Um eine präferenzgerechte Gestaltung dieser Versorgungsform zu unterstützen, wird in Kapitel 7 die Analysemethode des Best-Worst Scaling vorgestellt. Diese Methode ermittelt die Präferenzen nicht isoliert auf einzelne Versorgungselemente bezogen, weil die Befragten dabei die betreffenden Versorgungsbestandteile gegeneinander abwägen. Dies liefert ein ganzheitliches, mit der entsprechenden Priorisierung hinterlegtes Gesamtbild, was erweiterte Möglichkeiten für eine bedürfnisgerechtere Gestaltung der Versorgung eröffnet.

2 Begriffsdefinitionen und übergeordnete Aspekte

Um im Rahmen dieser Arbeit von gleichen Begriffsinhalten auszugehen, werden im folgenden Abschnitt die zentralen Begriffe und deren inhaltliche Komponenten definiert.

2.1 Patientenbegriff

Etymologisch geht die aus dem 16. Jahrhundert stammende Patientenbezeichnung auf das lateinische Partizipialadjektiv „patiens“, das „erdulend“ oder „ertragend“ bedeutet, zurück.¹⁵ Dieser Begriff legt ein Rollenbild nahe, bei dem ein unmündiger Kranker seine Behandlung geduldig und passiv erleidend hinnimmt. Das darin ausgedrückte Patientenbild wurde bis Mitte des 20. Jahrhunderts der Arzt-Patienten-Beziehung zugrunde gelegt.¹⁶ Tatsächlich zeigen heute jedoch viele Menschen ein emotional geprägtes, hohes Eigeninteresse an Ihrer Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe ohne körperliche Einschränkungen,¹⁷ weswegen heute das Arzt-Patienten-Verhältnis wesentlich stärker auf Gleichberechtigung als früher beruht und das Verständnis einer passiven, unselbständigen Rolle des Patienten nicht mehr zeitgemäß ist.¹⁸ Die Patientendefinition im Rahmen dieser Arbeit soll sich daher an solchen wie der von Neuberger¹⁹ oder Herxheimer und Goodare²⁰ orientieren, die sowohl den gesunden Vorsorgenden als auch den behandlungsbedürftig Kranken sowie eine stärkere Patientenautonomie beinhalten. Gleichzeitig berücksichtigt das hier zugrunde gelegte Patientenbild, dass ein selbstbestimmtes Handeln auch kontextabhängig von Faktoren wie dem Bildungs- oder Gesundheitsstatus bestimmt wird und mit einer Patientensteuerung unterschiedliche Unterstützungsbedarfe verknüpft sind.²¹

¹⁵ Vgl. Riecke, J. (Hrsg.) (2014), S. 621.

¹⁶ Vgl. Coulter, A. (1999), S. 719; Parsons, T., Fox, R. (1952), S. 31-44.

¹⁷ Vgl. Bundeskanzleramt (2016), S. 18-33; Marstedt, G., Reiners, H. (2016), S. 19-21; Lederer, H. D. (1957), S. 42.

¹⁸ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 112; Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., Sharpe, N. (2005), S. 345-346.

¹⁹ Vgl. Neuberger, J. (1999), S. 1756-1757.

²⁰ Vgl. Herxheimer, A., Goodare, H. (1999), S. 3-6.

²¹ Vgl. Dieterich, A. (2007), S. 2491.

2.2 Patientensteuerung

Im Sinne der Definition von Managed Care wird unter Patientensteuerung in diesem Zusammenhang ein Maßnahmenbündel verstanden, das darauf zielt, gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu steigern und die Kosten derselben zu senken, indem der Versorgungsprozess des Patienten an evidenzbasiert optimalen Kriterien ausgerichtet wird.²² Im Rahmen dieser Arbeit wird die evidenzbasierte Patientensteuerung getrennt nach sechs Teilkomponenten betrachtet und auf die Hauptakteure Patienten, Ärzte und Krankenkassen bezogen, wobei eine zu jeder Komponente formulierte Kernfrage konkretisiert, worum es im jeweiligen Teilbereich geht:

1. Was motiviert die Akteure an einer Patientensteuerung aktiv mitzuwirken (motivatorische Aspekte)?
2. Welche strukturellen Gegebenheiten können eine Patientensteuerung unterstützen (strukturelle Komponente)?
3. Welche Kompetenzen und welche (informationellen) Inhalte sind aufseiten der jeweiligen Akteure notwendig, um eine Patientensteuerung zu gewährleisten (medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte)?
4. Welche qualitativen Effekte können durch die Mitwirkung des betreffenden Akteurs erzielt werden und welche Qualitätsdaten können die Patientensteuerung befördern (qualitative Komponente)?
5. Welche potenziellen wirtschaftlichen Effekte sind mit einer Patientensteuerung verbunden (wirtschaftliche Perspektive)?
6. In welchem rechtlichen Rahmen kann eine Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung stattfinden und welche Regelungen gelten für die jeweiligen Akteure (rechtliche Grundlagen)?

Diese Teilbereiche werden in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert und grundlegende Aspekte dieser Komponenten, die sich auf alle drei Akteure in gleichem Maße beziehen, in diesem Kapitel jeweils nur einmal behandelt.

²² Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 19-21.

2.2.1 Motivatorische Aspekte

Zunächst wird in der ersten Teilkomponente eruiert, was Patienten, Ärzte und Krankenkassen dazu motiviert, aktiv an der Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung mitzuwirken. Dabei steht in den Kapiteln 6.1.1, 6.2.1 und 6.3.1 die Frage im Zentrum, welche Motive, Präferenzen und Bedürfnisse die Beteiligten dazu bewegen, ein bestimmtes Ziel zu verfolgen und wie sie davon überzeugt werden können, sich im Sinne des Modells der Patientensteuerung zu verhalten. Da die Akteure im Rahmen der Integrierten Versorgung sowohl als Einzelpersonen, beispielsweise als einzelner Patient oder einzelner niedergelassener Arzt, als auch als Vertreter einer Organisationsstruktur, beispielsweise als angestellter Arzt in einem Krankenhaus oder MVZ, involviert sein können, muss grundsätzlich sowohl die Motivation aus individueller als auch organisationsbezogener Perspektive beleuchtet werden.

2.2.1.1 Motivation als Triebfeder des Individuums

Bedürfnisse bzw. die Bedürfnisbefriedigung sind die maßgeblichen Quellen der Motivation des Individuums und je stärker dessen Bedürfnisse befriedigt werden, desto höher liegt das Niveau der Zufriedenheit.²³ In diesem Zusammenhang beschreiben unter anderem Maslow²⁴, Alderfer²⁵, Dawis/ Loftquist²⁶ und Murray²⁷ in ihren Theorien die grundlegenden menschlichen Bedürfnisse physiologischer, sicherheitsbezogener oder sozialer Art. Bereits auf dieser sehr grundlegenden Bedürfnisebene lassen sich aus diesen Theorien unmittelbare Implikationen für die konkrete motivationsbezogene Gestaltung einer Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung ableiten, da die Patientensteuerung von einem kooperativen Netzwerk getragen wird, in dem Aspekte wie Sicherheit, sozialen Beziehungen oder Autonomie eine elementare Rolle spielen. Dies wird beispielsweise in Bezug auf die Ärzte in Kapitel 6.2.1.2 deutlich. Grundsätzlich stehen intrinsische Motivationselemente, die dem persönlichen Interesse entspringen oder als Herausforderung angesehen werden, sowie extrinsische Motivationsfaktoren, die mit der Erwartung einer materiellen oder immateriellen Belohnung verknüpft sind, zur Verfügung.²⁸

²³ Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 17-18.

²⁴ Vgl. Maslow, A. H. (1943).

²⁵ Vgl. Alderfer, C. P. (1972).

²⁶ Vgl. Dawis, R. V., Lofquist, L. H. (1981).

²⁷ Vgl. Murray, H. A. (2008).

²⁸ Vgl. Levesque, Roger J. R. (2011), S. 1478-1479.

Ein integrationsbasiertes Steuerungsmodell zielt darauf, das Verhalten des Einzelnen im Patienten-, Leistungserbringer- und Kostenträgerbereich zu beeinflussen. Dies kann insbesondere dann gelingen, wenn die Motivation bedürfnisadäquat auf eine Verhaltensmodifikation ausgerichtet ist.²⁹ Um in diesem Zusammenhang Motivation bewusst zu fördern, sind Einblicke in die betreffenden Motivationsstrukturen und -prozesse vonnöten. Nach George und Jones setzt sich Motivation in struktureller Hinsicht aus den Teilaspekten Richtung, Leistungsbereitschaft und Durchhaltevermögen zusammen.³⁰ Im Hinblick auf den Prozess der Motivationsentstehung sehen Pritchard und Ashwood die fünf miteinander verbundenen Komponenten Aktivitäten, Resultate, Evaluation, Auswirkungen und Bedürfnisbefriedigung.³¹ In diesem Zusammenhang beschreiben Aktivitäten Tätigkeiten, die in eine bestimmte Aufgabe fließen, um bestimmte Ergebnisse zu erzielen.³² Diese Ergebnisse werden im nächsten Schritt daraufhin evaluiert, inwiefern diese zur Nutzenschaffung beitragen, und danach treten die damit verbundenen positiven und negativen Auswirkungen auf, beispielsweise in Form von Belohnungen oder auch Kritik, und die Art der Auswirkungen entscheidet wiederum darüber, wie hoch im letzten Prozessschritt der Beitrag zur Bedürfnisbefriedigung ausfällt.³³ Damit der Motivationsprozess gut funktioniert, müssen die Verbindungen unter diesen Komponenten stark sein, wobei das Aktivität-Resultat-Verhältnis spiegelt, wie viel Energie in den Prozess fließt und das Resultat-Evaluation-Verhältnis offenbart, welche Prioritäten der Bewertende setzt.³⁴ Daher ist es unter anderem wichtig, das Spektrum unterschiedlicher Bedürfnis- und Priorisierungsmuster zu kennen, um diesen entsprechen zu können. Im Sinne der Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg müssen dabei die Aspekte des Versorgungsgeschehens berücksichtigt werden, die zwar Unzufriedenheit verhindern, aber keine Zufriedenheit erzeugen können (Hygienefaktoren), und die, die das Potenzial haben, zu einer Erhöhung der Zufriedenheit beizutragen (Motivatoren).³⁵

2.2.1.2 Motivationsfördernde Organisationsstrukturen

Da gerade auf der Leistungserbringer- und Kostenträgerseite, insbesondere mit Krankenhäusern und Krankenkassen, größere Organisationen be-

²⁹ Vgl. Botvinick, M., Braver, T. (2015), S. 100.

³⁰ Vgl. George, J. M., Jones, G. R. (2008), S. 181-182.

³¹ Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 19.

³² Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 19-21.

³³ Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 21-24.

³⁴ Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 25-38.

³⁵ Vgl. Herzberg, F. (1965), S. 369-376.

teiligt sind und ein integriertes Versorgungsmodell selbst über eine funktionierende Organisationsstruktur verfügen muss, müssen die in Kapitel 2.2.1.1 beschriebenen Implikationen für die Motivation des Einzelnen Beachtung finden und darüber hinaus die in der Integrierten Versorgung vorhandenen Organisationsstrukturen auf die Motivationsförderung ausgerichtet sein. Dieses Ziel wird insbesondere durch die Wahl des passenden Führungsmodells erreicht, durch das die in einer Vision und Mission verankerten Organisationsprinzipien im Versorgungsalltag umgesetzt und gelebt werden (Leadership).³⁶ Die Motivationsförderung erreicht Leadership unter anderem durch die Formulierung klarer Ziele oder die Schaffung einer Vertrauenskultur.³⁷

Wie die Förderung der Motivation der an der Integrierten Versorgung Beteiligten konkret gestaltet werden kann, wird in Bezug auf Patienten, Ärzte und Krankenkassen in den Kapiteln 6.1.1, 6.2.1 und 6.3.1 ausführlich behandelt.

2.2.2 Strukturelle Komponente

Aus der Erkenntnis darüber, was die Motivation der Beteiligten fördert oder hemmt, wird dann in der zweiten Teilkomponente abgeleitet, welche Strukturen vorgehalten werden müssen, um im Hinblick auf eine Patientensteuerung die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit und Kooperation gezielt zu fördern bzw. motivationshemmende Faktoren zu überwinden.

Das Funktionieren eines integrierten Versorgungsmodells hängt maßgeblich von Strukturen ab, die das Folgende bewirken müssen:³⁸

1. Sektorübergreifende Integration des gesamten Behandlungsprozesses
2. Kooperation der Leistungserbringer in Bezug auf Inhalte und Ziele der Behandlung
3. Koordination der Aktivitäten und Teilbereiche des Versorgungsgeschehens
4. Kommunikation über Diagnostik- und Behandlungsinhalte
5. Informationstransfer in Form eines Behandlungsdatenaustauschs

Bedingt durch die sektorale Trennung ist das Versorgungsgeschehen in weiten Teilen des Gesundheitswesens organisatorisch-infrastrukturell stark fragmentiert. Dagegen steht in integrierten Versorgungsmodellen

³⁶ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Bucci, R. V. (2014), S. 9-20.

³⁷ Vgl. Peters, T. (2015), S. 71-97.

³⁸ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 107.

die Überwindung intersektoraler Versorgungsbrüche, aber auch die bessere Vernetzung der Behandlungsbeteiligten innerhalb des jeweiligen Sektors im Vordergrund, wodurch Patienten leichter auf einen lückenlosen Behandlungspfad gesteuert werden können. Wie diese Strukturkomponenten im Umfeld von Patienten, Ärzten und Krankenkassen steuerungsunterstützend eingesetzt werden können, wird im Rahmen dieser Arbeit in den Kapiteln 6.1.2, 6.2.2 und 6.3.2 näher beleuchtet.³⁹

2.2.3 Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte

Daran anknüpfend wird in der dritten Teilkomponente beschrieben, über welche Steuerungskompetenz und Informationen die Beteiligten verfügen müssen bzw. welche Inhalte die Infrastruktur des Integrationsmodells zum Zwecke der Patientensteuerung zur Verfügung stellen sollte.

Zunächst müssen die Vertragspartner die Inhalte eines idealtypischen Behandlungsablaufs für die betreffenden Patientengruppen sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht abstimmen. Auch wenn bei der Auswahl und Priorisierung dieser Inhalte eine federführende Rolle von Ärzten bedingt durch deren medizinische Expertise sinnvoll ist, sollten dennoch bereits in der Entwicklungsphase der Patientensteuerung ergänzend sowohl Kostenträger als auch Patienten bzw. Patientenvertreter eingebunden werden, um auch diesen Teilbereich des Versorgungsmodells im Sinne aller an der Integrierten Versorgung Teilnehmenden zu gestalten und dessen Akzeptanz sicherzustellen.⁴⁰ Um die praktische Realisierung einer Patientensteuerung zu erleichtern, müssen die benötigten steuerungsbezogenen Kompetenzen gezielt gefördert werden und Informationsinhalte müssen in die Infrastruktur der Integrierten Versorgung eingebettet sein. Bezogen auf Patienten, Ärzte und Krankenkassen wird dieser Aspekt in den Kapiteln 6.1.3, 6.2.3 und 6.3.3 vertieft.

2.2.4 Qualitative Komponente

Der Gesetzgeber bringt in § 140a Abs. 2 SGB V zum Ausdruck, dass er mit der Integrierten Versorgung unter anderem das Ziel einer gesteigerten Versorgungsqualität verbindet und der Sachverständigenrat Gesundheit sieht in der Integrierten Versorgung ein effektives Instrument zur Beseiti-

³⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 106-108.

⁴⁰ Vgl. Sänger, S., Brunsmann, F., Englert, G. et al. (2007), S. 109-116.

gung von Qualitätsdefiziten in der Gesundheitsversorgung.⁴¹ Qualitätsdaten kommt insbesondere deshalb eine besondere Bedeutung zu, da diese das Potenzial besitzen, bei Patienten, Ärzten und Krankenkassen eine motivatorische Wirkung in Bezug auf die Teilnahme an der Integrierten Versorgung und die Mitwirkung an der Patientensteuerung zu entfalten (siehe dazu Kapitel 6.1.1, 6.2.1 und 6.3.1). Aufgrund dieser Schlüsselrolle werden in den Kapiteln 6.1.4, 6.2.4 und 6.3.4 zum einen die qualitativen Effekte, die im Einflussbereich des jeweiligen Akteurs liegen, dargestellt und zum anderen die Funktion von Qualitätsdaten beleuchtet.

In dieser vierten Teilkomponente wird in Bezug auf Qualitätsdaten formuliert, welche Leistungsparameter in der Integrierten Versorgung evaluiert und die Ergebnisse daraus bereitgestellt werden müssen, um allen Steuerungsbeteiligten einen qualitätsbezogenen Orientierungsmaßstab und eine objektive Entscheidungsgrundlage zu bieten. Die bereits in den 1990er Jahren angefertigten Literaturanalysen zum Einfluss von Managed-Care-Strukturen auf die Ergebnis- und Prozessqualität konnten zwar noch keine qualitative Überlegenheit von solchen Strukturen ermitteln,⁴² aber die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Zusammenstellung eines Indikatorensystems angesichts der Komplexität von Qualität keine triviale Aufgabe darstellt und bisher hierzu keine abschließenden Empfehlungen ausgesprochen werden können.⁴³ Zunächst müssen die Beteiligten ein gemeinsames Qualitätsverständnis entwickeln, wobei Definitionen wie die von Donabedian, der nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet,⁴⁴ oder Viethen, bei dem die Patientenperspektive einen integralen Bestandteil seines Qualitätsbegriffs darstellt,⁴⁵ Orientierung geben können.⁴⁶ Da der Schwerpunkt dieser Arbeit nicht auf der Messung der Qualität im Einzelnen liegt, sondern darauf, wie die Qualität im Allgemeinen durch Patientensteuerung verbessert werden kann, werden diese Definitionen von Qualität an dieser Stelle exemplarisch und aus Gründen der Vollständigkeit genannt, ohne dass dieser Aspekt im Folgenden noch weiter vertieft wird. Dabei ist die Qualitätsmessung in der Medizin nicht nur deshalb mit einer hohen Komplexität verbunden, weil das Qualitätsverständnis der beteiligten Ärzte, Patienten und Kostenträ-

⁴¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 226.

⁴² Vgl. Dudley, R. A., Miller, R. H., Korenbrot, T. Y., Luft, H. (1998), S. 668-673; Robinson, R., Steiner, A. (1998), S. 89-120.

⁴³ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 351; Robinson, R., Steiner, A. (1998), S. 115-120.

⁴⁴ Vgl. Donabedian, A. (1980), S. 79-128.

⁴⁵ Vgl. Viethen, G. (1995), S. 11.

⁴⁶ Vgl. Emmert, M. (2008), S. 11-16.

ger häufig nicht deckungsgleich ist, sondern auch weil zunächst alle relevanten Dimensionen der medizinischen Qualität einbezogen und Möglichkeiten der Risikoselektion, beispielsweise durch eine adäquate Risikoadjustierung, zuverlässig ausgeschlossen werden müssen.⁴⁷ Bisher konnten Untersuchungen aber bereits nachweisen, dass Faktoren wie eine bessere Dokumentation der Behandlungshistorie, die Berücksichtigung der Risikofaktoren des Patienten, eine wirkungsvollere Überwachung der Patientencompliance sowie eine bessere Einhaltung von Behandlungsstandards zu einer höheren Prozessqualität in MCOs führen.⁴⁸ Um die an Indikatoren gestellten Anforderungen erfüllen und steuerungsunterstützend wirken zu können, müssen die in diesem Zusammenhang bereitgestellten Qualitätsdaten über die in Tabelle 1 aufgeführten Eigenschaften verfügen.

Im Sinne des Integrationsgedankens bestünde das Optimum in einem gleichermaßen für den ambulanten und stationären Bereich geeigneten, sektorübergreifenden Qualitätssicherungssystem, was allerdings davon konterkariert wird, dass die Standards der Qualitätssicherung im ambulanten-vertragsärztlichen und stationären Bereich sich so stark unterscheiden, dass bisher noch keine sektorübergreifenden, populationsorientierten Indikatorensysteme existieren.⁴⁹

Aus diesem Grund werden die existierenden Ansätze zur Qualitätsdatenstrukturierung zwar getrennt nach der ambulanten und stationären Versorgung in den beiden Unterkapiteln 2.2.4.1 und 2.2.4.2 dargestellt, aber trotzdem ein Augenmerk auf die Entwicklungsperspektive hin zu einem sektorübergreifenden Ansatz gelegt.

2.2.4.1 Qualitätsdaten ambulante Versorgung

Da bei Kennzahlensystemen wie den Ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), hinter denen ein einzelsektoraler Akteur steht,⁵⁰ keine Weiterentwicklung zu einer sektorübergreifenden Qualitätsmessung zu erwarten ist,⁵¹ wirken andere Alternativen, beispielsweise das aus 130 Indikatoren bestehende Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

⁴⁷ Vgl. am Beispiel von Brustchirurgie Kaufman, C. S., Landercasper, J. (2011).

⁴⁸ Vgl. Dudley, R. A., Miller, R. H., Korenbrot, T. Y., Luft, H. (1998), S. 679; Robinson, R., Steiner, A. (1998), S. 79-97.

⁴⁹ Vgl. Amelung, V., Gerlach, F., Gruhl, M. et al. (2017), S. 11; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 215.

⁵⁰ Vgl. Wetzels, M., Hildebrandt, H., Kleudgen, S. (2014), S. 548.

⁵¹ Vgl. Seeger, D. G. (2013), S. 63.

(QISA), für die Anwendung in der Integrierten Versorgung aussichtsreicher.⁵²

Eigenschaft	Erläuterung
Validität	Bestimmungsgemäße Messung der intendierten Qualitätsaspekte, ohne das Auftreten systematischer Fehler oder Verzerrungen
Reliabilität	Zuverlässigkeit der Messmethode, d. h. eine Wiederholung der Anwendung auf die gleiche Konstellation führt zu gleichen Ergebnissen
Sensitivität	Reaktion des Indikators auf Veränderungen des Versorgungsgeschehens
Praktikabilität	Aufwandsarme Umsetzung
Evidenzbasierung (Leitlinienorientierung)	Orientierung des Indikators an evidenzbasierten Leitlinien oder Stützung der Methode durch wissenschaftlich fundierte Studien
Reduzierung der Morbidität	Verbindung von Veränderungen des Indikators in die angestrebte Richtung mit Reduktion der Krankheitslast bei den betroffenen Patienten
Kosteneffektivität	Verbindung von Veränderungen des Indikators in die angestrebte Richtung mit Reduktion der krankheitsassoziierten Kosten
Indikatortauglichkeit	Hinweise auf Eignung des Indikators aus praktischen Erfahrungen mit demselben aus bereits existierenden Messsystemen
Eignung für Integration in Qualitätsmanagement	Lage des Indikators im Einflussbereich von Ärzten und Patienten

Tabelle 1: Anforderungen an Qualitätsindikatoren⁵³

⁵² Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R. (2009).

⁵³ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R. (2009), S. 27.

Dieses wurde gemeinsam vom Institut für angewandte Qualitätsforschung (AQUA) und dem AOK-Bundesverband entwickelt und bereits in Integrationsmodellen angewandt.⁵⁴ QISA wurde zwar ebenfalls explizit für den Einsatz im ambulanten Bereich konzipiert, aber neben der Berücksichtigung der in Tabelle 1 beschriebenen Gütekriterien besteht der entscheidende Vorteil darin, dass die Betätigungsfelder der hinter dem QISA-System stehenden Entwicklungsprotagonisten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verortet sind. Dabei bildet kein einzelner Indikator alleine die Versorgungsqualität ab. Ähnlich wie bei einem Mosaik formt eine größere Zahl systematisch ausgewählter Indikatoren ein strukturiertes Gesamtbild, bei dem eine Vielzahl verschiedener Qualitätsfacetten Berücksichtigung finden und Verzerrungen, wie sie durch Ausreißer bei Einzelindikatoren möglich sind, vermieden werden. Ähnlich wie im Qualitätsverständnis von Lungen und Lauterbach, in dem ein breites Spektrum aus präventiven, palliativen, kurativen Maßnahmen sowie akute und chronische Krankheiten Berücksichtigung finden,⁵⁵ fließen dabei die verschiedenen Dimensionen der Versorgung in Module gegliedert ein.⁵⁶

Auf einer übergeordneten Ebene sind folgende, im Rahmen eines netzwerkübergreifenden Qualitätsmanagements nutzbare Module angesiedelt:⁵⁷

- Einführung in das QISA-System (A)
- Versorgungsmodellübergreifende Indikatoren für eine „integrierte Gesamtperspektive“ (B)

Auf der Ebene der individuellen Patientenversorgung finden sich folgenden Module:⁵⁸

- Erkrankungsbereiche mit höchster Relevanz (C.1 bis C.8),
- Pharmakotherapie (D),
- Prävention (E.1 und E.2),
- Palliativversorgung (F.1),
- Multimorbidität (F.2)

⁵⁴ Vgl. Rieser, S. (2009).

⁵⁵ Vgl. Lungen, M., Lauterbach, K. (2002), S. 12.

⁵⁶ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 53-54.

⁵⁷ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 53-54.

⁵⁸ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 53-54.

Über dieses Indikatorenset wird beispielsweise im Bereich der Behandlung von KHK-Patienten erfasst, welcher Anteil von ihnen nach einem Myokardinfarkt mit Betablockern versorgt wird, da Betablocker bei dieser Patientengruppe die Mortalitätsrate und kardiovaskuläre Morbidität senken, weshalb dieser Anteil den Erfolg der Versorgungssteuerung widerspiegelt.⁵⁹ Dem in den Kapiteln 5.5 und 6.1.4.1 beschriebenen Grundgedanken folgend, nach dem ein systematisches Präventionsangebot einen integralen Bestandteil des integrierten Versorgungsgeschehens darstellt, umfassen auch die QISA-Indikatoren Komponenten, die Beratungs- und Kursangebote zur Prävention abbilden.⁶⁰

Bisher findet die praktische Anwendung der QISA-Indikatoren in Projekten wie „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) statt, bei denen auf eine zusätzliche Datenerhebung eigens für die Qualitätsmessung verzichtet wird und stattdessen die zum Zwecke der Abrechnung erfassten Routinedaten herangezogen werden.⁶¹ Dieses Vorgehen bietet den Vorteil eines geringen Erhebungsaufwands, womit das Kriterium der Aufwandsarmut erfüllt wird (siehe Tabelle 1).⁶² Ein weiterer elementarer Vorteil von QISA besteht darin, dass dieses Indikatorensystem speziell für den Einsatz in Ärztenetzen konzipiert wurde und zusammen mit teilnehmenden Ärztenetzen erprobt und weiterentwickelt wird.⁶³

Trotz vielversprechender Aspekte dieses Systems, hat QISA auch entscheidende Schwachstellen. So birgt die Fokussierung auf Routinedaten den Nachteil, dass diese Daten qualitätsrelevante Inhalte häufig gar nicht oder nur unzureichend abbilden.⁶⁴ Daher besteht die Notwendigkeit, ergänzend auch Daten unmittelbar zum Zweck der Qualitätsmessung zu erheben, um die Schwäche von Routinedaten auszugleichen.⁶⁵ Darüber hinaus erfüllen die QISA-Indikatoren auch insofern nicht die Optimalbedingungen, als dass mit dem AOK-Bundesverband ein Vertreter der Kostenträgerseite und damit ein potenziell von Eigeninteressen geleiteter Entwicklungspartner beteiligt war, was bei Ärzten und Patienten angesichts einer eingeschränkten Neutralität zu Vorbehalten führen kann. Um

⁵⁹ Vgl. Milde, S., Arnold, M. (2014), S. 14-15.

⁶⁰ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 55.

⁶¹ Vgl. Arnold, M., Milde, S. (2015), S. 15.

⁶² Vgl. Chenot, J.-F. (2010), S. 213.

⁶³ Vgl. Milde, S., Arnold, M. (2014), S. 15; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 215.

⁶⁴ Vgl. Heller, G., Szecsenyi, J., Willms, G., Broge, B. (2014), S. 468.

⁶⁵ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 57.

die langfristige Akzeptanz der Qualitätsmessung in der Integrierten Versorgung bei allen Modellbeteiligten nachhaltig zu stärken, wäre ein Indikatorensystem, dessen Entwicklung in den Händen einer neutraleren Institution mit breiterer Trägerschaft wie beispielsweise dem IQTIG liegt, wünschenswert (siehe dazu auch Kapitel 5.3 und 5.4).

2.2.4.2 Qualitätsdaten stationäre Versorgung

Vorhandene Studien zu Public Reporting im stationären Bereich deuten zum überwiegenden Teil darauf hin, dass die kommunizierten Qualitätsinformationen eine patientensteuernde Wirkung entfalten können, vorrangig bei elektiven Prozeduren.⁶⁶ Gleichzeitig unterstreichen die bestehenden Qualitätsunterschiede und -mängel in der stationären Versorgung die Notwendigkeit wirksamerer Steuerungsmechanismen.⁶⁷ In Deutschland treten pro Jahr bei 5 - 10 % der stationären Behandlungsfälle unerwünschte Ereignisse auf, von denen rund die Hälfte vermeidbar wäre – etwa 1 ‰ der Patienten bzw. rund 18.800 Patienten sterben sogar infolge von solchen unerwünschten Ereignissen.⁶⁸ Um an dieser Stelle zu steuern, sollen die strukturierten Qualitätsberichte, die Krankenhäuser nach den Vorschriften des § 136b SGB V veröffentlichen müssen, sowohl Patienten als auch Ärzte und Krankenkassen über die Leistungsqualität des jeweiligen Krankenhauses informieren und Krankenhäusern die Möglichkeit geben, ihre Leistungsqualität im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit darzustellen.⁶⁹ Die Aussagekraft der darin dargestellten Indikatoren ist jedoch durch die Beschränkung auf den stationären Behandlungsabschnitt begrenzt und deswegen sowohl für zuweisende Ärzte als auch für Patienten nur eingeschränkt als Entscheidungsgrundlage nutzbar.⁷⁰

Auch die zur Verfügung stehenden DRG-Abrechnungsdaten, die Daten sowohl von privat und gesetzlich Versicherten als auch von Selbstzahlern umfassen, dürfen derzeit aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht in ihrer Gesamtheit für Auswertungen für den Qualitätsvergleich genutzt werden.⁷¹ Der Blick über die Grenzen von Deutschland kann Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der hiesigen Portallandschaft liefern, weil insbesondere im angloamerikanischen Raum das Public Reporting eine lange

⁶⁶ Vgl. Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017), S. 68-70; Emmert, M., Gemza, R., Schöffski, O., Sohn, S. (2012), S. 25-41.

⁶⁷ Vgl. am Bsp. von Hüft- und Kniegelenkersatz Jeschke, E. (2017), S. 111.

⁶⁸ Vgl. Geraedts, M. (2014), S. 3.

⁶⁹ Vgl. Riehle, M., Hoffmann, R. (2005), S. 694.

⁷⁰ Vgl. Lütticke, J., Schellschmidt, H. (2004), S. 204.

⁷¹ Vgl. Mansky, T., Drogan, D., Nimptsch, U., Günster, C. (2017), S. 171.

Tradition hat.⁷² Im internationalen Vergleich belegt Deutschland zwar bei der Sammlung von Daten zur Versorgungsqualität einen Spitzenplatz, lässt aber die damit verbundene Chance eines qualitätsorientierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen in weiten Teilen ungenutzt.⁷³ Bezogen auf den deutschen Kontext muss daher geprüft werden, welche Daten im Rahmen der Integrierten Versorgung in einer steuerungswirksamen Weise genutzt werden können und wie diese aufbereitet werden müssen.

2.2.5 Wirtschaftliche Perspektive

Der Gesetzgeber verweist in § 140a Abs. 2 SGB V darauf, dass er mit der Integrierten Versorgung neben Qualitätsverbesserungen auch das Ziel einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit verfolgt und der Sachverständigenrat Gesundheit sieht in hohem Maße bisher ungenutzte Wirtschaftlichkeitspotenziale in einer besseren Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Versorgungsbeteiligten der verschiedenen Sektoren.⁷⁴ Daher wird in der fünften Teilkomponente das Wirtschaftlichkeitspotenzial beschrieben, das eine ideal ablaufende Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung eröffnet. Diese Potenzialfelder werden in den Kapiteln 6.1.5, 6.2.5 und 6.3.5 im Zusammenhang mit demjenigen Versorgungsbeteiligten beschrieben, in dessen Einflussbereich sie maßgeblich liegen. Auch diese Perspektive der Patientensteuerung muss alle Versorgungsbeteiligten einbeziehen und dabei die Möglichkeiten und Grenzen einer ökonomischen Mitverantwortung von Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern berücksichtigen. Empirische Untersuchungen entkräften zudem die Befürchtung, dass eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit zulasten der Qualität gehen muss, was in besonderem Maße die bessere Nutzung von Effizienzpotenzialen im Versorgungsgeschehen nahelegt.⁷⁵

2.2.6 Rechtliche Grundlagen

In der sechsten Teilkomponente wird darauf eingegangen, welchen rechtlichen Rahmen der Gesetzgeber für die Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung vorgegeben hat bzw. welche Beschränkungen er den Vertragspartnern an dieser Stelle auferlegt.

⁷² Vgl. Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017), S. 70-76; Lansky, D. (1998), S. 40; Iezzoni, L. I. (1996).

⁷³ Vgl. Neumann, K., Gierling, P., Peters, B., Dietzel, J. (2013), S. 13-30.

⁷⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 226.

⁷⁵ Vgl. Born, P. H., Simon, C. J. (2001), S. 172-173.

Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz fällt die Integrierte Versorgung in den Bereich der „Besonderen Versorgung“.⁷⁶ Auf der einen Seite räumt § 140a SGB V in Abs. 2 eine Abweichung von den für die Regelversorgung geltenden Vorschriften ein. Auf der anderen Seite müssen die Kooperationsbeziehungen so gestaltet werden, dass sie nicht als widerrechtliche Wettbewerbsbeschränkung ausgelegt werden können oder gegen die Anti-Korruptionsgesetzgebung verstoßen.⁷⁷ Im Sinne einer gesteigerten Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungsgeschehens gilt es daher, die eingeräumten Spielräume zu nutzen und dabei die Grenzen der gewährten Gestaltungsflexibilität sorgfältig zu prüfen. Die für die Patienten, Ärzte und Krankenkassen in Bezug auf die Integrierte Versorgung geltenden Bestimmungen werden in den Teilkapiteln 6.1.6, 6.2.6 und 6.3.6 weiter vertieft.

2.3 Integrierte Versorgung

Die derzeit geltende Gesetzesgrundlage der Integrierten Versorgung aus § 140a SGB V, die sich in Anhang A findet, bildet inzwischen einen Teil der sogenannten „Besonderen Versorgung“. Darin definiert der Gesetzgeber die Integrierte Versorgung in § 140a Abs. 1 SGB V als „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“. Eine solche Versorgungsform ist notwendig, weil durch eine zunehmende Spezialisierung in der Medizin das Problem der unzureichenden Koordination der Leistungserbringung und der damit verbundenen Unter-, Über- und Fehlversorgung wächst, weswegen der Sachverständigenrat Gesundheit im Jahr 2001 diesem Thema ein Gutachten widmete.⁷⁸

Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 fand die Integrierte Versorgung Eingang in das fünfte Sozialgesetzbuch.⁷⁹ Nachdem diese Versorgungsform jedoch bei den Akteuren des Gesundheitssystems zunächst auf wenig Resonanz stieß,⁸⁰ erweiterte der Gesetzgeber die Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume für die Integrierte Versorgung und führte die finanzielle Förderung der Anschubfinanzierung ein,⁸¹ was einen deutli-

⁷⁶ Vgl. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2015), S. 1232-1233.

⁷⁷ Vgl. Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (2016), S. 1254-1256.

⁷⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (1999), S. 1-616.

⁷⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (1999), S. 17-19.

⁸⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 230-232.

⁸¹ Vgl. Deutscher Bundestag (2003), S. 38-40.

chen Anstieg der Anzahl an Verträgen der Integrierten Versorgung nach sich zog (siehe Abbildung 1). Gleichzeitig führt Abbildung 1 aber auch die Stagnation bei der Entwicklung der Vertragszahlen nach 2007 vor Augen und verdeutlicht, dass die Anschubfinanzierung im Sinne ihrer Bestimmung der Integrierten Versorgung die benötigte Starthilfe geboten hat, aber eine Fortführung einer finanziellen Unterstützung notwendig ist, um das Stadium der Leuchtturmprojekte noch weiter hinter sich zu lassen und der Integrierten Versorgung zu der Relevanz zu verhelfen, die aus der Versorgungsperspektive sinnvoll und notwendig ist. Insofern stellt die Förderung durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes in § 92a SGB V Eingang gefunden hat,⁸² eine konsequente und unabdingbare Unterstützung für neue Versorgungslösungen im Rahmen der Integrierten Versorgung dar.

Der Sachverständigenrat Gesundheit sieht in Deutschland in Bezug auf eine bedarfsgerechte Patientensteuerung dringenden Handlungsbedarf.⁸³ Dass in diesem Zusammenhang eine selektivvertragliche Integrierte Versorgung nach wie vor notwendig ist, führen nicht zuletzt diverse erfolglose Versuche des Gesetzgebers, sektorübergreifende Versorgungsansätze innerhalb des Kollektivvertragssystems zu etablieren, vor Augen und es stellt sich die Frage, wie mittel- bis langfristig ärztliche Kooperationsstrukturen ins Kollektivvertragssystem integriert werden können.⁸⁴ Aber auch in Bezug auf die aktuell für die Integrierte Versorgung geltenden Rahmenbedingungen muss sich noch zeigen, inwiefern diese eine Patientensteuerung befördern. Die Tatsache, dass § 92a Abs. 3 SGB V eine Förderung von innovativen Modellen wie der Integrierten Versorgung für eine Zeitdauer von maximal vier Jahren vorsieht, kann sich problematisch auswirken, weil gerade die Planung und Etablierung von komplexen Steuerungsprozessen mit einem erhöhten Zeitbedarf einhergehen und die bisher gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass ein integriertes Versorgungsmodell einen Freiraum auch in zeitlicher Hinsicht benötigt, um sein volles Potenzial zu entfalten.⁸⁵

⁸² Vgl. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2015), S. 1222-1223.

⁸³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 45-50.

⁸⁴ Vgl. Gabriel, J. (2017), S. 15; Greß, S., Schnee, M. (2017), S. 11-14.

⁸⁵ Vgl. Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 325-327.

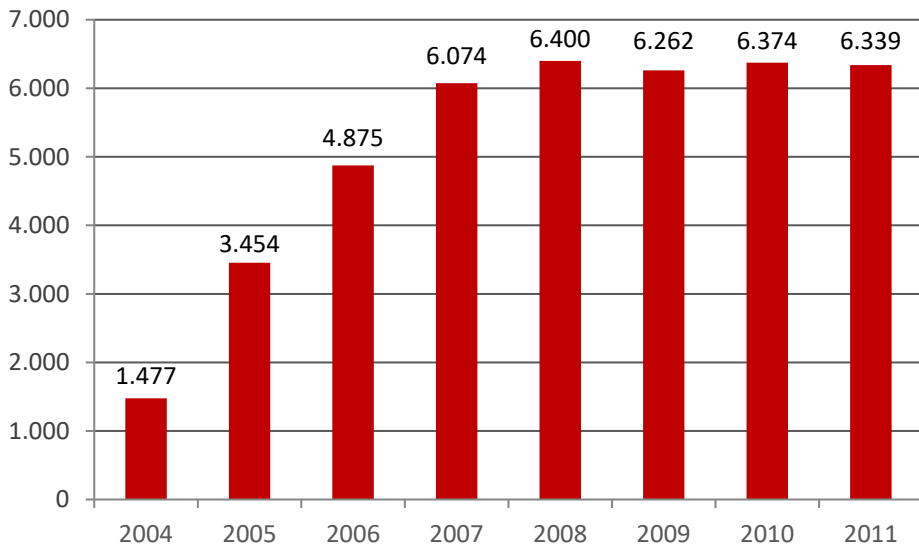


Abbildung 1: Verträge zur Integrierten Versorgung 2004 - 2011⁸⁶

Erste Ärztenetze, die häufig die Basis für die Zusammenarbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung bilden, wurden bereits Ende der 1990er Jahre gegründet,⁸⁷ aber aktuell haben in der Praxis erst sehr wenige Modelle der Integrierten Versorgung faktenbasiert belegen können, dass ihre Strukturen tatsächlich zu einer besseren Versorgung führen.⁸⁸ Gleichzeitig deutet sich, unterstützt durch finanzielle Förderungen, eine zunehmende Professionalisierung von ärztlichen Vernetzungsstrukturen an.⁸⁹ Von bestehenden Leuchtturmprojekten werden exemplarisch im Folgenden die prosper-Netze der Knappschaft, das Ärztenetz UGOM und das Gesunde Kinzigtal vorgestellt. Diese drei Projekte wurden ausgewählt, da sie bereits heute über Charakteristika verfügen, die eine Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung fördern. Dies wird in Kapitel 6 vertieft behandelt.

⁸⁶ Quelle: Eigene Darstellung anhand von Daten aus Grothaus, F.-J. (2009), S. 15; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 345.

⁸⁷ Vgl. Lindenthal, J. (2011), S. 162.

⁸⁸ Vgl. Purucker, J., Schicker, G., Böhm M., Bodendorf, F. (2009), S. 29-47; Güssow, J. (2007), S. 131-134.

⁸⁹ Vgl. Gabriel, J. (2017), S. 14-22.

2.3.1 prosper-Netze der Knappschaft

Angeichts einer höheren (Multi-)Morbidity und eines überdurchschnittlichen Alters ihrer Versicherten war die Knappschaft im Vergleich zu anderen gesetzlichen Krankenkassen schon früh mit den Auswirkungen des demographischen Wandels konfrontiert, insbesondere mit dem damit verbundenen Kostendruck und den bestehenden Koordinationsdefiziten in der Gesundheitsversorgung.⁹⁰ Neben der besonderen Versichertenstruktur war die Knappschaft vor allem wegen ihrer Organisationsstruktur für die Integrierte Versorgung prädestiniert: In ihr sind historisch bedingt die Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion unter einem Dach vereint. Das Verbundsystem beinhaltet unter anderem die Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung, einen eigenen Sozialmedizinischen Dienst sowie ein regionales System von Knappschaftsärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken und die Funktion einer Kassenärztlichen Vereinigung.⁹¹

Insbesondere aufgrund dieser Ausgangsbedingungen rief die Knappschaft im Jahr 1999 mit prosper in Bottrop das erste indikationsübergreifende und populationsbezogene Versorgungsmodell Deutschlands ins Leben.⁹² Mittlerweile gibt es prosper-Netzwerke in insgesamt acht Regionen in Nordrhein-Westfalen, Brandenburg sowie dem Saarland. Laut Knappschaftseigenen Angaben nahmen im Jahr 2018 rund 250.000 Versicherte, rund 2.100 niedergelassene Haus- und Fachärzte, 19 Krankenhäuser und zwei Reha-Kliniken an diesen Gesundheitsnetzen teil.⁹³ Das prosper-Modell ist charakterisiert durch einen starken regionalen Bezug, den Einsatz koordinierender Hausärzte, eine intensive Abstimmung unter den teilnehmenden Ärzten im Rahmen von Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln und Netzwerkkonferenzen sowie die organisatorische Unterstützung durch eine elektronische Infrastruktur und einen hauptamtlichen Netzwerkkordinator.⁹⁴

Der finanzielle Netzerfolg wird ermittelt, indem die Kosten eines an prosper teilnehmenden Versicherten mit denen eines Versicherten der Regelversorgung verglichen werden. Um das Kollektiv der Netzversicherten mit einer Referenzgruppe zu vergleichen, die die gleiche Morbidity- und Risikostruktur aufweist, berücksichtigt die Messmethodik Alter, Geschlecht,

⁹⁰ Vgl. Greve, G., Müller, H. A., Hörter, S. (2009), S. 77.

⁹¹ Vgl. Greve, G., Müller, H. A., Hörter, S. (2009), S. 76.

⁹² Vgl. Greve, G. (2006), S. 23-28.

⁹³ Vgl. Knappschaft (2018), S. 5-23; Amelung, V. E. (2012), S. 79.

⁹⁴ Vgl. Müller, H. A., Vössing, C., Amelung, V. E. (2007), S. 131-133.

Morbiditätsgruppen, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit und Region der verglichenen Versicherten (Matching über statistische Zwillinge). Bisher verursachte ein an prosper teilnehmender Versicherter im Durchschnitt 8,8 % weniger Ausgaben als ein Versicherter der Regelversorgung. Der ermittelte Einsparbetrag fließt sowohl an die niedergelassenen Ärzte und Netzkrankenhäuser als auch die Knappschaft selbst. Auch wenn die Skalierbarkeit des prosper-Modells bedingt durch die Sonderstellung der Knappschaft im deutschen Gesundheitswesen sehr eingeschränkt ist, führt das vorgestellte Beispiel vor Augen, welchen Erfolg eine sektorübergreifende Versorgungsgestaltung erzielen kann, wenn verschiedene Leistungsbereiche unter dem Dach einer einzigen Organisation gebündelt sind und wenn steuernde Managed-Care-Ansätze wie ein Lotsensystem etabliert werden.⁹⁵

2.3.2 Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)

Das Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG (UGOM) entstand aus dem Ärzteverbund Oberpfalz Mitte e.V. und wurde am 24.07.2002 zunächst als GmbH von 42 niedergelassenen Ärzten gegründet, um mit einer verbindlicheren Gesellschaftsstruktur die Basis für eine sektorübergreifende Integrierte Versorgung in der Region Amberg und Sulzbach-Rosenberg (Bayern) zu schaffen. Im darauf folgenden Jahr wurde UGOM in eine GmbH & Co. KG umgewandelt, da diese Rechtsform in steuerlicher Hinsicht und in Bezug auf die Gesellschafterstruktur die an sie gestellten Anforderungen besser erfüllt.⁹⁶

Durch das im Jahr 2002 eingeführte elektronische Dokumentations- und Kommunikationssystem konnte UGOM zusammen mit der AOK Bayern ein Modellprojekt zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 ins Leben rufen. Diese Kommunikationsstruktur wurde ausgebaut und im Jahr 2004 auf der Basis eines Vertrags nach § 140a ff. SGB V mit der AOK Bayern auf weitere Einrichtungen, insbesondere die der stationären Versorgung, ausgeweitet. Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung ermöglichte die kommunikative Einbindung der regionalen Krankenhäuser St. Marien (Amberg) und St. Anna (Sulzbach-Rosenberg), die im Jahr 2004 bzw. 2005 als Kommanditisten UGOM beitraten.⁹⁷

⁹⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 79-81; Greve, G., Müller, H. A., Hörter, S. (2009), S. 79-91.

⁹⁶ Vgl. Voss, H., Amelung, V. E. (2007), S. 153.

⁹⁷ Vgl. Voss, H., Amelung, V. E. (2007), S. 153-154.

Das mit der AOK Bayern vereinbarte Versorgungsmodell sieht vor, dass sich ein eingeschriebener Netzpatient sein individuelles Gesundheitsteam aus den in UGOM organisierten Haus-, Fach- und Klinikärzten selbst zusammenstellt, wobei ein für die Gesamtkoordination zuständiger Betreuungsarzt einen festen Bestandteil dieses Teams bildet. Abhängig von der Behandlungsphase und den Krankheitsumständen kann ein Betreuungsarzt sowohl aus dem niedergelassenen als auch dem stationären Bereich stammen. Alle auf diesem Wege in das Gesundheitsteam eingebundenen Ärzte nehmen am elektronischen Austausch der Behandlungs-, Diagnose- und Medikationsdaten teil und bringen sich so gegenseitig auf den aktuellen Stand der Therapie. Eingeschriebene Netzpatienten erhalten kostenlose Zusatzleistungen und einen Sonderstatus, beispielsweise bei der Terminvergabe. Die Behandlungsdaten der Netzpatienten werden in anonymisierter Form in einem Datawarehouse gesammelt und erlauben die Analyse des Versorgungsgeschehens in UGOM. Eine Auswertung der Therapiedaten von 570 Netzpatienten mit chronischer Herzinsuffizienz zeigte, dass nur 8% davon nach einem stationären Aufenthalt erneut als Notfall ins Krankenhaus aufgenommen werden mussten, während der Durchschnitt in anderen Regionen bei 32% liegt.⁹⁸

Das Ärzte- und Kliniknetzwerk zählt zu seinen Erfolgsfaktoren insbesondere die Messbarkeit von Qualität in Form von fest definierten Therapiezielen und Qualitätsindikatoren, die Integration der aktuellen Behandlungsstandards und -leitlinien durch die von Kompetenzgruppen abgestimmten Behandlungspfade, die klar definierte Rollenbeschreibung aller Mitglieder eines Gesundheitsteams, die Infrastruktur zur Unterstützung einer umfassenden Kommunikation und Koordination sowie die Motivation aller Behandlungsbeteiligten durch die entsprechende Honorierung für erreichte Therapieziele, die auch Patienten gewährt wird.⁹⁹ Mittlerweile besteht das Netzwerk aus rund 100 niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie zwei regionalen Kliniken und betreut – unterstützt von einem als Koordinationseinheit fungierenden professionellen Netzmanagement – über 15.000 eingeschriebene AOK-Netzpatienten.¹⁰⁰ Die durch die bereits beschriebenen Erfolgsfaktoren erwirtschafteten Einsparungen werden entsprechend der vertraglichen Regelung zwischen UGOM und der AOK Bayern aufgeteilt.¹⁰¹ Das Beispiel von UGOM zeigt, dass neben seiner sehr weit entwickelten technischen und organisatorischen Struk-

⁹⁸ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 112-113; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 205-210.

⁹⁹ Vgl. Voss, H., Amelung, V. E. (2007), S. 154.

¹⁰⁰ Vgl. Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 205.

¹⁰¹ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 113.

tur, insbesondere die Einstellung der involvierten Akteure eine maßgebliche Rolle spielt. Die Bereitschaft der beteiligten Leistungserbringer, notwendige Veränderungsprozesse mitzutragen und Gremien wie dem Aufsichtsrat oder der Geschäftsführung weitreichende Entscheidungsbefugnisse einzuräumen, sowie ein gemeinsames Werte- und Zielverständnis machen Versorgungsmodelle wie das von UGOM erst möglich.¹⁰²

Andere ähnlich organisierte Ärzteverbünde, wie beispielsweise QuE Nürnberg, wurden ebenfalls Anfang der 2000er Jahr gegründet.¹⁰³ Dem Beispiel von UGOM sind bereits andere Ärztenetze gefolgt: So wurde im Jahr 2008 in der Region um Forchheim (Bayern) die Unternehmung Gesundheit Franken (UGeF) GmbH & Co. KG¹⁰⁴ gegründet und im Jahr 2010 hat sich in der Region um Hof (Bayern) die Unternehmung Gesundheit Hochfranken (UGHO) GmbH & Co. KG¹⁰⁵ aus dem Praxisnetz Hochfranken e.V. entwickelt.

2.3.3 Gesundes Kinzigtal

Am 30.01.2006 schloss die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH mit der AOK Baden-Württemberg einen Vertrag über eine integrierte Vollversorgung mit einer neunjährigen Vertragslaufzeit. 2007 trat die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) Baden-Württemberg dem Vertrag bei, womit in der Region rund 31.000 Versicherte einschreiberechtigt waren.¹⁰⁶ In dem darin vereinbarten populationsorientierten Modell Gesundes Kinzigtal trägt die Managementgesellschaft, an der die Haus- und Fachärzte des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) zu 66,6% und der Netzwerkentwickler OptiMedis AG zu 33,4% beteiligt sind, sowohl eine medizinische als auch eine finanzielle Mitverantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung, zahnärztliche Leistungen ausgenommen. Ähnlich wie bei UGOM wählen eingeschriebene Versicherte einen Koordinationsarzt der hier „Arzt ihres Vertrauens“ heißt, wobei Versicherte nicht mit direkten finanziellen Anreizen von einem Netzbeitritt überzeugt werden sollen.¹⁰⁷

Das Gesundheits- und Versorgungsmanagement im Kinzigtal ist sowohl auf die Gesunderhaltung als auch auf eine optimierte Versorgung für be-

¹⁰² Vgl. Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 205-213.

¹⁰³ Vgl. Lindenthal, J. (2011), S. 177.

¹⁰⁴ Vgl. UGeF (2014).

¹⁰⁵ Vgl. UGHO (2014).

¹⁰⁶ Vgl. Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 149.

¹⁰⁷ Vgl. Seiler, R. (2007), S. 139-141.

reits Erkrankte ausgerichtet. Dazu wurde das Behandlungsgeschehen in mehrerlei Hinsicht neu strukturiert: So sollen chronisch Kranke interdisziplinär und ganzheitlich versorgt werden, wobei die Selbsthilfe gegenüber externen Interventionen sowie ambulante gegenüber stationären Therapieoptionen den Vorzug haben. Salutogenetische Ansätze und die feste Einbindung des Patienten in medizinische Entscheidungen sollen die Mitwirkung und -verantwortung desselben im Gesundungsprozess sichern. Das Potenzial einer intersektoral organisierten, engmaschigen Versorgung soll durch eine elektronische Vernetzung und Informationsweitergabe und eine bessere Überbrückung von Schnittstellen zwischen den Behandlungsbeteiligten stärker genutzt werden. Nicht zuletzt zielen in Behandlungspfade eingebettete Schwerpunktprogramme, wie beispielsweise zu Osteoporose oder Depression, darauf ab, Patienten und ihr persönliches Umfeld zur Krankheitsbewältigung und Prävention sowie zur Aktivierung von Eigenressourcen zu schulen.¹⁰⁸

Zunächst wurde das Modell durch ein sogenanntes Einsparcontracting finanziert: Dabei wurde ermittelt, welche Zuweisungen die betreffende Krankenkasse für die jeweiligen Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten hat und diese werden den tatsächlich angefallenen Ist-Kosten gegenübergestellt. Die Differenz daraus teilten sich die Krankenkasse und die Managementgesellschaft nach einem vertraglich vereinbarten Verteilungsschlüssel und trugen so gemeinsam die Budgetverantwortung für dieses Versorgungsmodell. Um Selektionseffekte zu vermeiden bezog sich dabei die Ergebnisverantwortung sowohl auf eingeschriebene als auch nicht eingeschriebene Versicherte der beiden Krankenkassen im Kinzigtal.¹⁰⁹ Seit 01.01.2016 gilt eine Vergütungsvereinbarung, die ein Budget für die eingeschriebenen Versicherten vorsieht und den Ärzten mehr Gestaltungsfreiheit bei der Honorarverteilung einräumt.¹¹⁰ Um dabei von der Nachhaltigkeit des Modells und dem langfristigen Nutzen der Primär- und Sekundärprävention profitieren zu können, ist eine lange Vertragslaufzeit von entscheidender Bedeutung, denn die Evaluation hat erst sechs Jahre nach Vertragsstart eine signifikant gesenkte Mortalität unter den Versicherten im Kinzigtal nachgewiesen.¹¹¹ Damit hat diese Entwicklung deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen als die Initiatoren des Modells erwartet hatten, weswegen der Planungshorizont insbesondere für populationsorientierte Integrierte Vollversorgungsmodelle weit gefasst

¹⁰⁸ Vgl. Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 152-153.

¹⁰⁹ Vgl. Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 149-150.

¹¹⁰ Vgl. Groene, O., Hildebrandt, H. (2017), S. 514; Höhl, R. (2016), S. 36.

¹¹¹ Vgl. Laschet, H. (2012).

werden muss, was jedoch nur bedingt mit sehr kurzfristig angelegten gesetzlichen Vorgaben, wie der Beitragssatzstabilität oder dem Wirtschaftlichkeitsgebot, vereinbar ist.¹¹²

¹¹² Vgl. Laschet, H. (2012).

3 Forschungsstand

Um über eine strukturierte, orientierende Literaturrecherche den aktuellen Forschungsstand zu ermitteln, wurden bei der Quellensuche die Schlagworte „Patientensteuerung“ kombiniert mit „Integrierte Versorgung“ sowie „patient processing“ kombiniert mit „integrated care“ bzw. „integrated health care“ genutzt. Neben dem Katalog der Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg wurden die Datenbanken Karlsruher Virtueller Katalog (KVK), Bibliotheksverbund Bayern/ Verbundportal Gateway Bayern, Worldcat, SpringerLink sowie die Datenbanken auf der Seite des National Center for Biotechnology Information/ U.S. National Library of Medicine als Recherchequellen genutzt. Diese miteinander kombinierten Schlagworte erbrachten keine Ergebnisse, was insofern überrascht, als dass die Integrierte Versorgung als Konzept gesehen wird, das das Potenzial besitzt, Patienten sektorübergreifend zu steuern und den Herausforderungen des demographischen Wandels sowie der Versorgung einer steigenden Anzahl Multimorbider gerecht zu werden.¹¹³ Zusätzlich sind die Probleme, die aus einer fehlenden Patientensteuerung resultieren, seit langem bekannt: Dazu zählen insbesondere eine Über-, Unter- und Fehlversorgung,¹¹⁴ eine mangelnde Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen¹¹⁵ und nicht zuletzt eine im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung¹¹⁶. Bei der Suche nach "Patientensteuerung" bzw. "patient processing" alleine wurde deutlich, dass sich vorhandene Arbeiten zum Thema Patientensteuerung auf einzelne Versorgungsabschnitte wie die Notfallversorgung¹¹⁷, bestimmte Indikationsfelder¹¹⁸ oder die koordinierte Anwendung bildgebender Diagnostikverfahren¹¹⁹ beschränken.

Welche Managementinstrumente im strukturellen Rahmen der Integrierten Versorgung grundsätzlich ein effizient gesteuertes Versorgungsge-

¹¹³ Vgl. Rürup, B. (2005).

¹¹⁴ Vgl. OECD (2013), S. 97; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001).

¹¹⁵ Vgl. Rosog, T. (2014), S. 4.

¹¹⁶ Vgl. van den Bussche, Hendrik, Kaduszkiewicz, H., Niemann, D. et al. (2013), S. 435-441.

¹¹⁷ Vgl. Osterloh, F. (2019); Roßbach-Wilk, E., Beivers, A., Dodt, C. (2019); Seeger, I. (2019), S. 40-51; Rance, C., Richards, S. K., Jones, A. E. (2016), S. 235; Henderson, A. C. (2013); Niemann, C. (2013), S. 21-48; Terris, J., Leman, P., O'Connor, N., Wood, R. (2004).

¹¹⁸ Vgl. Germano, G., Kavanagh, P. B., Ruddy, T. D. et al. (2016); Davis, F. D. (1987); Rusnak, J. E. (1981); Page, R. S. (1980).

¹¹⁹ Vgl. Schlüchtermann, J. (1990); von Wendt, K.-L. (1987).

schehen gewährleisten können, wurde insbesondere im Forschungsfeld des Managed Care, das eng mit der Idee der Integrierten Versorgung verknüpft ist, untersucht. Dabei steht im Fokus, welche Verhaltensanreize von den einzelnen Instrumenten aus den Bereichen Prämiengestaltung, Leistungsgestaltung, Vergütungssystem sowie Qualitäts- und Kostensteuerung für den jeweiligen Versorgungsbeteiligten ausgehen, wobei in diesem Zusammenhang die Integrierte Versorgung nur eine von mehreren möglichen Organisationsformen darstellt. Die Anwendung von Managed-Care-Instrumenten wird in Kapitel 6 noch eingehender beleuchtet.¹²⁰

Da die erste Literaturrecherche keine verwertbaren Ergebnisse geliefert hatte, wurde die Suchstrategie angepasst und der Fokus der Suche verlagert. Im Rahmen dieser Arbeit bildet die Integrierte Versorgung die Basis für die Patientensteuerung, weswegen zunächst sichergestellt sein muss, dass das Integrationsmodell selbst auf ein erfolgreiches Funktionieren ausgerichtet ist, bevor über dieses Steuerungseffekte realisiert werden können. Aus diesem Grund sind in diesem Kapitel die Faktoren, die über den Erfolg eines Modells der Integrierten Versorgung bestimmen, Gegenstand. Für die Literaturrecherche wurden die zu Beginn dieses Kapitels bereits genannten Datenbanken genutzt, wobei in diesem Fall die Schlagworte „Erfolgsfaktor“ kombiniert mit „Integrierte Versorgung“ sowie „success factor“ bzw. „critical factor“ kombiniert mit „integrated care“ bzw. „integrated health care“ verwendet wurden. In Anhang A findet sich das detaillierte Ergebnis der Literaturrecherche dazu. Die ermittelten Erfolgsfaktoren werden am Ende dieses Kapitels den in Kapitel 2.2 beleuchteten Teilkomponenten der Patientensteuerung zugeordnet. Weil die Studien in weiten Teilen zu übereinstimmenden Ergebnissen kommen, werden diese an dieser Stelle zu einem Überblick zusammengeführt. Im Einzelnen wurden folgende Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung ermittelt:

1. Hohe Motivation zur Teilnahme und Mitwirkung aller Beteiligten,¹²¹ insbesondere auch der Patienten selbst¹²²

¹²⁰ Vgl. bspw. Kongstvedt, P. R. (2016); Kongstvedt, P. R. (Hrsg.) (2013); Amelung, V. E. (2012); Brown, M. (1994).

¹²¹ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 66-68; Jäger, C. (2016b), S. 130-131; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Beck, K. (2009), S. 402; Ernst, S. (2008), S. 127; Ahlgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 152-153; Kranzer, A. (2007), S. 171-177; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Fries, V. (2006), S. 81; Stern, T., Jaber, H. (2005), S. 14; Kronhardt, M. (2004), S. 215-217; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12.

¹²² Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 67; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 412-414; Maizes, V., Ra-

2. Gemeinsame Vision, Normen und Werte der Beteiligten¹²³
3. Kultur der Zusammenarbeit, u.a. durch gegenseitiges Vertrauen¹²⁴
4. Gemeinsame aktive Planungsbeteiligung der Leistungserbringer und Kostenträger¹²⁵
5. Effiziente Anreizsysteme, u.a. durch die Vergütungs- und Prämien-gestaltung¹²⁶
6. Langfristige Kontinuität des Modells¹²⁷
7. Höhere Attraktivität gegenüber anderen Wettbewerbern bzw. Schaffung eines Mehrwerts¹²⁸
8. Versorgungsstruktur für ein großes Versichertenkollektiv¹²⁹

kel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 38-39; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51-52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 517-518; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

¹²³ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 6-7.

¹²⁴ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 127-134; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153-154; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹²⁵ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 126-128; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹²⁶ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzell, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Jäger, C. (2016b), S. 132; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 404-411; Janus, K. (2003), S. 260-271; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 274; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹²⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 239-243.

¹²⁸ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 128-129; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 16; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327.

¹²⁹ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Janus, K. (2003), S. 239-243; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

9. Gemeinsame Infrastruktur, vorrangig Managementstrukturen und elektronische Informationssysteme¹³⁰
10. Durchgängige Abdeckung des gesamten Versorgungsprozesses und Austausch von Informationen unter allen Beteiligten¹³¹
11. Controllingsysteme zur umfassenden Kosten- und Qualitätsmessung¹³²
12. Vertrags- und Kooperationskompetenz sowie aktive Förderung der Zusammenarbeit und Abstimmung¹³³
13. Effektive Koordination des gesamten Versorgungsprozesses¹³⁴

¹³⁰ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 129-130; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 15; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 407-409; Ernst, S. (2008), S. 130; Janus, K. (2003), S. 288-293; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 403-404; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 266-269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 518; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Kronhardt, M. (2004), S. 218-223; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³¹ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 130; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Janus, K. (2003), S. 295; Beck, K. (2009), S. 403-404; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-40; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-267; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-8; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148.

¹³² Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-135; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹³³ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 11-16; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 126-135; Kranzer, A. (2007), S. 180-181; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹³⁴ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 62-65; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 53; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 403-409; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel,

14. Leadership/ Vorhandensein von Führungspersönlichkeit(en)¹³⁵
15. Partnerschaft zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern¹³⁶
16. Wissensmanagement und Förderung des Kompetenzerwerbs zur verbesserten Integrationsversorgung¹³⁷
17. Kontinuierliche Innovations- und Lernprozesse¹³⁸
18. Evidenzbasierte Medizin¹³⁹
19. Regionale Fokussierung und Wissen über lokalen Anforderungen und Gegebenheiten¹⁴⁰
20. Zeitnahe Verfügbarkeit der Patientendokumentation und qualitätskritischer Daten¹⁴¹

D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 40-41; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-267; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Janus, K. (2003), S. 295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³⁵ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 66; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147; Smyth, L. (2009), S. 43-48; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 519; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Kronhardt, M. (2004), S. 210-213; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-9; Janus, K. (2003), S. 270; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³⁶ Vgl. Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 10-11.

¹³⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 402; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 128-133; Kranzer, A. (2007), S. 181-183; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148.

¹³⁸ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Murray, M. (2009), S. 40-42; Ernst, S. (2008), S. 133; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹³⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

¹⁴⁰ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 13-15; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

¹⁴¹ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341.

21. Qualitäts- und Kostenorientierung¹⁴²
22. Reporting zu Qualität und Kosten als Entscheidungsgrundlage¹⁴³
23. Bedarfsgerechte Planung der medizinischen Betreuung¹⁴⁴
24. Angemessene Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen¹⁴⁵
25. Detaillierte Vertragsregelungen¹⁴⁶

Die folgenden Faktoren beziehen sich dabei auf das Umfeld des Integrationsmodells, das im Einflussbereich der Gesundheitspolitik liegt:

26. Gesundheitspolitische Anreizsetzung zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit¹⁴⁷
27. Strukturpolitische Integration der Sektoren sowie der Versicherungs- und Finanzierungssysteme¹⁴⁸
28. Zusammenarbeit mit der Gesundheitspolitik¹⁴⁹
29. Gesundheitspolitische Maßnahmen, die eine angemessene Vergütung für sprechende Medizin und Beziehungsaufbau zwischen Arzt und Patient sicherstellen¹⁵⁰
30. Finanzielle Förderung von innovativer Versorgung und Studien, die Kosten und Effektivität integrierter Versorgung messen¹⁵¹

¹⁴² Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁴³ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹⁴⁴ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁴⁵ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Fries, V. (2006), S. 82; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 9; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁴⁶ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzell, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Franz, S. (2008), S. 266; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327.

¹⁴⁷ Vgl. Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286.

¹⁴⁸ Vgl. Kodner, D. L. (2009), S. 12; Leichsenring, K. (2004), S. 12.

¹⁴⁹ Vgl. Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

¹⁵⁰ Vgl. Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286.

31. Gewährleistung von Wettbewerb unter den Krankenkassen sowie Gestaltungs- und Vertragsfreiheit¹⁵²

Die Erfolgsfaktoren können dabei wie im Folgenden beschrieben den in Kapitel 2.2 ausgeführten Teilkomponenten der Patientensteuerung zugeordnet werden. Diese Zuordnung der Erfolgsfaktoren wurde meist nach deren in Bezug auf die Teilkomponenten der Patientensteuerung dominierenden Charaktereigenschaft vorgenommen. Modellelemente können jedoch auch über mehrere Facetten verfügen, die jeweils unterschiedlichen Komponenten der Patientensteuerung zugeordnet werden können und dementsprechend mehrfach Erwähnung finden:

- Die Faktoren 1 bis 7 beinhalten **motivatorische Aspekte**, die beschreiben was die Akteure eines integrierten Versorgungsmodells zur Teilnahme motiviert; aus dem Umfeldbereich fällt Faktor 26 in diese Kategorie.
- Die Faktoren 8 bis 11 beschreiben, welche Anforderungen in Bezug auf die vorgehaltenen **Strukturen** der Integrierten Versorgung gelten und was diese leisten sollten; aus dem Umfeldbereich fällt Faktor 27 in diese Kategorie.
- Die Faktoren 12 bis 19 werden dem Bereich **medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte** zugeordnet und gehen näher darauf ein, welche Anforderungen in Bezug auf Steuerungskompetenz aller Beteiligten und die dazu bereitgestellten Inhalte gelten; aus dem Umfeldbereich fällt Faktor 28 in diese Kategorie.
- Der **qualitativen Komponente** können die Faktoren 20 bis 24 zugeordnet werden, die beleuchten, wie qualitätskritische Daten als Entscheidungsgrundlage in den Steuerungsprozess einfließen können und welche qualitativen Effekte damit verbunden sind.
- Die Faktoren 21 bis 24 definieren die Erfolgselemente aus der **wirtschaftlichen Perspektive** auf die Patientensteuerung; aus dem Umfeldbereich fallen die Faktoren 29 und 30 in diese Kategorie.
- Der rechtliche Rahmen der Integrierten Versorgung wird zwar maßgeblich vom Gesetzgeber definiert, was sich in Faktor 31 aus dem Umfeldbereich widerspiegelt; Faktor 25 stellt jedoch ein Ele-

¹⁵¹ Vgl. Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Leichsenring, K. (2004), S. 12.

¹⁵² Vgl. Beck, K. (2009), S. 404-411.

ment aus dem Bereich der **rechtlichen Grundlagen** dar, der im Einflussbereich der Vertragspartner liegt.

4 Patientensteuerung aus ethischer Perspektive

Mit der Patientensteuerung im Rahmen einer Integrierten Versorgung wird sowohl eine gesteigerte Ergebnisqualität und ein höherer Patientennutzen als auch die stärkere Einbeziehung ökonomischer Kriterien im Sinne eines besseren Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Gesundheitsversorgung angestrebt. Insbesondere die sogenannte Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird dabei oft von Medizinethikern mit dem Verweis auf die Verletzung ethischer Grundsätze abgelehnt und stellt eine große Kontroverse zwischen ihnen und Ökonomen dar.¹⁵³

Dabei wird eine Ökonomisierung der Medizin meist negativ dargestellt, obwohl ein nutzenorientiertes Ressourcenallokationsmodell Vorteile für alle Beteiligten bieten kann und ethisch unbefriedigenden Scheinlösungen wie einer impliziten Rationierung vorbeugt. Eine solch implizite Rationierung äußert sich aktuell beispielsweise durch lange Wartezeiten auf bestimmte Facharzttermine.¹⁵⁴ Vor dem Hintergrund der Abwägung zwischen einem Gesundheitswesen, das sich den Luxus uneingeschränkter Wahlmöglichkeiten leistet und so die Tragfähigkeit des sozialen Sicherungssystems mittel- bis langfristig gefährdet und einem Gesundheitssystem, das diese Wahlmöglichkeiten zugunsten der Versorgungsqualität und der Sicherstellung einer adäquaten Versorgung für möglichst alle Mitglieder einer Gesellschaft sinnvoll einschränkt, stellt sich jedoch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sogar als unabdingbares Gebot dar.

Die kategorische Ablehnung ökonomischer Gestaltungskriterien im Gesundheitswesen wäre realitätsfern, aber gleichzeitig müssen gerade im Gesundheitsbereich besondere menschlich-ethische Grundsätze gelten, um ein solidarisch geprägtes, lebenswertes gesellschaftliches Miteinander zu erhalten. Im Folgenden werden daher die in Bezug auf die Patientensteuerung zentralen Fragestellungen aus ethischer Perspektive erörtert.

4.1 Ethische Bewertung der Patientensteuerung

Vor der Konzeption einer Patientensteuerung muss zunächst grundlegend die Frage geklärt werden, inwiefern es aus ethischer Perspektive vertret-

¹⁵³ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014a); Deutsches Ärzteblatt (2014b).

¹⁵⁴ Vgl. Noll, B., Wolf, S. (2017), S. 275.

bar ist, Patientenverhalten aktiv zu beeinflussen und nach bestimmten Regeln zu lenken. Grundsätzlich soll Patientensteuerung einen mit moralischen Maßstäben vereinbaren Lösungsbeitrag zu den aktuellen Problemen im Gesundheitssystem liefern. Denn damit die gesetzliche Krankenversicherung als eine der tragenden Säulen der sozialen Sicherungssysteme langfristig stabil bleibt, müssen die Herausforderungen bewältigt werden, die insbesondere aus dem demographischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt, der geringen Nutzung des Präventionspotenzials und nicht zuletzt der mangelhaften Gesamtkoordination der medizinischen Leistungserbringung resultieren.¹⁵⁵ Weil eine Erhöhung der Ausgaben für das Gesundheitssystem in Anerkennung der Knappheit der für den öffentlichen Bereich zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen zulasten von anderen Bereichen wie Bildung oder Bekämpfung von Armut ginge, ist es nicht nur aus ökonomischer, sondern auch von einem gerechtigkeitsethischen Standpunkt aus geboten, Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen so weit wie möglich auszuschöpfen.¹⁵⁶

Dabei ist der Verzicht auf eine wirksame, verfügbare medizinische Behandlung in diesem kollektiven System nicht akzeptabel, da auf diese Weise das Solidaritätsprinzip in moralisch nicht vertretbarer Weise verletzt würde. Eine Alternative, mit der ein derart harter Einschnitt vermieden und die Lösung der bestehenden Probleme strukturiert und holistisch umgesetzt werden können, ist die stärkere Etablierung einer unter explizitem Einbezug ethischer Kriterien gestalteten Patientensteuerung, die alle Sektoren berücksichtigt, transparente und verbindliche Priorisierungskriterien einsetzt und zielführende Anreize setzt. Eine solche Priorisierung ist unter anderem deshalb notwendig, weil bei bestimmten Eingriffen mit der Dauer der Wartezeit die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Notfalleingriffs bzw. eines Todesfalls kontinuierlich steigt.¹⁵⁷ Eine Patientensteuerung, die alle Sektoren und Versorgungsstufen einbezieht, vermeidet zusätzlich auch dadurch soziale Härten, dass sie einen differenzierten und aufeinander abgestimmten Einsatz der Instrumente erlaubt, bei dem zunächst Rationalisierungsmaßnahmen ausgeschöpft werden, bevor mit der Rationierung und der Priorisierung härtere Instrumente zum Einsatz kommen.¹⁵⁸ Ein zentraler Bestandteil eines solchen Systems ist ein Patient, der im Vergleich zum Status Quo wesentlich mehr

¹⁵⁵ Vgl. Rosog, T. (2014), S. 15-18; Schönermark, M. P., Greif, K. (2008), S. 389-396.

¹⁵⁶ Vgl. Marckmann, G. (2007), S. 99.

¹⁵⁷ Vgl. Sobolev, B., Levy, A., Kuramoto, L. (2006), S. 92-95.

¹⁵⁸ Vgl. Oduncu, F. S. (2012), S. 360.

Eigenverantwortung übernimmt und dadurch eine aktivere Rolle mit gesteigerter Autonomie erhält. Denn erst der vom patienteneigenen Werteverständnis geprägte Entscheidungswille und die Verantwortungsübernahme des Patienten ermöglichen dessen moralische Autonomie und somit die Begegnung mit dem behandelnden Arzt auf Augenhöhe.¹⁵⁹ Zwar muss dabei der Einzelne höhere, an die individuellen finanziellen Möglichkeiten angepasste Eigenbeteiligungen und damit insbesondere die Kosten für Untersuchungen und Eingriffe aus dem Bagatellbereich, beispielsweise eine professionelle Zahnreinigung,¹⁶⁰ selbst tragen. Andererseits findet damit die Rationierung in einem Bereich statt, wo der Patient selbst tatsächlich Budgetverantwortung tragen kann und wo die Rationierung die geringste soziale Härte entfaltet. Im Gegenzug stehen aber kostenintensive Leistungen allen zur Verfügung, insbesondere wenn eine notwendige medizinische Behandlung die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen übersteigen würde. Von einem moralischen Standpunkt aus lässt sich diese Patientensteuerung vor allem dadurch rechtfertigen, dass sie der Vision von Rawls folgend dazu beitragen kann, die Effekte der „Lotterie der Natur“¹⁶¹ innerhalb einer Gesellschaft auszugleichen und eine solidarisch getragene Gesundheitsversorgung langfristig zu erhalten.¹⁶²

Die höhere Autonomie und Eigenverantwortung leistet darüber hinaus einen wichtigen Beitrag dazu, dass die Patientensteuerung von Patienten nicht als Fremdbestimmung wahrgenommen wird, sondern trotz ihrer koordinativen Elemente eine angemessene Entscheidungsfreiheit ermöglicht. Gleichzeitig lässt sich eine steuerungsimmanente Einschränkung der Autonomie dadurch rechtfertigen, dass der Mensch nicht in jeder Situation als *Homo oeconomicus* handelt und daher nicht immer in der Lage ist, rationale Entscheidungen zu treffen.¹⁶³ Dadurch wird das Spannungsfeld aus einem solidarisch finanzierten System, das vom Einzelnen die Einhaltung bestimmter Regeln einfordert, und dem Autonomieprinzip, das die Wahrung der Handlungsfreiheit des Einzelnen postuliert, überbrückt. Bislang bestreitet die Politik die im Versorgungsalltag längst stattfindende implizite Rationierung und beschränkt die politische Gestaltung primär auf die Symptombeseitigung.¹⁶⁴ Damit sorgt sie für eine

¹⁵⁹ Vgl. Morreim, E. H. (1991), S. 136-140.

¹⁶⁰ Vgl. Wolf, T. (2020), S. 9.

¹⁶¹ Vgl. Rawls, J. (1999), S. 47-101.

¹⁶² Vgl. Bahro, M., Kämpf, C., Strnad, J. (2001), S. 47-59.

¹⁶³ Vgl. Kahneman, D., Tversky, A. (1979), S. 284-289.

¹⁶⁴ Vgl. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (2014), S. 20; Müller-Jung, J. (2010), S. 35; Jachertz, N., Rieser, S. (2007), S. 21.

hohe emotionale Belastung und geringere Arbeitszufriedenheit aufseiten der Leistungserbringer, die in eine Rolle gedrängt werden, in der sie willkürliche, einzelsituationsabhängige Entscheidungen treffen müssen und gegenüber ihren Patienten nicht immer aufrichtig sein können.¹⁶⁵ Ärzte und auch Philosophen fürchten, dass durch die Eigenverantwortung des Patienten als Verteilungskriterium das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis Schaden nehmen könnte und der Arzt gespalten sei in einer Doppelrolle als Therapeut und als Entscheider über die Ressourcenzuteilung.¹⁶⁶ Der stärkeren Eigenverantwortung des Patienten entspringt jedoch nicht zwingend ein solches Szenario. Ganz im Gegenteil könnte nämlich ein aus ethischer Sicht begrüßenswerter, offener Umgang mit Patienten darüber, welche konkreten Leistungen die Krankenversicherung trägt und welche diese nicht abdeckt, einen entscheidenden Beitrag zu einem langfristig vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis leisten.

Damit Patienten selbst zum Mitgestalter der Patientensteuerung werden und deren ethische Vertretbarkeit gesteigert wird, bietet es sich als weitere Maßnahme einer stärkeren Patientenbeteiligung an, in einem bestimmten Rahmen in einem öffentlichen Diskurs zu eruieren, durch welche Gestaltungsmaßnahmen eine Gesellschaft ihre Gesundheitsversorgung langfristig absichern will. Dieser Rahmen muss allerdings insofern mit Bedacht gewählt werden, als dass bisherige Erfahrungen teilweise ethisch fragwürdige und wissenschaftlich nicht haltbare Gestaltungsvorstellungen großer Teile der Allgemeinbevölkerung gezeigt haben. So räumten beispielsweise in einer Umfrage der Bertelsmann Stiftung viele Probanden Schizophreniepatienten lediglich eine geringe Behandlungspriorität ein und würden Rauchern begründet mit dem Eigenverantwortungsprinzip eine Lungenkrebsbehandlung versagen.¹⁶⁷ Aus diesem Grund ist es zwar grundsätzlich geboten, auf bestimmte Präferenzen der Bevölkerung einzugehen, unter anderem indem das Solidarprinzip in der Gesundheitsversorgung gestärkt und ein möglichst umfassender Versicherungsschutz angestrebt wird. Gleichzeitig legen die Ergebnisse aus der angesprochenen Befragung nahe, dass die letztendliche Gestaltung der Patientensteuerung nicht ausschließlich auf basisdemokratischem Wege geschehen kann. Dementsprechend wurden beispielsweise im britischen NHS-System sogenannte Citizen Councils etabliert, deren Vorschläge bei Entscheidungen von Expertengremien mitberücksichtigt werden.¹⁶⁸ Als

¹⁶⁵ Vgl. Strech, D., Borchers, K., Freyer, D. et al. (2008), S. 104.

¹⁶⁶ Vgl. bspw. Wikler, D. (2004), S. 128.

¹⁶⁷ Vgl. Müller, S., Groß, D. (2010), S. 264-268.

¹⁶⁸ Vgl. Littlejohns, P., Rawlins, M. D. (2009), S. 81-88.

weiterer Lösungsansatz bietet sich auch die normative Gerechtigkeitstheorie von Homann an.¹⁶⁹ Übertragen auf die Gestaltung der Patientensteuerung, würde dies bedeuten, die Federführung in die Hände von Experten aus den Bereichen Medizin, Medizinethik und Medizinökonomie zu legen, die in einer Simulation des Konsenses anhand des normativen Prinzips prüfen,¹⁷⁰ ob die Interessen aller ausreichend berücksichtigt sind.¹⁷¹

4.2 Vereinbarkeit von Patientensteuerung und -orientierung

Aus ethischer Sicht ist insbesondere zu prüfen, inwiefern eine Partizipation von Leistungserbringern an einer Budgetverantwortung mit der Orientierung am Patientenwohl vereinbar ist. Dabei stellt sich konkret die Frage, ob es ihnen in Einklang mit moralischen Normen und medizinischer Rationalität möglich ist, Therapieentscheidungen unter Berücksichtigung ökonomischer Kriterien zu treffen. Beim Umgang mit knappen Ressourcen im Rahmen der Therapieentscheidung existieren wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt die zwei grundsätzlichen Strategien der Effizienzsteigerungen (Rationalisierung) und der Leistungsbegrenzung (Rationierung), gegebenenfalls kombiniert mit einer Priorisierung. Die Rationalisierung stellt dadurch, dass keine Leistungen vorenthalten werden müssen und im Vergleich zur Ausgangssituation mit einem gleichen Mitteleinsatz ein größerer bzw. mit einem geringeren Mitteleinsatz der gleiche therapeutische Effekt erreicht wird, sowohl nach ethisch-medizinischen als auch nach ökonomischen Kriterien die zu bevorzugende Strategie dar. Daher sollten Maßnahmen der Rationierung, die darin bestehen, dem Patienten aus Kostengründen sinnvolle Maßnahmen vorzuenthalten, erst dann ergriffen werden, wenn die Rationalisierungspotenziale vollständig ausgeschöpft sind. Insbesondere die implizite Rationierung, deren Zuteilungsmodus keinen festgelegten und je nach Einzelfall unterschiedlichen Regeln folgt, ist nicht zuletzt wegen der Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes aus ethischer Sicht kritisch zu beurteilen. Die explizite Rationierung enthält zwar auch grundsätzlich sinnvolle Leistungen vor, folgt dabei aber allgemeinverbindlichen, transparenten und medizinisch-rationalen Regeln, die im Vorfeld auf einer übergeordneten Entscheidungsebene außerhalb des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses festgelegt wurden.¹⁷²

¹⁶⁹ Vgl. Homann, K. (1988), S. 195-196.

¹⁷⁰ Vgl. Homann, K., Suchanek, A. (2005), S. 167.

¹⁷¹ Vgl. Müller, S., Groß, D. (2010), S. 276-277.

¹⁷² Vgl. Marckmann, G., in der Schmitten, Jürgen (2011), S. 307.

Um bei Ressourcenentscheidungen auf der Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung die Einhaltung moralischer Regeln zu gewährleisten, können verbindliche Kodizes vereinbart werden, beispielsweise das vierstufige Modell des ethischen Kostenbewusstseins von Marckmann. Dabei steht auf der ersten Stufe im Einklang mit einer evidenzbasierten Medizin die Unterlassung ineffektiver Maßnahmen mit dem Ziel Nutzen bzw. Nichtschaden zu stiften. Auf der zweiten Stufe befindet sich die umfassende Orientierung an den individuellen Präferenzen des Patienten, um auf diesem Wege dessen Autonomie zu respektieren. Auf der dritten Stufe folgt ein möglichst geringer diagnostischer und therapeutischer Aufwand, der betrieben wird, um mit einem minimalen Schadensrisiko ein bestimmtes Therapieziels zu erreichen. Die vierte und letzte Stufe sieht den implizit oder explizit stattfindenden Verzicht (Rationierung) auf kostenintensive Maßnahmen mit geringem oder fraglichem Patientennutzen vor, mit dem Ziel gerechte Verhältnisse zu schaffen.¹⁷³

Auf den ersten drei Stufen besteht kein Konflikt zwischen einem höheren Kostenbewusstsein und dem ärztlichen Berufsethos. Auf der vierten Stufe rücken jedoch gerechtigkeitsethische Erwägungen in den Vordergrund, deren Inhalt jenseits der individuellethischen Sphäre eine möglichst gerechte Verteilung knapper Ressourcen auf ein bestimmtes Patientenkollektiv bildet. Aus diesem Grund sollten die aus ethischer Perspektive unproblematischen Maßnahmen der ersten drei Stufen ausgeschöpft sein, bevor die aus ethischer Sicht potenziell kritischeren Maßnahmen der vierten Stufe gewählt werden, da es auf der vierten Stufe auch um Leistungen geht, die grundsätzlich einen Zusatznutzen stiften können, aber aus Kosten-Nutzen-Erwägungen und um der Knappheit der Ressourcen Rechnung zu tragen, abgelehnt werden.

Da im Gegensatz zur impliziten Rationierung bei der expliziten Rationierung das konkrete Leistungsspektrum und eventuelle Ausschlüsse klar und für alle Patienten gleich geregelt sind, ist letztere unter ethischen Gesichtspunkten vorzuziehen. Diesem Leitgedanken folgend, empfiehlt sich die konkrete Definition, unter welchen Bedingungen ein Patient eine bestimmte kostenintensive Therapie erhält bzw. welche Patienten am meisten von einer solchen Therapie profitieren, beispielsweise durch den Einsatz von sogenannten kostensensiblen Leitlinien.¹⁷⁴ Wenn eine Rationierung als Einzelfallentscheidung gefällt werden muss, ist diese aus ethischer Sicht am wenigsten kritisch und tritt am geringfügigsten mit dem

¹⁷³ Vgl. Marckmann, G. (2009), S. 109-111.

¹⁷⁴ Vgl. Marckmann, G., Strech, D. (2011), S. 75-98.

ärztlichen Berufsethos in Konflikt, wenn diese Entscheidung das Patientenwohl so gering wie möglich beeinträchtigt und zur Realisierung einer umfassenden Patientenorientierung im Entscheidungsprozess prozedurale Mindeststandards, wie Transparenz oder Evidenzbasierung, eingehalten werden. Allerdings bedingt dadurch, dass auf der politischen Ebene die Unvermeidbarkeit der Rationierung im Gesundheitswesen nicht anerkannt wird und folglich auch keine Bemühungen unternommen werden, die straf- und haftungsrechtlichen Regelungslücken in diesem Bereich zu schließen, können und sollten Ärzte unter den aktuellen Bedingungen nicht die in Stufe vier beschriebene Kostenverantwortung übernehmen.¹⁷⁵

Letztendlich ist jedoch die Einführung allgemeinverbindlicher ökonomischer Kriterien im Rahmen einer Therapieentscheidung eine Grundvoraussetzung dafür, dass die verfügbaren knappen Ressourcen gerecht und nach Bedürftigkeit auf die Patienten verteilt werden.¹⁷⁶ Dass die Erbringung guter Medizin auf ökonomischen Prinzipien basieren muss, erkennen selbst Kritiker einer „Verbetriebswirtschaftlichung“ der Medizin wie Maio an.¹⁷⁷ Daher ist eine im ärztlichen Berufsethos verankerte Verpflichtung zum verantwortungsvollen Umgang mit knappen Ressourcen auch aus ethischen Gründen geboten.¹⁷⁸ Die überwiegende Mehrheit der Ärzte ist bereit, mit seiner Entscheidung eine Budgetverantwortung zu tragen, fordert aber gleichzeitig die Einführung expliziter, ethisch vertretbarer Verteilungskriterien.¹⁷⁹ In einer Befragung dazu gaben 13% der Ärzte an, bereits in der Vergangenheit aus Kostengründen häufig medizinisch sinnvolle Maßnahmen durch kostengünstigere, aber auch weniger effektive Leistungen ersetzt und damit eine ethisch bedenkliche Rationierung gewählt zu haben.¹⁸⁰ Jedoch in der deutlich überwiegenden Anzahl der Fälle (60%) reagierten Ärzte auf den Kostendruck mit einer auch aus ethischer Sicht vertretbaren Rationalisierung.¹⁸¹

Klare Entscheidungsregeln bilden eine Grundvoraussetzung dafür, ökonomische Kriterien auf ethisch vertretbare Weise in den ärztlich-therapeutischen Entscheidungsprozess einfließen zu lassen. Wie sensibel in der konkreten Entscheidungssituation die Ergründung des tatsächlichen Patientenwillens und der damit verbundenen Entscheidung sein kann,

¹⁷⁵ Vgl. Marckmann, G., in der Schmitten, Jürgen (2011), S. 307-313.

¹⁷⁶ Vgl. Marckmann, G., in der Schmitten, Jürgen (2011), S. 306.

¹⁷⁷ Vgl. Maio, G. (2014), S. 19-21.

¹⁷⁸ Vgl. Wiesing, U., Marckmann, G. (2009), S. 69-82.

¹⁷⁹ Vgl. Strech, D., Danis, M., Löb, M., Marckmann, G. (2009), S. 1263.

¹⁸⁰ Vgl. Strech, D., Danis, M., Löb, M., Marckmann, G. (2009), S. 1264.

¹⁸¹ Vgl. Strech, D., Marckmann, G. (2010), S. 1498.

insbesondere wenn die grundsätzliche Möglichkeit einer ökonomisch motivierten Beeinflussung besteht, zeigt das Setting einer Studie von Schneiderman et al. Durch eine Ethikberatung, die sterbende Intensivpatienten erhielten, konnte der Mittelverbrauch gesenkt werden, weil die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Tage in der Intensivstation verbrachte und kürzer künstlich beatmet wurde. Um Maßnahmen wie diese Ethikberatung einzusetzen, muss jedoch zweifelsfrei sichergestellt sein, dass in deren Zusammenhang keine Manipulation und Suggestion des Patientenwillens stattfindet.¹⁸²

4.3 **Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit des Patienten**

In integrierten Versorgungsmodellen sollen insbesondere auch Patienten eine Mitverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Daher stellt sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen es ethisch vertretbar ist, ihnen Mitverantwortung zu übertragen und dieselbe in diesem Zusammenhang zum Belohnungs- oder Sanktionskriterium zu machen. Damit ein Konzept der Eigenverantwortung im Versorgungsgeschehen angewandt werden kann, muss dieses in Bezug auf seine Grundausrichtung mit dem deutschen, solidarisch ausgerichteten Gesundheitswesen kompatibel sein. Daher scheiden sehr libertäre Ansätze wie der von Engelhardt, der Eigenverantwortung isoliert von jeglicher solidarischen Komponente versteht und Umverteilung mit einem Verweis auf moralische Grundsätze ablehnt, von vornherein aus.¹⁸³

Vertreter des Glücksegalitarismus (Luck Egalitarianism) sehen in der Eigenverantwortung ein Instrument zur Herstellung größtmöglicher Gleichheit innerhalb einer Gesellschaft. Dabei unterscheiden sie klar nach Ungleichheiten, die aus einer freien Wahl resultieren (Option Luck) und Ungleichheiten, deren Entstehung sich dem Einfluss des jeweiligen Individuums entzieht (Brute Luck). Ausschließlich in letzterem Fall sehen sie für ein staatliches Gesundheitssystem die Veranlassung, diesen Zustand zu kompensieren.¹⁸⁴ Für die Anwendung auf die Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen kommt dieses Verständnis von Eigenverantwortung jedoch nicht in Frage: Diese Sichtweise wird unter anderem von Williams kritisiert, der den Begriff der Wahlfreiheit in ethisch unangemessener Weise als alleiniges Kriterium der Ressourcenverteilung

¹⁸² Vgl. Schneiderman, L. J., Gilmer, T., Teetzel, H. D. et al. (2003), S. 1166-1172.

¹⁸³ Vgl. Engelhardt, H. T. (1996), S. 375.

¹⁸⁴ Vgl. Dworkin, R. (1981), S. 283-345; Cohen, G. A. (1989), S. 906-944.

benutzt sieht.¹⁸⁵ Außerdem werden durch die Eigenverantwortung im Sinne des Glücksegalitarismus viele Bevölkerungsgruppen wie Pflegekräfte, die sich zugunsten der Gesellschaft einem höheren Gesundheitsrisiko aussetzen, diskriminiert.¹⁸⁶

Callahan argumentiert dagegen von einem kommunitaristisch-naturalistischen Standpunkt aus, bei dem vom Individuum eine Eigenverantwortung eingefordert wird. Dabei setzt er als Entscheidungskriterium nicht die Kategorien des Brute Luck und Option Luck aus dem Glücksegalitarismus ein, sondern räumt vielmehr dem Wohl der Gesamtgesellschaft vor dem des Individuums den Vorrang ein. Vor diesem Hintergrund sollen die Rahmenbedingungen zur Unterstützung eines eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhaltens gestärkt werden. Andererseits fordert Callahan aber auch, dass im Sinne eines gemeinwohlorientierten Ansatzes der Einzelne die Endlichkeit des Lebens und den gemäßigten Einsatz von Hochleistungsmedizin stärker akzeptieren sollte. Hauerwas spricht sich zwar übereinstimmend mit Callahan dafür aus, kritisch zu überdenken, ob das Ausschöpfen sämtlicher medizinischer Möglichkeiten in jeder Situation gerechtfertigt ist, kritisiert aber gleichzeitig, dass Callahan nicht konkret wird, wenn er das Ende des Lebens mit „one's life possibilities have on the whole been accomplished“¹⁸⁷ beschreibt.¹⁸⁸ Dieser Kritikpunkt ist in diesem Zusammenhang insofern besonders relevant, als dass das Konzept von Callahan an dieser Stelle keine Handlungsempfehlung für die konkrete Gestaltung der Patientensteuerung liefert.¹⁸⁹

Buyx knüpft an die angesprochenen Ansätze (Glücksegalitarismus, Engelhardt und Callahan), die alle der Eigenverantwortung des Patienten eine zentrale Rolle einräumen, an und bezieht dabei gerechtigkeitstheoretische Erwägungen und einen solidarisch orientierten Eigenverantwortungsbegriff ein. So erkennt sie zwar an, dass in einem interdependenten Gesundheitswesen der Einzelne zum Funktionieren des Systems beitragen muss, lehnt dabei aber Callahans Kommunitarismus und den damit verbundenen Autoritarismus und den Mangel an Wertepluralität ab. Aus gerechtigkeitsethischen Überlegungen erscheint die Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen zwar grundsätzlich plausibel, aber die praktische Anwendung auf das Versorgungsgeschehen birgt zahlreiche Probleme. Im Folgenden werden daher die Argumente be-

¹⁸⁵ Vgl. Williams, B. (1997), S. 52.

¹⁸⁶ Vgl. Anderson, E. S. (1999), S. 296-298.

¹⁸⁷ Callahan, D. (1995), S. 66.

¹⁸⁸ Vgl. Hauerwas, S. (1994), S. 108-109.

¹⁸⁹ Vgl. Callahan, D. (1998), S. 80-200.

leuchtet, die Buyx gegen die Anwendung der in Reinform dargestellten Ansätze von Engelhardt, Callahan und den des Glücksegalitarismus vorbringt.¹⁹⁰

Eine erste Hürde stellt in diesem Zusammenhang die Kausalität dar. Während die glücksegalitaristischen Kategorien des Brute und Option Luck die Möglichkeit einer klaren kausalen Zuschreibung und eindeutigen Verortung eines Krankheitsauslösers nahelegen, existieren in der Realität neben eindeutigen Krankheitsursachen auch viele multifaktorielle Krankheitsgesenen. Im heutigen Krankheitsverständnis werden wesentlich mehr Kausalfaktoren berücksichtigt als früher, unter anderem aus dem psychosomatischen oder genetischen Bereich. Unbestritten ist allerdings auch, dass der individuelle Gesundheitszustand zu einem Großteil auch vom persönlichen Verhalten abhängt. Die konkrete Quantifizierung der Einflussstärken der jeweiligen Faktoren gestaltet sich allerdings schwierig, da eine Reduktion auf simple Wenn-dann-Beziehungen in aller Regel nicht möglich ist. Aus diesem Grund ist bei der Betrachtung auf der Ebene der Einzelperson Adipositas nicht zwingend mit einem Herzinfarkt verbunden, obwohl auf der Makroebene bei der Betrachtung einer größeren Population statistisch ab einem bestimmten Körperfettanteil das Herzinfarktrisiko steigt. Ein weiteres Problem stellt die Kontrolle des Verhaltens des Patienten dar. Wenn das Vorenthalten bestimmter Ressourcen gerechtfertigt sein soll, muss das Verhalten des Patienten, das hierzu die Begründung liefert, tatsächlich vorliegen. Mehr als fraglich ist aber, ob der dafür notwendige Eingriff in dessen Privatsphäre auch aus ethischer Sicht zu rechtfertigen ist. Statistische Erkenntnisse, die auf der Makroebene gewonnen wurden, können jedoch bei guter Datenlage und entsprechend gesicherter Kenntnis des Verursachungszusammenhangs den Verzicht auf epistemische Sicherheit rechtfertigen. Das würde konkret bedeuten, dass Krankheiten, bei denen die Verursachung durch das individuelle Verhalten ausreichend erwiesen ist, bei der Ressourcenallokation anders behandelt würden als Erkrankungen, deren Entstehung verhaltensunabhängig ist, ohne dass eine Kontrolle des einzelnen Patienten notwendig wäre. Da aktuell insbesondere die „Volkskrankheiten“ nicht in die Kategorie von Krankheiten fallen, bei denen ein eindeutiger Bezug zur Verursachung durch das Patientenverhalten herstellbar ist, besteht diesbezüglich noch Forschungsbedarf.¹⁹¹

¹⁹⁰ Vgl. Buyx, A. (2005), S. 275-276.

¹⁹¹ Vgl. Buyx, A. (2005), S. 276-277.

Neben der Klärung, ob tatsächlich das Verhalten des Patienten eine Erkrankung ausgelöst hat, spielt auch die Frage eine Rolle, inwiefern dieses Verhalten seiner freien Willensentscheidung unterworfen ist und die Rechtfertigung für die Übertragung einer Eigenverantwortung sein kann. Das Verhalten von Versicherern, die mit dem Verweis auf die Eigenverantwortung des Versicherten Leistungen vorenthalten, obwohl dessen Krankheit durch Faktoren wie Sozialisation, Geschlecht, sozialen Status oder Rasse determiniert wurde, beschreibt dagegen das sogenannte *Victim Blaming*.¹⁹² Ähnlich wie bei der Kausalität spielt auch bei der Freiheit die geringe Spezifität in Bezug auf das medizinisch relevante Verhalten eine entscheidende Rolle. Auch wenn die Einhaltung eines gesundheitsbewussten Lebensstils für manche Menschen leichter ist als für andere, fordert Callahan dennoch, von der Mehrheit ein gesundheitsorientiertes Verhalten zu verlangen.¹⁹³ Darüber hinaus tritt die Freiheit des einzelnen Patienten umso stärker in den Vordergrund, je weniger die Eigenverantwortung durch eine Bestrafung des Einzelnen auf der Mikroebene charakterisiert wird.¹⁹⁴

Ein weiteres Problem beim stärkeren Einsatz der Eigenverantwortung als Distributionskriterium stellt die heterogene Verteilung von Gesundheitswissen und -mündigkeit in der Bevölkerung dar. Da unter diesen Bedingungen nicht alle über die gleiche Kompetenz zur Krankheitsvermeidung verfügen, wäre es nicht gerecht, generell bei nicht gesundheitsförderlichem Verhalten Behandlungsressourcen vorzuenthalten. Eine konkrete Gegenmaßnahme wäre die Einführung einer institutionalisierten Gesundheitserziehung, beispielsweise als verpflichtendes Schulfach oder die Bereitstellung von verlässlichen, auf den Patientenbedarf angepassten Gesundheitsinformationen durch unabhängige Institutionen. Studien deuten auf ein wachsendes Interesse der Patienten an Gesundheitsinformationen hin und zeigen dass das Gesundheitsverhalten durch diese Informationen beeinflusst wird.¹⁹⁵ Um die präventiven Möglichkeiten besser zu nutzen, fordert Sass deshalb die Definition von Rechten und Pflichten für medizinische Laien, um ihnen zu einer besseren Gesundheitsmündigkeit zu verhelfen.¹⁹⁶ Allerdings suchen viele Menschen erst im akuten Krankheitsfall nach den entsprechenden medizinischen Informationen, weswegen die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

¹⁹² Vgl. Crawford, R. (1977), S. 663-680.

¹⁹³ Vgl. Callahan, D. (1998), S. 191.

¹⁹⁴ Vgl. Buyx, A. (2005), S. 277-278.

¹⁹⁵ Vgl. Lindau, S. T., Tomori, C., Lyons, T. et al. (2002), S. 938-943.

¹⁹⁶ Vgl. Sass, H.-M. (2003), S. 42.

in Bezug auf die allgemeinen Gesundheitsrisiken und die individuelle Prädisposition auf eine Steigerungsfähigkeit hindeutet.¹⁹⁷

Auch wenn die Eigenverantwortung des Patienten im Sinne eines effizienteren Gesundheitssystems so weit wie möglich gestärkt werden sollte, muss jedoch nicht zuletzt von einem praktisch-ethischen Standpunkt aus einschränkend anerkannt werden, dass sowohl somatische als auch psychische Krankheitszustände mit einer verminderten Autonomiekompetenz einhergehen.¹⁹⁸ Ähnlich wie Buyx gibt auch O'Neill in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Autonomiekompetenz auch unabhängig vom Gesundheitsstatus individuell unterschiedlich ausgeprägt ist und nicht bei jedem Menschen von gleichen Voraussetzungen ausgegangen werden kann.¹⁹⁹ In diesem Sinne sollte einem Modell der Patientensteuerung ein nichtidealisiertes Autonomiekonzept zugrunde gelegt werden, das zwar von Patienten eine autonome Entscheidungskompetenz einfordert, dabei aber die individuellen und lebensphasenabhängigen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt und respektiert.²⁰⁰

¹⁹⁷ Vgl. Buyx, A. (2005), S. 278.

¹⁹⁸ Vgl. Komrad, M. S. (1983), S. 38-44.

¹⁹⁹ Vgl. O'Neill, O. (1984), S. 173-178.

²⁰⁰ Vgl. Huber, L. (2006), S. 133-146.

5 Integrationsbasierte Patientensteuerung in gesundheitspolitischer Hinsicht

Laut OECD gehört Deutschland schon heute zu den Staaten mit den weltweit höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf.²⁰¹ Gleichzeitig verheißt der demographische Wandel und der medizinisch-technologische Fortschritt weitere Kostensteigerungen, wodurch für die Gesundheitspolitik in Bezug auf eine bessere Integration der Versorgungsprozesse dringender Handlungsbedarf besteht.²⁰² Im Allgemeinen stehen insbesondere die sektorale Trennung des Gesundheitswesens, die Eigeninteressen der einzelnen Akteure sowie die Koexistenz von Kollektiv- und Selektivverträgen einem integrierten Versorgungsgeschehen entgegen.²⁰³ Um diese Schwachstelle zu beseitigen, reichen punktuelle Maßnahmen, wie beispielsweise zur Verkürzung von Wartezeiten,²⁰⁴ nicht aus. Auf lange Sicht ist vielmehr eine strukturpolitische Integration der Sektoren sowie der Versicherungs- und Finanzierungssysteme vonnöten.²⁰⁵ Bisher ist eine solche Integration noch nicht gelungen, weswegen das Potenzial verzahnter Versorgungsabschnitte und einer effektiven Patientensteuerung vorrangig über selektivvertragliche Modelle wie die Integrierte Versorgung genutzt werden kann.²⁰⁶ Aus gesundheitspolitischer Perspektive können zur Förderung einer Patientensteuerung, wie sie in Kapitel 2 definiert ist, vor allem die im Folgenden ausgeführten Handlungsfelder abgeleitet werden. In diesem Zusammenhang sollen für die Integrierte Versorgung nicht nur ein ausreichender Entwicklungsspielraum, sondern durch eine umfassende Versorgungsforschung und die Definition verbindlicher Versorgungsstandards evidenzbasierte Steuerungskriterien gewährleistet werden. Damit der Patient als Ko-Produzent seiner Gesundheit aktiv an der Versorgungssteuerung mitwirken kann, müssen die Möglichkeiten zur Stärkung seiner Gesundheitskompetenz sowie die Förderung von Prävention stärker als bisher ausgeschöpft werden.

²⁰¹ Vgl. OECD, Europäische Union (2018), S. 132-135; OECD (2014), S. 122.

²⁰² Vgl. Rosog, T. (2014), S. 14-17.

²⁰³ Vgl. Gerlinger, T. (2013).

²⁰⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014), S. 9.

²⁰⁵ Vgl. Kodner, D. L. (2009), S. 12; Leichsenring, K. (2004), S. 12.

²⁰⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 45-66; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 372-378.

5.1 Sicherstellung der Entwicklungsmöglichkeiten für die Integrierte Versorgung

Der Weg von der Idee der Integrierten Versorgung zur Schaffung der gesetzlichen Grundlagen war lang. Diesbezüglich wurden die ersten konzeptionellen Überlegungen bereits in der Mitte der 1970er Jahre gefasst.²⁰⁷ In diesem Zusammenhang besteht die zentrale Aufgabe des Gesetzgebers darin, eine ausgewogene Balance zu finden zwischen dem Ermöglichen von Entwicklungsspielräumen und einem angemessenen Maß an Regulierung, wobei der Sicherstellung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen sowie dem Gewähren von Gestaltungs- und Vertragsfreiheit eine elementare Bedeutung zukommt, weil unter anderem diese Faktoren über den Erfolg von Modellen der Integrierten Versorgung bestimmen.²⁰⁸

Dabei stellt die Schaffung und Erhaltung der Entwicklungsmöglichkeiten der Integrierten Versorgung eine fortwährende Aufgabe dar, bei der mehrere entscheidende Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden müssen. So reichte beispielsweise die Schaffung des rechtlichen Rahmens für ein effektives Voranbringen der Integrierten Versorgung nicht aus, was durch die verhaltene Resonanz auf das GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 deutlich wurde.²⁰⁹ Erst die Anschubfinanzierung, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 beschlossen wurde, schuf auch die notwendigen finanziellen Voraussetzungen und führte zu deutlich mehr Integrationsvorhaben.²¹⁰ Die Tatsache, dass mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahr 2008 auch die Anzahl von Integrationsverträgen stagnierte, zeigt die Notwendigkeit einer Verstärkung der finanziellen Basis für Integrationsvorhaben.²¹¹ Aktuell werden über den beim G-BA angesiedelten Innovationsfonds Fördermittel für die Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt.²¹²

Gleichzeitig offenbart der Vergleich mit der Schweiz und den Niederlanden, die über eine ähnliche Grundstruktur wie Deutschland verfügen, dass die deutsche Gesundheitspolitik im Hinblick auf eine flächendeckend umgesetzte Integrierte Versorgung und ein effektiver gesteuertes

²⁰⁷ Vgl. Behrens-Potratz, A., Schmugge, J., Ulbrich, J. (2016), S. 3; Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (1975).

²⁰⁸ Vgl. Beck, K. (2009), S. 404-411.

²⁰⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 230-232.

²¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2003), S. 38-40.

²¹¹ Vgl. Grothaus, F.-J. (2009), S. 15; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 345.

²¹² Vgl. Klakow-Franck, R. (2016), S. 44-45.

Versorgungsgeschehen nach wie vor Gestaltungswillen vermissen lässt.²¹³ Zusätzlich verhindern Faktoren wie das sektorale Denken, die systemimmanente Schwerfälligkeit der Selbstverwaltung sowie der stark ausgeprägte Lobbyismus im Gesundheitswesen die umfassende Behebung sämtlicher Strukturdefizite im Zuge eines einzelnen Gesetzeswerks. Deshalb bleibt nur eine Lösung auf dem evolutiv-inkrementellen Weg.²¹⁴ Eine Wegmarke in diesem Entwicklungsprozess stellt das Versorgungsstärkungsgesetz dar, das darauf abzielt, die Bedingungen für Integrationsverträge zu verbessern, unter anderem indem die Vorschriften zur Budgetbereinigung oder zur Vorlage von Selektivverträgen bei Aufsichtsbehörden praktikabler gestaltet wurden.²¹⁵

5.2 Förderung der Versorgungsforschung

Um eine evidenzbasierte und patientenorientierte Versorgungssteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung gewährleisten zu können, ist eine Versorgungsforschung notwendig, welche die dafür benötigte Grundlage liefert. Die Schaffung von adäquaten Rahmenbedingungen für die Versorgungsforschung zählt zu den elementaren Aufgaben der Gesundheitspolitik, da nur eine unabhängige Wissenschaft und Forschung die Basis für eine Versorgungsforschung im Sinne der Allgemeinheit erarbeiten kann. Insbesondere mit einer überwiegend industriefinanzierten Forschung geht das Risiko einer durch Interessenskonflikte eingeschränkten Unabhängigkeit und in der Folge die Gefahr verzerrter Ergebnisse sowie nicht zielführender Empfehlungen einher.²¹⁶

Da eine an den Interessen eines Einzelunternehmens orientierte Wissenschaftsförderung, bei der die von der Allgemeinheit finanzierte Forschungsinfrastruktur in Anspruch genommen wird, nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen kann, müssen geeignete Rahmenbedingungen die beschriebenen negativen Effekte verhindern. Ein möglicher Ausweg aus dieser Situation stellt die Schaffung eines unabhängig verwal-

²¹³ Vgl. Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016), S. 3-27; Vroomen, J., Zweifel, P. (2011), S. 93.

²¹⁴ Vgl. Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016), S. 6; Laschet, H. (2015); Steinbrück, R. (2007), S. 882-883; Klenk, T. (2006), S. 273-284.

²¹⁵ Vgl. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2015), S. 1215-1233; Gerst, T., Rieser, S. (2014), S. 157-158; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 361.

²¹⁶ Vgl. Aaron, D. G., Siegel, M. B. (2017), S. 21-27; Balser, M., Ritzer, U. (2016), S. 17; Galle, P. (2014), Nr. 1; Bes-Rastrollo, M., Schulze, M. B., Ruiz-Canela, M., Martinez-Gonzalez, M. (2013).

teten Forschungsfonds dar.²¹⁷ In diesen Fonds lässt der Sponsor seine Fördersumme fließen und hat dabei die Möglichkeit ein bestimmtes Forschungsfeld vorzugeben, jedoch nicht das konkrete Forschungsprojekt, in das diese Mittel fließen sollen. Ein unabhängiges Gremium sollte dann über die jeweilige Mittelverwendung entscheiden. Über die Akzeptanz dieses Procederes könnte ein Unternehmen zeigen, wie stark ihm tatsächlich an der Unterstützung einer unabhängigen Forschung gelegen ist und hätte dabei die Möglichkeit, dies entsprechend für seine Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen. Grundsätzlich existieren in vielen Ländern bereits umfangreiche Fördermöglichkeiten für die Gesundheitsforschung. Dieser Bereich muss sich aber dynamisch an sich ändernde Umfeldbedingungen anpassen und dem wachsenden Bedürfnis nach einer fachgebietsübergreifenden und anwendungsorientierten Forschung gerecht werden. In diesem Zuge muss die klassische Grundlagenforschung um eine verstärkte patientenrelevante Versorgungsforschung erweitert werden. Dabei spielt die Erforschung der patienteneigenen Gesundheitskompetenz, der Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitstechnologien sowie von Implementationsprozessen im Versorgungsgeschehen eine zentrale Rolle. Auch deshalb stellt die Förderung der Versorgungsforschung einen der elementaren Inhalte des Versorgungsstärkungsgesetzes dar.²¹⁸

Auf das gesamte Gesundheitswesen bezogen verfolgt der Gesetzgeber mit der Förderung der Versorgungsforschung insbesondere eine Reduktion einer Über-, Unter- und Fehlversorgung, eine höhere Effizienz der Versorgungsprozesse sowie eine gesteigerte Versorgungsqualität und Patientenorientierung, um so die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung langfristig abzusichern.²¹⁹ Der Fokus der aktuellen Versorgungsforschung liegt allerdings auf dem klinischen Bereich, dessen kontrolliertes Studiensetting relativ alltagsfern ist.²²⁰ Dagegen ist aus Sicht der Patientensteuerung vorrangig relevant, welche Maßnahmen sich unter den Bedingungen des Versorgungsalltags umsetzen lassen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Forschung und die Praxis besser zusammenwirken als es bisher der Fall ist,²²¹ was letztendlich auch der Schlüssel zu einer Forschung sein könnte, die stärker als bisher patientenrelevante Endpunkte wie Ne-

²¹⁷ Vgl. Galle, P. (2014), S. N1.

²¹⁸ Vgl. Nelson, D. E. (2013), S. 63-64.

²¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014), S. 4-13.

²²⁰ Vgl. Beneker, C. (2016), S. 4.

²²¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2015c).

benwirkungen, Auswirkungen von Interventionen auf den Patientenalltag oder Lebensqualität berücksichtigt.²²²

Gerade im Hinblick auf die gemeinsame Verantwortung in einem integrierten Versorgungsmodell ist in einem nutzenorientierten Gesundheitssystem die Messung der Kosten und des Nutzens die zentrale Grundvoraussetzung. Damit die darin geforderte Veröffentlichung von allgemeingültig gemessenen und risikoangepassten Behandlungsergebnissen möglich wird, müssen zunächst jedoch entsprechende Messmethoden und -systeme entwickelt und etabliert werden. Nur so kann einer Risiko-selektion vonseiten der Leistungserbringer und einer damit verbundenen systematischen Benachteiligung bestimmter Patientengruppen zuverlässig vorgebeugt werden. Derartige Messmethoden müssen im Rahmen von entsprechenden Versorgungsforschungsprojekten in weiten Teilen erst noch entwickelt werden.²²³

Eine wichtige Basis der Patientensteuerung sind die medizinischen Leitlinien. Daher muss sichergestellt sein, dass diese nicht nur von den Fachgesellschaften in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden, sondern auch im Versorgungsgeschehen ankommen und dort angewendet werden. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass an diesem Translationspunkt der Übergang nicht immer reibungslos funktioniert. Leitlinien sind als Wissensgrundlage zwar weitgehend akzeptiert, aber insbesondere Empfehlung auf bestimmte Maßnahmen zu verzichten, werden oft nicht angenommen. Aus diesem Grund muss dieser Prozess von der Versorgungsforschung begleitet werden, um zu eruieren, welche konkreten Faktoren eine Umsetzung der Leitlinien befördern bzw. welche diese verhindern.²²⁴

5.3 Verlässliche Mindeststandards und Qualitätskriterien

Wie bereits in Abschnitt 5.2 angesprochen, leistet die Versorgungsforschung einen entscheidenden Beitrag zur Definition von transparenten und evidenzbasierten Beurteilungsmaßstäben in Bezug auf die Versorgungsqualität. Diese bilden eine wichtige Grundlage für die Akzeptanz der nach diesen Kriterien gestalteten Patientensteuerung bei allen an einem integrierten Versorgungsmodell Beteiligten. Insbesondere bei Patienten darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Patientensteuerung

²²² Vgl. Glasziou, P., Vandenbroucke, J. P., Chalmers, I. (2004), S. 39-41.

²²³ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 29-64.

²²⁴ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2015d).

ein Instrument sei, das sie ohne Berücksichtigung der Qualität systematisch in die Behandlungsoption, die mit den geringsten Ausgaben verbunden ist, lenkt. Die Formulierung und Festlegung allgemeingültiger Standards durch eine übergeordnete Instanz entbindet Ärzte dann von willkürlichen Rationierungsentscheidungen, was wiederum eine Grundvoraussetzung für ein vertrauensvolles, unbelastetes Arzt-Patienten-Verhältnis darstellt (siehe dazu auch Kapitel 4.2). Die Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes war ein erster wichtiger Schritt auf diesem Weg.²²⁵ Insgesamt allerdings steht die Gesundheitspolitik bei der Entwicklung einer solchen Steuerungsgrundlage erst am Anfang, unter anderem weil sie sich trotz einer in verdeckter Form stattfindenden Rationierung nicht zur Entwicklung von expliziten Priorisierungs- und Rationalisierungskriterien veranlasst sieht.²²⁶

Der Gesetzgeber sollte in diesem Zusammenhang insbesondere sicherstellen, dass die betreffenden Expertengremien maßgebliche Qualitätskriterien und Mindeststandards ohne Interessenskonflikte und auf einer objektiven Grundlage abstimmen. Dieser Anspruch wird jedoch in für die Patientensteuerung zentralen Bereichen, beispielsweise beim Entstehungsprozess der Behandlungsleitlinien, nicht ausreichend erfüllt. Bei einer evidenzbasierten Patientensteuerung müssen Behandlungsleitlinien eine neutrale Basis für Priorisierungs- und Rationalisierungsentscheidungen bilden, aber die derzeitige Praxis der Finanzierung und Koordination von leitlinienbegründenden Studien durch Arzneimittelhersteller, deren Umsatzerwartung von den in den Leitlinien festgelegten Medikationsempfehlungen abhängt, unterminiert diese Neutralität.²²⁷ Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 5.2 die Beeinträchtigung der Bewertungsneutralität der Forschung, die einer unzureichend entwickelten Studienkultur entspringt, beschrieben. Dass sich gerade in Bezug auf die Festlegung von Behandlungsstandards Industrienähe nicht nur potenziell, sondern tatsächlich verzerrend auf das Urteil eines Studienautors auswirkt, haben

²²⁵ Vgl. Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (2014).

²²⁶ Vgl. Staudt, F. (2020), S. 2-3; Schmitz-Luhn, B. (2017), S. 439-442; Jachertz, N., Rieser, S. (2007), S. 21; Müller-Jung, J. (2010), S. 35.

²²⁷ Vgl. Nawroth, P. P. (2018), S. 43-51; Schott, G., Dünneberger, C., Mühlbauer, B. et al. (2013), S. 575-583; Starostzik, C. (2016), S. 13; Lenzer, J., Hoffman, J. R., Furberg, C. D., Ioannidis, J. (2013), S. 3; Rogenhofer, S., Zengerling, F., Schrader, M., Müller, S. (2012), S. 1076-1077.

bereits mehrere Studien gezeigt. Finanzielle Verbindungen, die der Hauptautor einer Arzneimittelstudie zu einem Pharmaunternehmen unterhält, äußern sich insbesondere darin, dass das untersuchte Präparat dieses Herstellers dreimal häufiger positiv bewertet wird als bei Studienautoren ohne solche Beziehungen.²²⁸ Sogar in doppelblinden, prospektiven und randomisierten Studien ist der Zusammenhang zwischen einer bestehenden Verbindung eines Autors zu einem Pharmaunternehmen und der positiven Einschätzung von deren Präparat signifikant.²²⁹ Die mangelnde Transparenz und falsche Bewertung von Arzneimitteln hat nicht nur kritische Auswirkungen auf die Behandlungssicherheit, sondern birgt auch erhöhte Risiken für Investoren, weswegen der Nachvollziehbarkeit von diesbezüglichen Entscheidungen sogar über den Rahmen der Therapiestandards hinaus eine elementare Bedeutung zukommt.²³⁰

Die technische Infrastruktur zur Patientendokumentation, Vernetzung und zum Datenaustausch bietet eine entscheidende Unterstützung für eine funktionierende sektorübergreifende Abstimmung und damit für eine Patientensteuerung. Aus diesem Grund ist deren Verlässlichkeit unabdingbar und die Festlegung von verpflichtenden Mindeststandards und Qualitätskriterien durch den Gesetzgeber oder die Selbstverwaltung spielt gerade in Bezug auf diese Systeme in mehrfacher Hinsicht eine zentrale Rolle. Zu allererst muss diese technische Infrastruktur grundlegende Sicherheitsanforderungen erfüllen, insbesondere den Datenschutz betreffend.²³¹ Darüber hinaus besitzen die versorgungsnetzübergreifende Kompatibilität solcher Systeme und deren Integrierbarkeit in bestehende Prozesse eine hohe Relevanz.²³² Um die Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren und die Interoperabilität der eingesetzten Systeme zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber das E-Health-Gesetz verabschiedet, wobei abzuwarten bleibt, ob dieses langfristig eine Überwindung bestehender technischer Systemgrenzen bewirkt.²³³

²²⁸ Vgl. Ahn, R., Woodbridge, A., Abraham, A. et al. (2017), S. 5-8; Als-Nielsen, B., Chen, W., Gluud, C., Kjaergard, L. (2003), S. 921-928.

²²⁹ Vgl. Bekelman, J. E., Li, Y., Gross, C. P. (2003), S. 454-465; Jørgensen, A. W., Hilden, J., Gøtzsche, P. C. (2006), S. 1-5; Sismondo, S. (2008), S. 109-113.

²³⁰ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2015a).

²³¹ Vgl. Voßhoff, A., Raum, B., Ernestus, W. (2015), S. 1-7.

²³² Vgl. Rüping, S. (2015), S. 796; Hupperts, H., Hermann, K.-G. A. (2014), S. 32-39; Lenz, R., Beyer, M., Meiler, C. et al. (2005), S. 107.

²³³ Vgl. Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (2015).

5.4 Steigerung der Patientenautonomie

Um Patienten in einer auf evidenzbasierten Standards beruhenden Patientensteuerung eine selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen, müssen insbesondere auch von der Gesundheitspolitik die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Damit die Patienten zur Teilhabe in der Lage sind, müssen sie insbesondere über einen ausreichenden Bildungsstand verfügen, wobei die dafür notwendigen Weichenstellungen sehr früh vorgenommen werden müssen, da sich die Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle spielen, nicht nur durch elterliche Erziehung, sondern insbesondere auch durch Bildungseinrichtungen vermittelt werden.²³⁴

Einerseits ist ein ausreichender Bildungsstand elementar, weil er, neben sozialen Umfeldfaktoren, einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung ausübt.²³⁵ Andererseits bildet ein ausreichender Bildungsstand des Patienten die Voraussetzung für dessen Autonomie und dessen Fähigkeit, Eigenverantwortung im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Auch die Politik will mit ihrer Gesetzgebung die selbstbestimmte Rolle des Patienten durch die Stärkung der Patientenrechte unterstützen und hat im Rahmen des Patientenrechtegesetzes unter anderem für Behandler die Pflicht zu einer besseren Aufklärung der Patienten eingeführt.²³⁶ Einzelmaßnahmen wie ein solches Gesetz reichen jedoch für die nachhaltige Stärkung der Patientenautonomie nicht aus, wenn die gesamtgesellschaftlichen Defizite, auf die dieses Kapitel noch näher eingehen wird, bestehen bleiben. Die Menschen müssen eine ausreichende Kompetenz erworben haben, um die von der Politik eingeräumten Freiheiten tatsächlich nutzen zu können. Erfahrungen zeigen, dass im schulischen Kontext das verpflichtende Fach Gesundheitserziehung frühzeitig für gesundheitsbezogene Zusammenhänge und Interventionsmöglichkeiten sensibilisieren kann.²³⁷ Gerade die Vermitt-

²³⁴ Vgl. Gottschling, J., Hahn, E., Beam, C. R. et al. (2019), S. 24-25; Lampert, T., Kroll, L. E., Kuntz, B., Ziese, T. (2013), S. 261.

²³⁵ Vgl. Annuß, R., Borrmann, B., Mensing, M. et al. (2016), S. 12; Lampert, T., Kroll, L. E. (2014), S. 2; Hair, N. L., Hanson, J. L., Wolfe, B. L., Pollak, S. (2015), S. 827; Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H., Kroll, L. (2014), S. 766; Lange, C., Ziese, T. (2014), S. 10-78; Lampert, T., Kroll, L. E., von der Lippe, E. et al. (2013), S. 816-820; Ma, J., Xu, J., Anderson, R. N., Jemal, A. (2012), S. 2-4; Steingrimsdóttir, O. A., Næss, Ø., Moe, J. O. et al. (2012), S. 164; Evans, G. W. (2004), S. 77-92; Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C. et al. (2005), S. 375-376; Helmert, U., Voges, W. (2002), S. 455-456.

²³⁶ Vgl. Thole, L. (2013), S. 145-149.

²³⁷ Vgl. Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., Weissberg, R. (2017), S. 1162-1168; Nsangi, A., Semakula, D., Oxman, A. D. et al. (2017), S. 7-13.

lung von einer auf den Gesundheitsbereich bezogenen, alltagsorientierten Statistikkompetenz stellt einen integralen Teil dieser Gesundheitserziehung dar.²³⁸ Daran anknüpfend ist es von Seiten der Gesundheitspolitik notwendig, Patienten niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu den entscheidungsrelevanten Informationen zu ermöglichen. Diesem Grundgedanken folgend war im Rahmen der E-Health-Gesetzgebung in Bezug auf die Telematikinfrastuktur ursprünglich in § 291a SGB V ein Patientenfach vorgesehen, um Patienten die Einsichtnahme in ihre elektronische Akte oder ihren Medikationsplan zu ermöglichen. Dass sich die Einrichtung eines direkten Patientenzugangs nicht als verpflichtende Vorgabe in der Endfassung des E-Health-Gesetzes findet, ist dagegen kontraproduktiv und mit der angestrebten Stärkung der Patientenautonomie nicht vereinbar.²³⁹

Unbestritten ist jedoch auch, dass die Möglichkeiten einer stärkeren Patientenautonomie durch mehr Bildung begrenzt sind. Dieser Tatsache muss bei der Gestaltung des Gesundheitssystems adäquat Rechnung getragen werden. Daher müssen patientenrelevante Themen und Inhalte, unter anderem die in Abschnitt 5.3 thematisierten Mindeststandards und Qualitätskriterien, in einer Form vermittelt werden, die auch für medizinische Laien verständlich ist und als evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage dienen kann. Neben der Verständlichkeit, ist eine maßgebliche Eigenschaft entscheidungsrelevanter Informationen deren Objektivität und Verlässlichkeit. Im Bereich von Konsumgütern erfüllt die Stiftung Warentest diesen Anspruch, indem sie Produkteigenschaften nach nutzerorientierten, objektiven Gesichtspunkten in mehrstufigen Testverfahren bewertet.²⁴⁰ Teilweise nimmt die Stiftung Warentest diese Funktion bereits im Gesundheitsbereich wahr, beispielsweise indem sie Onlineprogramme zur Depressionsbehandlung prüft und bewertet.²⁴¹ In Anlehnung daran sollte eine neutrale Institution für Patienten Versorgungsangebote bewerten, die Qualitätsinformationen veröffentlichen und Patienten über ihre Leistungsansprüche informieren.²⁴² In den USA existiert bereits seit 1990 das unabhängige „Institut National Committee for Quality Assurance“ (NCQA), das die Qualität von integrierten Versorgungssystemen anhand der umfangreichen Leistungserbringerdaten, dem sogenannten „Health Plan Employer Data and Information Set“ (HEDIS) bewertet und

²³⁸ Vgl. Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013), S. 30-37.

²³⁹ Vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband (2015), S. 4-6.

²⁴⁰ Vgl. Heuser-Kempf, B., Heuser, D. (2012), S. 127-157.

²⁴¹ Vgl. Stiftung Warentest (2019), S. 90-95.

²⁴² Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 58.

die Ergebnisse angepasst an die Anforderungen der verschiedenen Patientengruppen veröffentlicht.²⁴³ In Deutschland widmet sich bereits heute das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) der Bereitstellung laienverständlicher Patienteninformationen.²⁴⁴ Um die Vergleichsmöglichkeiten für Patienten zu erweitern und dabei das vorhandene Wissen effektiver zu nutzen, bietet sich eine Vernetzung der Institutionen mit ähnlicher Ausrichtung an, beispielsweise durch eine intensive Zusammenarbeit zwischen IQWiG und dem „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz“ (IQTIG), dessen Aufgabe darin besteht, medizinische Leistungen durch eine erhöhte Transparenz vergleichbar zu machen, und so einen Beitrag zu einer höheren Versorgungsqualität zu leisten.²⁴⁵

5.5 Intensivierung und Incentivierung der Prävention

Die in Kapitel 5.4 geforderte bessere Gesundheitsbildung soll nicht zuletzt dazu beitragen, dass Patienten bestehende Potenziale, die maßgeblich von deren Eigeninitiative abhängen, besser ausschöpfen. Durch den Wandel des Verständnisses von Gesundheit, das nicht nur deren Wiederherstellung sondern auch deren Erhalt beinhaltet, betrifft dies insbesondere die Prävention.²⁴⁶ Diesbezüglich führte Caplan 1964 die Unterscheidung der Prävention in die drei Bereiche Primär- (Maßnahmen zur Verhinderung des Krankheitseintritts), Sekundär- (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten) und Tertiärprävention (Maßnahmen zur Verhinderung von Folgeschäden durch bestehende Krankheiten) ein.²⁴⁷ Aus volkswirtschaftlicher Perspektive stellt die Investition in Prävention einen Wettbewerbsvorteil dar, denn das Engagement in Prävention führt zu einer höheren Rendite als die Fokussierung auf die Behandlung bereits vorhandener Krankheiten.²⁴⁸ Bei ihrer Analyse des Versorgungsgeschehens sieht die WHO ein elementares Ziel in einer möglichst langen Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und mahnt mit der Forderung eines integrierten Fürsorgesystems die Abkehr von einer isolierten Betrachtung einzelner Krankheiten an.²⁴⁹ Beispielsweise die bisherigen Erfahrungen im Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe

²⁴³ Vgl. Preuß, K. J., Rübiger, J., Roski, J. (2007), S. 134-140.

²⁴⁴ Vgl. IQWiG (2015), S. 38-49.

²⁴⁵ Vgl. Schmilgus, A. (2015), S. 7.

²⁴⁶ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 220.

²⁴⁷ Vgl. Caplan, G. (1964), S. 26-113.

²⁴⁸ Vgl. World Economic Forum (2015b), S. 223; Cook, J. (2011), S. 142.

²⁴⁹ Vgl. World Economic Forum (2015b), S. 26-30.

und die in deren Folge stark gesunkene Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen belegen, dass in einer frühen Lebensphase einsetzende Präventionsbemühungen tatsächlich lohnende Investitionen darstellen und langfristig Wirkung zeigen.²⁵⁰

Insbesondere weil auch die gesundheitspolitische Anreizsetzung zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit zu den Erfolgsfaktoren eines integrativen Versorgungsgeschehens zählt,²⁵¹ liegt es nahe, dass die Integrierte Versorgung auf die Verknüpfung aller maßgeblichen Versorgungsbereiche einschließlich der Prävention abzielt. Da dieser Bereich jedoch in gut ausgebauten sozialen Sicherungssystemen, wie sie auch in Deutschland vorhanden sind, eine Schwachstelle darstellt, besteht dringender Handlungsbedarf.²⁵² Dies wird unter anderem dadurch illustriert, dass in Deutschland aktuell jährlich 199 Menschen pro 100.000 Einwohner sterben, deren Tod durch eine bessere Verknüpfung von Prävention und Kuration vermeidbar wäre.²⁵³

Im Umfeld eines integrierten Versorgungsmodells ist es insbesondere an der Gesundheitspolitik, präventionsförderliche Bedingungen in den Lebenswelten zu schaffen. Das Weltwirtschaftsforum hat in diesem Zusammenhang neun Teilbereiche der Prävention eruiert, die Einfluss auf das gesamte Leben ausüben und dadurch den höchsten Effekt erzielen. Demzufolge sollten die damit zusammenhängenden gesundheitspolitischen Maßnahmen auf eine ausreichende Impfquote, ein angemessenes sozialpolitisches Engagement, eine ausgewogene Ernährung während der Kindheit, eine gesundheitsförderliche Umwelt, gesunde Schwangerschaften, ein gesundes Körpergewicht, eine hohe Therapiecompliance, ein Mindestmaß an Bildung und Gesundheitskompetenz sowie das Selbstvertrauen, mit dem eigenen Handeln gewünschte Veränderungen zu erreichen, zielen.²⁵⁴ Bei einer entsprechenden gesundheitspolitischen Weichenstellung können diese zum überwiegenden Teil auch in der Integrierten Versorgung gezielt gefördert werden. Insbesondere weil das Gesundheitsverhalten jedoch zu einem großen Teil (sozial-)strukturell determiniert ist,²⁵⁵ müssen zunächst die Rahmenbedingungen in Bezug

²⁵⁰ Vgl. Brauckhoff, G., Kocher, T., Holtfreter, B. et al. (2009), S. 14-37.

²⁵¹ Vgl. Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286.

²⁵² Vgl. Eurostat (2016), S. 50-51; Björnberg, A. (2015), S. 24; Kartte, J., Neumann, K. (2015), S. 10-13; Bode, I. (2004), S. 92.

²⁵³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 363; OECD (2016a), S. 127.

²⁵⁴ Vgl. World Economic Forum (2015a), S. 11.

²⁵⁵ Vgl. Richter, M., Mielck, A. (2000), S. 210-213.

auf Lebens- und Arbeitsbedingungen tiefgreifend verändert werden, um eine gleichberechtigte Teilhabe aller Gesellschaftsgruppen und damit eine bessere Nutzung der präventiven Potenziale zu ermöglichen. Eine Möglichkeit, um hier gesundheitspolitisch anzusetzen und frühzeitig für gleiche Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten zu sorgen, ist die Bereitstellung von ausreichend vielen Betreuungsplätzen in Kindertagesstätten oder die Einführung des Schulfachs Gesundheitsaufklärung. Kritisch ist daher, dass trotz eines seit 2013 geltenden gesetzlichen Anspruchs auf einen Platz in einer Kindertagesstätte auch Jahre später in vielen Kommunen nicht genügend Betreuungsplätze zur Verfügung stehen.²⁵⁶ Um über die frühkindliche Förderung in Kindertagesstätten mehr Chancengleichheit zu erreichen, müssen in diesem Bereich verbindliche Qualitätsstandards gelten, insbesondere in Bezug auf den Personalschlüssel, Betreuerqualifikation und Verpflegung.²⁵⁷ Durchgängige und vernetzte Prozesse, eines der Kernelemente der Integrierten Versorgung, führen auch im Kindertagesstätten- und Schulbereich zu größeren Bildungserfolgen, beispielsweise wenn die verschiedenen Bildungsabschnitte ineinandergreifen und begleitende Angebote unmittelbar einbezogen werden.²⁵⁸

Der anhaltend steigende Trend zum Übergewicht der deutschen Bevölkerung stellt die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen.²⁵⁹ Studien bringen diese Entwicklung unter anderem in Verbindung mit der enorm gestiegenen Verfügbarkeit billiger und kalorienreicher Lebensmittel und der Tatsache, dass dafür ein immer kleinerer Teil des Einkommens aufgewendet werden muss.²⁶⁰ Bemerkenswert ist hierbei, dass solche Lebensmittel nicht nur bei Übergewichtigen oder Adipösen, sondern auch bei normalgewichtigen Menschen zu einem um rund 10 % erhöhten Krebsrisiko führen.²⁶¹ In Bezug auf die Förderung einer gesundheitsbewussten Ernährung hat die Gesundheitspolitik grundsätzlich die Wahl zwischen Maßnahmen, die an eine gesteigerte Gesundheitskompetenz anknüpfen sowie Patienten bei der gesundheitsorientierten Entscheidungsfindung unterstützen und solchen, die durch eine Lebensmittelbesteuerung entsprechende Anreize setzen. Für eine fiskalische Steuerung

²⁵⁶ Vgl. Geis-Thöne, W. (2019); Jahn, J. (2015), S. 4.

²⁵⁷ Vgl. Bock-Famulla, K., Keinert, K. (2014), S. 3.

²⁵⁸ Vgl. Plahl, S. (2018), S. 3-4.

²⁵⁹ Vgl. OECD (2017), S. 2-7; World Health Organization (WHO) (2016), S. 3.

²⁶⁰ Vgl. Sturm, R., An, R. (2014), S. 1-13; Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D. et al. (2015), S. 446-456.

²⁶¹ Vgl. Thomson, C. A., Crane, T. E., Garcia, D. O. et al. (2018), S. 617.

spricht,²⁶² dass sich solche Maßnahmen beispielsweise im Vereinigten Königreich bei der Reduktion des Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke als erfolgreich erwiesen haben²⁶³ und Prognosen davon ausgehen, dass dadurch jährlich bis zu 4.864 Diabetesfälle und 3.314 Schlaganfälle/ KHK-Fälle weniger auftreten könnten.²⁶⁴ Im Sinne der bisherigen Argumentation sind jedoch eine Stärkung des Prinzips der Eigenverantwortung und der Verzicht auf bevormundende Maßnahmen vorzuziehen. Daher stellt in diesem Zusammenhang die bereits postulierte Stärkung der Ernährungskompetenz des Einzelnen, der unterstützt von verlässlichen Entscheidungshilfen die Wahl über die Zusammenstellung der eigenen Ernährung selbst treffen kann, die bessere Option dar.²⁶⁵ Ein Instrument, das sich als gesellschaftsschichtenübergreifend intuitiv verständlich erwiesen hat²⁶⁶ und das Konsumenten im Hinblick auf eine Mitwirkung an einer Patientensteuerung aktiv unterstützen kann, ist der in Frankreich entwickelte Nutri-Score (siehe Abbildung 2).²⁶⁷



Abbildung 2: Nutri-Score zur Lebensmittelkennzeichnung²⁶⁸

Gerade jedoch, wenn das Prinzip der Eigenverantwortung nicht zum gewünschten Ziel führt, ist ein regulatorischer Eingriff des Gesetzgebers vertretbar. Beispielsweise wenn sich Lebensmittelhersteller mit ihrer

²⁶² Vgl. Cobiac, L. J., Tam, K., Veerman, L., Blakely, T. (2017), S. 7-14; Colchero, M. A., Popkin, B. M., Rivera, J. A., Ng, S. (2016), S. 1-8; British Medical Association (2015), S. 8.

²⁶³ Vgl. Bandy, L. K., Scarborough, P., Harrington, R. A. et al. (2020), S. 4.

²⁶⁴ Vgl. Collins, B., Capewell, S., O'Flaherty, M. et al. (2015), S. 7-11.

²⁶⁵ Vgl. OECD (2017), S. 8-9.

²⁶⁶ Vgl. Bode, T. (2014), S. 20-21.

²⁶⁷ Vgl. Egnell, M., Crosetto, P., d'Almeida, T. et al. (2019), S. 9; Uhlmann, B. (2019), S. 14; OECD (2017), S. 8-9.

²⁶⁸ Quelle: Santé Publique France (2019).

Werbung entgegen anderslautender Selbstverpflichtungen gezielt an Kinder richten²⁶⁹ und bei diesen nachweislich ein unausgewogenes Ernährungsverhalten bewirken,²⁷⁰ sind in den betreffenden gesundheitssensiblen Bereichen gesetzliche Restriktionen geboten.²⁷¹ Die deutsche Ernährungspolitik ist an dieser Stelle jedoch zaghaft und setzt nach wie vor auf Appelle an die Freiwilligkeit der Lebensmittelindustrie, die bisher jedoch weitgehend fruchtlos blieben.²⁷² Dagegen nehmen Länder wie Chile in diesem Bereich eine Vorreiterrolle ein, indem sie Nahrungsmittelhersteller gesetzlich zu einer hohen Transparenz in Bezug auf die Inhaltsstoffe von Nahrungsmitteln sowie zu einem Verzicht auf Werbung, die sich gezielt an Kinder richtet, verpflichteten, wodurch in der dortigen Bevölkerung unter anderem der Konsum von Süßgetränken drastisch gesenkt werden konnte.²⁷³

Auch im Hinblick auf die Bewerbung von alkoholischen Getränken im Umfeld von Heranwachsenden sind regulatorische Eingriffe sinnvoll, denn in Bezug auf Alkoholkonsum führt Werbung zu einer kritischen Habitualisierung: Werden Kinder und Jugendliche häufig Werbung für Alkohol ausgesetzt, beginnen sie früher Alkohol zu trinken und konsumieren diesen dann oft auch in größeren Mengen als Kinder ohne einen solchen Einfluss.²⁷⁴ Im Feld der Tabakprävention kann das Instrument der Besteuerung sinnvoll sein und die gewünschte Lenkungswirkung erzielen, denn Erfahrungen in Australien haben gezeigt, dass eine hohe Tabaksteuer gerade bei jungen Menschen mit begrenztem Einkommen zu einem geringeren Tabakkonsum führt und die Hemmschwelle, mit dem Rauchen anzufangen, erhöht wird,²⁷⁵ wogegen Instrumente wie Warnhinweise oder Schockbilder auf Zigarettenschachteln weitgehend wirkungslos bleiben.²⁷⁶

Über Maßnahmen wie das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) zielt die Gesundheitspo-

²⁶⁹ Vgl. European Advertising Standards Alliance (2017), S. 3-4; European Advertising Standards Alliance (2015), S. 10-11.

²⁷⁰ Vgl. Norman, J., Kelly, B., McMahon, A.-T. et al. (2018), S. 7-8; Ahrens, W., Siani, A., Adan, R. et al. (2017), S. 8; Effertz, T. (2017), S. 21-22; Bode, T. (2015), S. 9; Bragg, M. A., Miller, A. N., Elizee, J. et al. (2016), S. 1-7.

²⁷¹ Vgl. Galbraith-Emami, S., Lobstein, T. (2013), S. 970-972.

²⁷² Vgl. Balser, M., Ritzer, U. (2019), S. 2; Lamparter, D. H. (2019), S. 18.

²⁷³ Vgl. Taillie, L. S., Reyes, M., Colchero, M. A. et al. (2020), S. 13-17.

²⁷⁴ Vgl. Jernigan, D., Noel, J., Landon, J. et al. (2017), S. 17-19.

²⁷⁵ Vgl. Bader, P., Boisclair, D., Ferrence, R. (2011), S. 4118-4131.

²⁷⁶ Vgl. Scherenberg, V. (2012), S. 155-158.

litik darauf, den Präventionsgedanken zu stärken,²⁷⁷ aber wie auch in Bezug auf das Patientenrechtegesetz in Kapitel 5.4 beschrieben, greifen Einzelmaßnahmen wie eine reine Erhöhung des Präventionsbudgets zu kurz und lassen die Einbettung in ein anreizkompatibles Gesamtsystem vermissen. Die aktuelle Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unterminiert den Anreiz für Krankenkassen, sich verstärkt für die Prävention von Krankheiten zu engagieren und zeigt für den Gesetzgeber Nachbesserungsbedarf in Bezug auf die Rahmenbedingungen der Präventionsförderung.²⁷⁸ Dazu ist es allerdings notwendig, den Einzelnen zu aktivieren und von den Vorteilen einer langfristigen Präventionsstrategie zu überzeugen. Um einer Überforderung des Einzelnen vorzubeugen, bietet sich ein integriertes Versorgungsnetzwerk an, das die persönlichen Präventionsbemühungen aktiv begleitet und unterstützt. Über welche Ansätze eine solche Unterstützung realisiert werden kann, ist Gegenstand der folgenden Kapitel.

²⁷⁷ Vgl. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (2015).

²⁷⁸ Vgl. Häckl, D., Weinold, I., Kossack, N., Schindler, C. (2016), S. 37-38; Bödeker, W., Moebus, S. (2015), S. 400-401; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 400.

6 Akteure im integrierten Versorgungsgeschehen

Anknüpfend an die in Kapitel 5 skizzierten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, stehen in diesem Kapitel die Faktoren im Mittelpunkt, die bei der unmittelbaren Mitwirkung der Patienten, Ärzte und Krankenkassen an der Patientensteuerung in einem integrierten Versorgungsmodell eine elementare Rolle spielen. Dafür werden die in Kapitel 2.2 beschriebenen Teilbereiche jeweils auf diese Akteure bezogen und vertieft. Konkret wird im Hinblick auf die beteiligten Patienten, Ärzte und Krankenkassen untersucht, welche Mitwirkungsmotivation diese Akteure haben, welche unterstützenden Strukturen vorhanden sein müssen, welche medizinischen Kompetenzen und Inhalte die Patientensteuerung fördern, welche qualitativen und ökonomischen Aspekte damit verbunden sind sowie welche rechtlichen Grundlagen in diesem Zusammenhang gelten. Neben den bestehenden Steuerungspotenzialen und noch zu überwindenden Defiziten, steht in diesem Zusammenhang die Frage im Zentrum, welche Steuerungsinstrumente im Kontext der Integrierten Versorgung vorhanden sind und inwiefern diese die gewünschte Steuerungswirkung entfalten können.

6.1 Die Rolle von Patienten

Die aktuell vorhandenen fragmentierten Versorgungsstrukturen gehen mit einer hohen Komplexität einher und erschweren dem Patienten, den Überblick zu behalten und eine Rolle als Ko-Produzent seiner Gesundheit einzunehmen. Dadurch wird dessen starke Einbindung ins Versorgungsgeschehen enorm erschwert. Einmal mehr wird die Notwendigkeit integrierter Versorgungssysteme deutlich, da diese die Basis für eine gesamtverantwortliche Teamstruktur bilden, in denen nicht nur den Leistungserbringern sondern auch den Patienten eine aktive Rolle zukommt.²⁷⁹

6.1.1 Motivatorische Aspekte

So gering im Regelfall der Beitrag des Patienten zum Aufbau der organisatorischen Infrastruktur der Patientensteuerung ausfallen mag, so enorm wichtig ist die Berücksichtigung und Definition seiner Rolle in der Patientensteuerung allgemein sowie im Besonderen dessen Motivation zu Mo-

²⁷⁹ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 18; Amelung, V. E. (2012), S. 166.

delteilnahme und aktiven Mitwirkung an Vorsorge und Therapie.²⁸⁰ Obwohl die hohe Relevanz der Patientenmotivation für das Funktionieren einer Patientensteuerung seit langem bekannt ist und das Vorhandensein der Patientenmotivation nicht zuletzt einen Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung darstellt,²⁸¹ spielt sie bei der Planung und Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen bisher meist eine untergeordnete Rolle.²⁸² In den USA spiegelt sich die Vernachlässigung der Patienteninteressen bei der Gestaltung von „Managed Care Organizations“ (MCO) darin wieder, dass die Patienten in MCOs im Vergleich zu denen in einer Nicht-MCO deutlich weniger zufrieden mit der Versorgung sind.²⁸³

Da Patienten in aller Regel als Einzelpersonen, gegebenenfalls unterstützt von ihrem direkten sozialen Umfeld oder ihrem behandelnden Arzt, und nicht als Teil einer großen Organisation agieren und bei ihnen damit die individuelle Motivation in Bezug auf die Teilnahme an der Integrierten Versorgung den Ausschlag gibt, wird, anders als bei den Ärzten und Krankenkassen, auf eine organisationsbezogene Beleuchtung der Motivation an dieser Stelle verzichtet.

6.1.1.1 Teilnahmemotivation

Wie in Kapitel 2.2.1.1 ausgeführt, sind Bedürfnisse bzw. die Befriedigung die maßgeblichen Quellen der Motivation des Individuums, weswegen insbesondere auch in der Integrierten Versorgung die Bedürfnisse der Patienten in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung erfüllt sein müssen, damit sie motiviert sind, daran teilzunehmen. Ein wichtiger Anhaltspunkt

²⁸⁰ Vgl. Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 412-414; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 38-39; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51-52; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 517-518; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Scherenberg, V. (2003), S. 2; Schuller, S. (2002), S. 17-21; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

²⁸¹ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 67; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 412-414; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 38-39; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51-52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 517-518; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

²⁸² Vgl. bspw. Reiners, H. (2013), S. 15-21; Besl, S. (2011), S. 205-220; Güssow, J. (2007), S. 139.

²⁸³ Vgl. Robinson, R., Steiner, A. (1998), S. 97-101.

für die bedürfnisgerechte und motivationsfördernde Gestaltung der Integrierten Versorgung und der darin stattfindenden Patientensteuerung sind zunächst die Prioritäten, die Patienten im Allgemeinen und losgelöst von einem bestimmten Versorgungsmodell in Bezug auf die Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung setzen. Der Bürgerdialog der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland zeigte, dass bei vielen Bürgern ein gesundheitsbewusstes Verhalten, das ein langes, beschwerdefreies Leben ermöglicht, sowie eine wohnortnahe medizinische Versorgung einen hohen Stellenwert einnehmen. Nach ihrem Willen soll das Gesundheitssystem einkommensunabhängig einen nach medizinischer Dringlichkeit priorisierten Zugang gewährleisten und messbare Qualitätsindikatoren sollen das Versorgungsgeschehen transparent machen.²⁸⁴ Auch wenn aktuell über die Hälfte der Deutschen mit der Gesundheitsversorgung der GKV zufrieden ist, sieht ein ebenso hoher Anteil großen Reformbedarf. Die Befürchtung einer schrittweisen Leistungseinschränkung und längerer Wartezeiten ist weit verbreitet.²⁸⁵

Das Konzept der Integrierten Versorgung adressiert diese potenziellen Schwachstellen der Versorgung, aber ein Faktor, der deren stärkere Verbreitung erschwert, ist die Tatsache, dass ein Großteil der Patienten, dieses Konzept nicht kennt,²⁸⁶ wodurch Patienten diese Modelle häufig nicht mit einer konkreten Nutzenerwartung verbinden können.²⁸⁷ Dies erklärt auch, warum die langfristige Kontinuität eines solchen Versorgungsmodells einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil darstellt, indem sie dem Integrationsmodell ermöglicht, sich zu etablieren und über eine größere Bekanntheit bei den Patienten eine höhere Akzeptanz zu erlangen.²⁸⁸ Darüber hinaus ist zu beachten, dass Patienten vertraute Versorgungsansätze grundsätzlich besser akzeptieren als solche, mit denen sie noch keine Erfahrungen sammeln konnten, weswegen in der Integrierten Versorgung innovative und etablierte Versorgungskomponenten ausgewogen kombiniert werden sollten.²⁸⁹

Um gezielt die Modellelemente mit hoher Priorität aus Patientensicht vermitteln zu können, ist bereits bei der Entscheidung des Patienten über

²⁸⁴ Vgl. Bundeskanzleramt (2016), S. 18-33.

²⁸⁵ Vgl. Marstedt, G., Reiners, H. (2016), S. 19-21.

²⁸⁶ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 93; Zok, K. (2008), S. 2.

²⁸⁷ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 127.

²⁸⁸ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 129; Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Zok, K. (2008), S. 5; Janus, K. (2003), S. 239-243; Andersen, H. H., Schwarze, J. (2002), S. 35.

²⁸⁹ Vgl. Schang, L., Schüttig, W., Sundmacher, L. (2016), S. 79-80.

die Teilnahme an der Integrierten Versorgung die intensive Abstimmung zwischen Arzt und Patient von hoher Wichtigkeit. Dazu gehören vor allem eine auf die individuellen medizinisch-zwischenmenschlichen Bedürfnisse von Patienten angepasste, durchgängig koordinierte und professionelle Versorgung, bedarfsgerechte Informationen zur Leistungsqualität und fachlichen Ausrichtung der Leistungserbringer, die Serviceorientierung bei der Betreuung, eine moderne Infrastruktur, ein niedrigschwelliger Versorgungszugang, die Vermeidung langer Warte- und Fahrzeiten sowie eine möglichst große Berufserfahrung der Leistungserbringer.²⁹⁰ Auch wenn Patienten der Behandlungsqualität eine hohe Priorität einräumen, ist deren Vermittlung komplexitätsbedingt nicht trivial. An der Tatsache, dass Patienten beispielsweise zur Beurteilung der Behandlungsqualität die Modernität medizinischer Geräte heranziehen²⁹¹ oder die Kollegialität unter Krankenhausmitarbeitern als Indikator für deren medizinische Fachkompetenz nutzen²⁹², lässt sich ablesen, dass sie viele Elemente, die tatsächlich über die erbrachte Qualität entscheiden, nicht ausreichend beurteilen können. Dementsprechend gering wird die Relevanz des Austauschs von Therapieinformationen unter den behandelnden Ärzten²⁹³ oder des Einsatzes von Fallmanagementsystemen²⁹⁴ eingeschätzt. Auch die Orientierung des behandelnden Arztes an wissenschaftlichen Leitlinien stellt für einen Großteil der Patienten kein entscheidendes Auswahlkriterium dar.²⁹⁵

Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ein geeigneter Vermittler benötigt und weil die betreuenden Ärzte ein hohes Vertrauen bei Patienten genießen, sind diese prädestiniert dafür, Patienten die Inhalte des Versorgungsmodells zu erklären.²⁹⁶ Patienten sind mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme an einem Modell der Integrierten Versorgung bereit, wenn ihnen dieses vom Arzt persönlich vorgestellt wird und dies nicht ausschließlich über eine rein schriftliche Information geschieht.²⁹⁷ Darüber hinaus sind viele Patienten bereit, den Stellenwert von

²⁹⁰ Vgl. Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347; Juhnke, C., Mühlbacher, A. C. (2013), S. 8; Streibelt, M., Bethge, M. (2010), S. 292.

²⁹¹ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 130-131; Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347.

²⁹² Vgl. von Eiff, W., Stachel, K. (Hrsg.) (2007), S. 12.

²⁹³ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 132.

²⁹⁴ Vgl. Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347.

²⁹⁵ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 268.

²⁹⁶ Vgl. forsa-Institut (2020), S. 17-19; Bethge, S. (2015), S. 133-136; Streibelt, M., Bethge, M. (2010), S. 292; Böcken, J. (2006), S. 262-270; Eschner, M. (2001), S. 18; Neuffer, A. B. (1996), S. 56.

²⁹⁷ Vgl. Streibelt, M., Bethge, M. (2010), S. 292.

stark präferierten Versorgungskomponenten wie der freien Arztwahl zu relativieren, wenn durch deren Einschränkung eine höher priorisierte Versorgungseigenschaft, wie beispielsweise eine höhere Behandlungsqualität, erreicht wird.²⁹⁸ Dass eine Einschränkung der freien Arztwahl von Patienten nicht zwingend als negativ empfunden werden muss, zeigt das Beispiel Dänemark, in dessen Gesundheitssystem das Gatekeeping durch einen Hausarzt fest etabliert ist, wobei rund 90 % der Patienten dort mit der Gesundheitsversorgung zufrieden oder sehr zufrieden sind.²⁹⁹ Der Rahmen eines persönlichen Gesprächs gibt dem betreuenden Arzt die Möglichkeit, dem Patienten erklärungsbedürftige Versorgungskomponenten verständlich zu vermitteln und dabei direkt auf Vorbehalte einzugehen.³⁰⁰ Auch potenziell kritische Aspekte wie gegebenenfalls fällige Zuzahlungen für besondere Leistungen können dabei ins Verhältnis zu den damit verbundenen Leistungsvorteilen gesetzt werden. Die Tatsache, dass gesetzlich Krankenversicherte nicht gewohnt sind, für medizinisch-pflegerische Leistungen zu bezahlen, kann zwar auch dazu führen, dass Zuzahlungen die Bereitschaft zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung senken,³⁰¹ aber der Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) zeigt, dass gesetzlich Krankenversicherte Zusatzkosten nicht kategorisch ablehnen und der Arzt durch die Darlegung seiner Einschätzung Patientenentscheidungen beeinflussen kann. Trotz der teilweise umstrittenen Sinnhaftigkeit von IGeL lassen sich Patienten häufig von ihrem Arzt überzeugen, solche Leistungen in Anspruch zu nehmen.³⁰² Gerade jedoch wenn Integrationsmodelle nach evidenzbasierten Kriterien gestaltet sind und dadurch objektive Vorteile für Patienten bieten,³⁰³ ist es in diesem Zusammenhang ethisch vertretbar, den Einfluss, den der behandelnde Arzt als Kommunikator besitzt, zu nutzen, um Patienten mit wissenschaftlich belegten Vorteilen von einer Modellteilnahme zu überzeugen.

Da der Gesetzgeber in § 140a Abs. 4 SGB V vorgibt, dass sich Patienten freiwillig für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung entscheiden müssen, ist deren Motivation für die Teilnahme daran und die patientenorientierte Gestaltung solcher Modelle von besonderer Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Vergleich zu anderen Ländern, wie

²⁹⁸ Vgl. Wasem, J. (2000), S. 432.

²⁹⁹ Vgl. Baur, R., Heimer, A., Wiese, S. (2003), S. 23-27.

³⁰⁰ Vgl. Amelung, V. E., Wagner, C. (2010), S. 191.

³⁰¹ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 128-136; Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347; Streibelt, M., Bethge, M. (2010), S. 292.

³⁰² Vgl. Lenzen-Schulte, M. (2016), S. 807; Weinbrenner, S. (2013), S. 206.

³⁰³ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

beispielsweise den Niederlanden,³⁰⁴ deutsche Patienten Versorgungsmodelle mit Managed-Care-Elementen bedingt durch eine eingeschränkte Behandlungs- und Arztwahlfreiheit und die Anforderung einer stärkeren Mitverantwortung häufig mit großer Skepsis sehen.³⁰⁵ Nicht zuletzt deshalb müssen sich die Vorstellungen der Patienten in ausreichendem Maße in den Gestaltungsprinzipien eines Modells der Integrierten Versorgung spiegeln.³⁰⁶ Als freiwillige Wahlmöglichkeit muss die Integrierte Versorgung für Patienten spürbar attraktiver sein als die Regelversorgung.³⁰⁷ In diesem Zusammenhang dienen die Erfahrungen mit Managed Care aus den USA als warnendes Beispiel: Patienten sahen sich mit einem drastischen Unterschied zwischen der beworbenen und tatsächlichen Leistungsqualität konfrontiert³⁰⁸ und die Wahl eines Prämienmodells mit Managed-Care-Elementen machte sich für sie häufig durch einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung, bürokratischen Mehraufwand und den deutlich zum Ausdruck gebrachten Frust der Leistungserbringer bemerkbar.³⁰⁹ Um dies zu vermeiden, müssen Versprechen wie kürzere Wartezeiten oder eine lückenlose Behandlung für den Patienten wahrnehmbar eingelöst werden und ihn langfristig von einer Modellteilnahme überzeugen können.

6.1.1.2 Finanzielle Anreizsetzung

Während die im vorangegangenen Abschnitt dargelegten Motivationsaspekte auf die innere Interessenslage von Patienten zurückgehen und somit intrinsische Motivationsfaktoren darstellen,³¹⁰ zählen zu den zentralen extrinsischen Motivationsfaktoren finanzielle Anreizsysteme, die bei einer wirksamen und effizienten Ausgestaltung einen Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung darstellen³¹¹ und bei Patienten vorrangig in den Be-

³⁰⁴ Vgl. Vroomen, J., Zweifel, P. (2011), S. 94-95.

³⁰⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 356; Böcken, J. (2006), S. 264-266; Nolting, H.-D., Grabbe, Y., Loos, S. et al. (2006), S. 38; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29; Wasem, J. (2000), S. 432.

³⁰⁶ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 6-7.

³⁰⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 128-129; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 16; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 239-243.

³⁰⁸ Vgl. Havighurst, C. C. (2001), S. 11-12.

³⁰⁹ Vgl. Robinson, J. C. (2001), S. 2623.

³¹⁰ Vgl. Johannes, S., Hellweg, S. (2010), S. 71.

³¹¹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Jäger, C. (2016b), S. 132; Tsasis, P., Evans, J. M.,

reich der Prämiengestaltung fallen.³¹² Finanzielle Anreizkomponenten sollten jedoch stets ergänzend zu anderen (intrinsischen) Motivationsinstrumenten eingesetzt werden, da sich die alleinige Nutzung finanzieller Motivationselemente zur Steigerung der Therapietreue als nicht zielführend erwiesen hat.³¹³

Solche finanziellen Gestaltungselemente im Rahmen der Integrierten Versorgung sind zwar in der Vergangenheit bereits relativ gut beleuchtet worden,³¹⁴ diese zielen aber meist in erster Linie auf die Bedürfnisse der Ärzte³¹⁵ und Kostenträger³¹⁶, womit für Patienten schlichtweg die Argumente fehlen, mit denen sie für ein Patientensteuerungsmodell gewonnen werden können. Finanzielle Elemente zur extrinsischen Motivation wie Boni für therapietreues Verhalten,³¹⁷ Selbstbehalte,³¹⁸ oder Zuzahlungen³¹⁹ bei deren Ausgestaltung die Relevanzschwelle der Versicherten beachtet wurde, üben erfolgreich eine verhaltenssteuernde Wirkung aus, wobei jedoch beachtet werden muss, dass eine solche Steuerung aufgrund der Komplexität der Einflussfaktoren nicht in jedem Fall so funktioniert, wie ursprünglich intendiert.³²⁰ Nachteilig ist darüber hinaus, dass kurzfristig gewährte finanzielle Anreize Versichertenverhalten meist auch nur kurzfristig verändern können³²¹ und auf lange Sicht ihre Wirkung einbüßen.³²²

Owen, S. (2012), S. 2; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 404-411; Janus, K. (2003), S. 260-271; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 274; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

³¹² Vgl. Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 404-411; Janus, K. (2003), S. 260-271; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 274; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

³¹³ Vgl. Volpp, K. G., Troxel, A. B., Mehta, S. J. et al. (2017).

³¹⁴ Vgl. bspw. Güssow, J. (2007); Janus, K., Amelung, V. E., Voss, H. (2007), S. 78-98; Abraham, W., Gnutzmann, K.-H. (2007), S. 280-293; Steinbach, H., Sohn, S., Schöffski, O. (2004), S. 1-248; Henke, Klaus-Dirk, Reimers, L. (2006), S. 3-54.

³¹⁵ Vgl. Güssow, J. (2007), S. 217-220.

³¹⁶ Vgl. Güssow, J. (2007), S. 137-139.

³¹⁷ Vgl. Müller, S., Kissling, W., Stiegler, M. (2009), S. 258-259.

³¹⁸ Vgl. Bahro, M., Kämpf, C., Strnad, J. (2001), S. 52; Werblow, A. (2002), S. 435.

³¹⁹ Vgl. Felder, S., Werblow, A. (2008), S. 210-211.

³²⁰ Vgl. Schreyögg, J., Grabka, M. M. (2010), S. 338-339.

³²¹ Vgl. Halpern, S. D., French, B., Small, D. S. et al. (2015), S. 2111-2116; Claassen, D., Fakhoury, W. K., Ford, R., Priebe, S. (2007), S. 5-6; Giuffrida, A., Torgerson, D. J. (1997), S. 705-706.

Eine steuerungswirksame Gestaltungsoption, die unter anderem in Singapur und China bereits etabliert wurde und auf einen langfristigen Einsatz angelegt ist, sind Gesundheitssparkonten: auf diese sogenannten Health Savings Accounts (HSA) zahlen Versicherte Beiträge ein und begleichen darüber fällige Zuzahlungen, wodurch sie mehr Kosteninformationen zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten beziehen, was wiederum ihre Kostensensibilität steigert und dadurch eine Verhaltenssteuerung bewirkt.³²³ Zu den Nachteilen der HSA zählen unerwünschte Verteilungswirkungen, insbesondere Moral-Hazard- und Selbstselektionseffekte.³²⁴

Die Möglichkeiten finanzieller Anreizsysteme werden jedoch aktuell davon eingeschränkt, dass die Mehrheit der Versicherten Beitragssenkungen erwartet, um im Gegenzug an einem Modell mit Managed-Care-Elementen teilzunehmen.³²⁵ Zusätzliche Kosten, die durch die Teilnahme an einem Integrationsprogramm entstehen, würden auf Ablehnung stoßen³²⁶ bzw. nur in einem begrenzten Rahmen toleriert werden.³²⁷ Im Sinne einer effektiven Steuerung sollen Patienten durch entsprechende finanzielle Anreize davon abgehalten werden, ärztliche oder pflegerische Leistungen ohne medizinischen Grund in Anspruch zu nehmen. Dabei können Patienten zu einer Verhaltensänderung durch entsprechende Inanspruchnahmegebühren extrinsisch motiviert werden. In der Regelversorgung spiegelte sich ein solches Bestreben in der Einführung der Praxisgebühr wieder, die allerdings in der damals gewählten Ausgestaltung ihr Ziel verfehlte.³²⁸ Grundsätzlich ist es möglich, Patienten an Kosteneinsparungen, die durch eine optimierte Versorgungsstruktur entstehen, durch niedrigere Versicherungskosten zu beteiligen.³²⁹ Im Rahmen von selektivvertraglichen Wahlтарifen sind Versicherte zwar grundsätzlich bereit, auf bestimmte Freiheiten der Regelversorgung zu verzichten, wenn ihnen dafür Beitragsreduktionen gewährt werden,³³⁰ aber es ist zumindest bei Modellen, deren Vertragsbereich sich nur auf einen Teilabschnitt des Versorgungsprozesses erstreckt, wie beispielsweise bei Hausarztmodellen, fraglich, ob sie unter den aktuellen Rahmenbedingungen derart hohe Einsparungen generieren können, dass sie den Kompensationsvorstellungen von

³²² Vgl. Ries, N. M. (2012), S. 25-26.

³²³ Vgl. Lange, R., Steinorth, P. (2012), S. 34-47.

³²⁴ Vgl. Werblow, A. (2002), S. 435.

³²⁵ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 269; Amelung, V. E. (2012), S. 356.

³²⁶ Vgl. Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015), S. 347.

³²⁷ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 136.

³²⁸ Vgl. Heuer, J. (2016), S. 4; Schreyögg, J., Grabka, M. M. (2010), S. 338-339.

³²⁹ Vgl. Zippel-Schultz, B., Bogenstahl, C., Schultz, C. (2005), S. 225-226.

³³⁰ Vgl. Bock, C., Kerd, S. (2009), S. 153-155.

Versicherten, die bisher noch nicht eingeschrieben sind, entsprechen können.³³¹

In der langfristigen Betrachtung ist jedoch festzustellen, dass der demographische Wandel in der GKV sowohl zu sinkenden Beitragseinnahmen als auch zu einem steigenden Leistungsbedarf führt, wodurch bei Zugrundelegung des aktuellen Leistungsspektrums eine zunehmende Finanzierungslücke entsteht, die alleine für das Jahr 2040 auf 51 Milliarden Euro geschätzt wird.³³² Angesichts dieser Entwicklung steigt für die Gesundheitspolitik zunehmend der Druck, entweder das Leistungsniveau abzusenken oder in der Regelversorgung solche Selbstbehalte und Zuzahlungen einzuführen, die eine stärkere Steuerungswirkung mit sich bringen. Damit sich die Befürchtung eines Großteils der Versicherten, das Leistungsspektrum der Gesundheitsversorgung werde künftig eingeschränkt,³³³ nicht erfüllt, liegt für die Gesundheitspolitik die Wahl stärkerer, teilweise auch extrinsisch motivierender Steuerungsinstrumente zur Erschließung von Effizienzpotenzialen nahe. Perspektivisch könnte der Einsatz solcher Instrumente in der Regelversorgung Versicherte auf breiter Basis an derartige Komponenten heranzuführen und auch für die integrierte Versorgung die Chance bieten, verstärkt steuerungswirksame finanzielle Anreizkomponenten einzuführen. Solche extrinsischen Motivationsmechanismen könnten eine bessere Kosten-Nutzen-Relation der Integrationsversorgung bewirken und durch die erzielten Einsparungen ein im Vergleich zur Regelversorgung attraktiveres Leistungsniveau ermöglichen. Unter anderem weil über eine strukturierte Versorgung im Rahmen eines Integrationsmodells kostenintensive Folgekomplikationen leichter vermieden werden können, könnten Versicherte für eine kontinuierliche Teilnahme beispielsweise über ein Bonussystem oder eine niedrige Versichertenprämie belohnt werden.³³⁴

In der Literatur werden Anreizsysteme zur Steigerung der extrinsischen Motivation wegen der Befürchtung, sie könnten die intrinsische Motivation für ein eigenverantwortlich gesundheitsbewusstes und therapietreues Verhalten senken, häufig kritisch gesehen.³³⁵ Aus diesem Grund sollten bei der Gestaltung von Anreizsystemen Sanktionsmaßnahmen so weit wie möglich vermieden werden und stattdessen ein sensibles Belohnungssys-

³³¹ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 269-270.

³³² Vgl. Kochskämper, S. (2017), S. 19.

³³³ Vgl. Marstedt, G., Reiners, H. (2016), S. 19-20.

³³⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001), S. 225-226.

³³⁵ Vgl. Scherenberg, V. (2003), S. 87.

tem etabliert werden, das direkt am Versorgungsprozess des Patienten ansetzt sowie diesen bei der Umsetzung eines gesundheitsorientierten Lebensstils und bei der Erlangung einer bestmöglichen Selbstmanagementfähigkeit unterstützt.³³⁶ Finanzielle Belohnungssysteme können grundsätzlich das gewünschte Vorsorge- und Therapieverhalten des Patienten fördern.³³⁷ Ob der Einsatz von Gratifikationssystemen im Einzelfall tatsächlich die intendierten Effekte zeitigt, muss dabei allerdings sorgfältig geprüft werden. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass solche Programme ohne Einbettung in das dazu passende Versorgungssetting keine Steuerungswirkung entfalten können, weswegen die Verzahnung von Bonussystemen mit flankierenden Maßnahmen, wie sie insbesondere die Integrierte Versorgung ermöglicht, unabdingbar sind.³³⁸

6.1.1.3 Motivation zur aktiven Mitwirkung

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt, verfügt die Integrierte Versorgung über mehrere Komponenten, die zur Bedürfnisbefriedigung von Patienten und damit zu deren Motivation beitragen können. Im Sinne einer vom Patienten mitgetragenen Steuerung spielt jedoch auch die Frage, welche Faktoren Patienten zu einer aktiven Mitwirkung motivieren, eine zentrale Rolle. Dass es in diesem Zusammenhang von essenzieller Bedeutung ist, den Patienten auch auf einer motivatorischen Ebene ins Versorgungsgeschehen einzubeziehen, zeigt das Beispiel der Schweiz, wo die Abstimmung über die verstärkte Etablierung von Managed Care auf eine breite Ablehnung stieß, insbesondere weil die Bevölkerung darin ihre Interessen und Präferenzen nicht ausreichend berücksichtigt sah.³³⁹

Auch in Deutschland ist mit der Integrierten Versorgung die Erwartung einer deutlich besser gesteuerten Versorgung verbunden,³⁴⁰ aber damit diese tatsächlich funktioniert, müssen auch hierzulande die elementaren Präferenzen von Patienten ausreichend berücksichtigt werden, wie beispielsweise deren Autonomiebedürfnisse und der hohe Stellenwert der

³³⁶ Vgl. Kranzer, A. (2007), S. 176.

³³⁷ Vgl. Asch, D. A., Troxel, A. B., Stewart, W. F. et al. (2015), S. 1931-1934; Halpern, S. D., French, B., Small, D. S. et al. (2015), S. 2114-2116; Tappin, D., Bauld, L., Purves, D. et al. (2015), S. 4-5; Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E. et al. (2014), S. 11-14; Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V. et al. (2009), S. 707-708.

³³⁸ Vgl. Claßen, G., Winter, S., Austermann, E. et al. (2012), S. 121-125; Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., Schlette, S. (2006), S. 21-22.

³³⁹ Vgl. Schoch, C. (2012).

³⁴⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 434-445; Reiners, H. (2013), S. 16; Butzlaff, M., Böcken, J., Kunstmann, W. (2002), S. 366.

Arztwahlfreiheit.³⁴¹ Maßgeblich fünf Faktoren beeinflussen die Motivation des Patienten zur Teilhabe an Therapieentscheidungen: Dazu zählten das Wissen des Patienten über seine Krankheit, die Bestärkung des Patienten zur Mitwirkung durch den Arzt, die Wertschätzung einer aktiven Patientenrolle, das Bewusstsein über die bestehenden Handlungsoptionen und Zeit.³⁴² Keinesfalls darf eine solche Steuerung darauf ausgerichtet sein, Patienten möglichst ohne deren Mitsprache und Beteiligung durch das Gesundheitssystem zu lenken. Leider klafft an dieser Stelle aktuell eine Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit, da sich Arzt und Patient meist nur in der Theorie auf Augenhöhe begegnen und Therapieentscheidungen selten gemeinsam treffen.³⁴³ Ausgehend davon ist kritisch zu bewerten, dass sich im Zusammenhang mit Versorgungsformen wie der Integrierten Versorgung der Begriff der Patientensteuerung etabliert hat. Diese passiv gehaltene Bezeichnung provoziert, dass Patienten mit dem Begriff Patientensteuerung Entmündigung und fehlende Entscheidungspartizipation assoziieren. Dass diese Sorge nicht unbegründet ist, zeigen Beispiele aus der Vergangenheit, wie der Herzklappenskandal Ende der 1990er Jahre, bei dem Ärzte das Versorgungsgeschehen zu ihrem eigenen Vorteil ohne die Berücksichtigung von Patienteninteressen „steuerten“.³⁴⁴ Im schlimmsten Fall gefährdet eine ungünstige Begriffswahl das große Potenzial, das eine gut konzeptionierte Patientensteuerung aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive bieten kann. Alternative Bezeichnungen könnten beispielsweise Patientenleitsystem oder Patientenorientierungssystem sein, da diese den unterstützenden Charakter einer ganzheitlichen Patientensteuerung besser zur Geltung bringen.

Hierbei kommt der weitestgehenden Beteiligung des Patienten an Entscheidungen über Vorsorge-, Früherkennungs- und Therapiemaßnahmen in einer partizipativen Entscheidungsfindung, dem sogenannten Shared Decision-Making, eine hohe Bedeutung zu.³⁴⁵ Die Inhalte und Effekte einer partizipativen Entscheidungsfindung werden in den Kapiteln 6.1.3.1 und 6.1.4.2 noch eingehender behandelt, während an dieser Stelle die motivatorische Wirkung des Shared Decision-Making im Vordergrund steht. Unter anderem der Sachverständigenrat Gesundheit hat in seinen Gut-

³⁴¹ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 356; Vroomen, J., Zweifel, P. (2011), S. 87-95; Böcken, J. (2006), S. 264-266; Nolting, H.-D., Grabbe, Y., Loos, S. et al. (2006), S. 38; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29; Wasem, J. (2000), S. 432.

³⁴² Vgl. Fraenkel, L., McGraw, S. (2007), S. 614-619.

³⁴³ Vgl. Kaulen, H. (2014), S. 55.

³⁴⁴ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (1999), S. 11.

³⁴⁵ Vgl. Weger, U. W., Loughnan, S. (2015), S. 346-348; Raczek, K., Bölscher, J., von der Schulenburg, J.-M. (2000), S. 60; Zitter, M. (1997), S. 9.

achten wiederholt ein stärkeres Patient Empowerment gefordert,³⁴⁶ damit Patienten durch eine gesteigerte Gesundheitskompetenz eine höhere Motivation entwickeln, Präventionspotenziale besser auszuschöpfen, Versorgungsleistungen vernunftgeleitet in Anspruch zu nehmen und durch mehr Eigenverantwortung zu einer höheren Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beizutragen (siehe auch Kapitel 6.1.3.1.1).³⁴⁷

Rund 70 % der Patienten wollen alleine oder zusammen mit dem Arzt Gesundheitsentscheidungen treffen – bemerkenswert ist hierbei, dass sich dieser Anteil im Zeitablauf kaum verändert hat.³⁴⁸ So deutet eine Studie mit Bluthochdruckpatienten darauf hin, dass die meisten von ihnen ihre Krankheit und den richtigen Umgang damit verstehen wollen und dass eine gut strukturierte Betreuung, persönliche Zuwendung und komplementäre Unterstützungsangebote sie zu einer höheren Therapiecompliance motivieren können.³⁴⁹ Auch andere Komponenten können eine aktive Mitwirkung des Patienten unterstützen. So geht beispielsweise der Zugriff des Patienten auf seine Behandlungsakte mit einem höheren Verständnis für medizinische Zusammenhänge, einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung und einer selbstbestimmteren Therapiemitwirkung einher.³⁵⁰ Auch zwischen Arzt und Patient abgestimmte Zielvereinbarungen³⁵¹ und finanzielle Boni, die an den Patienten und seinen behandelnden Arzt ausgeschüttet werden,³⁵² haben sich als effektives Motivationsinstrument für eine aktive Patientenmitwirkung erwiesen. Im Integrationsmodell *Gesundes Kinzigtal* werden dabei die Ziele nicht vom Arzt vorgegeben, sondern zusammen mit dem Patienten abgestimmt und festgelegt (aktivierende Befragung), ein Verfahren durch das die betreffenden Patienten deutlich häufiger einen gesundheitsorientierten Lebensstil umsetzen und gleichzeitig noch besser von der Integrationsversorgung überzeugt werden können als bei einer reinen Zielvorgabe.³⁵³ In motivatorischer Hinsicht stellt auch die Vermittlung einer realistischen Erwartungshaltung

³⁴⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2014), S. 314; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 103; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001), S. 39.

³⁴⁷ Vgl. Streich, W. (2004), S. 4.

³⁴⁸ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 111-113.

³⁴⁹ Vgl. McInnes, G. T. (1999), S. 254-255.

³⁵⁰ Vgl. Eckrich, F., Baudendistel, I., Ose, D., Winkler, E. (2016), S. 303-307; Esch, T., Mejilla, R., Anselmo, M. et al. (2016), S. 8-10; Esch, T., Walker, J., Delbanco, T. (2016), S. 1702.

³⁵¹ Vgl. Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A. et al. (2015), S. 124-127; Höhl, R. (2014), S. 11.

³⁵² Vgl. Asch, D. A., Troxel, A. B., Stewart, W. F. et al. (2015), S. 1931.

³⁵³ Vgl. Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A. et al. (2015), S. 126-127.

einen elementaren Faktor dar,³⁵⁴ da der Behandlungserfolg bei einer moderaten, realistischen Behandlungserwartung am höchsten ist,³⁵⁵ während dieser bei einer niedrigen oder überzogen hohen Erwartungshaltung geringer ausfällt.³⁵⁶ Die Rolle des Motivators in Präventions- und Therapie-settings muss dabei nicht zwingend ausschließlich dem Arzt zukommen. Erfahrungen zeigen, dass auch nicht-ärztliches Personal³⁵⁷ oder das soziale Umfeld des Patienten³⁵⁸ diese Motivationsfunktion erfolgreich wahrnehmen können. Aus diesem Grund wird die potenzielle Rolle von nicht-ärztlichem Personal und Angehörigen bei der Patientensteuerung in den Kapiteln 6.2.2.4 und 6.1.2.2 vertieft behandelt.

Um Maßnahmen zur Steigerung der Patientenmotivation gezielt ergreifen zu können, muss der individuelle Unterstützungs- und Informationsbedarf des Patienten bekannt sein, um ihn weder zu unter- noch zu überfordern.³⁵⁹ Um an dieser Stelle Orientierung zu geben, werden in den zwei folgenden Kapiteln eine Compliance-Typologie sowie eine Typologie zu autonomiebezogenen Arzt-Patienten-Beziehungen in Zusammenhang mit der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung gebracht.

6.1.1.4 Compliance-Patiententypologie nach Schäfer

An dieser Stelle wird eine Compliance-Typologie vorgestellt, weil ein elementares Ziel der Patientensteuerung darin besteht, eine möglichst hohe Therapietreue zu bewirken und gleichzeitig eine unzureichende Therapietreue in wichtigen Feldern wie der Bluthochdrucktherapie diesbezüglich dringenden Handlungsbedarf und die Notwendigkeit einer bedarfsgerechteren Patientenunterstützung und -steuerung andeutet.³⁶⁰ Die Autoren einer französischen Studie gehen sogar davon aus, dass allgemein Patienten fast 20 % der Medikamente, die ihr Arzt als wichtig eingestuft, nicht korrekt einnehmen.³⁶¹ Da abhängig vom Patiententypus die Bedürfnisse und Anforderungen variieren, werden in diesem Kapitel Patienten in Be-

³⁵⁴ Vgl. Gupta, A., Thompson, D., Whitehouse, A. et al. (2017), S. 6-8; Rief, W., Shedden-Mora, M. C., Laferton, J. A. C. et al. (2017), S. 10-12; Peters, M., Löwenberg, H. (1993); Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H. et al. (1971), S. 165; Goldstein, A. P., Shipman, W. G. (1961).

³⁵⁵ Vgl. Goldstein, A. P., Shipman, W. G. (1961), S. 131-132.

³⁵⁶ Vgl. Peters, M., Löwenberg, H. (1993), S. 39; Ruff, W., Werner, H. (1987).

³⁵⁷ Vgl. Morgan, M., Coates, M. J., Dunbar, J. A. et al. (2013), S. 8-11.

³⁵⁸ Vgl. Ellis, A. A., Nixon, R. D. V., Williamson, P. (2009), S. 355-358.

³⁵⁹ Vgl. Dierks, M.-L., Martin, S., Schienkiewitz, A. (2001), S. 118.

³⁶⁰ Vgl. Albus, C., Herrmann-Lingen, C., Köllner, V., Titscher, G. (2020), S. 134-135; Hasford, J., Schroder-Bernhardi, D., Rottenkolber, M. et al. (2007), S. 1059-1060.

³⁶¹ Vgl. Sidorkiewicz, S., Tran, V.-T., Cousyn, C. et al. (2016), S. 417.

zug auf deren Therapietreue typologisiert und in Bezug zur Patientensteuerung gesetzt. Dabei wird Compliance definiert als „die Übereinstimmung des Verhaltens eines Menschen in Bezug auf die Einnahme eines Arzneimittels, die Befolgung einer Diät oder die Art, wie jemand seinen Lebensstil ändert, mit einem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat“³⁶². Da sich alternative Bezeichnungen wie Concordance oder Adherence nicht durchsetzen konnten bzw. synonym zum Compliance-Begriff verwendet werden, ist eine konsequente Trennung der Konzepte nur eingeschränkt möglich, weswegen in dieser Arbeit der Begriff Compliance oder Therapietreue genutzt wird.³⁶³

Damit der Arzt seinen Patienten zu einem therapietreuen Verhalten und einer aktiven Beteiligung motivieren kann, ist das Wissen darüber, welche Patientencharakteristika über den Grad der Therapietreue Auskunft geben, von großer Bedeutung.³⁶⁴ Denn auf diesem Weg kann der Arzt gezielt die Patienten, denen das eigenständige Einhalten von Therapieabläufen schwer fällt oder die unzureichend dazu motiviert sind, unterstützen und gemeinsam mit ihnen an den Faktoren arbeiten, die der Einhaltung von Therapievorgaben entgegenstehen (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.1). Schäfer entwickelte zu diesem Zweck eine Compliance-Typologie, bei der die 1.035 befragten Bluthochdruckpatienten vier Patiententypen zugeordnet wurden und deren Therapietreueverhalten durch den Patienten-Compliance-Index (PCI) ausgedrückt wird.³⁶⁵ Der PCI nimmt dabei Werte von 0 bis 100 an, wobei 0 für die am schwächsten und 100 für die am stärksten ausgeprägte Compliance steht.³⁶⁶

(1) Der **selbstbewusst therapietreue Patiententypus**, dem in der Untersuchung 38 % der Befragten zugeordnet wurden, ist charakterisiert durch einen hohen Anteil von über Sechzigjährigen, ein hohes Bildungsniveau (Abitur oder Hochschulstudium) und ein unterstützendes soziales Umfeld. Er zeigt ein starkes Krankheitsinvolvement, ist hoch motiviert, an seiner Therapie mitzuwirken, und verfügt über eine stark ausgeprägte Therapie- und Verhaltenskontrolle. Bei seiner eigenständigen Informationsrecherche nutzt er mehrere Medientypen und ist gewillt, sich mit bestehenden Erkrankungen intensiv auseinanderzusetzen. Im Rahmen der Patientensteuerung muss dieser Patient bei Bedarf die benötigte Unterstützung erfahren, ohne dass dessen Mitwirkungsmotivation dadurch

³⁶² Haynes, R. B. (Hrsg.) (1982), S. 8.

³⁶³ Vgl. Rabovsky, K., Stoppe, G. (2006), S. 313.

³⁶⁴ Vgl. Schuller, S. (2002), S. 72-77.

³⁶⁵ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 161-168.

³⁶⁶ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 165.

gemindert wird, dass ihm Entscheidungen aufgezwungen werden.³⁶⁷ Sein PCI-Wert beträgt 91 Punkte und markiert damit einen Höchstwert an Therapietreue.³⁶⁸

(2) Der **engagiert partiell-therapietreue Patiententypus**, der in der Studie einen Anteil von 29 % ausmacht, verfügt zwar im Vergleich zum selbstbewusst therapietreuen Patiententypus ebenfalls über ein hohes Bildungsniveau sowie eine starke Verhaltenskontrolle und Selbstwirksamkeit, bewegt sich aber in Bezug auf die Gesundheitsmotivation, die Motivation zur eigenständigen Informationsbeschaffung und Mitentscheidung auf einem niedrigeren Niveau als der selbstbewusst therapietreue Patiententypus. Er verfügt jedoch über ein solides Gesundheitswissen, profitiert von einem unterstützenden sozialen Umfeld und nimmt Therapiebarrieren überdurchschnittlich häufig als überwindbar wahr. Im Hinblick auf die Patientensteuerung können an dieser Stelle Instrumente wie das „Motivational Interviewing“ eingesetzt werden, um die Gesundheitsmotivation des Patienten zu steigern (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.1).³⁶⁹ Dieser Patiententypus weist einen PCI von 77 Punkten auf.³⁷⁰

(3) Der **unmotiviert partiell-therapietreue Patiententypus** macht in der Studie einen Anteil von 14 % aus und erreicht einen PCI von 63 Punkten. Obwohl er seine Erkrankung als hohe Lebensbeeinträchtigung empfindet, verfügt er im Vergleich zu den bereits beschriebenen beiden Typusgruppen über eine deutlich niedrigere Gesundheitsmotivation, eine geringer ausgeprägte Verhaltenskontrolle und eine eingeschränkt selbstständige Therapieumsetzung. Die geringen Anstrengungen, sich selbst über sein Erkrankungsbild zu informieren, gehen mit einem niedrigen Wissensstand darüber einher. Sein soziales Umfeld spielt weder eine unterstützende, noch therapiebehindernde Rolle. In dieser Gruppe sind Patienten aus der Altersklasse zwischen 30 und 50 Jahren stark vertreten, von denen viele erwerbstätig sind und ihre Diagnose erst vor Kurzem erhalten haben. Sie sehen häufig Probleme, die Therapie in ihren Alltag zu integrieren.³⁷¹ Gerade in einer solchen Situation kann eine von der Vernetzung der Integrierten Versorgung getragene Patientensteuerung effektiv

³⁶⁷ Vgl. Miller, W. R., Rollnick, S. (2009), S. 131.

³⁶⁸ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 171-172.

³⁶⁹ Vgl. Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L. et al. (2013), S. 166; Miller, W. R., Rollnick, S. (2009), S. 131; Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005), S. 309-311; Rollnick, S., Allison, J. (2004), S. 109-112; Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., Mason, D. (1997), S. 53-54.

³⁷⁰ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 172-173.

³⁷¹ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 173-174.

dazu beitragen, im Umfeld des Patienten die benötigten Strukturen zu schaffen und langfristig in dessen Alltag zu etablieren.

(4) Der **unsichere, nicht therapietreue Patiententypus** weist mit einer geringen Verhaltenskontrolle, einer mittelstarken Gesundheitsmotivation und moderaten Bestrebungen, sich über sein Erkrankungsbild zu informieren, ein geringes Gesundheitswissen und die niedrigste Compliance unter den vier Patiententypen auf. Diese Gruppe weist einen relativ niedrigen Altersdurchschnitt und Bildungsgrad auf und hat meist die Diagnose erst vor Kurzem erhalten. Häufig können diese Patienten die gesamte Tragweite ihrer Erkrankung nicht einschätzen und sehen sich weder imstande noch sind sie ausreichend motiviert, sich an der Therapieplanung und -umsetzung zu beteiligen. Daran wird deutlich, dass ein gewisser Teil der Patienten eine partizipative Entscheidungsfindung nicht wünscht oder anstrebt.³⁷² Gleichzeitig gestaltet sich unter anderem bedingt durch den eklatanten Wissensunterschied zwischen Arzt und Patient das Vertrauensverhältnis und die Kommunikation zwischen ihnen schwierig und die häufig negative Einstellung des sozialen Umfelds des Patienten gegenüber therapietreuem Verhalten wirkt sich zusätzlich negativ auf dasselbe aus. Ähnlich wie beim unmotiviert partiell-therapietreuen Patiententypus können auch bei dieser Gruppe die vernetzten Strukturen der Integrierten Versorgung eine Steuerung gewährleisten, durch die die beim Patienten und dessen Umfeld vorhandenen Defizite durch eine intensive Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten ausgeglichen werden können. Zusätzlich können über eine Analyse der Kontextvariablen geeignete Ansätze ermittelt werden, um auch deren Motivation zu einem besseren Therapietreueverhalten zu steigern.³⁷³ Diesem Typus, der einen PCI von 54 Punkten erreicht, gehören 19 % der Befragten an.³⁷⁴

Ergänzend zur Compliance spielt in Bezug auf die Patientensteuerung insbesondere auch die von Patienten gewünschte Autonomie eine wichtige Rolle, weswegen sich das folgende Kapitel einer diesbezüglichen Typologie widmet.

6.1.1.5 Typologie autonomiebezogener Arzt-Patienten-Beziehungen

Im Hinblick auf die Motivation zur Mitwirkung des Patienten an der Patientensteuerung ist wichtig zu wissen, über welche Eigenkompetenz die

³⁷² Vgl. Hurrelmann, K., Leppin, A. (Hrsg.) (2001), S. 12.

³⁷³ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 216-219.

³⁷⁴ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 174-175.

Patienten verfügen, wie selbstständig sie Entscheidungen treffen und welche Art von Unterstützung sie von ihrem behandelnden Arzt benötigen. Krones und Richter sehen dabei vier verschiedene Autonomiestufen, die eine Vielzahl von Einzelhandlungen und eine Komplementarität von Patienten- und Arztrolle beinhalten (siehe Tabelle 2).³⁷⁵

	Paternalis- tisches Modell	Deliberatives Modell/ Shared Deci- sion-Making	Vertragsmodell	
			Informed Choice	Consume- rism
Autonomie- grad Patient	○○○	●○○	●●○	●●●
Rolle Arzt	Vormund	Partner	Technischer Experte	Dienstleister
Informati- onsrichtung	Arzt → Patient	Arzt ↔ Patient	Arzt → Patient	Patient → Arzt bzw. Arzt → Patient, wenn vom Patienten gewünscht
Informations- inhalte	Erfüllung ethi- scher, medizi- nischer und rechtlicher Basisanfor- derungen	evidenzbasierte medizinische Inhalte, ange- passt an Situa- tion des Patienten	evidenz- basierte medi- zinische In- halte	medizinische Inhalte, ange- passt an Situa- tion des Pati- enten, falls gewünscht
Entschei- dungsfin- dung/ Verant- wortung	Arzt	Arzt und Pati- ent	Patient	Patient

Tabelle 2: Autonomiebezogene Arzt-Patienten-Beziehungen³⁷⁶

³⁷⁵ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006).

³⁷⁶ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Krones, T., Richter, G. (2008), S. 822.

Auch wenn die in dieser idealtypischen Systematisierung dargestellten Typen im Versorgungsalltag selten in Reinform anzutreffen sind und die Autonomiepräferenzen situationsabhängig variieren können, sind in aller Regel bei Patienten und Ärzten Einstellungsmuster und Rollenverhalten im Rahmen der Arzt-Patienten-Interaktion verhältnismäßig konstant.³⁷⁷

(1) Dem **paternalistischen Modell** liegt ein biomedizinisches Krankheitsverständnis zugrunde, bei dem anhand von allgemeingültigen, objektiven Kriterien, die für den Patienten eindeutig bestmögliche Therapiemöglichkeit festgelegt werden kann.³⁷⁸ Bedingt durch sein Expertenwissen ist der Arzt der alleinige Entscheider und der Patient nimmt in dieser stark asymmetrischen Beziehung eine passive Rolle ein.³⁷⁹ Ein paternalistisches Modell kann beispielsweise bei notfallmedizinischen Eingriffen angebracht sein, bei denen das Überlebensinteresse des Patienten und dessen Einverständnis mit den dafür notwendigen Maßnahmen angenommen werden kann. Im Allgemeinen wird bei einer paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung die Aufklärung und Zustimmung des Patienten über ein informiertes Einverständnis (Informed Consent) erreicht: dies beinhaltet die Vermittlung der Erkrankungsbildes und dessen Folgen, die Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Therapieempfehlung des Arztes sowie der nicht gewählten Therapiealternativen, die Wahrung der Entscheidungsfreiheit und die informierte Zustimmung bzw. Ablehnung des Patienten zu einer bestimmten Maßnahme.³⁸⁰ Auf diesem Weg wird die Einhaltung ethischer, rechtlicher und medizinischer Anforderungen sichergestellt.³⁸¹ Für die Patientensteuerung bedeutet das, dass in Situationen in denen überwiegend dieses Modell zur Anwendung kommt, der Arzt, sofern dies möglich ist, dem Patienten das konkrete Vorgehen, das unter den gegebenen Umständen geboten ist, erläutert und durch entsprechende patientenverständliche Informationen untermauert, ohne dass eine aktive Mitwirkung des Patienten an der Entscheidung vonnöten ist.³⁸²

(2) Das **partnerschaftlich-deliberative Modell** verbindet den Ansatz der patientenzentrierten Arzt-Patienten-Beziehung (Patientcenteredness), der auf einer patientenorientierten Informationsbereitstellung, dem Verständnis für die Patientensituation sowie einer holistischen Auffas-

³⁷⁷ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 96-97.

³⁷⁸ Vgl. Faltermaier, T., Brütt, A. L. (2014), S. 946.

³⁷⁹ Vgl. Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. (2003), S. 57.

³⁸⁰ Vgl. Simpson, A. R. (2008), S. 465-466.

³⁸¹ Vgl. Simpson, A. R. (2008), S. 464.

³⁸² Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 97-98.

sung von Gesundheit und Krankheit basiert, mit dem der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making), der auf die gemeinsam getragene Entscheidungssituation zielt. Dabei wird sowohl die objektive Diagnose (Disease) als auch das subjektive Empfinden des Patienten in Bezug auf seine Erkrankungssituation (Illness) berücksichtigt.³⁸³ Auch wenn dabei die Tatsache anerkannt wird, dass die Arzt-Patienten-Beziehung von den mit der Krankenrolle verbundenen Abhängigkeiten und Informationsasymmetrien geprägt ist, stimmen sich Arzt und Patient auf Augenhöhe ab (relationale Autonomie). Dabei bringt der Arzt sein medizinisches Wissen ein und der Patient wirkt als Experte für seine persönlichen Lebensumstände bei Entscheidungen mit. Der optionalen Autonomie entsprechend räumt der Arzt dem Patienten das Maß an Autonomie ein, das letzterer in Anspruch nehmen möchte, wobei der Arzt im Sinne des Fürsorgeprinzips darauf achtet, den Patienten nicht durch ein zu hohes Maß an Entscheidungsfreiheit zu überfordern.³⁸⁴ An dieser Stelle weist die patientenzentrierte Arzt-Patienten-Beziehung eine Überschneidung mit der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) auf, bei der der medizinische Entscheidungsprozess im Zentrum steht und in deren Rahmen sich Arzt und Patient über medizinische Fakten, Patientenbedürfnisse und -präferenzen sowie die Empfehlung der Arztes austauschen und nach der Diskussion aller relevanten Faktoren zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen (zu Shared Decision-Making siehe auch Kapitel 6.1.3.1). Um den Anforderungen, die im Fürsorgeprinzip formuliert sind, gerecht zu werden, müssen im Sinne einer patientenorientierten Steuerung Autonomiewünsche und -fähigkeiten von Patienten abgefragt werden, um sie ihren Mitwirkungsfähigkeiten entsprechend für Steuerungsprozesse motivieren zu können.³⁸⁵

(3) Das **Vertragsmodell** der Arzt-Patienten-Beziehung beinhaltet auf der einen Seite das **Informationsmodell** (Informed (Evidence-Based) Choice) und auf der anderen das **Kundenmodell** (Consumerism). Beide Ansätze räumen dem Patienten ein Höchstmaß an Autonomie ein, wogegen Unterschiede zwischen den beiden Konzepten in Bezug auf Informationsart, -inhalt und -vermittlung sowie die Rolle des Arztes bestehen. Beim Informationsmodell fordert der als rationaler Akteur agierende Patient Informationen aktiv ein oder ermittelt diese selbst, um dann auf dieser Basis nach Maßgabe seiner Präferenzen über medizinische Maßnah-

³⁸³ Vgl. Brown, J. B., Weston, W. W., Stewart, M. (2007), S. 35-48.

³⁸⁴ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2008), S. 820.

³⁸⁵ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 99-103.

men eigenverantwortlich zu entscheiden.³⁸⁶ Der Arzt stellt beim Informationsmodell zwar den Prinzipien Transparenz³⁸⁷ und Wahrhaftigkeit³⁸⁸ folgend dem Patienten medizinische Informationen zur Verfügung, gibt aber keine fachliche Empfehlung zu den zur Verfügung stehenden Alternativen ab.³⁸⁹ Im Idealfall stehen dem Patienten jedoch Entscheidungshilfen, die im Hinblick auf Aktualität und Erfüllung wissenschaftlicher Standards höchsten Anforderungen entsprechen müssen, zur Verfügung.³⁹⁰ Dem Kundenmodell liegt die Annahme einer vollständigen Autonomie des Patienten, der am freien Markt die Gesundheitsleistungen wählt, die er für angebracht hält, zugrunde.³⁹¹ Ob er dabei in ausreichendem Maß fachlich informiert ist, unterliegt seiner vollständigen Eigenverantwortung und der Arzt ist weitgehend von einer Mitverantwortung entbunden.³⁹² Wie in den Abschnitten 6.1.2.1 und 6.1.3.1.2 dargestellt, können im Rahmen der Patientensteuerung Entscheidungsprozesse durch patientenorientierte Informationsmaterialien unterstützt werden. Die Kritik am Informations- und Kundenmodell setzt bei der Entlassung des Arztes aus seiner Mitverantwortung, die im Widerspruch zu dessen professionellem Selbstverständnis steht, dem Alleinlassen des Patienten in komplexen Entscheidungssituationen sowie der Nichtberücksichtigung integraler Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung an.³⁹³ Auch aus Sicht einer evidenzbasierten Patientensteuerung ist dieser Ansatz kritisch zu sehen, da ein durchschnittlicher Patient nicht über die Gesundheitskompetenz verfügt, um im Regelfall die volle Tragweite seiner gesundheitsbezogenen Entscheidungen alleine einschätzen zu können.³⁹⁴

Welcher der vorgestellten autonomiebezogenen Grundtypen der Arzt-Patienten-Beziehung im Versorgungsgeschehen gegeben ist, ist meist abhängig von konkreten Situationen. So können beispielsweise Patienten, für die Autonomie und Entscheidungsteilhabe im Regelfall einen hohen Stellenwert einnehmen, in lebensbedrohlichen Ausnahmesituationen mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung überfordert sein und Verantwortung abgeben wollen. Laut Untersuchungen des Bertelsmann Ge-

³⁸⁶ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2008), S. 822.

³⁸⁷ Vgl. Brody, H. (1989).

³⁸⁸ Vgl. Ashcroft, R., Hope, T., Parker, M. (2001), S. 53.

³⁸⁹ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 104; Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. (2003), S. 57-58.

³⁹⁰ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2008), S. 822.

³⁹¹ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2008), S. 822.

³⁹² Vgl. Krones, T., Richter, G. (2008), S. 822-823.

³⁹³ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 103-106.

³⁹⁴ Vgl. Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017), S. 55-59.

sundheitsmonitors wünschen sich 50-60 % der befragten Bundesbürger eine gemeinsame Entscheidungsfindung und knapp 20 % davon wollen alleine entscheiden.³⁹⁵ Bisherige Erfahrungen mit Entscheidungshilfen für Patienten zeigen vorrangig positive Effekte, beispielsweise in Form realistischerer Therapieerwartungen oder der Präferenz für weniger risikobehaftete Operationen.³⁹⁶ Gleichzeitig ist festzustellen, dass bedingt durch Defizite im Medizinstudium aufseiten der Ärzte häufig die Kommunikationsfähigkeiten nur unzureichend vorhanden sind und dadurch dem Wunsch von Patienten nach Mitbestimmung nicht voll entsprochen werden kann. Um Patienten bei der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung zu einer aktiven Mitwirkung zu motivieren, müssen diese Potenziale in der Arzt-Patienten-Kommunikation besser genutzt werden, weswegen sie in Abschnitt 6.2.3.1.1 noch ausführlicher angesprochen werden.³⁹⁷

In den Kapiteln 6.1.1.4 und 6.1.1.5 wurden Patiententypologien mit Bezug auf die Therapietreue und die Autonomie von Patienten vorgestellt, denen vor allem im Zusammenhang mit der Patientensteuerung eine hervorgehobene Rolle zukommt. Diese beiden Charakterisierungskonzepte alleine reichen jedoch nicht aus, um alle Implikationen in Bezug auf die Steuerungsmotivation des Patienten erschöpfend abzuleiten. Daneben existiert noch eine Vielzahl weiterer Faktoren, die über die Patientenmotivation, an der Steuerung mitzuwirken, bestimmen, aber deren ausführliche Darstellung den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde. So beeinflussen auch Werte und Normen von Patienten deren Verhaltensmuster und Bereitschaft, an der Steuerung mitzuarbeiten. Unter anderem das Konzept von Marstedt et al.³⁹⁸ oder die Klassifikation von Patienten in Sinus-Milieus³⁹⁹ können hierzu eine Grundorientierung liefern. Anknüpfend an die Motivation des Patienten, im Rahmen der Patientensteuerung eine Rolle als Ko-Produzent seiner eigenen Gesundheit einzunehmen, geht das folgende Kapitel der Frage nach, welche Anforderungen die dem Patienten zur Verfügung stehenden Strukturen erfüllen müssen, um ihm eine niedrighschwellige Mitwirkung zu ermöglichen.

³⁹⁵ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 112.

³⁹⁶ Vgl. Man-Son-Hing, M. (1999), S. 739-743.

³⁹⁷ Vgl. Krones, T., Richter, G. (2006), S. 109-112.

³⁹⁸ Vgl. Marstedt, G., Buitkamp, M., Braun, B. (2007), S. 242-253.

³⁹⁹ Vgl. Merkle, T., Hecht, J. (2011); Wippermann, C. (2010); Wippermann, C. (2009).

6.1.2 Strukturelle Komponente

In diesem Kapitel geht es darum, welche Strukturelemente aufseiten des Patienten die Patientensteuerung unterstützen können. Bezogen auf die Verbesserung der Prävention regte der Sachverständigenrat Gesundheit bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2009 an, Infrastrukturkomponenten zur Patientensteuerung, wie Kampagnen zur Gesundheitssensibilisierung, Erinnerungs- und Einladungssysteme oder ökonomische Anreize stärker zu nutzen, um eine höhere Inanspruchnahme von entsprechenden Angeboten zu erreichen.⁴⁰⁰

6.1.2.1 Strukturen zum Wissensaufbau und zur Partizipation

Angesichts ungenutzter Chancen im Bereich der Patienteninformation besteht im Hinblick auf eine evidenzbasierte Steuerung eine primäre Herausforderung darin, dem mitverantwortlichen Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zu entscheidungsrelevanten und qualifizierten Informationen zu ermöglichen.⁴⁰¹ Vor diesem Hintergrund ist es kritisch zu beurteilen, wenn Patienten aus einem Mangel an entsprechenden Informationen zu ungeeigneten Ersatzkriterien greifen (siehe Kapitel 6.1.1.1).

Dabei müssen Patienten bereits im Vorfeld der Teilnahme an der Integrationsversorgung ausreichend über deren Vor- und Nachteile sowie deren Leistungsfähigkeit in patientenverständlicher Form informiert werden.⁴⁰² Um im Rahmen der Integrierten Versorgung eine evidenzbasierte Patientensteuerung zu etablieren, an der alle Beteiligten mitwirken, muss insbesondere die Informationsinfrastruktur, die auf Patientenbedürfnisse zugeschnittene Informationen zur Verfügung stellt, gestärkt werden. Zu den Informationsbedürfnissen von Patienten in ausgewählten Bereichen, wie beispielsweise der Krebsfrüherkennung oder der Krankenhausqualität, existieren bereits Studien,⁴⁰³ die als Maßgabe für die Gestaltung solcher Informationssysteme genutzt werden können. Wie die Informationen selbst aufbereitet werden müssen, um sie patientengerecht zu gestalten, ist Gegenstand von Kapitel 6.1.3.1.2. In dem nun folgenden Abschnitt 6.1.2.1.1 werden Elemente der Informationsinfrastruktur dargestellt, die

⁴⁰⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 168.

⁴⁰¹ Vgl. Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., Schlette, S. (2006), S. 48-53; Krones, T., Richter, G. (2006), S. 104-106.

⁴⁰² Vgl. Preuß, K. J., Rübiger, J., Roski, J. (2007), S. 125-126.

⁴⁰³ Vgl. Dreier, M., Krüger, K., Walter, U. (2016); Schmidt, A., Kowalski, C., Wesselmann, S. et al. (2015); Valero-Aguilera, B., Bermúdez-Tamayo, C., García-Gutiérrez, J. F. et al. (2014); Simon, A. (2010).

Bestandteil der Patientendokumentation sind oder bei denen Informationsquellen dediziert für die Nutzung innerhalb eines Integrationsmodells konzipiert werden. Im darauf folgenden Abschnitt 6.1.2.1.2 werden allgemein zugängliche Informationsportale thematisiert, die bei Bedarf in die Integrationsversorgung eingebunden werden können.

6.1.2.1.1 Organisationsinterne Wissens- und Partizipationsstrukturen

Damit Patienten durch informierte Entscheidungen an der Steuerung aktiv mitwirken können, ist elementar, dass sie die wichtigsten Fakten zu ihren Vorsorge- und Therapieentscheidungen erhalten. Dabei können zunächst über die Strukturen zur Wissensvermittlung die klassischen Formate, wie Papiermedien und Schulungen, bereitgestellt werden. So kann ein entsprechender Leitfaden Patienten dabei unterstützen, sich auf Arzttermine vorzubereiten, um das aktuelle Anliegen und die Vorgeschichte strukturiert und vollständig darzustellen. Welche Anforderungen mit der patientenorientierten Zusammenstellung und Gestaltung von Informationen für Patienten verbunden sind, wird in Kapitel 6.1.3.1.2 beschrieben. Solche Papiermaterialien sollten jedoch nur ergänzend eingesetzt werden, denn Patientenschulungen können besser und nachhaltiger therapierelevantes Wissen vermitteln als papierbasierte Medien alleine.⁴⁰⁴

Diese klassischen Formate der Informationsvermittlung können durch elektronische Medien ergänzt werden. Ein hohes Potenzial für die Patientensteuerung, insbesondere durch ihre Flexibilität und interaktiven Einsatzmöglichkeiten, bietet eine elektronische Patientenakte, auf die Arzt und Patient gemeinsam zugreifen können.⁴⁰⁵ Über solche elektronischen Systeme können auch Patienten ihre Gesundheitsdaten, wie beispielsweise Schmerztagebücher oder Blutzuckerwerte, in die Patientenakte übertragen.⁴⁰⁶ Eine informierte Mitentscheidung des Patienten kann im Bereich seiner Patientenakte auch dadurch erreicht werden, dass Arztbriefe nicht nur die Ausführungen für mitbehandelnde Ärzte und andere Leistungserbringer enthält, sondern auch einen laienverständlichen Teil. Die Orientierung an bestehenden Angeboten wie dem Projekt „Was hab' ich?“, bei dem Medizinstudierende oder Ärzte Arztbriefe laienverständ-

⁴⁰⁴ Vgl. Jerosch, J. (2016), S. 126; Bitzer, E. M., Spörhase, U. (2015), S. 983-984; Melamed, R. J., Tillmann, A., Kufleitner, H.-E. et al. (2014), S. 805-807; Vormfelde, S. V., Abu Abed, M., Hua, T. D. et al. (2014), S. 610-613.

⁴⁰⁵ Vgl. Miller, D. P., Latulipe, C., Melius, K. A. et al. (2016), S. 4-5.

⁴⁰⁶ Vgl. Teuber, I. (2017); Überall, M. A. (2016).

lich übersetzen,⁴⁰⁷ kann helfen, die Patientenorientierung zum expliziten Erstellungskriterium für Arztbriefe heranzuziehen sowie die kommunikative Einbindung von Patienten zu einer der Kernkompetenzen eines Integrationsmodells zu machen und so die Attraktivität für Patienten zu steigern. In Deutschland besteht jedoch allgemein in Bezug auf einen niedrighschwelligen Zugang des Patienten zu seiner medizinischen Dokumentation und seinem verstärkten Empowerment noch dringender Nachholbedarf. Dies ist unter anderem daran ablesbar, dass es sich für ihn häufig schwierig gestaltet, sein vom Gesetzgeber eingeräumtes Recht auf Einsicht seiner Patientenunterlagen gegenüber Leistungserbringern durchzusetzen.⁴⁰⁸ Außerdem erhalten Patienten entgegen der ursprünglichen Planung und anders als in Ländern wie Österreich keinen eigenen Lesezugang zur in der Regelversorgung eingesetzten Telematikinfrastruktur.⁴⁰⁹ Solche Schwachstellen muss die Integrierte Versorgung gezielt ausgleichen, da die technischen Möglichkeiten für einen Patientenzugang zu seiner Dokumentation bereits bestehen⁴¹⁰ und gemeinsame, über den gesamten Versorgungsprozess von allen Beteiligten genutzte Informationssysteme einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg eines Modells der Integrierten Versorgung leisten.⁴¹¹

Einen elementaren Bestandteil der Patientensteuerung stellen patientenverständliche Therapieanleitungen dar, unter anderem für die richtige Einnahme von Arzneimitteln, weswegen den vorgehaltenen Strukturen, die an dieser Stelle zu einer verbesserten Informationsversorgung beitra-

⁴⁰⁷ Vgl. Bittner, A., Bittner, J., Jonietz, A. (2015).

⁴⁰⁸ Vgl. Stiftung Warentest (2015).

⁴⁰⁹ Vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband (2015), S. 4-6.

⁴¹⁰ Vgl. Schnack, D. (2017b), S. 9; Eckrich, F., Baudendistel, I., Ose, D., Winkler, E. (2016), S. 303-307; Esch, T., Mejilla, R., Anselmo, M. et al. (2016), S. 8-10; Esch, T., Walker, J., Delbanco, T. (2016), S. 1702.

⁴¹¹ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 129-130; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 15; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Beck, K. (2009), S. 407-409; Ernst, S. (2008), S. 130; Janus, K. (2003), S. 288-295; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 403-404; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-40; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 518; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Kronhardt, M. (2004), S. 218-229; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-8; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

gen, eine hohe Bedeutung zukommt. Ein Defizit der bestehenden Versorgung stellt die häufig mangelnde Verständlichkeit der Informationen auf den Beipackzetteln von Arzneimitteln dar.⁴¹² Nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und Apotheker interpretieren die Angaben auf Beipackzetteln oft falsch.⁴¹³ Zusätzlich beurteilen Patienten die Informationsversorgung rund um Arzneimittelverschreibungen oft als mangelhaft, wodurch Vorbehalte entstehen, die wiederum die Compliance senken können.⁴¹⁴ Aus diesem Grund muss in der Integrierten Versorgung im Sinne einer wirkungsvollen Patientensteuerung eine Informationsinfrastruktur etabliert werden, die im Bereich der Arzneimittel klare, patientenorientierte Medikationspläne ermöglicht und die Defizite der vorhandenen Beipackzettel durch ergänzende Informationen beseitigt.⁴¹⁵ Die Maßgaben für die Gestaltung patientenverständlicher Informationsmaterialien finden sich in Kapitel 6.1.3.1.2. Abbildung 3 zeigt, wie eine nach diesen Maßgaben gestaltete Einnahmeanleitung für Arzneimittel aussehen kann.

Take	1 tablet in the morning (or bedtime)
Take	1 tablet in the morning 1 tablet in the evening
Take	1 tablet in the morning 1 tablet at noon 1 tablet in the evening
Take	1 tablet in the morning 1 tablet at noon 1 tablet in the evening 1 tablet at bedtime
Take	1 or 2 tablets Wait at least 4 hours before taking again Stop at 6 tablets in 1 day

 Morning: 06:00–08:00
 Noon: 11:00–13:00
 Evening: 16:00–18:00
 Bedtime: 21:00–23:00

Abbildung 3: Beispiel Medikationsplan nach UMS⁴¹⁶

Auch andere von Arzt und Patient gemeinsam genutzte Strukturelemente im Bereich der patientenindividuellen Dokumentation müssen diese An-

⁴¹² Vgl. Europäische Kommission (2017), S. 6-10.

⁴¹³ Vgl. Hibbeler, B. (2016), S. 72-73; Ziegler, A., Hadlak, A., Mehlbeer, S., König, I. (2013), S. 672.

⁴¹⁴ Vgl. Marstedt, G., Klemperer, D. (2009).

⁴¹⁵ Vgl. Bertsche, T., Kaltschmidt, J., Haefeli, W. E. (2009).

⁴¹⁶ Quelle: Wolf, M. S. (2013), S. 55.

forderungen in Bezug auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit erfüllen, beispielsweise zwischen Arzt und Patient abgestimmte Zielvereinbarungen, die Patienten zu einer aktiven Mitwirkung am Vorsorge- und Therapiegeschehen sowie zum Erreichen von Therapiezielen motivieren sollen (siehe auch Kapitel 6.1.1.3).⁴¹⁷ Von den Akteuren eines Integrationsmodells erstellte Informationsvideos können ärztliche Aufklärungsgespräche sinnvoll ergänzen und auf die im Netzwerk vorhandene Versorgungsstruktur eingehen. Für Patienten bieten solche Videos den Vorteil, Zusammenhänge ausführlich, bei Bedarf auch mehrfach, wiedergeben zu können. Informationsangebote wie eine individualisierte Erläuterung des Medikationsplans muss patientenindividuelle Faktoren und Bedürfnisse berücksichtigen und kann alleine aus Datenschutzgründen nur vom behandelnden Arzt selbst zusammengestellt werden,⁴¹⁸ aber Aufklärungsmedien mit allgemeingültigen Inhalten müssen nicht zwingend von den Vertragspartnern eines integrierten Versorgungsmodells selbst produziert werden. Vor allem grundsätzliche Erklärungen können über allgemein zugängliche Informationsquellen wie Internetportale oder interaktive Apps Patienten bei der Umsetzung von ärztlichen Anweisungen und beim Selbstmanagement unterstützen.⁴¹⁹ Diese werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

6.1.2.1.2 Organisationsexterne Wissens- und Partizipationsstrukturen

In Bereichen, in denen eine patientenindividuelle Aufbereitung nicht zwingend notwendig ist, kann es effizienter sein, auf Informationsquellen und Unterstützungsstrukturen außerhalb des Integrationsmodells zurückzugreifen. Eine zielorientierte Zusammenarbeit kann unter anderem durch die Einbindung von Patientenorganisationen in ein Integrationsmodell gewährleistet werden, insbesondere weil die Aufgabenbereiche der betreuenden Ärzte und von Selbsthilfegruppen so abgestimmt werden können, dass sie sich komplementär ergänzen.⁴²⁰ Die Selbsthilfegruppen können Betroffenen solidarische Unterstützung und ein soziales Miteinander Gleichbetroffener bieten, während die Ärzte eines Integrationsmodells die therapeutische Versorgung und bei Bedarf für Selbsthilfegruppen eine fachlich-medizinische Beratung gewährleisten können.⁴²¹ Da

⁴¹⁷ Vgl. Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A. et al. (2015), S. 126-127.

⁴¹⁸ Vgl. Lacher, S., Rusch, S., Staudacher, D., Spirig, R. (2016), S. 154.

⁴¹⁹ Vgl. Blair, R. (2000), S. 6.

⁴²⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 400.

⁴²¹ Vgl. Niemeyer, P. (2014), S. 66-67.

solche Patientenorganisationen jedoch häufig einen Großteil ihrer Finanzierung von Pharmaunternehmen beziehen und eine entsprechende Abhängigkeit besteht, ist die Neutralität von Selbsthilfegruppen nicht immer gewährleistet.⁴²² Daher müssen die Vertragspartner in einem Integrationsmodell sorgfältig prüfen, inwiefern Kooperationen mit bestimmten Selbsthilfegruppen sinnvoll und im Sinne der Integrationsversorgung sind.

Gesundheitsbezogene Informationen bietet zwar eine Vielzahl von Portalen, aber deren Inhalte sind häufig nicht vertrauenswürdig.⁴²³ Daher ist es für den Einsatz in einem Integrationsmodell sinnvoll, gezielt solche Quellen auszuwählen, die sowohl wissenschaftliche Standards, insbesondere das Kriterium der Unabhängigkeit,⁴²⁴ erfüllen als auch medizinische Fakten patientenorientiert darstellen. Unabhängige Institutionen wie das Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut mit seinen als Faktenboxen aufbereiteten Informationen⁴²⁵ (siehe dazu auch Kapitel 6.1.3.1.2) oder das IQWiG mit dem Internetportal gesundheitsinformation.de⁴²⁶ können hier als neutrale Informationsvermittler für Patienten fungieren. Aktuell existieren auch direkte Kooperationen zwischen Krankenkassenverbänden und solchen Informationsanbietern.⁴²⁷ In Bezug auf den Gewinn des Vertrauens von Patienten sind diese jedoch kritisch zu bewerten, denn um die Glaubwürdigkeit eines Integrationsmodells in Bezug auf die Patientenorientierung zu erhalten, sollten Informationsmaterialien nicht von einem potenziell von Eigeninteressen geleiteten Modellbeteiligten stammen. Vorhandene Studien deuten darauf hin, dass viele Patienten Krankenkassen unterstellen, niedrigeren Kosten die wesentlich höhere Priorität einzuräumen als einer besseren Qualität.⁴²⁸ Damit einem Integrationsmodell nicht der Ruf eines Kostensparmodells anhaftet, bei dem Patienteninteressen eine untergeordnete Rolle zukommt, muss die Objektivität der Patienteninformationen gewährleistet sein. Beispielsweise Aufklärungsvideos, die diese Anforderungen erfüllen und die

⁴²² Vgl. Viciano, A. (2017), S. 12; Moynihan, R., Bero, L. (2017); Rose, S. L., Highland, J., Karafa, M. T., Joffe, S. (2017); Roehr, B. (2015); Colombo, C., Mosconi, P., Villani, W., Garattini, S. (2012).

⁴²³ Vgl. Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013), S. 36-37; Gigerenzer, G., Muir Gray, J. A. (2013), S. 7-28.

⁴²⁴ Vgl. Swart, E., Ihle, P., Geyer, S. et al. (2005), S. 420.

⁴²⁵ Vgl. Sullivan, H. W., O'Donoghue, A. C., Aikin, K. J. (2015).

⁴²⁶ Vgl. IQWiG (2015), S. 141-183.

⁴²⁷ Vgl. Blanz, B. M. (2017), S. 69.

⁴²⁸ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

der Arzt für den Patienten auswählt, geben dem Patienten die Möglichkeit, sich vor dem Termin mit seinem Erkrankungsbild zu beschäftigen und später im Termin Fragen zu den Punkten zu stellen, die noch offen geblieben sind. Dadurch bleibt mehr Zeit für vertiefende Fragen, da die Grundzusammenhänge bereits das Video beleuchtet und auf diesem Weg Leistungserbringer von Routineerläuterungen entlastet werden. Vorhandene Studien zeigen gute Erfahrungen mit solchen Strukturelementen und werden auch von Ärzten positiv bewertet.⁴²⁹

Das Internet ist mittlerweile als Informationsquelle fest etabliert, weswegen das Angebot elektronisch gestützter Versorgungsprogramme nahe liegt.⁴³⁰ Das Fraunhofer-Anwendungszentrum Symila hat für Krankheiten wie COPD oder Herzinsuffizienz das telemedizinische Lebensstil-Interventions-Programm (TeLiPro) entwickelt, bei dem Vitaldaten erfasst und in einem Onlineportal dem Patienten und Behandler zur Verfügung gestellt werden⁴³¹ und Studien zu Online-Programmen zur Behandlung von psychischen Erkrankungen konnten bereits positive Effekte nachweisen.⁴³² Auch gesundheitsbezogene Apps können in Coaching- und Steuerungsprozesse eingebunden werden,⁴³³ denn mittlerweile nutzen acht von zehn Deutschen ein Smartphone, zunehmend auch die Altersgruppe ab 65 Jahren.⁴³⁴ Bereits heute existiert eine Vielzahl von digitalen Gesundheitsanwendungen, angefangen von der Stärkung der Gesundheitskompetenz über präventive Themenfelder bis hin zur Unterstützung in Krankheitssituationen.⁴³⁵ Auf diesem Weg können Entscheidungshilfen angeboten werden, die dem Patienten ermöglichen, im Sinne eines partizipativen Vorgehens bestehende Wissenslücken selbstbestimmt zu schließen und die Therapie nach den eigenen Präferenzen mitzugestalten.⁴³⁶ In diesem Zusammenhang ist jedoch die Unterstützung des behandelnden Arztes bei der Auswahl geeigneter Angebote unabdingbar, weil aktuell der Einsatz von Apps noch viele ungelöste Fragen in Bezug auf elementare As-

⁴²⁹ Vgl. Vogel, J., Schaaf, W. (2016); EB (2015).

⁴³⁰ Vgl. Baumann, E., Czerwinski, F. (2015), S. 73.

⁴³¹ Vgl. Gießelmann, K. (2016).

⁴³² Vgl. de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S. et al. (2017), S. 990-993; Clarke, A. M., Kuosmanen, T., Barry, M. M. (2015), S. 107-108.

⁴³³ Vgl. Fleckenstein, J. (2013); Guthoff-Hagen, S. (2013), S. 340-341; Amelung, V. E. (2012), S. 288-293.

⁴³⁴ Vgl. Ametsreiter, H. (2017), S. 2-3; Knöppler, K., Neisecke, T., Nölke, L. (2016), S. 22.

⁴³⁵ Vgl. Knöppler, K., Neisecke, T., Nölke, L. (2016), S. 65-68.

⁴³⁶ Vgl. Dirmaier, J., Thiel, J., Liebherz, S., Härter, M. (2016); Simon, D., Härter, M. (2009), S. 88.

pekte wie Regulierung, Haftung und Datenschutz birgt⁴³⁷ und viele Informationsangebote zu medizinischen Themen die wissenschaftlichen, evidenzbasierten Anforderungen einer umfassenden Patientenaufklärung nicht erfüllen.⁴³⁸ Bereits eine Therapiebegleitung durch regelmäßige Kurznachrichten kann Patienten bei Therapieverlauf und -treue unterstützen und so eine Steuerungswirkung entfalten.⁴³⁹ Weitere Möglichkeiten bieten Apps, über die Gesundheitsdaten auf einem Smartphone gespeichert und verwaltet werden können.⁴⁴⁰ Solche Apps können unter anderem Hinweise auf Vorhofflimmern mit hoher Erkennungsgenauigkeit geben und so eine rechtzeitige Intervention initiieren.⁴⁴¹ Der diesbezüglich bestehende Nachholbedarf zeigt sich beispielsweise bei Apps zum Management von Diabetes Typ 1 in Form einer unzureichenden Nutzerorientierung, da von Patienten gewünschte Funktionen wie Erinnerungen an Insulinspritzungen oder personalisierte Selbstmanagement-Tipps zwar umsetzbar wären, aber derzeit fehlen.⁴⁴²

Um Patienten durch eine hohe Betreuungsqualität von einer langfristigen Teilnahme an der Integrierten Versorgung zu überzeugen, müssen im Dienste einer hohen Transparenz neutrale, patientenorientierte Portale zur Bewertung der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Verfügung stehen. Entsprechende Institutionen, quasi eine Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen, wie sie beispielsweise in den USA in Form des National Committee for Quality Assurance (NCQA) existiert, spielen hierbei eine tragende Rolle, weswegen in Deutschland die an dieser Stelle bestehenden Defizite dringend beseitigt werden sollten.⁴⁴³ Im Bemühen darum hat der Gesetzgeber im Jahr 2014 die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beschlossen, was jedoch lediglich einen ersten Schritt im Streben nach einer

⁴³⁷ Vgl. Katzenmeier, C. (2019), S. 264-266; Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2017), S. 11-14; Albrecht, U.-V. (2016), S. 305; Heyen, N. B. (2016), S. 16; Martenstein, I., Wienke, A. (2016), S. 206-207.

⁴³⁸ Vgl. Eckert, N. (2016), S. 390; Koller, U., Waldstein, W., Schatz, K.-D., Windhager, R. (2016), S. 2000-2001.

⁴³⁹ Vgl. Bobrow, K., Farmer, A. J., Springer, D. et al. (2016), S. 599; Kinnafick, F.-E., Thøgersen-Ntoumani, C., Duda, J. (2016), S. 582-583; Travasso, C. (2013); Bauer, S., Okon, E., Meermann, R. (2011), S. 512-515; Moessner, M., Zimmer, B., Wolf, M., Bauer, S. (2008), S. 282.

⁴⁴⁰ Vgl. Schnack, D. (2017b), S. 9.

⁴⁴¹ Vgl. Krivoshei, L., Weber, S., Burkard, T. et al. (2017), S. 756-757; Chan, N.-y., Choy, C.-c. (2016), S. 30.

⁴⁴² Vgl. Dobson, R., Whittaker, R., Murphy, R. et al. (2017), S. 3-7.

⁴⁴³ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 6; Preuß, K. J., Rübiger, J., Roski, J. (2007), S. 134-141.

besseren Informationsversorgung für Patienten darstellen kann.⁴⁴⁴ Auch wenn Portale, auf denen Patienten selbst die von ihnen in Anspruch genommenen Ärzte und Krankenhäuser bewerten, in aller Regel als alleinige Informationsquelle ungeeignet sind, können sie dennoch als ergänzendes Angebot einen elementaren Betrag zur Berücksichtigung der Patientensperspektive leisten.⁴⁴⁵ Da die Qualität der teilnehmenden Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen einen entscheidenden Faktor in der Integrierten Versorgung darstellt, werden Inhalte der Leistungserbringerbewertung im Bereich der qualitativen Komponente der Patientensteuerung in Kapitel 6.1.4.3 noch weiter vertieft.⁴⁴⁶

6.1.2.2 Einbindung Angehöriger in den Steuerungsprozess

Angehörige sind Teil des unmittelbaren Patientenumfelds, wodurch ihnen auch bei der Steuerung eine hohe Bedeutung zukommt.⁴⁴⁷ Dabei üben Angehörige nicht erst in akuten Krankheitssituationen Einfluss aus, sondern können beispielsweise auch zu einer besseren Nutzung präventiver Möglichkeiten motivieren.⁴⁴⁸ Gleichzeitig spielen entsprechend sensibilisierte Angehörige auch eine wichtige Rolle bei der Verhütung von gravierenden Krankheitsfolgen, indem sie auf bestimmte Auffälligkeiten mit umgehenden Interventionen reagieren.⁴⁴⁹ Darüber hinaus können Angehörige Patienten bei lebensverändernden Diagnosen dabei unterstützen, die Krankheitssituation zu verarbeiten (Coping).⁴⁵⁰

Gleichzeitig haben Angehörige Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe und sind nur dann in der Lage, auch selbst als Unterstützungsressource zu dienen, wenn sie gemeinsam mit dem Behandlungsteam die Krankheitssituation positiv bewältigen.⁴⁵¹ So bedeutet beispielsweise eine Krebs- oder Demenzerkrankung eines Patienten auch für dessen Angehörige eine enorme Belastung, die häufig nur mit professioneller Unterstützung ver-

⁴⁴⁴ Vgl. Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) (2014), S. 1134-1136.

⁴⁴⁵ Vgl. Emmert, M., Maryschok, M., Eisenreich, S., Schöffski, O. (2009), S. 27.

⁴⁴⁶ Vgl. Rischer, R., Emmert, M., Palmowski, S., Meszmer, N. (2017).

⁴⁴⁷ Vgl. Aitken, M., Rajagopal, S., Marinoni, G. (2016), S. 15-16; Schwering, A., Roevekamp-Wattendorf, J. (2012), S. 14.

⁴⁴⁸ Vgl. Spencer, A. M., Roberts, S. A., Verma, A. et al. (2015), S. 1099.

⁴⁴⁹ Vgl. bspw. zu den Frühwarnzeichen eines plötzlichen Herzstillstands Marijon, E., Uy-Evanado, A., Dumas, F. et al. (2016), S. 26-28.

⁴⁵⁰ Vgl. Ernst, J., Weißflog, G. (2013), S. 57.

⁴⁵¹ Vgl. Hönig, K., Gündel, H. (2016), S. 269-271; Ernst, J., Weißflog, G. (2013); Schwering, A., Roevekamp-Wattendorf, J. (2012); Spießl, H., Schmid, R., Vukovich, A., Cording, C. (2004), S. 478-482.

arbeitet werden kann.⁴⁵² Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass die Mehrheit der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung von Angehörigen versorgt wird, aber nur rund ein Drittel der pflegenden Familienmitglieder von professionellen Pflegediensten unterstützt wird.⁴⁵³ Gleichzeitig sind pflegende Angehörige überlastungsbedingt überdurchschnittlich häufig sowohl physisch als auch psychisch stark beeinträchtigt.⁴⁵⁴ Eine stärkere Unterstützung von Angehörigen ist dabei nicht nur aus ethischer Sicht und einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung heraus geboten, sondern auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll, denn Patienten die von gesundheitlich beeinträchtigten Angehörigen gepflegt werden verursachen deutlich höhere Krankenhauskosten als solche deren pflegende Angehörige gesund und ausgeglichen sind.⁴⁵⁵ Um solche Potenziale für ein besseres Versorgungsgeschehen zu nutzen, ist es insbesondere in der integrierten Versorgung geboten, Unterstützungsangebote einzubeziehen, die Angehörigen situationsbezogen die benötigte Hilfe bieten.⁴⁵⁶ Gerade die langfristige Wirksamkeit von Beratungsprogrammen ist durch vorhandene Studien mittlerweile gut belegt.⁴⁵⁷

Die in diesem Kapitel beschriebene Infrastruktur hat den Zweck, dem Patienten und dessen Angehörigen eine möglichst umfassende Teilhabe an Entscheidungen und eine aktive Mitwirkung an Maßnahmen in Zusammenhang mit seiner Gesundheit zu ermöglichen. Damit jedoch die vorgehaltenen Strukturen von Patienten genutzt werden können, müssen bei ihnen in ausreichendem Maß Wissen und Kompetenz vorhanden sein und komplementär dazu patientenverständliche Informationen zur Verfügung gestellt werden.⁴⁵⁸ Auf beide Aspekte wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

⁴⁵² Vgl. Haumann, W. (2017), S. 25-42; Preisler, M., Goerling, U. (2016), S. 336-337.

⁴⁵³ Vgl. Böhmer, A. (2015), S. 129-133; Hans-Böckler-Stiftung (2012), S. 7.

⁴⁵⁴ Vgl. Riedel, O., Wittchen, H.-U. (2017), S. 19; DAK Forschung (2015), S. 24-26.

⁴⁵⁵ Vgl. Ankuda, C. K., Maust, D. T., Kabeto, M. U. et al. (2017), S. 2222-2225.

⁴⁵⁶ Vgl. Hell, D., Schüpbach, D. (2016), S. 120-121; Jähnke, A., Stäudle, J. (2016), S. 640; Pössl, J., Kühne, W. (2010), S. 422-455.

⁴⁵⁷ Vgl. Jungbauer, J., Krieger, T., Floren, M. (2017); Schratter-Sehn, A. U., Schipke, C., Steffal, C., Schratter, A. (2011), S. 4-5; Elliott, A. F., Burgio, L. D., Decoster, J. (2010); Brodaty, H., Mittelman, M., Gibson, L. et al. (2009); Andrén, S., Elmstahl, S. (2008); Gonyea, J. G., O'Connor, M. K., Boyle, P. A. (2006); Pinquart, M., Sorensen, S. (2006).

⁴⁵⁸ Vgl. Deckers, L. (2014), S. 8-10; Brehm, J. W. (2012), S. 10-14.

6.1.3 Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte

Insbesondere in einem integrierten Steuerungsmodell, muss Gesundheit eine Ko-Produktion von Ärzten und Patienten sein. Damit ein solches Modell funktioniert, müssen auch Patienten selbst über eine medizinisch-organisatorische Steuerungskompetenz verfügen, die sie in die Lage versetzt, ihre eigene Gesundheit aktiv zu beeinflussen, denn die aktive Förderung der Zusammenarbeit und Abstimmung stellt einen Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung dar und diese muss auch den Patienten einschließen.⁴⁵⁹ Da die diesbezügliche Eigenkompetenz des Patienten jedoch begrenzt ist, muss Patientensteuerung in diesem Zusammenhang ausgehend von der Definition in den Kapiteln 2.2 und 6.1.1.3 als partnerschaftliches Orientierungs- und Unterstützungssystem zu verstehen sein, das Patienten bei ihren Entscheidungen unterstützt und entscheidungsrelevante Inhalte bereitstellt. Im Folgenden wird die partizipative Entscheidungsfindung als Konzept beschrieben, bei dem sowohl bestimmte Anforderungen für die Gesundheitskompetenz des Patienten als auch für die ihm zur Verfügung gestellten informationellen Inhalte gelten.

6.1.3.1 Partizipative Entscheidungsfindung

Trotz einer im Idealfall aktiven Beteiligung des Patienten an der Gesundheitsversorgung, muss in jedem Fall auch dessen Wunsch, nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden, respektiert werden, denn ein bestimmter Anteil der Patienten zieht es situationsabhängig vor, Entscheidungen dem Arzt zu überlassen.⁴⁶⁰ Die Datenerhebungen des Gesundheitsmonitor haben ergeben, dass über die Jahre relativ konstant rund 70 % der Patienten in Deutschland Entscheidungen zusammen mit ihrem Arzt oder allein treffen wollen.⁴⁶¹ Damit diese Patienten stärker an Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, partizipieren und die Patientensteuerung aktiv mittragen können, muss die partizipative

⁴⁵⁹ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 11-16; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 126-135; Kranzer, A. (2007), S. 180-181; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

⁴⁶⁰ Vgl. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L. et al. (2010), S. 54; Little, P., Everitt, H., Williamson, I. et al. (2001), S. 3; Beaver, K., Luker, K. A., Owens, R. G. et al. (1996), S. 8-19.

⁴⁶¹ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 112.

Entscheidungsfindung bzw. das Shared Decision-Making in den Steuerungsprozessen in einem integrierten Versorgungsmodell fest verankert werden. Wie sich die nach dieser Maßgabe gestalteten Prozesse darstellen und welche Grundvoraussetzungen dafür gelten müssen, wird im Folgenden beschrieben.

Die Maßnahmen der Gesundheitspolitik zur Förderung der Patientenautonomie sollten in erster Linie dazu führen, dass dem Patienten im Entscheidungsprozess um die geeignetsten medizinischen Maßnahmen eine stärkere Rolle zukommt (siehe dazu auch Kapitel 5.4). Gerade ein integriertes Versorgungsmodell bietet dabei die Möglichkeit einer besseren Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, weil neben medizinisch-therapeutischen Fakten auch die Behandlungswünsche des betreffenden Patienten als explizites Abstimmungskriterium in Fallkonferenzen einfließen können. Alleine die Tatsache, dass der Patient nicht genötigt ist, jedem einzelnen Arzt seine Therapiepräferenzen zu erläutern, erleichtert ein höheres Maß an realisierter Selbstbestimmung des Patienten. Damit jedoch ein Patient durch eine höhere Autonomie im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung an seiner Gesundheitsversorgung mitwirken kann, müssen die anderen Partner in der Integrierten Versorgung, insbesondere die Ärzte und Krankenkassen, den Patienten darin wesentlich stärker als bisher unterstützen. Dem zuwiderlaufend wissen jedoch trotz des Patientenrechtegesetzes viele Patienten nicht, welche Ansprüche sie gegenüber ihrer Krankenkasse oder ihrem behandelnden Arzt haben. Ein klareres Bekenntnis zu einer stärkeren Patientenautonomie kann zwar auch dazu führen, dass die Patientenbetreuung in bestimmten Situationen mit einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden ist, aber eine höhere Patientenkompetenz führt an anderer Stelle durch dessen aktive Mitwirkung wiederum zu einer höheren Therapieeffizienz. Letztendlich ist diese Rolle notwendig, wenn der Patient auch eine Mitverantwortung tragen soll.⁴⁶²

Das folgende Beispiel illustriert, dass Patienten grundsätzlich in der Lage sind, aktiv über das Vorgehen in ihrer Therapie mitzuentcheiden. Bei akuten Thoraxschmerzen kann durch die Standarddiagnostik ein Herzinfarkt häufig nicht vollständig ausgeschlossen werden, so dass ein Restrisiko von ca. 1,5 % verbleibt, dass ein solcher vorliegt.⁴⁶³ In der Studie von Hess et al. konnten aber Patienten, unterstützt von einer Entscheidungshilfe (siehe Abbildung 4), darüber mitbestimmen, ob solche Symptome

⁴⁶² Vgl. Loos, S., Möllenkamp, M., Albrecht, M., Igl, G. (2016), S. 182-186.

⁴⁶³ Vgl. Graff, L. G., Chern, C.-H., Radford, M. (2014), S. 99.

im Rahmen einer ambulanten Diagnostik oder einer stationären Aufnahme abgeklärt werden und in der Interventionsgruppe entschied sich im Vergleich zur Kontrollgruppe ein deutlich geringerer Anteil der Patienten (37,3 % vs. 52,1 %) für die stationäre Option, wobei die Akzeptanz dieses Vorgehens sowohl bei Ärzten als auch Patienten hoch war.⁴⁶⁴

Dieses Beispiel zeigt aber auch, dass in einem solchen Zusammenhang eine ausreichende Gesundheitskompetenz und die Bereitstellung intuitiv verständlicher Gesundheitsinformationen die Voraussetzung für eine partizipative Entscheidungsfindung bilden, weswegen diese beiden Aspekte in den folgenden beiden Kapiteln vertieft werden.

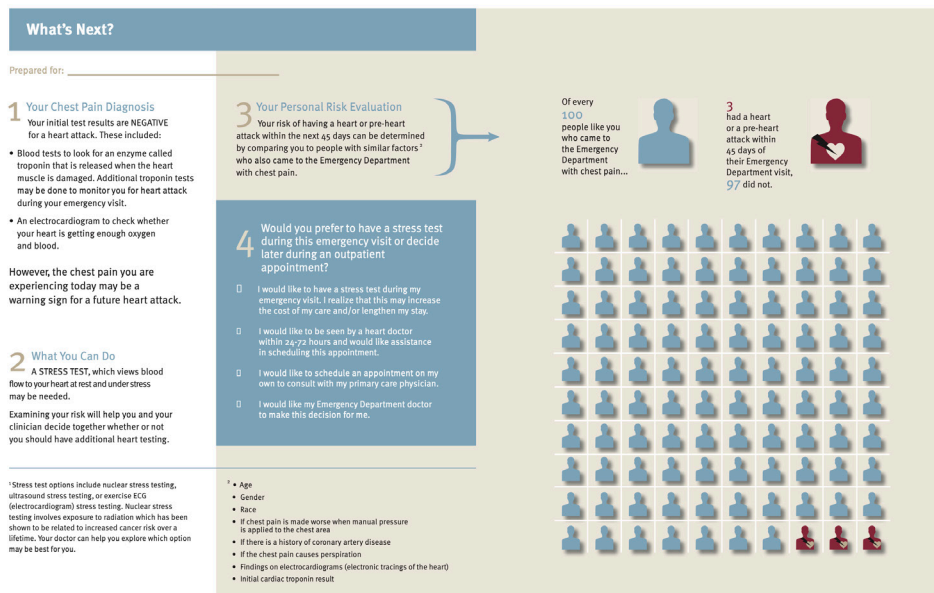


Abbildung 4: Entscheidungshilfe für Patienten⁴⁶⁵

6.1.3.1.1 Gesundheitskompetenz

Das European Health Literacy Consortium, ein europäischer Verbund von Wissenschaftlern, widmet sich der Erforschung der Gesundheitskompetenz, einer vergleichsweise jungen Disziplin. Das Konsortium definiert Gesundheitskompetenz als Wissen, Motivation und Fähigkeit, Gesund-

⁴⁶⁴ Vgl. Hess, E. P., Hollander, J. E., Schaffer, J. T. et al. (2016), S. 5-10.

⁴⁶⁵ Quelle: Hess, E. P., Hollander, J. E., Schaffer, J. T. et al. (2016), S. 3.

heitsinformationen zu erlangen, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag Urteile und Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention bzw. Gesundheitsförderung mit dem Ziel einer dauerhaft hohen Lebensqualität zu fällen.⁴⁶⁶ Ergänzend zu einem Gesundheitssystem, das den Zugang zu entscheidungsrelevanten medizinischen Informationen gewährleistet, sollten anknüpfend daran in einem integrierten Versorgungsmodell, das von Patienten eine aktive Mitwirkung an der Steuerung einfordert, diese Fähigkeiten gezielt gefördert werden. Patienten sollten dadurch die Funktionsweise der Versorgungsstrukturen verstehen und auf dieser Basis Aussagen danach beurteilen können, ob und inwiefern sie für ihre eigene Gesundheit relevant sind.⁴⁶⁷

Bei der Ermittlung der Gesundheitskompetenz stellten Wissenschaftler bei über der Hälfte der Deutschen eine unzureichende bis eingeschränkte Gesundheitskompetenz fest.⁴⁶⁸ Gerade im europaweiten Vergleich wird der Nachholbedarf in Bezug auf die Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland deutlich: in den Niederlanden haben 28,7 % der Befragten eine problematische oder unzureichende Gesundheitskompetenz, während dieser Anteil in Deutschland 54,3 % beträgt.⁴⁶⁹ Bezogen auf Deutschland ermittelten Studien, dass ein großer Teil der Befragten unter anderem Probleme hat, die Packungsbeilage von Arzneimitteln zu verstehen (48,3 %)⁴⁷⁰, verschiedene Therapieoptionen gegeneinander abzuwägen (51,2 %)⁴⁷¹ oder die Verlässlichkeit medizinischer Informationen aus den Medien zu beurteilen (66,3 %)⁴⁷². Eine niedrige Gesundheitskompetenz ist insbesondere deswegen kritisch, weil sie in entscheidenden Bereichen mit der Akzeptanz höherer Gesundheitsrisiken und einer geringeren Inanspruchnahme von Präventionsangeboten einhergeht.⁴⁷³ Darüber hinaus deuten Studien darauf hin, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Komplikationen bei operativen Eingriffen⁴⁷⁴ und einer niedrigeren Lebenserwartung einhergeht.⁴⁷⁵

⁴⁶⁶ Vgl. Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D. (Hrsg.) (2013), S. 4.

⁴⁶⁷ Vgl. Feufel, M. A., Antes, G., Steurer, J. et al. (2013), S. 117-133.

⁴⁶⁸ Vgl. Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017), S. 55-59.

⁴⁶⁹ Vgl. Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. et al. (2017), S. 133-138.

⁴⁷⁰ Vgl. Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012), S. 13.

⁴⁷¹ Vgl. Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012), S. 13.

⁴⁷² Vgl. Zok, K. (2014), S. 4.

⁴⁷³ Vgl. Heilmann, K. (2015), S. 16-29; Zok, K. (2014), S. 2-12.

⁴⁷⁴ Vgl. Dalén, M., Ivert, T., Holzmann, M. J., Sartipy, U. (2015), S. 1888-1896.

⁴⁷⁵ Vgl. Lampert, T., Kroll, L. E. (2014), S. 3.

Dazu sollten die Maßnahmen ergriffen werden, die den Patienten in seiner individuellen Situation am besten dabei unterstützen, bestehende Lücken seiner Gesundheitskompetenz zu füllen und ihm zu einer aktiven Rolle zu verhelfen. Im Integrationsmodell Gesundes Kinzigtal (siehe Kapitel 2.3.3) haben sich Zielvereinbarungen, in denen Arzt und Patient gemeinsam realistisch erreichbare Therapieergebnisse und Lebensstilveränderungen vereinbaren, als effektives Mittel erwiesen, um Patienten vom Ausbau ihrer Gesundheitskompetenz und von einer aktiven Mitwirkung zu überzeugen.⁴⁷⁶ In diesem Sinne muss der Anspruch eines umfassenden Gesundheitsverständnisses allgemein gelten. Obwohl die Erwartung eines vollständig gesundheitsbewussten Patientenverhaltens unrealistisch und weltfremd wäre, sollte eine adäquate Gesundheitskompetenz Patienten dennoch in die Lage versetzen, sich bewusst und im Wissen um die mit einem bestimmten Verhalten verbundenen Risiken für eine ausgewogene Risikomischung entscheiden zu können. Dafür, dass diese Aufgabe von den meisten Menschen gut zu bewältigen ist, spricht der Licensing Effect. Dieser Effekt wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen und beschreibt das menschliche Grundbestreben, positives und negatives Verhalten in ein ausgeglichenes Verhältnis zu bringen.⁴⁷⁷ Dies gilt unter anderem für moralisches Handeln,⁴⁷⁸ aber insbesondere auch für das Gesundheitsverhalten.⁴⁷⁹

Patienten scheitern häufig an der zutreffenden Einschätzung des Nutzen-Risiko-Profiles von diagnostischen Maßnahmen und Therapien und überschätzen in der Regel den Nutzen bzw. unterschätzen das Risiko.⁴⁸⁰ Daher sollten sie über die grundlegenden Fähigkeiten verfügen, die sie benötigen, um gute Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Diese lassen sich im Wesentlichen in die folgenden vier Bereiche gliedern:⁴⁸¹

1. Um Behandlungssituationen realistisch einschätzen zu können, sollten Patienten lernen, dass der **Wunsch nach absoluter Gewissheit nicht erfüllbar** ist und selbst bei etablierten Diagnostikverfahren ein bestimmter Unsicherheitsfaktor bleibt. Dass die Illusion absoluter Sicherheit dennoch weit verbreitet ist, zeigt die Tatsache, dass viele Patienten bei medizinischen Testverfahren

⁴⁷⁶ Vgl. Höhl, R. (2014), S. 1.

⁴⁷⁷ Vgl. unter anderem Gilbride, T. J., Inman, J. J., Stilley, K. M. (2015), S. 57-72; Khan, U., Dhar, R. (2006), S. 259-266; Dhar, R., Simonson, I. (1999), S. 29-43.

⁴⁷⁸ Vgl. Mazar, N., Zhong, C.-B. (2010), S. 494-498.

⁴⁷⁹ Vgl. Chiou, W.-B., Wan, C.-S., Wu, W.-H., Lee, K.-T. (2011), S. 2221-2228.

⁴⁸⁰ Vgl. Hoffmann, T. C., Del Mar, C. (2015), S. 281-284.

⁴⁸¹ Vgl. Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013), S. 30-36.

absolute Zuverlässigkeit unterstellen, obwohl diese nicht gegeben ist.⁴⁸² Dadurch sprechen sie beispielsweise dem Mammographiescreening eine wesentlich höhere Sicherheit zu als es tatsächlich bietet.⁴⁸³

2. Ein adäquates **mathematisches Grundverständnis** bildet deshalb einen elementaren Bestandteil der Gesundheitskompetenz, weil eine unzureichende mathematische Kompetenz bei Patienten die Risiko- und Nutzenwahrnehmung verzerrt, die Risikokommunikation und den Zugang zur medizinischen Versorgung erschwert und bedingt dadurch zu schlechteren Behandlungsergebnissen führt.⁴⁸⁴
3. Um eine Bewertung der bestehenden Behandlungsmöglichkeiten vornehmen zu können, müssen Patienten deren **Vor- und Nachteile realistisch** gegeneinander **abwägen** und dabei die medizinischen Fakten einbeziehen können. Da diese Fähigkeit oft fehlt, überschätzen viele Patienten den Nutzen bzw. unterschätzen die Risiken von medizinischen Maßnahmen sehr stark. So unterschätzten in Studien rund 90 % der Befragten den Nutzen einer Krebsfrüherkennung teilweise bis zu hundertfach oder mehr.⁴⁸⁵
4. Nicht zuletzt sollten Patienten **Untersuchungsergebnisse verstehen** können. Das bedeutet konkret, dass ihnen die Begriffe Prävalenz, Sensitivität, Spezifität und positiver/ negativer Vorhersagewert allgemein und in Bezug auf eine bestimmte Untersuchungsmethode geläufig sind und sie diese zutreffend interpretiert in ihre Gesundheitsentscheidung einbeziehen können.⁴⁸⁶

Es kann sich jedoch auch problematisch auswirken, wenn sich gerade Chroniker mit der Zeit ein größeres Wissen über ihre Erkrankung angeeignet haben als deren betreuende Allgemeinmediziner oder Fachärzte aus anderen Bereichen und diese Konstellation zu einem Kompetenzkonflikt zwischen Arzt und Patient führt.⁴⁸⁷ Daher ist es gerade im Hinblick

⁴⁸² Vgl. Gigerenzer, G. (2014), S. 18-19.

⁴⁸³ Vgl. Albert, U. S., Kalder, M., Schulte, H. et al. (2012), S. 61-69; Dreier, M., Borutta, B., Töppich, J. et al. (2012), S. 722-734; Domenighetti, G., D'Avanzo, B., Egger, M. et al. (2003), S. 816-820.

⁴⁸⁴ Vgl. Galesic, M., Garcia-Retamero, R. (2010), S. 464; Reyna, V. F., Nelson, W. L., Han, P. K., Dieckmann, N. (2009), S. 943-973.

⁴⁸⁵ Vgl. Hudson, B., Zarifeh, A., Young, L., Wells, J. (2012), S. 498; Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009), S. 1218-1219.

⁴⁸⁶ Vgl. Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013), S. 35-36.

⁴⁸⁷ Vgl. Snow, R., Humphrey, C., Sandall, J. (2013), S. 1-7.

auf eine gelebte partizipative Entscheidungsfindung wichtig, dass Arzt und Patient zusammenpassen und Ärzte die Eigenverantwortung des Patienten dahingehend unterstützen, dass sie eine Patientenexpertise anerkennen und im Entscheidungsprozess berücksichtigen (siehe auch Kapitel 6.1.1.3). Eine hohe Gesundheitskompetenz alleine kann jedoch noch nicht die gewünschte Wirkung im Versorgungsgeschehen entfalten, da sie in einem Komplementärverhältnis mit den zur Verfügung stehenden, entscheidungsrelevanten Informationen steht, weswegen dieser Aspekt Gegenstand des folgenden Kapitels ist.

6.1.3.1.2 Entscheidungsrelevante Inhalte

Um die Qualität von Versorgungsoptionen beurteilen zu können und informierte Entscheidungen im Sinne der Patientensteuerung treffen zu können, benötigen Patienten eine adäquate Entscheidungsgrundlage in Form entscheidungsrelevanter, evidenzbasierter Inhalte. § 630c BGB verpflichtet den behandelnden Arzt nicht nur, seinen Patienten über dessen Diagnose und die erforderliche Therapie aufzuklären, sondern dies auch in einer ihm verständlichen Weise zu tun. Dazu, welchen qualitativen Kriterien eine solche Aufklärung genügen muss, um den Präferenzen, der Wertvorstellung und den Lebensumständen der betreffenden Person aus einer bestimmten Patientengruppe gerecht zu werden, existieren in Deutschland bereits Initiativen. Unter anderem beschäftigt sich damit koordiniert vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin eine Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern, Klinikärzten, Patientenvertretern, Autoren von Informationsmaterial und Journalisten.⁴⁸⁸ Bei der Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen stellt sich vor allem die Frage, welche Inhalte dabei einfließen, wie diese aufbereitet und dargestellt werden und wie die Prozesse der Informationserstellung ablaufen sollten.⁴⁸⁹ Dieser Faktor hat vor allem deshalb eine hohe Relevanz, weil eine ausgewogene Information zu Vor- und Nachteilen von medizinischen Maßnahmen den Anteil der Patienten, die eine informierte Entscheidung treffen, deutlich erhöhen und diese in die Lage versetzen kann, eine kritischen Abwägung der damit potenziell verbundenen positiven und negativen Auswirkungen zu treffen.⁴⁹⁰

⁴⁸⁸ Vgl. Koch, K. (2015), S. 3-4.

⁴⁸⁹ Vgl. Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S. et al. (2005), S. 343.

⁴⁹⁰ Vgl. am Beispiel eines Brustkrebsscreenings Jørgensen, K. J., Gøtzsche, P. C., Kalager, M., Zahl, P.-H. (2017); Újhelyi, M., Pukancsik, D., Kelemen, P. et al. (2016), S. 3-7; Hersch, J., Barratt, A., Jansen, J. et al. (2015), S. 1648-1651.

Während die ethische Reflexion in Kapitel 4 einen allgemeinen Rahmen für die Patientensteuerung im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells beschreibt, müssen die darin formulierten Implikationen auf einer praxisnahen Ebene bezogen darauf konkretisiert werden, welche Inhalte evidenzbasierte Patienteninformationen enthalten und welche Standards dabei gelten sollen. Ausgehend von der Public-Health-Ethik von Schröder⁴⁹¹ und Childress/ Bernheim⁴⁹² lassen sich als zentrale ethische Anforderungen für die Gestaltung von evidenzbasierten Patienteninformationen insbesondere eine korrekte, vollständige und transparente Darstellung, Anpassung an die betreffende Zielgruppe, Achtung vor der Menschenwürde, Abmilderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten sowie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem angestrebten Ziel und dem dafür betriebenen Aufwand definieren. In Deutschland sind diese Ethikkriterien Bestandteil der Bewertungsmethoden und Kommunikationsstandards des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dessen Ressort Gesundheitsinformation sich der Erstellung allgemeinverständlicher Informationen für Patienten widmet.⁴⁹³

Von herausgehobener Wichtigkeit ist die Verständlichkeit der Informationen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Entscheidung über eine Therapie-, Diagnostik- oder Früherkennungsmaßnahme stehen.⁴⁹⁴ Aufseiten von Patienten erschwert zwar auch eine häufig unzureichende Statistikkompetenz die Abwägung der Vor- und Nachteile von Behandlungsoptionen oder die Interpretation eines Testergebnisses, aber auch eine unbeabsichtigt oder mit einem Manipulationsvorsatz gewählte intransparente Darstellungsform von Studienergebnissen stellt einen gewichtigen Teil dieses Problemkomplexes dar.⁴⁹⁵ Aus diesem Grund kommt der Art der Darstellung von entscheidungsrelevanten Informationen, das sogenannte Framing of Data, eine hohe Bedeutung zu. Sie bestimmt maßgeblich darüber, wie verwertbar Informationen für Patienten sind. Eine große Herausforderung besteht darin, insbesondere Zahlen so zu veranschaulichen, dass Patienten diese intuitiv richtig erfassen und in ihre Gesundheitsentscheidungen einbeziehen können.⁴⁹⁶ Vom kommunikativen

⁴⁹¹ Vgl. Schröder, P. (2006), S. 109.

⁴⁹² Vgl. Childress, J. F., Bernheim, R. G. (2008), S. 159.

⁴⁹³ Vgl. IQWiG (2015), S. 128-130.

⁴⁹⁴ Vgl. General Medical Council (2008), S. 10.

⁴⁹⁵ Vgl. Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013), S. 29-44.

⁴⁹⁶ Vgl. Gigerenzer, G., Edwards, A. (2003), S. 741-744.

onspsychologischen Standpunkt aus gilt es daher in diesem Zusammenhang mehrere Regeln zu beachten.⁴⁹⁷

Für Patienten sollten Aufklärungsmaterialien eine ausgewogene Mischung aus Zahlenangaben, erläuternden Texten und nicht zuletzt intuitiv verständlichen Schaubildern, die die Zahlen- und Textinhalte illustrieren, enthalten und frei von manipulativen Elementen, wie einer starken Überbetonung von potenziellen Verlustaspekten, sein (siehe Beispiel zur Darstellung der Eckdaten der Brustkrebsfrüherkennung in Abbildung 5).⁴⁹⁸ Allgemein sollten Zahlen so weit wie möglich als natürliche Häufigkeiten angegeben werden, da Prozentangaben häufig falsch interpretiert werden (beispielsweise 5 von 100 statt 5 %).⁴⁹⁹ Um den Vergleich von verschiedenen Risiken zu erleichtern, sollten Bezugsgruppen immer die gleiche Größe haben (beispielsweise 10 von 1000 versus 100 von 1000 statt 10 von 1000 versus 10 von 100)⁵⁰⁰ bzw. bei der Verwendung von Bruchzahlen sollte durchgehend der gleiche Nenner verwendet werden, da uneinheitliche Bezugsgrößen häufiger zu Fehleinschätzungen führen.⁵⁰¹ Nicht zuletzt sollte die jeweilige Bezugsgröße klar benannt werden (beispielsweise 50 von 100.000 Deutschen erkranken pro Jahr an Darmkrebs statt 65.000 Deutsche erkranken pro Jahr an Darmkrebs).⁵⁰²

Risiken sollten in einer intuitiv verständlichen Form, angemessenen differenziert und nicht durch zu pauschale Aussagen verzerrt dargestellt werden.⁵⁰³ Die Angabe des Lebenszeitrisikos bietet die Möglichkeit, auf ein sich im Verlauf des Lebens änderndes Risiko einzugehen, beispielsweise darauf, dass Menschen vor dem 50. Lebensjahr ein deutlich geringeres Darmkrebsrisiko haben als danach. Darüber hinaus erfordert eine ausgewogene Darstellungsweise neben der Nennung der jeweiligen Anzahl der Erkrankungsfälle die Angabe der Anzahl der Personen ohne Ereignis als Bezugsgröße. Die Einordnung eines Erkrankungsrisikos in einen Alltagsbezugsrahmen, beispielsweise durch den ergänzenden Vergleich zu ande-

⁴⁹⁷ Vgl. Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S. et al. (2005), S. 345-347.

⁴⁹⁸ Vgl. Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J. et al. (2001), S. 61-79.

⁴⁹⁹ Vgl. Hoffrage, U., Lindsey, S., Hertwig, R., Gigerenzer, G. (2000), S. 2261-2262.

⁵⁰⁰ Vgl. Burkell, J. (2003), S. 206.

⁵⁰¹ Vgl. Yamagishi, K. (1997), S. 496.

⁵⁰² Vgl. Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S. et al. (2005), S. 345.

⁵⁰³ Vgl. Covey, J. (2007), S. 650-653; Sheridan, S., Pignone, M., Lewis, C. (2003), S. 889-892; Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J. et al. (2001), S. 74; Sarfati, D., Howden-Chapman, P., Woodward, A., Salmond, C. (1998), S. 137-140.

ren Risiken des Lebensumfelds wie bestimmte Unfälle,⁵⁰⁴ hilft dem Patienten einen Gesamtzusammenhang herzustellen.⁵⁰⁵

Im Sinne einer vollständigen Ergebnisdarstellung müssen die behandelnden Ärzte in der Lage sein, ihren Patienten zu vermitteln, dass Studienergebnisse immer mit einer bestimmten Unsicherheit behaftet sind, was beispielsweise das 95% Konfidenzintervall widerspiegelt.⁵⁰⁶ Um dem Kriterium der Evidenzbasierung in ausreichendem Maße gerecht zu werden, muss die Stärke der Evidenz anhand patientenrelevanter Endpunkte quantifizierbar und in intuitiv verständlicher Form vermittelbar sein (Beispiele für Einstufungssysteme in Abbildung 6).⁵⁰⁷

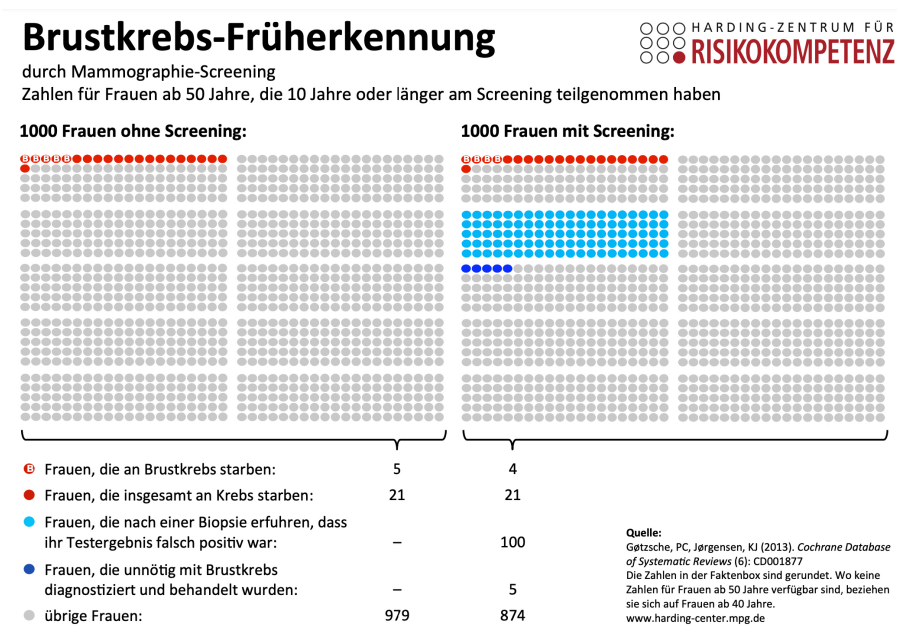


Abbildung 5: Faktenbox Effekt Brustkrebs-Früherkennung⁵⁰⁸

⁵⁰⁴ Vgl. Woloshin, S., Schwartz, L. M., Welch, H. G. (2002), S. 799-803.

⁵⁰⁵ Vgl. Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S. et al. (2005), S. 345.

⁵⁰⁶ Vgl. Schwartz, L. M., Woloshin, S., Welch, H. G. (1999), S. 130-131.

⁵⁰⁷ Vgl. Vach, W., Gerke, O. (2015), S. 256-262; Merlin, T., Lehman, S., Hiller, J. E., Ryan, P. (2013), S. 343-349; Thornton, J., Alderson, P., Tan, T. et al. (2013), S. 124-131; Marx, G., Püsche, K., Ahrens, D. (2009), S. 341; Kasper, J., Geiger, F. (2007), S. 43; Atkins, D., Best, D., Briss, P. A. et al. (2004), S. 1490-1496; Ebell, M. H., Siwek, J., Weiss, B. D. et al. (2004), S. 548-556; Glasziou, P., Vandenbroucke, J. P., Chalmers, I. (2004), S. 39-41.

⁵⁰⁸ Quelle: Harding-Zentrum für Risikokompetenz (2015).

Aktuell existiert kein Konsens in Bezug auf die Kommunikation von Wahrscheinlichkeitsangaben an Patienten,⁵⁰⁹ obwohl ein einheitlicher Standard bei der Angabe von Risiko- und Nutzenangaben die Patientenkommunikation an dieser Stelle erleichtern könnte.⁵¹⁰ Wie bereits angesprochen, ist zu berücksichtigen, dass, abhängig von der Art der Darstellung und dem Kontext, diese Informationen von Patienten unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden, was teilweise zu kritischen Ergebnissen führen kann.⁵¹¹ So gibt die Europäische Kommission in ihrer Arzneimittelrichtlinie vor, dass die Risiken und Nebenwirkungen eines Medikaments in der Packungsbeilage in fünf Häufigkeitsklassen in absteigender Reihenfolge dargestellt werden müssen und gibt darin auch die Wortwahl zur Beschreibung dieser Häufigkeiten vor.⁵¹² Diese verbale Angabe führt aber dazu, dass Patienten die Häufigkeit der Nebenwirkungen teilweise stark überschätzen (siehe Tabelle 3).⁵¹³ Insofern kann die verbale Einordnung von Risiken für Patienten eine erste Grundorientierung vermitteln, sollte aber nicht gänzlich ohne die numerische Darstellung angegeben werden.

Ergänzend dazu sollte sich auch der Schreibstil am Leseverständnis der Patientenzielgruppe orientieren und deren Partizipation fördern. Im angloamerikanischen Raum wird der Einsatz von einfacher Sprache (Plain Language) bei der Erstellung von Patientenmaterialien diskutiert, um so eine erhöhte Eingängigkeit der vermittelten Inhalte zu erzielen.⁵¹⁴ Zusätzlich sollten Autoren von Patienteninformationen beachten, dass Patienten Aktiv- gegenüber Passivformulierungen vorziehen und die gewählte Sprache keinen verängstigenden oder bevormundenden Charakter haben sollte.⁵¹⁵ Wie eine in vereinfachter Sprache gehaltene Patienteninformation aussehen kann, zeigt Abbildung 7. Da Patienten mit den für sie gedachten Informationsmaterialien zurechtkommen sollen, liegt es nahe, sie bereits in den Erstellungsprozess einzubinden und dabei auch ihre Präferenzen und Informationsbedürfnisse zu berücksichtigen.⁵¹⁶

⁵⁰⁹ Vgl. Zipkin, D. A., Umscheid, C. A., Keating, N. L. et al. (2014), S. 270-280.

⁵¹⁰ Vgl. Calman, K. C., Royston, G. H. (1997), S. 939-942.

⁵¹¹ Vgl. Burkell, J. (2003), S. 205-206; Visschers, V. H. M., Meertens, R. M., Passchier, W. W. F., de Vries, Nanne N K (2009), S. 275-277.

⁵¹² Vgl. Europäische Kommission (2009), S. 16.

⁵¹³ Vgl. Berry, D. C., Knapp, P., Raynor, D. K. (2002), S. 853-854.

⁵¹⁴ Vgl. National Institutes of Health (2013), S. 12-13.

⁵¹⁵ Vgl. Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999a), S. 57.

⁵¹⁶ Vgl. Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999b), S. 318-321; Entwistle, V. A., Watt, I. S., Davis, H. et al. (1998), S. 47-70.

Quality of evidence	Numbers	Letters	Circles	Stars	Multiple
High	1	A	●	☆☆☆☆	⊕⊕⊕⊕
Moderate	2	B	◐	☆☆☆	⊕⊕⊕⊗
Low	3	C	◑	☆☆	⊕⊕⊗⊗
Very low	4	D	◒	☆	⊕⊗⊗⊗

Action based on balance between benefit and harm	Numbers	Letters	Traffic lights	Thumbs	Arrows
Do	1	A			↑↑
Probably do	2	B			↑?
Probably don't do	3	C			↓?
Don't do	4	D			↓↓

Abbildung 6: Darstellungsbeispiele zu Evidenzqualität⁵¹⁷

Verbale Angabe der Häufigkeit von Arzneimittelnebenwirkungen nach EU-Richtlinie	Interpretation der verbalen Häufigkeitsangaben von Arzneimittelnebenwirkungen in einer Befragung von Patienten (n = 200) MW (SD)	Tatsächliche numerische Werte hinter der verbalen Beschreibung aus der EU-Richtlinie
sehr häufig	65 % (24,2)	> 10 %
häufig	45 % (22,3)	1 % - 10 %
vereinzelt	18 % (13,3)	0,1 % - 1 %
selten	8 % (7,5)	0,01 % - 0,1 %
sehr selten	4 % (6,7)	< 0,01 %

Tabelle 3: Einschätzung Arzneimittelnebenwirkungen⁵¹⁸

⁵¹⁷ Quelle: Schünemann, H. J., Best, D., Vist, G. et al. (2003), S. 679.

⁵¹⁸ Vgl. Vorgaben der EU-Richtlinie zur Darstellung von Arzneimittelnebenwirkungen aus Europäische Kommission (2009), S. 16 und den Umfrageergebnissen aus Berry, D. C., Knapp, P., Raynor, D. K. (2002), S. 853-854.

		PATIENT INFORMATION ON Diagnosis of Acute Sinusitis	
QUESTION		ANSWER	
What are the sinuses?		Sinuses are hollow spaces in the bones around the nose that connect to the nose through small, narrow channels. The sinuses stay healthy when the channels are open, which allows air from the nose to enter the sinuses and mucus made in the sinuses to drain into the nose.	
What is sinusitis?		Sinusitis, also called rhinosinusitis, affects about 1 in 8 adults annually and generally occurs when viruses or bacteria infect the sinuses (often during a cold) and begin to multiply. Part of the body's reaction to the infection causes the sinus lining to swell, blocking the channels that drain the sinuses. This causes mucus and pus to fill up the nose and sinus cavities.	
How can I tell if I have acute sinusitis?		You have acute sinusitis when there has been up to 4 weeks of cloudy or colored (not clear) drainage from the nose plus one or both of the following: (a) a stuffy, congested, or blocked nose or (b) pain, pressure or fullness in the face, head, or around the eyes.	
How can I tell if my sinusitis is caused by viruses or bacteria?		Acute <i>viral</i> sinusitis is likely if you have been sick less than 10 days and are not getting worse. Acute <i>bacterial</i> sinusitis is likely when you do not improve at all within 10 days of getting sick or when you get worse within 10 days after beginning to get better.	
Why is it important to tell if my sinusitis is caused by bacteria?		Because sinusitis is treated differently based on cause: acute viral sinusitis does <i>not</i> benefit from antibiotics, but some patients with acute bacterial sinusitis may get better faster with an antibiotic.	

Abbildung 7: Patienteninformation (Plain Language)⁵¹⁹

Mehrere Studien haben gezeigt, dass der stärkere Einbezug von Patienten auch bei der Planung des medizinischen Angebots settingübergreifend zu einer höheren Patientenorientierung führt.⁵²⁰ Bisher ist nur unzureichend erforscht, welche konkreten Informationen Patientenmaterialien enthalten müssen, um sich positiv auf den Entscheidungsfindungsprozess auszuwirken.⁵²¹ Bekannt ist aber, dass bei der Gewichtung von Forschungsfeldern die Schwerpunktsetzung der Wissenschaft eine andere ist als die von Patienten: während sich die vorhandenen Studien auf operative Verfahren und Medikamente konzentrierten, wünschen sich Patienten mehr For-

⁵¹⁹ Quelle: Caspersen, L. A., Walter, L. M., Walsh, S. A. et al. (2015), S. 163 nach den Daten von Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S. et al. (2015).

⁵²⁰ Vgl. Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C. et al. (2002), S. 1-4.

⁵²¹ Vgl. Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F. et al. (2014), S. 31-32.

schung unter anderem im Bereich der Anleitung zur Verhaltensänderung und der physiotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten.⁵²²

Anknüpfend an ein von partizipativer Entscheidungsfindung geprägten Versorgungsgeschehen beleuchtet das folgende Kapitel, welche qualitativen Potenziale aufseiten des Patienten mit der Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung verbunden sind und welche Qualitätsdaten Patienten ergänzend zu den in diesem Kapitel beschriebenen Inhalten benötigen.

6.1.4 Qualitative Komponente

Der in § 140a Abs. 2 SGB V angesprochenen Zielvorstellung einer gesteigerten Versorgungsqualität folgend, beleuchtet dieses Kapitel, welche konkreten Qualitätsaspekte im Einflussbereich des Patienten in den Feldern Prävention und Therapie liegen. Damit auch Patienten qualitätsorientiert an der Steuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung mitwirken können, müssen die aus der Qualitätsmessung generierten Informationen in patientenverständlicher, transparenter Form aufbereitet und bereitgestellt werden (siehe dazu auch 6.1.3.1.2), weswegen sich das folgende Kapitel diesem Aspekt widmet.

6.1.4.1 Einfluss integrationsgestützter Prävention auf medizinische Qualität

In der Rolle des Patienten als Ko-Produzent seiner eigenen Gesundheit liegt es maßgeblich in dessen Hand, eine Reihe von qualitativen Potenzialen auszuschöpfen, insbesondere im Präventionsbereich, weswegen in diesem Zusammenhang seiner Gesundheitskompetenz eine hervorgehobene Rolle zukommt (siehe dazu auch Kapitel 6.1.3.1.1). Die Einbettung der Prävention als grundlegenden Elements in ein Netzwerk der Integrationsversorgung ermöglicht eine niedrigschwellige Begleitung des Patienten durch auf dessen individuelle Bedarfe abgestimmte Unterstützungsangebote und erleichtert ihm dadurch diese Rolle besser wahrzunehmen (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.1).

Eine gelebte Prävention entfaltet nicht nur im Bereich der Krankheitsvermeidung eine förderliche Wirkung, sondern beeinflusst bei bestimmten Krankheiten auch den Therapieerfolg positiv. Eine gute körperliche Kondition vor einem Herzinfarkt sorgt dafür, dass auch nach einem sol-

⁵²² Vgl. Tallon, D., Chard, J., Dieppe, P. (2000), S. 2038-2040.

chen Ereignis die Überlebenschancen signifikant besser sind⁵²³ und bei einem bereits vorhandenen Lungenkrebs bewirkt ein im Vorfeld der Operation praktiziertes körperliches Training eine Senkung der Komplikationsrate um 48 % und der stationären Aufenthaltsdauer um fast 3 Tage.⁵²⁴ Ein therapiebegleitend gesundheitsbewusster Lebensstil kann Gesundheitsrisiken gezielt begrenzen und den Verlauf diverser chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rückenschmerzen oder Diabetes positiv beeinflussen,⁵²⁵ was beispielsweise daran ablesbar ist, dass regelmäßiger Sport bei Herz-Kreislauf-Patienten das Sterberisiko um 14% senkt.⁵²⁶

Im Hinblick auf das vorhandene Präventionspotenzial hat die aktuelle Forschung ermittelt, dass zu hoher Blutdruck, Tabakkonsum, eine unausgewogene Ernährung, Alkoholmissbrauch, Übergewicht und zu wenig Bewegung die maßgeblichen, im Einflussbereich des Patienten liegenden Gesundheitsrisiken darstellen und damit eine Orientierung für die Gestaltung der Primärprävention bilden.⁵²⁷ Diese Lebensstilfaktoren beeinflussen unter anderem das Risiko für Brust- und Darmkrebs, die häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland.⁵²⁸ Ausgehend davon ergeben sich die vier Handlungsfelder Tabakabstinenz, ausgewogene Ernährung, moderater Alkoholkonsum und Bewegung. Was eine verstärkte Versorgungsintegration kombiniert mit einer Patientensteuerung in diesen präventiven Feldern konkret bedeutet, wird im Folgenden dargelegt.

6.1.4.1.1 Tabakabstinenz

Ein zentrales Präventionsziel besteht darin, den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern, denn dieser verursacht nicht nur Lungenkrebs, sondern begünstigt auch eine Reihe anderer Krebserkrankungen, unter anderem Darm-, Gebärmutterhals-, Bauchspeicheldrüsen- und Leberkrebs,⁵²⁹ und senkt die Lebenserwartung um durchschnittlich rund 3,5

⁵²³ Vgl. Shaya, G. E., Al-Mallah, M. H., Hung, R. K. et al. (2016), S. 137.

⁵²⁴ Vgl. Steffens, D., Beckenkamp, P. R., Hancock, M. et al. (2018), S. 8.

⁵²⁵ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 60-61.

⁵²⁶ Vgl. Jeong, S.-W., Kim, S.-H., Kang, S.-H. et al. (2019), S. 5.

⁵²⁷ Vgl. unter anderem Li, K., Hüsing, A., Kaaks, R. (2014), S. 4-7; Martin-Diener, E., Meyer, J., Braun, J. et al. (2014), S. 149; World Health Organization (WHO) (2013), S. 29-36; Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D. et al. (2012), S. 2245.

⁵²⁸ Vgl. Vuik, F. E., Nieuwenburg, S. A., Bardou, M. et al. (2019), S. 4; Barnes, B., Kraywinkel, K., Nowossadeck, E. et al. (2016), S. 21; Wienecke, A., Knorr, L., Stegmüller, K., Kroke, A. (2013), S. 442-443.

⁵²⁹ Vgl. Siegel, R. L., Jacobs, E. J., Newton, C. C. et al. (2015), S. 1574-1576.

Jahre.⁵³⁰ Zusätzlich erhöht Tabakkonsum die Wahrscheinlichkeit von Wundheilungsstörungen nach Operationen.⁵³¹ Unter-50-jährige Raucher haben im Vergleich zu Nichtrauchern ein achtfach höheres Herzinfarktrisiko.⁵³² Tabakkonsum steht sogar im Verdacht, psychische Krankheiten wie Schizophrenie zu begünstigen.⁵³³ Darüber hinaus zieht er nicht nur den Körper des Rauchers selbst in Mitleidenschaft, sondern schädigt in besonders hohem Maße auch die Menschen in seinem direkten sozialen Umfeld,⁵³⁴ einschließlich des ungeborenen Lebens.⁵³⁵

Die Tatsache, dass in Deutschland der Raucheranteil im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten besonders hoch liegt, führt den Handlungsbedarf bei der Tabakprävention vor Augen.⁵³⁶ In der globalen Betrachtung rangiert Deutschland mit seinem Raucheranteil auf Platz neun der Weltrangliste⁵³⁷ und im Jahr 2013 starben in Deutschland rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, was einem Anteil von 13,5 % an allen Todesfällen entspricht.⁵³⁸ Die Ansatzpunkte für die Patientensteuerung liegen unter anderem darin, dass vor allem Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status für Tabakkonsum empfänglich sind und dementsprechend auf dieser Gruppe ein Schwerpunkt der Präventionsbemühungen liegen sollte.⁵³⁹

Um die Raucherquote nachhaltig zu senken, kommt es vor allem darauf an, Patienten frühzeitig davon zu überzeugen, nicht mit dem Rauchen anzufangen, da im Vergleich dazu die Überwindung eines bereits manifestierten Suchtverhaltens, das von einem komplexen Zusammenwirken von biologischen und psychologischen Faktoren geprägt ist, wesentlich mehr Willensstärke erfordert.⁵⁴⁰ Abgesehen davon existiert keine risikofreie Tabakdosis und bereits bei einer Zigarette pro Tag ist das Lungenkrebsrisiko im Vergleich zu Nichtrauchern neun Mal so hoch.⁵⁴¹ Die Ge-

⁵³⁰ Vgl. Lindahl-Jacobsen, R., Rau, R., Jeune, B. et al. (2016), S. 1-6.

⁵³¹ Vgl. Duchman, K. R., Gao, Y., Pugely, A. J. et al. (2015), S. 1053-1054.

⁵³² Vgl. Lloyd, A., Steele, L., Fotheringham, J. et al. (2016), S. 5.

⁵³³ Vgl. Koukouli, F., Rooy, M., Tziotis, D. et al. (2017), S. 352-353; Gurillo, P., Jauhar, S., Murray, R. M., MacCabe, J. (2015), S. 720-723; Quednow, B. B., Brinkmeyer, J., Mobascher, A. et al. (2012), S. 6272-6275.

⁵³⁴ Vgl. Sheu, R., Stönnner, C., Ditto, J. C. et al. (2020), S. 7-11; Bauer, T., Trump, S., Ishaque, N. et al. (2016); Wang, Z., May, S. M., Charoenlap, S. et al. (2015), S. 399-400.

⁵³⁵ Vgl. Baumann, V. J., Koch, U. (2017), S. 3576-3587.

⁵³⁶ Vgl. Kotz, D., Böckmann, M., Kastaun, S. (2018), S. 238-241.

⁵³⁷ Vgl. Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M. et al. (2017), S. 15.

⁵³⁸ Vgl. Pötschke-Langer, M., Heidt, C., Kahnert, S. et al. (2015), S. 48-51.

⁵³⁹ Vgl. Heilert, D., Kaul, A. (2017), S. 64-65; Kotz, D., West, R. (2009), S. 45-46.

⁵⁴⁰ Vgl. Jähne, A., Schulz, C., Rütger, T. (2015), S. 8-9.

⁵⁴¹ Vgl. Inoue-Choi, M., Liao, L. M., Reyes-Guzman, C. et al. (2016), S. 6.

sundheitspolitik wirkt auf eine Senkung des Raucheranteils hin (zu gesundheitspolitischen Maßnahmen siehe Kapitel 5.5) und setzt dabei unter anderem auf Schockbilder auf Zigarettenpackungen, die die drastischen Auswirkungen langjährigen Rauchens eindrücklich illustrieren sollen.⁵⁴² Diese sind nur insofern wirkungsarm, als dass diese Bilder bei Rauchern ihre abstoßende Wirkung nur in Phasen ohne Nikotinentzugserscheinungen entfalten, indem sie, genauso wie bei Nicht-Rauchern, das Angstzentrum im Gehirn (Amygdala) ansprechen.⁵⁴³ In Phasen mit niedrigem Nikotinspiegel führen die Entzugserscheinungen jedoch häufig dazu, dass das Angstempfinden unterdrückt wird und das Verlangen nach Nikotin deutlich überwiegt.⁵⁴⁴

Neben dem schulischen Umfeld bestimmt vor allem der vom Elternhaus vorgelebte Umgang mit dem Tabakkonsum darüber, ob ein Jugendlicher mit dem Rauchen beginnt.⁵⁴⁵ Um in diesem Umfeld die primärpräventiven Faktoren so weit wie möglich zu stärken, spielen auf der Seite der Patienten vor allem eine ausreichende Bildung (siehe auch Kapitel 5.4) und die darauf aufbauende Gesundheitskompetenz (siehe auch Kapitel 6.1.3.1.1) eine elementare Rolle. In den letzten Jahren wurden in diesem Bereich bereits beachtliche Fortschritte erzielt, denn gesundheitspolitische und zivilgesellschaftliche Initiativen haben eine höhere Sensibilisierung für die Risiken des Rauchens erreicht und bewirkt, dass in Deutschland bereits seit mehreren Jahren der Anteil der Raucher in allen Altersgruppen beständig sinkt.⁵⁴⁶ Alleine in der Gruppe der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) sank der Anteil der Raucher im Zeitraum zwischen 2001 und 2014 von 27,5 % auf 9,7 %.⁵⁴⁷ In einem Netzwerk der Integrierten Versorgung kann eine solche Dynamik durch die entsprechende Unterstützung des betreuenden Arztes verstärkt werden (siehe dazu Kapitel 6.2.3.1.1), um eine Nikotinabhängigkeit und damit in qualitativer Hinsicht die beschriebenen negativen Effekt zu vermeiden.

6.1.4.1.2 Ausgewogene Ernährung

Die an der GBD-Studie beteiligten Forscher sehen die Ursache von weltweit 11 Millionen Todesfällen pro Jahr in einer unausgewogenen Ernäh-

⁵⁴² Vgl. Eisenreich, R. (2016), S. 5.

⁵⁴³ Vgl. Morgenstern, M., Valenta, R., Hanewinkel, R. (2018), S. 4-7; Onur, O. A., Patin, A., Mihov, Y. et al. (2012), S. 1413-1415.

⁵⁴⁴ Vgl. Onur, O. A., Patin, A., Mihov, Y. et al. (2012), S. 1413-1415.

⁵⁴⁵ Vgl. Dür, W., Grossmann, W., Mravlag, K. et al. (2001), S. 26-31.

⁵⁴⁶ Vgl. World Health Organization (WHO) (2019), S. 81.

⁵⁴⁷ Vgl. Pötschke-Langer, M., Heidt, C., Kahnert, S. et al. (2015), S. 103-127.

rung, insbesondere in einem Speiseplan, der zu viel Salz und zu wenig Obst, Gemüse und Vollkorn enthält.⁵⁴⁸ Der Konsum von hochverarbeiteten Lebensmitteln wie Fertiggerichten ist nicht nur mit einer höheren Energieaufnahme und stärkeren Gewichtszunahme assoziiert,⁵⁴⁹ sondern steht auch im Verdacht Krebs zu begünstigen.⁵⁵⁰ Eine kritische Eigenschaft vor allem von industriell hergestellten Nahrungsmitteln ist insbesondere deren hoher Salz- und Zuckergehalt, der oft nicht als solcher wahrgenommen wird.⁵⁵¹ Weltweit waren im Jahr 2010 1,65 Mio. Todesfälle auf einen überhöhten Natriumkonsum zurückzuführen, sogar 35 Millionen jährliche Tode werden mit Zucker als Ursache in Verbindung gebracht.⁵⁵² So ist einer der maßgeblichen Einflussfaktoren von überhöhtem Blutdruck der Salzkonsum, der gerade in Industrienationen häufig zu hoch liegt.⁵⁵³ Australische Pädiater bewerteten in ihrer Studie einen erhöhten Salzverzehr insbesondere bei Kindern kritisch, da er gerade bei solchen aus niedrigen sozialen Schichten zu einem hohen Konsum von stark zuckerhaltigen Softdrinks und dadurch zu einem erhöhten Übergewichtsrisiko führt.⁵⁵⁴ Wissenschaftler vom Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) vermuten aber auch unabhängig vom Konsum von Softdrinks einen Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Salz und dem Risiko für Übergewicht.⁵⁵⁵ Die billige Verfügbarkeit kalorienreicher Lebensmittel befördert diese Entwicklung zusätzlich.⁵⁵⁶

Auch wenn bisher ein hoher Anteil der deutschen Bevölkerung, vor allem aus niedrigen sozialen Schichten, das Beeinflussungspotenzial, das das Ernährungsverhalten in Bezug auf die Gesundheit bietet, ungenutzt lässt,⁵⁵⁷ ist eine Veränderung des Ernährungsverhaltens gerade auf mittlere und lange Sicht möglich. Während für die USA die Daten aus den 1990er Jahren noch auf einen über Jahrzehnte steigenden Pro-Kopf-Kalorienkonsum und ein immer weiter steigendes Adipositas- und Diabe-

⁵⁴⁸ Vgl. Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A. et al. (2019), S. 1967.

⁵⁴⁹ Vgl. Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R. et al. (2019), S. 3.

⁵⁵⁰ Vgl. Fiolet, T., Srouf, B., Sellem, L. et al. (2018), S. 9.

⁵⁵¹ Vgl. World Health Organization (WHO) (2013), S. 31; Mathes, P. (2012), S. 165; Ludwig, D. S., Peterson, K. E., Gortmaker, S. L. (2001), S. 505-508.

⁵⁵² Vgl. Mozaffarian, D., Fahimi, S., Singh, G. M. et al. (2014), S. 628; Lustig, R. H., Schmidt, L. A., Brindis, C. D. (2012), S. 27.

⁵⁵³ Vgl. Juraschek, S. P., Miller, E. R., Weaver, C. M., Appel, L. (2017), S. 2844-2847.

⁵⁵⁴ Vgl. Grimes, C. A., Riddell, L. J., Campbell, K. J., Nowson, C. (2013), S. 14-21.

⁵⁵⁵ Vgl. Libuda, L., Kersting, M., Alexy, U. (2012), S. 433-441.

⁵⁵⁶ Vgl. Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D. et al. (2015), S. 446-456; Sturm, R., An, R. (2014), S. 1-13.

⁵⁵⁷ Vgl. Moosburger, R., Lage Barbosa, C., Haftenberger, M. et al. (2020), S. 15; Fekete, C., Weyers, S. (2015), S. 197-204.

tesproblem hinwiesen,⁵⁵⁸ stellen spätere Studien bevölkerungsgruppenübergreifend eine sinkende Energieaufnahme und eine sich nicht weiter verschärfende Adipositasproblematik fest.⁵⁵⁹ Im deutschen Kontext deutet die Untersuchung der Population der LURIC-Studie auf eine erfolgreiche Sensibilisierung für einen niedrigen Konsum von Transfetten hin.⁵⁶⁰

Um das Steuerungspotenzial des eigenen Ernährungsverhaltens und damit gesundheitsbezogene Qualitätspotenziale erschließen zu können, sind eine angemessene Gesundheits- und Ernährungskompetenz sowie unterstützende Strukturen unabdingbar (siehe auch Kapitel 6.1.3.1.1 und 6.1.2). Dadurch wird der Einzelne befähigt, soziokulturell geprägtes Essverhaltens kritisch zu hinterfragen. Denn ohne das nötige Wissen können falsche Grundannahmen und Ernährungsirrtümer das Bemühen um einen ausgewogenen Speiseplan unterminieren.⁵⁶¹ So wird häufig die verzehrte Menge stark von der vorgegebenen Portionsgröße und weniger vom Hungergefühl gesteuert, was die Aufnahme von unnötig vielen Kalorien fördert.⁵⁶² Zusätzlich kommt der Ernährungskompetenz des einzelnen Patienten eine hohe Bedeutung zu, weil Ernährungsempfehlungen nur bis zu einem gewissen Grad Allgemeingültigkeit besitzen und in der Folge jeder Einzelne gefordert ist, eine Ernährungsweise zu wählen, die die eigene Veranlagung berücksichtigt und den individuellen Anforderungen entspricht.⁵⁶³ Die bisherigen Untersuchungen zu Ernährungskompetenz und -verhalten in Deutschland zeigen, dass insbesondere Frauen und Menschen mit höherem sozioökonomischem Status über das bessere Ernährungswissen und -verhalten verfügen.⁵⁶⁴ Das Ernährungsverhalten, das sich über mehrere Jahrzehnte manifestiert hat, lässt sich jedoch oft nur schwer ändern. Dementsprechend häufig scheitern Maßnahmen im Erwachsenenenumfeld, beispielsweise im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, an ihrer Zielsetzung, eine ausgewogenere Ernährungsweise zu bewirken.⁵⁶⁵ Aus diesem Grund müssen die Bemühungen um eine

⁵⁵⁸ Vgl. Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A. et al. (2000), S. 1278-1283; Mokdad, A. H. (1999), S. 1520-1522.

⁵⁵⁹ Vgl. Ng, S. W., Slining, M. M., Popkin, B. M. (2014), S. 611-615; Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., Flegal, K. (2014), S. 808-813; Ford, E. S., Dietz, W. H. (2013), S. 2-6.

⁵⁶⁰ Vgl. Kleber, M. E., Delgado, G. E., Lorkowski, S. et al. (2016), S. 1074-1077.

⁵⁶¹ Vgl. Fowler, Sharon P. G., Williams, K., Hazuda, H. P. (2015), S. 714; Sawyer, B. J., Bhammar, D. M., Angadi, S. S. et al. (2015), S. 300-303; Zühlsdorf, A., Spiller, A. (2012), S. 3-14; Chernev, A. (2011), S. 179-183.

⁵⁶² Vgl. Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M. et al. (2015), S. 2.

⁵⁶³ Vgl. Zeevi, D., Korem, T., Zmora, N. et al. (2015), S. 1089-1092.

⁵⁶⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 195-196; Heuer, T., Hoffmann, I. (2011), S. 37-38.

⁵⁶⁵ Vgl. Rongen, A., Robroek, S. J. W., Schaufeli, W., Burdorf, A. (2014), S. 896; Schröer, S., Haupt, J., Pieper, C. (2014), S. 9-11.

gesündere Ernährung in einer deutlich früheren Lebensphase im sozio-kulturellen Umfeld des Elternhauses intensiviert werden,⁵⁶⁶ unter anderem auch deshalb, weil die Ernährung bereits sehr früh beginnt, ihren Einfluss auf die lebenslange Gesundheit auszuüben,⁵⁶⁷ beispielsweise indem sich Übergewicht, das im Kindesalter erworben wurde, in rund 80 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter fortsetzt.⁵⁶⁸ Auch wenn Ernährungspräferenzen zu großen Teilen von genetischen Faktoren determiniert werden,⁵⁶⁹ wird das Ernährungsverhalten auch durch eine frühzeitige Exposition geprägt,⁵⁷⁰ insbesondere bei hochkalorischer Nahrung wie Snacks, Milch- und Stärkeprodukten,⁵⁷¹ wodurch sich eine Fülle an Steuerungsmöglichkeiten bietet.

Kinderärzte kritisieren, dass viele Eltern häufig aus Unwissen heraus kein ausreichendes Bewusstsein für gesundes Essverhalten vermitteln, obwohl sich der langfristige Lebensstil maßgeblich zu Beginn des Lebens bildet.⁵⁷² Daher liegt ein elementarer qualitativer Aspekt der Gesundheitskompetenz darin, Ernährungswissen an den Nachwuchs in einer Phase zu vermitteln, in der das Ernährungsverhalten überwiegend geprägt wird,⁵⁷³ und in einer Form weiterzugeben, bei der eine ausgewogene Ernährungsweise kindgerecht illustriert und Argumente, die aus Sicht des Kindes attraktiv sind und ein Genussserlebnis verheißen, eingesetzt werden.⁵⁷⁴ Eine hohe Bedeutung für die Entwicklung eines gesunden Essverhaltens haben selbst zubereitete Mahlzeiten und feste Essrituale im Alltagsumfeld, was häufig bei Kindern aus niedrigen sozialen Schichten nicht gegeben ist,

⁵⁶⁶ Vgl. Methfessel, B. (2009), S. 474-475.

⁵⁶⁷ Vgl. Madan, J. C., Hoen, A. G., Lundgren, S. N. et al. (2016), S. 212-219; Radford, E. J., Ito, M., Shi, H. et al. (2014), S. 1-4; World Health Organization (WHO) (2013), S. 32; Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D. et al. (2012), S. 2245.

⁵⁶⁸ Vgl. Stovitz, S. D., Hannan, P. J., Lytle, L. A. et al. (2010), S. 74-77.

⁵⁶⁹ Vgl. Rozin, P. (1976), S. 33-54.

⁵⁷⁰ Vgl. Johnson, S. L., Davies, P. L., Boles, R. E. et al. (2015), S. 2613-2615; Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., Emmett, P. (2015), S. 357-358; Perrine, C. G., Galuska, D. A., Thompson, F. E., Scanlon, K. (2014), S. 52-55; Nicklaus, S. (2011), S. 814-815; Beauchamp, G. K., Mennella, J. A. (2009), S. 25-29; Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B. et al. (2007); Savage, J. S., Fisher, J. O., Birch, L. L. (2007), S. 31; Cooke, L., Carnell, S., Wardle, J. (2006), S. 5-6; Wardle, J., Herrera, M.-L., Cooke, L., Gibson, E. (2003), S. 346-347; Mennella, J. A., Jagnow, C. P., Beauchamp, G. K. (2001), S. 1-5; Galef, B. G., JR., Henderson, P. W. (1972), S. 213-219.

⁵⁷¹ Vgl. Fildes, A., van Jaarsveld, Cornelia H M, Llewellyn, C. H. et al. (2014), S. 914-917.

⁵⁷² Vgl. Werner, S. (2016), S. 16.

⁵⁷³ Vgl. Caton, S. J., Blundell, P., Ahern, S. M. et al. (2014), S. 3-9; Grimm, K. A., Kim, S. A., Yaroch, A. L., Scanlon, K. (2014), S. 66-68.

⁵⁷⁴ Vgl. Wansink, B., Just, D. R., Payne, C. R., Klinger, M. (2012), S. 330-332; Ellrott, T. (2007), S. 167-171.

weswegen es von elementarer Bedeutung ist, im häuslichen Umfeld solche Strukturen zu schaffen, die effektiv ein ausgewogenes Ernährungsverhalten fördern und nachhaltig festigen.⁵⁷⁵ Darüber hinaus ist gerade in einem jungen Alter die Urteilsfähigkeit in Bezug auf Reklame deswegen von elementarer Bedeutung,⁵⁷⁶ weil Lebensmittelhersteller ihre Produkte gezielt bei Kindern über diverse Kommunikationskanäle bewerben und mit zweifelhaften Werbeaussagen das Motiv Neugier ansprechen, was unter anderem deswegen besonders gut wirkt, weil Kinder schnell lernen, dass das Ausprobieren von Neuem bedingt durch die heutigen Standards der Lebensmittelsicherheit mit einem vernachlässigbaren Risiko verbunden ist.⁵⁷⁷ Aus diesem Grund muss die Urteilsfähigkeit in Bezug auf Werbung einen integralen Bestandteil der Kindererziehung darstellen, weil Reklame Kinder nachgewiesenermaßen insbesondere zu einem erhöhten Konsum von fett- und zuckerreichen Lebensmitteln animiert,⁵⁷⁸ vorrangig solche Kinder aus einem gesellschaftlich benachteiligten Umfeld.⁵⁷⁹ Integrierte Versorgung muss daher an dieser Stelle bedeuten, sowohl Patienten im ärztlichen Setting beim Erwerb von Ernährungskompetenz zu fördern als auch Schnittstellen zu Initiativen und Beratungsangeboten zu schaffen, damit Patienten bei der Überwindung von Umsetzungshürden Unterstützung erfahren (siehe auch Kapitel 6.2.3.1.1).

6.1.4.1.3 Gemäßigter Alkoholkonsum

Ähnlich wie im Bereich Ernährung (siehe Kapitel 6.1.4.1.2), ist auch im Bereich des Alkoholkonsums das Ausschöpfen des diesbezüglichen Qualitätspotenzials an die Gesundheitskompetenz des Einzelnen und die überwiegend eigenverantwortliche Schaffung förderlicher Strukturen geknüpft. Während Alkohol im Mittelalter bedingt durch die oftmals schlechte Wasserqualität elementarer Bestandteil der Ernährung war, spielt er seit der Aufklärung und der Industrialisierung vorrangig als weiterhin gesellschaftlich akzeptiertes Genuss- und Rauschmittel eine Rolle.⁵⁸⁰

⁵⁷⁵ Vgl. Wang, S., Schwartz, M. B., Shebl, F. M. et al. (2017), S. 215-219; Inchley, J., Currie, D., Young, T. et al. (2016), S. 110-124; Zong, G., Eisenberg, D. M., Hu, F. B., Sun, Q. (2015), A17285; Christian, M. S., Evans, C. E. L., Hancock, N. et al. (2013), S. 333-337; Kozletzko, B., Armbruster, M., Bauer, C.-P. et al. (2013), S. 1187-1195; Mensink, G., Heseker, H., Richter, A. et al. (2007), S. 69-71; Pliner, P. (1982), S. 283.

⁵⁷⁶ Vgl. Terlutter, R., Spielvogel, J. (2010), S. 17-38.

⁵⁷⁷ Vgl. Gilbert-Diamond, D., Emond, J. A., Lansigan, R. K. et al. (2017), S. 25-28; Kearns, C. E., Schmidt, L. A., Glantz, S. A. (2016), S. 1683; Deutsches Ärzteblatt (2015b); Andresh, J. (2013), S. 54; Ellrott, T. (2007), S. 170.

⁵⁷⁸ Vgl. Norman, J., Kelly, B., McMahon, A.-T. et al. (2018), S. 7-8.

⁵⁷⁹ Vgl. Ahrens, W., Siani, A., Adan, R. et al. (2017), S. 8.

⁵⁸⁰ Vgl. Korte, S. (2007), S. 49-110; Watzl, H., Singer, M. V. (2005), S. 3-11.

Alkohol kann aber ausschließlich in geringen Mengen vom Körper problemlos abgebaut werden und stellt auch nur in solchen ein überschaubares Gesundheitsrisiko dar.⁵⁸¹ Mehrere Studien legen zwar eine protektive Wirkung von Rotwein auf das Herz-Kreislauf-System nahe,⁵⁸² aber die lebensverlängernde Wirkung, die von einem moderaten Konsum ausgehen soll, ist mittlerweile sehr umstritten, da aktuelle Untersuchungen in den betreffenden Studien eklatante Verzerrungseffekte ermittelt haben.⁵⁸³ In diesem Zusammenhang führte eine niederländische Studie die besseren Gesundheitsparameter von Weintrinkern im Vergleich zu Biertrinkern weniger auf die Wahl des alkoholischen Getränks zurück, als vielmehr auf deren insgesamt gesundheitsbewussteren Lebensstil.⁵⁸⁴ Dement-sprechend empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Männer maximal 20 g Alkohol pro Tag bzw. für Frauen die Hälfte.⁵⁸⁵ In der Realität liegt der Durchschnittskonsum aber mit rund 29 g pro Tag deutlich höher⁵⁸⁶ und 18,2 % der Männer bzw. 13,8 % der Frauen pflegen ein riskantes Konsumverhalten.⁵⁸⁷ Einige Krankheiten, wie die alkoholische Leberkrankheit, sind alleine auf einen übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen, aber darüber hinaus werden über 200 Krankheiten durch ihn mitverursacht.⁵⁸⁸ So erhöht Alkoholmissbrauch das Herzinsuffizienzrisiko teilweise stärker als die etablierten Risikofaktoren, wie Diabetes oder Tabakkonsum.⁵⁸⁹ In der Folge rangiert in Deutschland übermäßiger Alkoholkonsum bei den wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod auf dem dritten Platz nach Tabakkonsum und Bluthoch-

⁵⁸¹ Vgl. Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S. et al. (2018), S. 1520-1521; Topiwala, A., Allan, C. L., Valkanova, V. et al. (2017), S. 8-10; Singer, M. V., Teyssen, S. (2005), S. 146-148.

⁵⁸² Vgl. bspw. Dam, M. K., Hvidtfeldt, U. A., Tjønneland, A. et al. (2016), S. 3-9; Saleem, T. M., Basha, S. D. (2010), S. 175; Szmítka, P. E., Verma, S. (2005), S. 11; Böhm, M., Rosenkranz, S., Laufs, U. (2004), S. 15; Truelsen, T., Gronbaek, M., Schnohr, P., Boysen, G. (1998), S. 2469.

⁵⁸³ Vgl. Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S. et al. (2016), S. 193-197; Fekjær, H. O. (2013), S. 2054-2055; Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V. et al. (2006), S. 2441-2444.

⁵⁸⁴ Vgl. Sluik, D., Brouwer-Brolsma, E. M., Vries, J. H. M. de et al. (2016), S. 4-8.

⁵⁸⁵ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2010), S. 2.

⁵⁸⁶ Vgl. World Health Organization (WHO) (2018), S. 264; Pabst, A., Kraus, L., Matos, E. G. d., Piontek, D. (2013), S. 324; Nylén, P., Wigren, N. (1978), S. 87.

⁵⁸⁷ Vgl. Schaller, K., Kahnert, S., Mons, U. (2017), S. 41.

⁵⁸⁸ Vgl. Schaller, K., Kahnert, S., Mons, U. (2017), S. 22; Connor, J. (2016), S. 5-6; Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T. et al. (2011), S. 4-8; Ait Ouakrim, D., Pizot, C., Boniol, M. et al. (2015), S. 2-9; Ashley, M. J., Olin, J. S., Le Riche, W. H. et al. (1977), S. 883-887.

⁵⁸⁹ Vgl. Whitman, I. R., Agarwal, V., Nah, G. et al. (2017), S. 17-22.

druck⁵⁹⁰ und nach Herzinsuffizienz ist die Diagnose Alkoholmissbrauch der zweithäufigste Grund für Krankenhauseinweisungen.⁵⁹¹

Das Alkoholkonsumverhalten wird vom komplexen Wirkgeflecht des sozialen Umfelds beeinflusst⁵⁹² und auch dadurch, dass viele Menschen das mit Alkohol verbundene Gefahrenpotenzial im Vergleich zu anderen legalen und illegalen Drogen stark unterschätzen.⁵⁹³ Da die hohe Akzeptanz von Alkohol verbunden mit einer leichten Verfügbarkeit in vielen Fällen zu einem ungesunden Trinkverhalten geführt und sich dadurch zu einem Problem mit gesamtgesellschaftlicher Tragweite entwickelt hat, setzen sich nicht nur deutsche Gesundheitseinrichtungen,⁵⁹⁴ sondern auch internationale Institutionen wie die Weltgesundheitsorganisation verstärkt für den maßvollen Genuss von Alkohol ein.⁵⁹⁵ Ähnlich wie bei der Ernährung finden sich auch im Bereich des Alkoholkonsums bereits in sehr frühen Lebensphasen Berührungspunkte, die langfristige Folgen haben können und ein entsprechendes gesundheitskompetenzsensibles Steuerungspotenzial aufweisen. Diesbezügliche Defizite machen sich unter anderem dadurch bemerkbar, dass in einem problematischen Ausmaß die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft marginalisiert und Schäden des ungeborenen Kindes billigend in Kauf genommen werden.⁵⁹⁶ In der Folge kommen in Deutschland pro Jahr rund 13.000 Kinder mit Gesundheitsschäden zu Welt, die auf einen Alkoholkonsum der Mütter während der Schwangerschaft zurückzuführen sind.⁵⁹⁷ Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland 25,8 % der Schwangeren Alkohol konsumieren und in der Folge 38,3 von 10.000 Einwohnern vom fetalen Alkoholsyndrom (FAS) betroffen sind.⁵⁹⁸ In späteren Lebensphasen wird das Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen auch von der elterlichen

⁵⁹⁰ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 223; Anderson, P., Moller, L., Galea, G. (2012), S. 1; OECD (2012), S. 60.

⁵⁹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016), S. 8.

⁵⁹² Vgl. Moore, S. C., Wood, A. M., Moore, L. et al. (2016), S. 6-7; Beiglböck, W., Feselmayer, S. (2006), S. 104; Cornel, H., Daubitz, S., Jüngling, K. et al. (2014), S. 37-38; Foxcroft, D. R., Moreira, M. T., Almeida Santimano, Nerissa M L, Smith, L. (2015), S. 8; Rosenquist, J. N., Murabito, J., Fowler, J. H., Christakis, N. (2010), S. 430-432; Moreira, M. T., Smith, L. A., Foxcroft, D. (2009), S. 3.

⁵⁹³ Vgl. Lachenmeier, D. W., Rehm, J. (2015), S. 4-6.

⁵⁹⁴ Vgl. Mortler, M. (2015), S. 111-148.

⁵⁹⁵ Vgl. World Health Organization (WHO) (2013), S. 34-36.

⁵⁹⁶ Vgl. Mortler, M. (2015), S. 17-18.

⁵⁹⁷ Vgl. Kraus, L., Seitz, N.-N., Shield, K. D. et al. (2019), S. 3.

⁵⁹⁸ Vgl. Popova, S., Lange, S., Probst, C. et al. (2017a), e294-e296; Popova, S., Lange, S., Probst, C. et al. (2017b), S. 18; Popova, S., Lange, S., Probst, C. et al. (2017b), S. 33.

Erziehung und deren vorgelebtem Konsummuster beeinflusst⁵⁹⁹ und ein riskantes Trinkverhalten, das sich unter dem Einfluss des Elternhauses während der Jugend etabliert hat, wird in vielen Fällen auch noch im Erwachsenenalter praktiziert.⁶⁰⁰ Die konkreten diesbezüglichen Wirkungszusammenhänge bedürfen allerdings noch einer intensiveren Erforschung.⁶⁰¹

Berge et al. sehen in diesem Zusammenhang eher einen begrenzten Einfluss des Elternhauses und verweisen auf den wesentlich stärkeren Einfluss des Peergroupkontextes von Gleichaltrigen.⁶⁰² So spielt Alkoholkonsum insbesondere bei der Sozialisation von Jungen immer noch eine zentrale Rolle⁶⁰³ und ist in dieser Funktion immer noch elementarer Bestandteil eines traditionellen männlichen Rollenverständnisses.⁶⁰⁴ Auch wenn Rauschtrinken, sogenanntes Binge Drinking, eine häufige Form des problematischen Alkoholkonsums unter Jugendlichen darstellt,⁶⁰⁵ sind gleichzeitig auch positive Entwicklungen festzustellen, da insgesamt der Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe deutlich rückläufig ist.⁶⁰⁶ Aussagen dazu, welchen Beitrag hier staatlich initiierte Aufklärungskampagnen geleistet haben, ist aufgrund der spärlichen vorhandenen belastbaren Evaluationsergebnisse leider nur in einem sehr begrenzten Rahmen möglich.⁶⁰⁷

Wie bereits eingangs festgestellt, spielt bei der Lösung der hier beschriebenen Probleme in erster Linie eine hohe Gesundheitskompetenz eine Schlüsselrolle, da sie über einen bewussten und maßvollen Alkoholkonsum die Qualitätspotenziale eröffnet, die dem Einfluss des Patienten selbst unterworfen sind und sich sowohl auf die eigene Gesundheit als auch die des Nachwuchses auswirken. Die Integrierte Versorgung bietet begleitend ärztliche Unterstützung, in der auf die individuellen Bedürf-

⁵⁹⁹ Vgl. Tael-Öeren, M., Naughton, F., Sutton, S. (2019), S. 1542-1543; Morgenstern, M., Hanewinkel, R. (2017), S. 23-24; Jacobus, J., Tapert, S. F. (2013), S. 704-716; Stolle, M., Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009), S. 323-327; Graf, M., Annaheim, B. (2006), S. 31; Cohen, D. A., Rice, J. (1997), S. 199.

⁶⁰⁰ Vgl. Rossow, I., Kuntsche, E. (2013), S. 300-303.

⁶⁰¹ Vgl. Voogt, C., Beusink, M., Kleinjan, M. et al. (2017), S. 289.

⁶⁰² Vgl. Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., Håkansson, A. (2016), S. 6-7.

⁶⁰³ Vgl. Hertling, T. (2008), S. 10.

⁶⁰⁴ Vgl. Vossnagel, A. (1996), S. 86.

⁶⁰⁵ Vgl. Inchley, J., Currie, D., Young, T. et al. (2016), S. 41; Siqueira, L., Smith, V. C. (2015), S. 718-724.

⁶⁰⁶ Vgl. Richter, M., Pfortner, T.-K., Lampert, T. (2012), S. 44.

⁶⁰⁷ Vgl. Korczak, D. (2012), S. 66-67.

nisse eingegangen werden kann (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.1).⁶⁰⁸ Präventionsansätze müssen verstärkt bei Kindern von alkoholkranken Eltern ansetzen, da aktuell ein Drittel von ihnen später selbst alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängig wird.⁶⁰⁹

6.1.4.1.4 Bewegung

Auch in Bezug auf körperliche Aktivität liegt in der Nutzung einer adäquaten Gesundheitskompetenz ein elementarer qualitätsbezogener Vorteil, durch den die im Folgenden beschriebenen Defizite mit den passenden Lösungsstrategien in Form einer ausgewogenen sportlichen Betätigung verknüpft werden. Aktuelle Analysen ziehen übereinstimmend das Fazit, dass sich die Deutschen insgesamt gesehen deutlich zu wenig bewegen.⁶¹⁰ Dass die aktuellen Defizite im Bereich der Bewegungsförderung mittel- bis langfristig große Herausforderungen darstellen, führt unter anderem die Tatsache, dass sich 83,7 % der Jugendlichen in Deutschland weniger als die von der WHO empfohlene tägliche Stunde bewegen,⁶¹¹ eindrucklich vor Augen und in der Folge sind schon heute Rückenschmerzen in der Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen ein häufiges Problem.⁶¹² Zusätzlich ist bedingt durch den Bewegungsmangel bereits ein hoher Anteil der Vorschulkinder übergewichtig – dieser Anteil beläuft sich abhängig von der Studienpopulation und untersuchten Region auf bis zu 20 %.⁶¹³ Die langfristigen Folgen sind drastisch: rund ein Zehntel der weltweiten Todesfälle steht im Zusammenhang mit den Folgen von Bewegungsmangel.⁶¹⁴ Bemerkenswert ist, dass auch in diesem Kontext über alle Altersklassen hinweg mit einem niedrigen sozioökonomischen Status eine niedrige Bewegungs- und Sportaffinität assoziiert ist.⁶¹⁵ Gerade bei Kindern, die sich beispielsweise bedingt durch einen hohen Medienkonsum sehr wenig bewegen und übergewichtig sind, tritt oft schon in diesem

⁶⁰⁸ Vgl. Bellis, M. A., Hughes, K., Jones, L. et al. (2015), S. 4-11; Diehl, A., Mann, K. (2005), S. 2245; Küfner, H. (2000), S. 181-192; Kremer, G., Sibum-Kremer, C.-M. (2009), S. 2394-2396; Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., Vergun, P. (2002), S. 285-289.

⁶⁰⁹ Vgl. BZgA (2017), S. 2.

⁶¹⁰ Vgl. Froböse, I., Wallmann-Sperlich, B. (2016), S. 17; Hombrecher, M., Borgerding, K., Wolters, S. (2016), S. 23-24.

⁶¹¹ Vgl. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., Bull, F. (2019), S. 6; Inchley, J., Currie, D., Young, T. et al. (2016), S. 135-138.

⁶¹² Vgl. Ellert, U., Neuhauser, H., Roth-Isigkeit, A. (2007), S. 714.

⁶¹³ Vgl. Röttger, K., Grimminge, E., Kreuser, F. et al. (2014), S. 14.

⁶¹⁴ Vgl. Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F. et al. (2012), S. 227.

⁶¹⁵ Vgl. Inchley, J., Currie, D., Young, T. et al. (2016), S. 136; Froböse, I., Wallmann-Sperlich, B. (2016), S. 21; Hombrecher, M., Borgerding, K., Wolters, S. (2016), S. 24.

Alter ein erhöhter Blutdruck auf und legt den Grundstein für ein langfristig erhöhtes Schlaganfall- und Herzinfarktrisiko.⁶¹⁶

Da sich die Koordinationsfähigkeit erst dann optimal entwickelt, wenn das zentrale Nervensystem während eines bestimmten Abschnitts der kindlichen Entwicklungsphase mit bestimmten Umweltreizen konfrontiert wird, spielt ausreichend Bewegung für ein motorisches Training eine bedeutende Rolle, nicht zuletzt weil die Entwicklung der körperlichen Funktionen Voraussetzung für das Wachstum und die Reifung des Gehirns ist.⁶¹⁷ Die Koordinationsfähigkeit entwickelt sich besonders stark bis ins frühe Schulkindalter, verbleibt bis ins mittlere Erwachsenenalter auf einem relativ hohen Niveau und nimmt im höheren Alter wieder drastisch ab.⁶¹⁸ Gerade im höheren Alter ist regelmäßige Bewegung deshalb besonders wichtig, weil sie die Körperkoordination verbessert und sich als effektive Möglichkeiten der Sturzprävention erwiesen hat.⁶¹⁹ Wenn sich jedoch bedingt durch mangelnde Bewegung im Kindesalter elementare Fähigkeiten wie der Gleichgewichtssinn nur unzureichend ausgebildet haben und sich die Körperbeherrschung bedingt durch Muskelschwund im Alter noch weiter verringert, nimmt das Risiko von folgeschweren Stürzen deutlich zu.⁶²⁰

Das Bewegungsverhalten von Kindern kann vor allem über deren direktes Umfeld gesteuert werden. Um einen bewussten Medienkonsum zu fördern, können Eltern diesen auf ein sinnvolles Maß beschränken und so Bewegung im Alltag gezielt fördern, damit die von Experten empfohlene Bewegungsdauer von mindestens einer Stunde pro Tag erreicht wird,⁶²¹ wobei Ärzte der kinder- und hausärztlichen Betreuung frühzeitig für ausreichende Bewegung sensibilisieren, Fehlentwicklungen ansprechen, Interventionsmöglichkeiten aufzeigen und Unterstützung bieten können (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.1). Beispielsweise nehmen Eltern häufig das Übergewicht ihrer eigenen Kinder und den damit verbundenen Handlungsbedarf nicht wahr, weswegen der Arzt hier als Vertrauensperson gefordert ist, geeignete Interventionen anzuregen.⁶²²

⁶¹⁶ Vgl. de Moraes, Augusto César Ferreira, Carvalho, H. B., Siani, A. et al. (2015), S. 168-170.

⁶¹⁷ Vgl. Ettrich, C., Ettrich, K. U. (2007), S. 5-38.

⁶¹⁸ Vgl. Thyen, U., Fegert, J. M., Resch, F. (2012), S. 10; Roth, K., Roth, C. (2009), S. 197-225.

⁶¹⁹ Vgl. Guirguis-Blake, J. M., Michael, Y. L., Perdue, L. A. et al. (2017), S. 5.

⁶²⁰ Vgl. Drey, M., Krieger, B., Sieber, C. C. et al. (2014), S. 435-439; Sayer, A. A., Syddall, H., Martin, H. et al. (2008), S. 427-432.

⁶²¹ Vgl. Cavill, N., Biddle, S., Sallis, J. F. (2001), S. 12.

⁶²² Vgl. Lundahl, A., Kidwell, K. M., Nelson, T. D. (2014), S. 12; Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (1984), S. 117-120.

Auf diesem Weg sollte bis zum Erwachsenenalter die notwendige bewegungsassoziierte Gesundheitskompetenz aufgebaut werden, denn unter anderem das Wissen, dass für ein ausgewogenes Maß an körperlicher Aktivität kein Leistungssport notwendig ist,⁶²³ spielt insbesondere für die Motivation eine Schlüsselrolle. Bereits relativ moderate regelmäßige Bewegungseinheiten im Alltag, wie der mit dem Fahrrad zurückgelegte Arbeitsweg oder 15 Minuten Lauftraining, äußern sich durch eine effektive Risikosenkung in Form reduzierter Blutzucker-, Blutdruck- und Blutfettwerte sowie eines gesenkten Adipositas- und Herz-Kreislauf-Risikos.⁶²⁴ Bis ins hohe Alter regelmäßige praktizierte körperlicher Bewegung wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus und leistet gerade auch bei älteren Menschen durch die Stärkung des Gleichgewichtssinns einen wichtigen Beitrag zur Sturzprävention.⁶²⁵ Da im europäischen Vergleich ein unterdurchschnittlicher Teil der deutschen Bevölkerung gesund altert,⁶²⁶ ist eine Steigerung der regelmäßigen sportlichen Aktivität bei vielen Patienten elementar wichtig, weil diese nicht nur allgemein die Lebenserwartung verlängert, sondern insbesondere auch die Anzahl voraussichtlich in Gesundheit verbrachter Lebensjahre erhöht.⁶²⁷ Psychosozialer Stress erhöht das kardiovaskuläre Risiko, unter anderem durch einen erhöhten Blutdruck und ein kritisches Blutfettprofil,⁶²⁸ wogegen regelmäßiger Sport einen Stressabbau sowie eine Entlastung des Herz-Kreislauf-Systems bewirkt und somit die Wahrscheinlichkeit für einen höheren Anteil gesunder Lebensjahre erhöht.⁶²⁹ Sport hat sich selbst bei einer Veranlagung zu

⁶²³ Vgl. Lear, S. A., Hu, W., Rangarajan, S. et al. (2017), S. 2650-2651; O'Donovan, G., Lee, I.-M., Hamer, M., Stamatakis, E. (2017), S. 340-341; Ellingsen, O., Halle, M., Conraads, V. et al. (2017), S. 846-848.

⁶²⁴ Vgl. Celis-Morales, C. A., Lyall, D. M., Welsh, P. et al. (2017), S. 4-6; Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J. et al. (2016), S. 1308; Grøntved, A., Koivula, R. W., Johansson, I. et al. (2016), S. 9-11; Jousilahti, P., Barengo, N., Antikainen, R. et al. (2016); Lee, D.-C., Pate, R. R., Lavie, C. J. et al. (2014), S. 480.

⁶²⁵ Vgl. Lomas-Vega, R., Obrero-Gaitán, E., Molina-Ortega, F. J., Del-Pino-Casado, R. (2017); Mirelman, A., Rochester, L., Maidan, I. et al. (2016), S. 5-12; Muscari, A., Bianchi, G., Forti, P. et al. (2016), S. 3-4; Lesinski, M., Hortobagyi, T., Muehlbauer, T. et al. (2015), S. 1725-1737; Hourigan, S. R., Nitz, J. C., Brauer, S. G. et al. (2008), S. 1080-1085; Messier, S. P., Royer, T. D., Craven, T. E. et al. (2000), S. 134-137; Hu, M. H., Woollacott, M. H. (1994), S. 55-60.

⁶²⁶ Vgl. OECD (2016b), S. 106-107.

⁶²⁷ Vgl. Shah, R. V., Murthy, V. L., Colangelo, L. A. et al. (2016), S. 89-93; Ekelund, U., Ward, H. A., Norat, T. et al. (2015), S. 4-8; Dohle, S., Wansink, B. (2013), S. 3-5; Yates, L. B., Djousse, L., Kurth, T. et al. (2008), S. 286; Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K. et al. (2011), S. 1249-1252.

⁶²⁸ Vgl. Hamer, M. (2012), S. 901.

⁶²⁹ Vgl. Gerber, M., Borjesson, M., Ljung, T. et al. (2016), S. 2078-2080.

Herzerkrankungen als effektives Mittel zur Risikosenkung erwiesen.⁶³⁰ Auch bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder in der Phase nach einem Herzinfarkt kann das Mortalitätsrisiko durch regelmäßige Bewegung gesenkt werden.⁶³¹ Gerade jedoch weil die klassischen Bewegungsangebote der Krankenkassen häufig nicht die Patientengruppen erreichen, bei denen eine Steigerung der sportlichen Aktivität besonders wünschenswert wäre und die stark davon profitieren würden,⁶³² sind Lösungsalternativen vonnöten, die einerseits in einer besseren Sensibilisierung des einzelnen Patienten liegen, aber andererseits durch ein bedarfsgerechtes Unterstützungsangebot realisiert werden, das in ein integriertes Versorgungsmodell eingebettet werden kann (siehe Kapitel 6.2.3.1.1).

6.1.4.2 Qualitätsfördernde Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Rolle eines aktiv an der Steuerung mitwirkenden Patienten eng mit dem Shared Decision-Making verknüpft und in Kapitel 6.1.3.1 wurde die partizipative Entscheidungsfindung als vielversprechendes Konzept zur stärkeren Einbindung des Patienten in die Prozesse der Integrierten Versorgung beschrieben. Darüber hinaus bietet dieser Ansatz das Potenzial für eine Reihe von qualitativen Effekten, weil Arzt und Patient sowohl im präventiven als auch therapeutischen Bereich gemeinsame Entscheidungen treffen können. Da in Abschnitt 6.1.4.1 das Augenmerk bereits auf der Prävention lag, soll in diesem Kapitel der Fokus auf den qualitativen Effekten der partizipativen Entscheidungsfindung im therapeutischen Feld liegen.

Abgesehen davon, dass ein informierter Patient in erhöhtem Maße befähigt ist, eine Qualitätssicherungsfunktion wahrzunehmen und auf diesem Wege zu einer qualitäts- und patientenorientierten Gesundheitsversorgung beizutragen,⁶³³ wirkt sich ein von partizipativer Entscheidungsfindung geprägtes Versorgungssetting in mehrerlei Hinsicht motivationsunterstützend aus (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1.3 bzw. 6.1.2.1).⁶³⁴ Bezüglich qualitativer Effekte äußert sich Shared Decision-Making beim Patienten

⁶³⁰ Vgl. Tikkanen, E., Gustafsson, S., Ingelsson, E. (2018), S. 2586-2590.

⁶³¹ Vgl. Ek, A., Ekblom, Ö., Kallings, L. et al. (2017), S. 9; Heran, B. S., Chen, J. M., Ebrahim, S. et al. (2011), S. 69.

⁶³² Vgl. Hombrecht, M., Borgerding, K., Wolters, S. (2016), S. 39.

⁶³³ Vgl. Klemperer, D. (2009), S. 143-153.

⁶³⁴ Vgl. Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C. et al. (1990), S. 32-33; Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. E. (1985), S. 525-527.

unter anderem durch einen stärkeren Rückgang von Beschwerden⁶³⁵ und eine höhere Reduktion körperlicher Einschränkungen⁶³⁶. Zusätzlich fördert die partizipative Entscheidungsfindung ein besseres Verständnis für das Erkrankungsbild,⁶³⁷ der Patient nimmt seine Erkrankung als besser kontrollierbar wahr⁶³⁸ und erlangt schneller die volle Funktionsfähigkeit⁶³⁹. Im Bereich von psychosomatischen Erkrankungen hat sich gezeigt, dass wenn Patienten aktiv am Gesundungsprozess mitarbeiten, dies in Form von reduzierten Erkrankungsrisiken, kürzeren Krankheitsdauern und geringeren Medikamentenbedarfen qualitative Effekte erzeugt.⁶⁴⁰ Nicht zuletzt äußert sich Shared Decision-Making in einer höheren Zufriedenheit⁶⁴¹ und Lebensqualität⁶⁴². Damit leistet die vom Patienten wahrgenommene Einbeziehung in Vorsorge- und Therapieentscheidungen einen elementaren Beitrag zu dessen Zufriedenheit.⁶⁴³ Die Tatsache, dass vorhandene Studien zum Zusammenhang zwischen einer stärkerer Patientenbeteiligung und einer Verbesserung der Versorgungsqualität ein sehr uneinheitliches Bild zeigen, deutet darauf hin, dass eine partizipative Entscheidungsfindung zu besseren Therapieergebnissen führen kann, dies aber keinesfalls als Automatismus zu verstehen ist und insofern noch Forschungsbedarf zu den konkreten diesbezüglichen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen besteht.⁶⁴⁴

Ein zentrales Qualitätsparameter eines Partizipationssettings stellt die Tatsache dar, dass sich Shared Decision-Making in einer gesteigerten Compliance niederschlägt,⁶⁴⁵ weswegen die Therapietreue des Patienten mit ihrem starken Einfluss auf die Behandlungsergebnisse in die quali-

⁶³⁵ Vgl. Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C. et al. (1990), S. 31.

⁶³⁶ Vgl. Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. E. (1985), S. 524.

⁶³⁷ Vgl. Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C. et al. (1990), S. 31.

⁶³⁸ Vgl. Karkucak, M., Cilesizoglu, N., Capkin, E. et al. (2016), S. 12-13; Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C. et al. (1990), S. 31; Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E. et al. (1989a), S. 509; Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D. et al. (1984), S. 1051-1052; Schulman, B. A., Swain, M. A. (1980), S. 273-279.

⁶³⁹ Vgl. Sadlier, M., Evans, J. R., Phillips, C., Broad, A. (2011), S. 100.

⁶⁴⁰ Vgl. Zielke, M. (2004), S. 215.

⁶⁴¹ Vgl. Doherty, C., Doherty, W. (2005), S. 126; Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C. et al. (1990), S. 31; Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E. et al. (1989a), S. 511; Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E. et al. (1989b), S. 1029-1030.

⁶⁴² Vgl. Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. E. (1985), S. 523-527.

⁶⁴³ Vgl. Scheibler, F. (2004), S. 97.

⁶⁴⁴ Vgl. Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K. et al. (2015), S. 667-669.

⁶⁴⁵ Vgl. Bosworth, H. B., Fortmann, S. P., Kuntz, J. et al. (2017), S. 95-96; Broström, A., Fridlund, B., Hedberg, B. et al. (2017), S. 575; Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A., Udin, H. (1979), S. 393; Roter, D. L. (1977), S. 296.

tätsorientierte Nutzenmessung einfließen sollte.⁶⁴⁶ Diese Bedeutung lässt sich unter anderem daran ablesen, dass bei Patienten mit atherosklerotischer Herzkrankheit eine hohe Adhärenz in der Statintherapie mit einem niedrigeren Sterberisiko einhergeht.⁶⁴⁷ Vor allem Maßnahmen mit direktem Patienteneinbezug bewirken eine Erhöhung der Therapietreue am wirkungsvollsten,⁶⁴⁸ was erklärt, warum beispielsweise bei Patienten, die im Rahmen ihrer onkologischen Therapie ihren Gesundheitszustand anhand eines Fragebogens regelmäßig selbst bewerteten, eine höhere Patientenzufriedenheit, eine verlängerte Überlebenszeit und weniger Komplikationen festzustellen waren.⁶⁴⁹ Ein solch direkter Einbezug des Patienten ins Versorgungsgeschehen kann wie in Kapitel 6.1.2.1 beschrieben durch einen Zugriff des Patienten auf seine Patientenakte oder patientengeeignete Informationsformate bewerkstelligt werden. Im Hinblick auf die Qualität lässt sich die elementare Bedeutung von evidenzbasierten Informationen für Patienten beispielsweise daran ablesen, dass Schlaganfallpatienten, die sich über ihr Erkrankungsbild und dessen Folgen unzureichend informiert fühlen, leichter depressiv werden.⁶⁵⁰

6.1.4.3 Qualitätsdaten für Patienten

In Kapitel 6.1.3.1.1 wurde die medizinisch-organisatorische Kompetenz des Patienten, die ihn zu einer aktiven Partizipation an der Patientensteuerung befähigt, behandelt und ergänzend dazu zeigte Kapitel 6.1.3.1.2 auf, welche Informationen zu bestimmten medizinischen Maßnahmen aus Patientenperspektive notwendig sind und in welcher Form diese Inhalte zur Verfügung gestellt werden müssen, damit sie Patienten als Grundlage für Entscheidungen über die vorhandenen Alternativen dienen können. Diese grundsätzliche Betrachtung bezieht jedoch noch keine leistungserbringerabhängigen Qualitätsunterschiede ein. Diese Information in patientenrelevanter und -verständlicher Form ist jedoch notwendig, um auch Patienten die Wahl einer unter Qualitätsgesichtspunkten optimalen Versorgungslösung zu ermöglichen, damit dieser Aspekt seine Funktion als Erfolgsfaktor für die Integrationsversorgung entfalten kann.⁶⁵¹ Gleichzeitig

⁶⁴⁶ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 39-46.

⁶⁴⁷ Vgl. Rodriguez, F., Maron, D. J., Knowles, J. W. et al. (2019), S. 206.

⁶⁴⁸ Vgl. Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K. et al. (2015), S. 668.

⁶⁴⁹ Vgl. Basch, E., Deal, A. M., Dueck, A. C. et al. (2017).

⁶⁵⁰ Vgl. Baumann, M., Le Bihan, E., Chau, K., Chau, N. (2014), S. 5.

⁶⁵¹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-414; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel,

sehen sowohl Patientenvertreter als auch Gesundheitsökonomen großen Nachholbedarf in Bezug auf die Bereitstellung von nach Patientenbedürfnissen aufbereiteten Qualitätsdaten zum Versorgungsgeschehen.⁶⁵² Umsetzungsbeispiele aus anderen Ländern, wie beispielsweise den Niederlanden, illustrieren, dass dies durchaus möglich ist.⁶⁵³

Das Postulat einer besseren Verfügbarkeit von Qualitätsdaten gilt im Besonderen für die Integrierte Versorgung, denn für Patienten stellen Qualitätsdaten eine elementare Entscheidungsgrundlage dar, die die Unterschiede zwischen der Regelversorgung und der selektivvertraglichen Alternative transparent macht und bei Patienten die Bereitschaft erhält, langfristig in der Integrierten Versorgung zu bleiben, da eine höhere Qualität der Versorgung eine zentrale Anforderung von Patienten darstellt.⁶⁵⁴ Eine langfristige Kontinuität stellt einen der Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung dar.⁶⁵⁵ Damit dieser Faktor zum Tragen kommt, müssen Patienten durch fortlaufend bereitgestellte, belastbare Qualitätsdaten nachhaltig von ihrer freiwilligen Teilnahme an der Integrierten Versorgung überzeugt werden.⁶⁵⁶ Aus der Perspektive der Patientenorientierung gelten für Daten aus dem Public Reporting ähnliche Kriterien wie für Qualitätsindikatoren, die bereits in Kapitel 2.2.4 erläutert wurden. Emmert et al. formulieren die in Tabelle 4 ausgeführten Anforderungen, die erfüllt sein müssen, damit Patienten Qualitätsdaten bei ihrer Entscheidungsfindung tatsächlich nutzen können.

D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 400; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129-130.

⁶⁵² Vgl. Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016), S. 25; Busse, R., Ganten, D., Huster, S. et al. (2016), S. 14; Langner, D., Garling, M., Krzyzanowski, M. et al. (2016), S. 16-29; Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 18.

⁶⁵³ Vgl. van Schoten, S. M. (2015), S. 29-30; Klazinga, N. (2010), S. 37-38; Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., Schlette, S. (2006), S. 50.

⁶⁵⁴ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 130-136; Schönfelder, T., Kugler, J., Schaal, T. (2012); Wasem, J. (2000), S. 432.

⁶⁵⁵ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 239-243.

⁶⁵⁶ Vgl. Rischer, R., Emmert, M., Palmowski, S., Meszmer, N. (2017); Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017); Peters, O., Langenegger, M., Grolimund, T., Schneider, T. (2017).

Eigenschaft	Erläuterung
<i>Glaubwürdigkeit</i>	Daten aus dem Public Reporting müssen die erbrachte Leistungsqualität zuverlässig widerspiegeln und Leistungsunterschiede erkennbar machen.
<i>Verständlichkeit</i>	Die Art der Aufbereitung muss Patienten in die Lage versetzen, die relevanten Angaben zu entnehmen, zu verarbeiten und interpretieren zu können, damit sie diese als Entscheidungsgrundlage heranziehen können.
<i>Neuigkeit</i>	Qualitätsberichte entfalten vor allem dann eine steuernde Wirkung, wenn diese zum ersten Mal erscheinen und sich die Aussagen der enthaltenen Qualitätsinformationen vom Informationsstand des Patienten noch stark unterscheiden. Dieser Effekt lässt bei Folgeveröffentlichungen bedingt durch einen geringen Neuigkeitsfaktor nach.
<i>Verbreitung</i>	Eine starke Verbreitung von Qualitätsinformationen eröffnet einem großen Personenkreis den Zugang zu denselben.
<i>Anwendbarkeit</i>	Bisherige Erfahrungen deuten darauf hin, dass vorrangig Qualitätsdaten zu elektiven Prozeduren eine Steuerungswirkung entfalten, da hier der Patient den notwendigen Entscheidungsspielraum hat. Aus diesem Grund sollte der Fokus auf Qualitätsdaten zu elektiven Eingriffen liegen und eine diagnosespezifische Aufbereitung Patienten passgenau mit den benötigten Informationen versorgen.
<i>Individualisierung</i>	Qualitätsinformationen, bei deren Aufbereitung die individuellen Patientenpräferenzen Berücksichtigung finden, stiften einen höheren Patientennutzen.

Tabelle 4: Anforderungen von Patienten zu Qualitätsdaten⁶⁵⁷

Vorhandene Studien kommen überwiegend zu dem Schluss dass Public Reporting das Potenzial besitzt, sowohl Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu initiieren als auch eine Verbesserung der klinischen Outcomes zu

⁶⁵⁷ Vgl. Emmert, M., Gemza, R., Schöffski, O., Sohn, S. (2012), S. 30-31.

bewirken.⁶⁵⁸ Der Blick in Länder wie die Niederlande offenbart, dass dort eine stärkere Förderung von Public Reporting eine erhöhte Transparenz in Bezug die Qualität von Leistungserbringern und Kostenträgern bewirkt hat, so dass Patienten bzw. Versicherte ihre Wahl- und Wechseloptionen ausüben können und Leistungserbringer und Kostenträger sich stärker zu Service- und Leistungsorientierung disziplinieren.⁶⁵⁹ Gründe, die bisher eine bessere Nutzung dieses Potenzials verhindern, bestehen vor allem darin, dass Patienten die Existenz von Qualitätsinformationen nicht bekannt ist, die Qualitätsdaten nicht auf den individuell bestehenden Informationsbedarf zugeschnitten oder die betreffenden Informationen in schwer verständlicher Weise aufbereitet sind.⁶⁶⁰ Die Integrierte Versorgung bietet hier die Möglichkeit, solche Informationsquellen besser einzubinden, sich für eine stärkere Verbreitung zu engagieren und bei der Gestaltung ein höheres Gewicht auf die Laienverständlichkeit zu legen. Aus den in Kapitel 2.2.4 dargelegten Gründen werden die bestehenden Qualitätssicherungsansätze getrennt nach ambulantem und stationären Sektor behandelt.

6.1.4.3.1 Qualitätsdaten ambulante Versorgung

In Kapitel 2.2.4.1 wurden bereits Systeme zur Bereitstellung von Qualitätsdaten zum ambulanten Versorgungsgeschehen vorgestellt. Dabei wurde insbesondere das QISA näher beleuchtet und grundsätzlich sind die Daten daraus auch für ein Reporting geeignet, das sich an Patienten richtet. Allerdings ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass die QISA-Entwickler die Notwendigkeit einer laienverständlichen Aufbereitung der über die Indikatoren gewonnenen Qualitätsdaten nicht explizit vorsehen, was mit dem Grundgedanken einer stärkeren Förderung der Patientenautonomie nicht vereinbar ist.⁶⁶¹

Ergänzend zu den Indikatoren, die über die Qualität von Prozess- und Ergebnisparametern Auskunft geben, ist die Berücksichtigung der Patientenperspektive auf die Versorgungsqualität elementar. Im Interesse eines umfassenden Qualitätsverständnisses sollten Patienten jedoch vorhandene Ärztebewertungsportale ausschließlich als ergänzende Informationsquelle nutzen, da diese einen so kleinen Teil der qualitätsrelevanten Eigenschaften eines Arztes abbilden, dass sie als alleinige Entscheidungs-

⁶⁵⁸ Vgl. Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017), S. 70.

⁶⁵⁹ Vgl. Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016), S. 25.

⁶⁶⁰ Vgl. Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A. et al. (2012), S. 126.

⁶⁶¹ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 56.

grundlage ungeeignet sind.⁶⁶² In den letzten Jahren hat sich eine Reihe von Bewertungsportalen etabliert, unter anderem die gemeinnützige Seite Weisse Liste der Bertelsmann Stiftung.⁶⁶³ Abbildung 8 zeigt am Beispiel einer Suche nach einem Hausarzt in Berlin-Wedding wie die Suchergebnisse dargestellt werden. Grundsätzlich können auch kommerziell betriebene Ärztebewertungsportale diese Funktion erfüllen, allerdings besteht hier die Gefahr eines Konflikts zwischen der Neutralität und den Gewinnerzielungsabsichten der Portalbetreiber.⁶⁶⁴

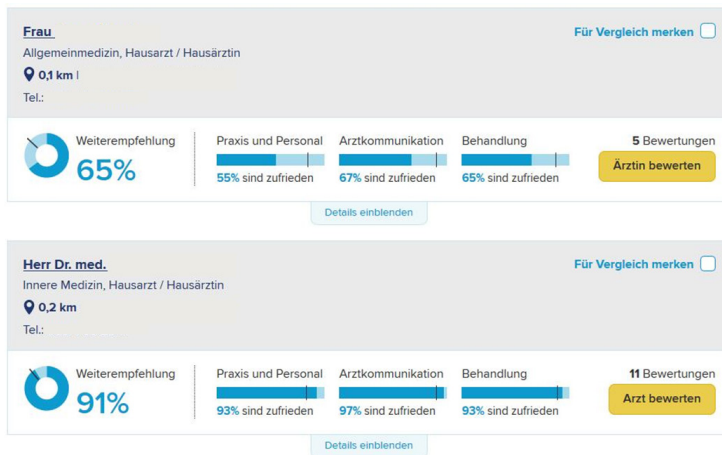


Abbildung 8: Ärztebewertung Weisse Liste⁶⁶⁵

6.1.4.3.2 Qualitätsdaten stationäre Versorgung

Wie in Kapitel 2.2.4.2 ausgeführt, führen die bestehenden Qualitätsunterschiede und -mängel in der stationären Versorgung die Notwendigkeit, Patienten zu qualitätsorientierten Entscheidungen zu befähigen, deutlich vor Augen. Obwohl der Gesetzgeber Krankenhäuser verpflichtet hat, durch die frei zugängliche Veröffentlichung von laienverständlichen Qualitätsberichten eine höhere Leistungstransparenz herzustellen, sind die Inhalte dieser Berichte nach den Vorgaben des G-BA bedingt durch deren

⁶⁶² Vgl. Emmert, M., Maryschok, M., Eisenreich, S., Schöffski, O. (2009), S. 27.

⁶⁶³ Vgl. Emmert, M., Taheri-Zadeh, F., Kolb, B., Sander, U. (2017), S. 19-20; Fischer, S. (2015); Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010), S. 144.

⁶⁶⁴ Vgl. Müller-Jentsch, E. (2015), S. 42.

⁶⁶⁵ Quelle: Weisse Liste (2017b).

enormen Umfang, komplexe Textstruktur und hohen Fachwortanteil nur für einen sehr geringen Teil der Patienten verständlich.⁶⁶⁶ Auch Krankenhausführer, die für Patienten die Informationen aus den Qualitätsberichten transparenter und verständlicher machen sollen, scheitern häufig an diesem Ziel, indem sie die Tatsache vernachlässigen, dass Informationen zu Qualitätsindikatoren für Patienten in erster Linie durch einen niedrigen Fachwortanteil und eine möglichst einfache Textstruktur gut lesbar und verständlich werden.⁶⁶⁷

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Internetseiten in Deutschland, die Informationen zur Qualität von Krankenhäusern anbieten, die sich jedoch im Hinblick auf den Umfang und die Qualität der gebotenen Daten erheblich unterscheiden. Während von den insgesamt 62 Portalen manche lediglich die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen mit Patienten widergeben (bspw. Jameda.de oder Krankenhaus.net) oder Qualitätsberichte von Krankenhäusern im pdf-Format zur Verfügung stellen (bspw. Klinikdisplay.de), werten nur 29 davon die Daten der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser aus (bspw. Weisse Liste, TK-Klinikführer, AOK-Krankenhausnavigator).⁶⁶⁸ In Abbildung 9 ist beispielhaft dargestellt, wie der AOK-Krankenhausnavigator Suchergebnisse anzeigt. In diesem Fall wurde ein Krankenhaus in München für das operative Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks gesucht. Wegen des geringen Erhebungsaufwands stützt sich ein Großteil der Qualitätsmessung auf Routinedaten, was jedoch in bestimmten Konstellationen eine Schwachstelle darstellt, da auf diesem Wege Verzerrungen auftreten können, die im schlechtesten Fall zu irreführende Klinikempfehlungen führen.⁶⁶⁹

Wie auch im ambulanten Bereich, gehört zu einer vollständigen Abbildung der stationären Leistungsqualität die Bewertung aus Patientensicht. Angebote wie die Weisse Liste berücksichtigen die Patientenzufriedenheit, indem sie angeben, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die das betreffende Krankenhaus weiterempfehlen würden.⁶⁷⁰ Der in Abbildung 9 dargestellte AOK-Krankenhausnavigator, eine Mandantenversion des Portals Weisse Liste, zeigt, wie die Patientenbewertung dort in die Bewer-

⁶⁶⁶ Vgl. Messer, M., Reilley, J. T. (2015), S. 71; Friedemann, J., Schubert, H.-J., Schwappach, D. (2009).

⁶⁶⁷ Vgl. Sander, U., Kolb, B., Christoph, C., Emmert, M. (2016), S. 832-833.

⁶⁶⁸ Vgl. Emmert, M., Hessemer, S., Meszmer, N., Sander, U. (2014), S. 388.

⁶⁶⁹ Vgl. Gilfrich, C., Popken, G., Stolzenburg, J.-U. et al. (2017), S. 72-73; Roeder, N., Bunzemeier, H., Franz, D. (2017), S. 3; Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 102; Steller, J. (2016a), S. 112; Jeschke, E., Heyde, K., Günster, C. (2013), S. 293-294.

⁶⁷⁰ Vgl. Fischer, S. (2015).

tungsdarstellung einfließt. Insbesondere aus Patientenperspektive ist jedoch die unmittelbare Verbindung eines Informationsportals zu einem Vertreter der Kostenträgerseite (bspw. TK-Klinikführer oder AOK-Krankenhausnavigator) kritisch zu bewerten. Krankenkassen sind für Patienten in der Rolle des neutralen Informationsvermittlers wenig glaubwürdig,⁶⁷¹ weswegen gemeinnützige Angebote wie die Weisse Liste ihre Neutralität durch den Verzicht auf einen direkten Bezug zu Krankenkassen besser zum Ausdruck bringen könnten. Ausschließlich da, wo beispielsweise gesetzliche Vorgaben eine Ergebnisdarstellung losgelöst vom Kontext einzelner Krankenkassen verbieten, sollte der Bezug zu Kostenträgern erhalten bleiben.⁶⁷²

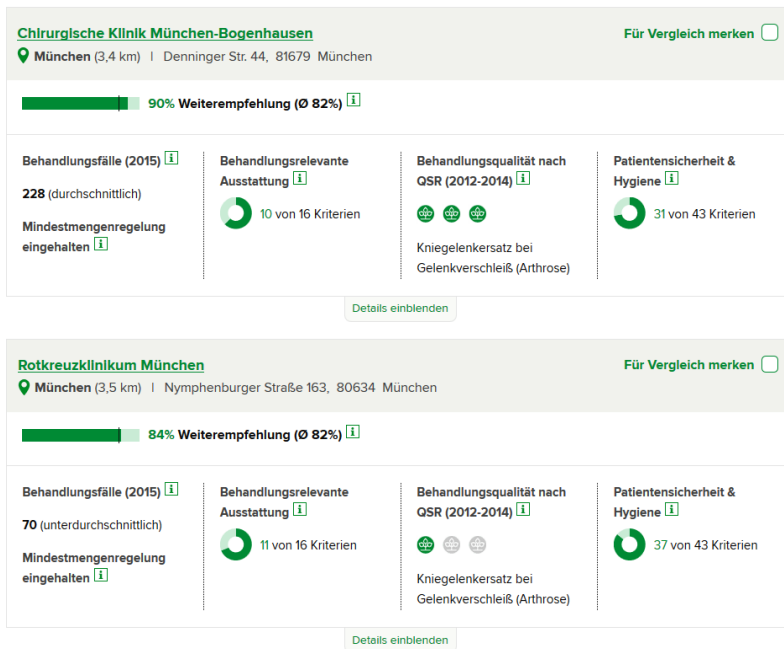


Abbildung 9: AOK-Krankenhausnavigator⁶⁷³

⁶⁷¹ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

⁶⁷² Vgl. Mansky, T., Drogan, D., Nimptsch, U., Günster, C. (2017), S. 170-171; Mansky, T., Nimptsch, U. (2014), S. 490.

⁶⁷³ Quelle: Weisse Liste (2017a).

Wie in Kapitel 2.2.4.2 bereits erörtert, werden in anderen Ländern systematisch aufbereitete Qualitätsdaten von Krankenhäusern deutlich intensiver genutzt als in Deutschland. Unter anderem in Großbritannien haben sich mehrere Krankenhausportale etabliert, wobei das vom NHS betriebene NHS Choices die Seite mit der höchsten Reichweite und ein Beispiel für Best Practice darstellt. In Abbildung 10 sind die Key Facts von NHS Choices am Beispiel einer Krankenhaussuche in Manchester dargestellt, in die ein großes Spektrum an unterschiedlichen Bewertungsperspektiven einfließt und in dem die Sicht von Patienten und dem Krankenhauspersonal sowie Statistiken und Expertenmeinungen Berücksichtigung finden.⁶⁷⁴

Topics Key Facts	NHS Choices users rating	Registered patients	Would recommend the surgery	Electronic prescription service	Accepting patients	Online appointment booking	Order or view repeat prescriptions online
Sort by Nearest Update results							
City Health Centre Remove							
Tel: 01618396227 Second Floor (Boots) 32 Market Street Manchester Lancashire M1 1PL 0.2 miles away Get directions	★★★★★ 97 ratings Rate it yourself	10784 patients	88.7% - Among the best		Currently accepting new patients	40.81% of patients are signed up to this service	40.21% of patients are signed up to this service
Lower Broughton Health Centre Remove							
Tel: 0161 212 6530 Great Clowes Street Salford Greater Manchester M7 1RD 0.9 miles away Get directions	★★★★★ 10 ratings Rate it yourself	2259 patients	61.3% - Among the worst		Currently accepting new patients	4.91% of patients are signed up to this service	4.91% of patients are signed up to this service

Abbildung 10: Vergleichsportal NHS Choices⁶⁷⁵

Dem versichertenorientierten Qualitätsvergleich von Krankenkassen wird an dieser Stelle kein eigenes Kapitel gewidmet, da sich im Rahmen dieser Arbeit die Qualität einer Mitgliedschaft in erster Linie durch die medizinische Leistungsqualität der von der betreffenden Krankenkasse angebotenen Integrationsmodelle ausdrückt, die in Kapitel 6.1.4.3 thematisiert wurde. Die in diesem Zusammenhang unterstützenden Dienstleistungen von Krankenkassen werden in Kapitel 6.3.4.2 vertieft. Das zurückliegende Kapitel hat gezeigt, dass insbesondere auch Patienten Zugang zu patien-

⁶⁷⁴ Vgl. Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017), S. 76-80.

⁶⁷⁵ Quelle: NHS Digital/ Department of Health (United Kingdom) (2017).

tenverständlich aufbereiteten Ergebnissen aus der Qualitätsmessung benötigen, damit das mit der Integrierten Versorgung verbundene Ziel einer höheren Qualität Realität wird. Erst eine ausreichende Versorgung mit solchen Informationen ermöglicht einen Adherence-Ansatz, der die reflektierte Mitwirkung des Patienten und die gemeinsame Definition individueller Behandlungsziele beinhaltet. Neben den bereits vorgestellten Qualitätsindikatoren, könnte nicht zuletzt auch das Kriterium „Informierte Entscheidung“ ein Outcome-Indikator in integrierten Versorgungsmodellen werden.⁶⁷⁶ Bei einer Patientensteuerung, die von einer aktiven Patientenrolle ausgeht, kann die Qualität in der Gesundheitsversorgung gesteigert werden, indem informierte Patienten gezielt Leistungserbringer anhand von deren Behandlungsqualität auswählen. 81 % der Patienten sehen in Qualitätsdaten aus einem Public Reporting eine sinnvolle Hilfestellung bei der Suche nach dem passenden Arzt oder Krankenhaus.⁶⁷⁷ Eine bessere Versorgung von Patienten mit Informationen zur Behandlungsqualität erfüllt dabei keinen Selbstzweck, sondern hat bei einer optimalen Nutzung solcher Daten auch eine wirtschaftliche Komponente, wie das folgende Kapitel zeigt.

6.1.5 Wirtschaftliche Perspektive

Der Gesetzgeber verknüpft in § 140a Abs. 2 SGB V mit der Integrierten Versorgung die Erwartung einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Tatsächlich ist neben den bereits beschriebenen Aspekten qualitativer Art (siehe Kapitel 6.1.4) mit einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung auch ein ökonomisches Potenzial verbunden, dessen tatsächliche Erschließung aufseiten des Patienten vor allem vom Grad von dessen Gesundheitskompetenz, die ihn befähigt, aktiv an der Patientensteuerung mitzuwirken, abhängt. Dieses wirtschaftliche Potenzial, das im Folgenden näher erläutert wird, basiert vorrangig auf den Kosten, die durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz in Form von höheren Gesundheitsausgaben im Allgemeinen, einer erhöhten Inanspruchnahme der Notfall- und Krankenhausinfrastruktur, einer geringeren Therapietreue sowie weniger Präventionsbemühungen entstehen.⁶⁷⁸

6.1.5.1 Kompetenzbezogene Gesundheitskosten im Allgemeinen

In den USA ist die Problematik von Gesundheitskosten, die infolge einer unzureichenden Gesundheitskompetenz entstehen, besonders ausge-

⁶⁷⁶ Vgl. Rummer, A., Scheibler, F. (2016), S. 322.

⁶⁷⁷ Vgl. Schwenk, U., Schmidt-Kaehler, S. (2016), S. 2.

⁶⁷⁸ Vgl. Kickbusch, I., Maag, D. (2008), S. 208.

prägt.⁶⁷⁹ Dort sind schätzungsweise 4,7 bis 10,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben dadurch begründet.⁶⁸⁰ Deutschland ist in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung vergleichbar mit der Schweiz,⁶⁸¹ wo der durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz begründete Ausgabenanteil auf 3,02 % geschätzt wird.⁶⁸² Übertragen auf das Jahr 2017 bedeutet das, dass von den Gesamtausgaben von 375,6 Milliarden Euro im deutschen Gesundheitswesen über 11 Milliarden Euro in Zusammenhang mit einer zu geringen Gesundheitskompetenz stehen.⁶⁸³

Langfristig müssen jedoch an dieser Stelle tragfähige Lösungskonzepte zum Einsatz kommen, da beispielsweise Reformkonzepte für die staatliche Alterssicherung auf eine verlängerte Erwerbsphase setzen und diese nur erreicht werden kann, wenn der Einzelne bedingt durch eine hohe Gesundheitskompetenz über einen ausreichend guten Gesundheitszustand und damit eine langfristige Leistungsfähigkeit verfügt.⁶⁸⁴ Eine wirk-same Patientensteuerung im Rahmen einer Integrierten Versorgung, die zu einer lebenslangen Gesundheitsförderung beiträgt, birgt daher auch ein großes wirtschaftliches Potenzial. Im Einflussbereich von Patienten trägt einerseits eine hohe Gesundheitskompetenz und andererseits infolge dieser Kompetenz eine erhöhte Motivation zu einem therapietreuen Verhalten dazu bei, die Ressourcen im Gesundheitswesen evidenzbasiert einzusetzen. Im Bereich von psychosomatischen Erkrankungen hat sich gezeigt, dass eine aktive Mitwirkung von Patienten am Therapiegeschehen durch ein reduziertes Erkrankungsrisiko, kürzere Krankheitsdauern und einen geringeren Medikamentenbedarf auch in wirtschaftlicher Hinsicht vorteilhaft ist.⁶⁸⁵

6.1.5.2 Inanspruchnahme der stationären Versorgung

Studien aus dem angloamerikanischen Raum zeigen, dass eine geringe Gesundheitskompetenz unter anderem auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme der allgemeinen und notfallbezogenen stationären Versor-

⁶⁷⁹ Vgl. Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D. et al. (2015), S. 10.

⁶⁸⁰ Vgl. Vernon, J., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B. (2007), S. 9, kalkuliert anhand des Gesundheitsausgabenanteils der USA im Jahr 2007 in OECD (2009a), S. 163 und des Bruttoinlandsprodukts der USA im Jahr 2007 in OECD (2009b), S. 17.

⁶⁸¹ Vgl. Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C. et al. (2016), S. 37.

⁶⁸² Vgl. Spycher, S. (2006), S. 19.

⁶⁸³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), S. 126.

⁶⁸⁴ Vgl. Hagelüken, A. (2017), S. 15.

⁶⁸⁵ Vgl. Zielke, M. (2004), S. 233-237.

gungsinfrastruktur führt.⁶⁸⁶ In Bezug auf die Notfallversorgung muss zwar berücksichtigt werden, dass der Gesetzgeber in § 140a Abs. 1 SGB V festgelegt hat, dass keine Doppelstrukturen zur Notfallversorgung im Bereich der Integrations- und Regelversorgung geschaffen werden sollen, was jedoch nicht bedeutet, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf eine medizinisch gerechtfertigte Inanspruchnahme der Notfallinfrastruktur als Schnittstelle zur Regelversorgung nicht Gegenstand der Integrierten Versorgung sein kann.

In Deutschland kostet alleine die stationäre Notfallversorgung von Patienten, deren Behandlung auch im ambulanten Bereich möglich gewesen wäre, pro Jahr 4,79 Milliarden Euro.⁶⁸⁷ Auch wenn einschränkend berücksichtigt werden muss, dass Menschen mit hohem Bildungsabschluss mutmaßlich aufgrund eines starken Anspruchsdenkens überdurchschnittlich häufig die stationäre Notfallversorgung in Anspruch nehmen,⁶⁸⁸ ist auch festzustellen, dass milieuübergreifend sehr häufig die stationäre Notfallversorgung in Anspruch genommen wird, weil die Notwendigkeit einer stationären Behandlung drastisch überschätzt wird.⁶⁸⁹ Aus diesem Grund kann eine höhere Gesundheitskompetenz von Patienten an dieser Stelle Defizite ausgleichen und eine adäquatere Entscheidungsfindung fördern.

6.1.5.3 Ökonomisches Potenzial einer erhöhten Therapietreue

Aktuell entfällt im Gesundheitswesen ein hoher Ausgabenanteil auf Non-Compliance, beispielsweise für stationäre Aufenthalte in Fällen, in denen Patienten vom Medikationsplan abweichen und dadurch vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten.⁶⁹⁰ Insbesondere eine Arzneimittelcompliance, die bei Langzeittherapien durchschnittlich lediglich zwischen 40 % und 50 % liegt, ist kritisch zu bewerten,⁶⁹¹ denn ab einem

⁶⁸⁶ Vgl. bspw. Bailey, S. C., Fang, G., Annis, I. E. et al. (2015), S. 5; Griffey, R. T., Kennedy, S. K., D'Agostino McGowan, L. et al. (2014), S. 1111-1112; Schumacher, J. R., Hall, A. G., Davis, T. C. et al. (2013), S. 656-657; Howard, D. H., Gazmararian, J., Parker, R. M. (2005), S. 375-376; Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V. et al. (2002), S. 1282.

⁶⁸⁷ Vgl. Albrecht, M., Zich, K. (2016), S. 61.

⁶⁸⁸ Vgl. Rau, R., Mensing, M., Brand, H. (2006), S. 44.

⁶⁸⁹ Vgl. Meer, A., Simonin, C., Trapp, A. et al. (2003), S. 2162; Flaig, C., Zehnder, K., Zürcher, H. et al. (2002), S. 282.

⁶⁹⁰ Vgl. Schurig, A. M., Böhme, M., Just, K. S. et al. (2018), S. 254-256; Wallis, K. A., Andrews, A., Henderson, M. (2017), S. 341; Wilke, T., Mueller, S., Groth, A. et al. (2016), S. 120-122; Meier, F., Maas, R., Sonst, A. et al. (2015), S. 183; Budnitz, D. S., Lovegrove, M. C., Shehab, N., Richards, C. (2011), S. 2004-2009; Taché, S. V., Sönnichsen, A., Ashcroft, D. M. (2011), S. 980.

⁶⁹¹ Vgl. Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S., Winer, E. (2002), S. 652.

bestimmten Grad der fehlenden Therapietreue büßt eine Behandlung ihre Wirksamkeit ein und die Non-Compliance ist mit einer erhöhten Sterberate verbunden.⁶⁹²

Im Sinne einer effektiven Patientensteuerung stellt die Minimierung der Non-Compliance aber nicht nur unter therapeutischen Gesichtspunkten, sondern auch aus ökonomischer Perspektive ein elementares Ziel dar, um auf diesem Weg vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven besser zu nutzen.⁶⁹³ So führt beispielsweise die Einhaltung der Arzneimitteltherapie trotz höherer Medikamentenkosten durch eine geringere Inanspruchnahme der Krankenhaus- und Notfallversorgung zu niedrigeren Gesamtkosten: Roebuck et al. ermittelten beim Vergleich von Therapietreuen mit nicht-Therapietreuen Patienten jährliche Kosteneinsparungen pro Patient von 7.823 US Dollar bei Herzinsuffizienz, 3.908 US Dollar bei Bluthochdruck, 3.756 US Dollar bei Diabetes und 1.258 US Dollar bei Fettstoffwechselstörungen.⁶⁹⁴ Gerade bei häufig auftretenden Krankheiten fallen die vermeidbaren Kosten durch die hohe Patientenanzahl stark ins Gewicht. So werden pro Jahr in Deutschland 21,9 Milliarden Euro für die Behandlung von Diabetes-Typ-2-assoziierten Erkrankungen aufgewendet, wobei 760 Millionen Euro davon durch eine mangelnde Therapietreue verursacht werden.⁶⁹⁵ Vorhandene Studien beziffern die mit Non-Compliance verbundenen Gesamtkosten für Deutschland auf 7,5 bis 10 Milliarden Euro pro Jahr, wobei in diesen Analysen nur direkten Kosten (stationäre Aufenthalte, Pflegeleistungen, Notfallversorgung, etc.) einbezogen wurden und indirekte Kosten (Fehlzeiten, Produktivitätseinbußen, etc.) unberücksichtigt blieben.⁶⁹⁶ Indirekte Kosten dürfen jedoch aufgrund ihres hohen Stellenwerts nicht vernachlässigt werden. Die hohe Relevanz der indirekten Kosten lässt sich unter anderem durch das Beispiel Rückenschmerz illustrieren: Die Gesamtkosten dieser „Volkskrankheit“ werden für Deutschland mit 9 Milliarden Euro pro Jahr angegeben.⁶⁹⁷ Dabei wird der Anteil der direkten Kosten an den Gesamtkosten lediglich auf 15 % geschätzt, während 85 % davon auf die indirekten Krankheitskosten, die vorrangig durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entstehen, entfallen.⁶⁹⁸ Allein in den Bereichen Bluthochdruck, Asthma/ COPD, chronische Rū-

⁶⁹² Vgl. Granger, B. B., Swedberg, K., Ekman, I. et al. (2005), S. 2007-2008.

⁶⁹³ Vgl. Schöffski, O. (1999).

⁶⁹⁴ Vgl. Roebuck, M. C., Liberman, J. N., Gemmill-Toyama, M., Brennan, T. (2011), S. 95-97.

⁶⁹⁵ Vgl. Aitken, M., Rajagopal, S., Marinoni, G. (2016), S. 8.

⁶⁹⁶ Vgl. Bauer, H. H., Bergner, K. N., Hölzing, J. A. (2012), S. 377; Braun, B., Marstedt, G. (2012), S. 57; Gräf, M. (2007); Volmer, T., Kielhorn, A. (1999), S. 55.

⁶⁹⁷ Vgl. Raspe, H.-H. (2012), S. 16.

⁶⁹⁸ Vgl. Robert Koch-Institut (2007), S. 35.

ckenschmerzen, Depression und Gelenkrheumatismus werden die in Deutschland mit einer mangelnden Therapietreue in Verbindung stehenden Produktivitätsverluste auf 38 bis 75 Milliarden Euro bzw. 1-2 % des BIP pro Jahr geschätzt.⁶⁹⁹ In diesem Zusammenhang gehen diese Schätzungen davon aus, dass eine alle relevanten Versorgungsbeteiligten einbeziehende, effektive Patientensteuerung im Bereich dieser Krankheiten ein jährliches Potenzial von 10 bis 20 Milliarden Euro erschließen könnte.⁷⁰⁰

Gleichzeitig liefern die Daten aus der Versorgungsforschung konkrete Ansatzpunkte, wo die Patientensteuerung intensiviert werden muss, denn abhängig von der Erkrankung variiert die Therapietreue. US-amerikanische Studien stellen eine durchschnittliche Non-Compliance-Quote von 24,8 % fest, wobei diese bei HIV (11,7 %), Arthritis (18,8 %), und Darmerkrankungen (19,6 %) am niedrigsten ausfällt und die Patientengruppen mit Lungenerkrankungen (31,2 %), Diabetes (32,5 %) und Schlafstörungen (34,5 %) die höchsten Non-Compliance-Anteile aufweisen.⁷⁰¹ Dadurch können bei der Versorgungsplanung gezielt die Indikationsfelder adressiert werden, wo die Bemühungen der Patientensteuerung im Sinne einer erhöhten Wirtschaftlichkeit des Versorgungsgeschehens verstärkt werden müssen.

6.1.5.4 Nutzung präventiver Möglichkeiten

Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten spielt die Tatsache, dass eine hohe Gesundheitskompetenz ermöglicht, Gesundheitsrisiken realistisch einzuschätzen und Präventionspotenziale frühzeitig zu nutzen, eine elementare Rolle, da damit der schonende Umgang mit finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen in Verbindung steht.⁷⁰² Gerade dieser Aspekt hat eine besondere Tragweite, weil die Ausprägung der Gesundheitskompetenz über den Grad der Nutzung des präventiven Potenzials nicht nur die eigene Gesundheit beeinflusst, sondern sich auch auf die der Folgeneration und deren Gesundheitskosten auswirkt (siehe dazu auch Kapitel 6.1.4.1).⁷⁰³ So sind viele Krebserkrankungen direkt auf die in Kapi-

⁶⁹⁹ Vgl. Behner, P., Klink, A., Visser, S. et al. (2012), S. 11.

⁷⁰⁰ Vgl. Behner, P., Klink, A., Visser, S. et al. (2012), S. 5-17.

⁷⁰¹ Vgl. DiMatteo, M. R. (2004), S. 204-207.

⁷⁰² Vgl. Heilmann, K. (2015), S. 16-29; Zok, K. (2014), S. 2-12.

⁷⁰³ Vgl. Radford, E. J., Ito, M., Shi, H. et al. (2014), S. 1-4.

tel 6.1.4.1 beschriebenen Lebensstilfaktoren zurückzuführen und wären somit vermeidbar.⁷⁰⁴

In Kapitel 6.1.4.1.1 wurden die negativen Begleiterscheinungen von Tabakkonsum beschrieben. Aus ökonomischer Perspektive konkretisiert bedeutet dieser in Deutschland direkte Kosten von 25,41 Milliarden Euro pro Jahr für Medikamente, Pflegeleistungen sowie für ambulante, stationäre und rehabilitative Behandlungen. Diese Summe schließt auch die Kosten, die bei Angehörigen durch Passivrauchen entstehen und mit 1,23 Milliarden Euro beziffert werden, ein. Hinzu kommen indirekte Kosten in Höhe von 53,68 Milliarden Euro, die vorrangig auf einen Ressourcenverlust durch frühzeitigen Tod, Langzeitarbeitslosigkeit sowie Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zurückgehen.⁷⁰⁵

Kapitel 6.1.4.1.2 geht auf den Stellenwert einer gesunden Ernährung ein. Auch aus ökonomischer Sicht, besitzt dieses Präventionsfeld ein hohes Gewicht, denn eine unausgewogene Ernährung mit einem zu hohen Zucker-, Salz- und Fettanteil verursacht im deutschen Gesundheitswesen direkte Kosten in Höhe von rund 16,8 Milliarden Euro pro Jahr, vorrangig durch die Behandlung von Karies, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Stoffwechselstörungen wie Diabetes oder Übergewicht sowie eine Reihe von Krebserkrankungen.⁷⁰⁶ Aktuelle Studien zu den diesbezüglichen indirekten Kosten konnten nicht ermittelt werden, aber Arab-Kohlmeier beziffert in ihrer Studie aus dem Jahr 1993 diese mit 18,5 Milliarden Euro.⁷⁰⁷

Die Auswirkungen des Konsums von Alkohol ist Gegenstand von Kapitel 6.1.4.1.3, der im Fall eines missbräuchlichen Ausmaßes hohe Kosten bedeutet. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung belaufen sich die alkoholmissbrauchsbedingten Kosten pro Fall und Quartal auf 660 bis 800 Euro,⁷⁰⁸ was gerade dadurch zu hohen Gesamtkosten führt, dass jedes Jahr rund 400.000 dieser Fälle vollstationär behandelt werden müssen.⁷⁰⁹ Nicht berücksichtigt sind in dieser Betrachtung die unter Alkoholeinfluss verursachten Unfallschäden, die auf rund 7,77 Milliarden Euro für den Zeitraum zwischen 2010 und 2014 geschätzt werden.⁷¹⁰

⁷⁰⁴ Vgl. Behrens, G., Gredner, T., Stock, C. et al. (2018), S. 583-584; Mons, U., Gredner, T., Behrens, G. et al. (2018), S. 576.

⁷⁰⁵ Vgl. Effertz, T., Viarisio, V. (2015).

⁷⁰⁶ Vgl. Meier, T., Senftleben, K., Deumelandt, P. et al. (2015), S. 7.

⁷⁰⁷ Vgl. Arab-Kohlmeier, L. (Hrsg.) (1993).

⁷⁰⁸ Vgl. Effertz, T., Verheyen, F., Linder, R. (2014), S. 209.

⁷⁰⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2016b), S. 12-13.

⁷¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2016b), S. 9-10.

Wie in Kapitel 6.1.4.1.4 ausgeführt, stellt gerade in den Industrienationen das Ausmaß an Bewegungsmangel in der Bevölkerung ein Problem mit weitreichenden gesundheitlichen Folgen dar. Ding et al. ermittelten, dass das bestehende Bewegungsdefizit in Deutschland pro Jahr zu direkten Kosten in Höhe von 2,2 Milliarden internationalen Dollar⁷¹¹, die durch die Behandlung assoziierter Erkrankungen wie die Koronare Herzkrankheit, Diabetes Typ 2, Brustkrebs oder Schlaganfälle entstehen, und zu indirekten Kosten in Höhe von 0,5 Milliarden internationalen Dollar, vorrangig bedingt durch frühzeitige Mortalität und eingeschränkte Produktivität, führt.⁷¹²

Diese vier beschriebenen Felder besitzen bei der Vermeidung von nicht übertragbaren Krankheiten und der damit verbundenen Behandlungskosten das höchste Gewicht,⁷¹³ aber auch für andere präventive Maßnahmen kann ein wirtschaftlicher Effekt nachgewiesen werden. Die ökonomische Komponente von Impfungen lässt sich beispielsweise daran ablesen, dass Kinder mit einer vollständigen Grippeimpfung gegenüber nicht geimpften Kindern eine rund halb so hohe Wahrscheinlichkeit eines influenzabedingten Krankenhausaufenthalts haben und damit in der Gruppe der Geimpften auch geringere stationäre Kosten entstehen.⁷¹⁴

Die bisherige Betrachtung hat die Kosten auf einer aggregierten Ebene beleuchtet. Im Einzelnen muss jedoch immer geprüft werden, ob die Patientensteuerung, deren Maßnahmen in aller Regel selbst mit Kosten verbunden sind, die Versorgungskosten so stark beeinflussen können, dass ein steuernder Eingriff auch aus ökonomischer Sicht vorteilhaft ist. An dieser Stelle die Vielzahl an möglichen Einzelmaßnahmen zur Patientensteuerung unter den Gesichtspunkten der Kosteneffektivität erschöpfend zu behandeln, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher wird hier beispielhaft eine Intervention zur Gewichtsreduktion, worüber das Diabetesrisiko gesenkt werden kann, herangezogen. Da Diabetes Typ 2 nicht mehr nur ausschließlich im gehobenen Alter vorkommt und gerade Diabetiker, bei denen die Krankheit zu einem frühen Zeitpunkt auftritt, länger behandelt werden müssen, ein höheres Risiko von Folgeerkrankungen tragen und dadurch häufig in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, sind nicht zuletzt auch aus volkswirtschaftlicher Sicht Strategien

⁷¹¹ Der internationale Dollar ist eine von der Weltbank berechnete, auf Kaufkraftparitäten basierende Vergleichswährung (siehe <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP>).

⁷¹² Vgl. Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L. et al. (2016), S. 1314-1317.

⁷¹³ Vgl. World Health Organization (WHO) (2013), S. 58.

⁷¹⁴ Vgl. Segaloff, H. E., Leventer-Roberts, M., Riesel, D. et al. (2019), S. 2157-2160.

notwendig, um einem weiteren Fortschreiten entgegenzuwirken.⁷¹⁵ In diesem Zusammenhang ermittelten Ahern et al. in ihrer Studie, dass insbesondere ein langfristig angelegtes Programm zur Gewichtsreduktion nicht nur erfolgreicher als kürzere Interventionen übergewichtsbezogene Krankheiten und Lebensqualitätseinbußen vermeidet, sondern auch kosteneffektiv ist, selbst wenn nur die direkten Kosten einbezogen werden und die in den indirekten Kostenbereichen vermiedenen Ausgaben unberücksichtigt bleiben.⁷¹⁶ Gerade eine Unterstützung im Rahmen der Integrierten Versorgung kann den Zugang zu solchen Programmen erleichtern. Neben den vorgestellten Feldern, in denen die Nutzung des damit verbundenen ökonomischen Potenzials vorrangig vom Verhalten des Patienten abhängt, existieren noch weitere, die jedoch zum überwiegenden Teil von anderen Akteuren eines Integrationsmodells beeinflusst werden. So sind zwar beispielsweise wirtschaftlichkeitsrelevante Aspekte des Leitsatzes „ambulant vor stationär“ auch in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten relevant, aber in diesem Zusammenhang wird die Umsetzung dieses Prinzips als vorrangige Steuerungsaufgabe von Ärzten aufgefasst und deshalb in Kapitel 6.2.5.3 näher betrachtet.

6.1.6 Rechtliche Grundlagen

In diesem Kapitel geht es darum, welche gesetzlichen Grundlagen für die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung in Bezug auf die Rolle des Patienten existieren. Zunächst stellt sich aus rechtlicher Perspektive die Frage nach der grundsätzlichen Zulässigkeit der Patientensteuerung. Auch wenn die Prinzipien einer optimierten Prozessgestaltung aus dem Industriebereich auf das Gesundheitswesen übertragen werden könnten und die dafür notwendigen Technologien seit langem bereits existieren,⁷¹⁷ gilt es bei der Versorgungssteuerung elementare Grundrechte des Patienten zu beachten, die einer vollständigen Übertragung der Systeme aus dem Warenwirtschaftssystem grundlegend widersprechen. In diesem Zusammenhang sichert das Selbstbestimmungsrecht als besonders bedeutsames Grundrecht (Artikel 2 Abs. 1 und Artikel 1 Abs. 1 GG) dem Patienten das Recht zu einer eigenständigen Entscheidung ohne Einmischung Dritter zu, was zwar der Patientensteuerung per se nicht entgeht, aber ausschließlich eine auf sachlichen und legalen Krite-

⁷¹⁵ Vgl. Al-Saeed, A. H., Constantino, M. I., Molyneaux, L. et al. (2016), S. 823-828; Liebl, A., Neiss, A., Spannheimer, A. et al. (2001), S. 588.

⁷¹⁶ Vgl. Ahern, A. L., Wheeler, G. M., Aveyard, P. et al. (2017), S. 2221-2224.

⁷¹⁷ Vgl. Koch, M., Marx, S., Elmer, A. (2013), S. 131-132; Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 149-228.

rien beruhende Steuerung erlaubt.⁷¹⁸ Wie die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung aus rechtlicher Sicht gestaltet werden kann und welche Auswirkungen dies auf den Patienten bzw. Versicherten hat, ist Gegenstand dieses Kapitels.

6.1.6.1 Teilnahmebedingungen

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert in § 140a Abs. 4 die Integrierte Versorgung als freiwillige Alternative zur Regelversorgung, weswegen Versicherte im Interesse des Verbraucherschutzes und einer informierte Entscheidung „die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen“⁷¹⁹ können. Die konkreten Bedingungen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung, insbesondere die verbindliche Teilnahmedauer, eventuelle Beschränkungen der Arztwahlfreiheit und die Folgen von Regelverstößen, regelt die Krankenkasse in der Teilnahmeerklärung.⁷²⁰ Diese Aspekte der Teilnahme sind gerade in Bezug auf die Patientensteuerung von besonderer Bedeutung. So wird über die Teilnahmedauer vor allem festgelegt, ob das betreffende Versorgungsmodell ausschließlich eine kurze Behandlungsepisode abdeckt, beispielsweise bei stationärsersetzenden, elektiven Eingriffen,⁷²¹ oder ob Patienten im Rahmen einer populationsorientierten Vollversorgung über einen längeren Zeitraum gesteuert werden.⁷²² Das Instrument einer beschränkten Arztwahlfreiheit ermöglicht die Etablierung eines Primärarzt- oder Lotsensystems, bei dem eine nach evidenzbasierten Kriterien gerechtfertigte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen realisiert werden kann.⁷²³ Auch die Festlegung von verbindlichen Sanktionen bei Regelverstößen ist für die Einhaltung der Prozesse der Patientensteuerung elementar. Studien zur Inanspruchnahme der stationären Notfallinfrastruktur zeigen, dass viele Patienten diese vorrangig wegen der günstigeren Öffnungszeiten und weniger wegen einer medizinisch begründeten Dringlichkeit nutzen und ihnen die inadäquate Nutzung sehr wohl bewusst ist.⁷²⁴ Auch wenn der Maßgabe von § 140a Abs. 1 SGB V ent-

⁷¹⁸ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 6-8.

⁷¹⁹ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (1988), § 140a Abs. 4.

⁷²⁰ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (1988), § 140a Abs. 4; GKV Spitzenverband (2013).

⁷²¹ Vgl. Neumann, A., Menn, K. (2012), S. 32-34.

⁷²² Vgl. Sterly, C., Hasseler, M. (2015), S. 677-680.

⁷²³ Vgl. Reiners, H. (2013), S. 16.

⁷²⁴ Vgl. Schmiedhofer, M. H., Searle, J., Slagman, A., Möckel, M. (2017), S. 838-840; Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B. A., Wrede, C. (2016), S. 2-6.

sprechend die Notfallversorgung selbst nicht Gegenstand der Integrierten Versorgung ist und in die selektivvertragliche Struktur lediglich die Versorgungsprozesse im unmittelbaren Umfeld der Notfallversorgung einbezogen werden können, unterstreicht dieses Beispiel die Bedeutung der in der Integrierten Versorgung vorgehaltenen Anreizstrukturen für Patienten (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1).

6.1.6.2 Datenschutz

Da § 140a Abs. 4 SGB V ohnehin vorsieht, dass die Bedingungen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung in der Teilnahmeerklärung des Versicherten aufgeführt sein müssen, besteht ein zentraler Vorteil darin, dass in diesem Zusammenhang auch in Bezug auf den Datenschutz bestimmte Sonderbedingungen vereinbart werden können, die im Sinne der Patientensteuerung eine intensivere Abstimmung unter allen beteiligten Leistungserbringern und einen stärkeren Austausch von Behandlungsdaten ermöglichen. Gleichzeitig müssen auch bei der Patientensteuerung in Rahmen der Integrierten Versorgung für den Patienten der Schutz seiner Daten und seine informationelle Selbstbestimmung gewährleistet bleiben. Aus diesem Grund weisen sowohl § 11 Abs. 4 SGB V als auch § 140a Abs. 5 SGB V darauf hin, dass vor dem Austausch jeglicher Patienteninformationen unter den behandelnden Leistungserbringern der Patient im Vorfeld eine Information darüber erhalten und eingewilligt haben muss.

Ein integrales Element der Versorgungssteuerung in der Integrierten Versorgung ist der elektronische Datenaustausch unter den behandelnden Ärzten,⁷²⁵ dem zwar ein Großteil der Patienten grundsätzlich offen gegenübersteht, der aber auch den Schutz ihrer Daten gewahrt sehen will.⁷²⁶ Ein ausreichend berücksichtigter Datenschutz bei der Gestaltung einer elektronisch vernetzten Gesundheitsversorgung ist nicht nur unter den Gesichtspunkten der Patientensouveränität, der Einhaltung der Schweigepflicht und der Wahrung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung wichtig, sondern beeinflusst in besonderem Maße, wieweit Patienten die Integrierte Versorgung als Ganzes und die darin stattfindenden Austauschprozesse akzeptieren. Denn es ist davon auszugehen, dass sie in aller Regel die Nutzung ihrer Daten nur dann freigeben, wenn die vorgehaltenen Sicherheitsmechanismen einen für personenbezogene Daten angemessenen Schutz gewährleisten können. Anders als bei einem

⁷²⁵ Vgl. Binder, A. (2015), S. 438.

⁷²⁶ Vgl. Wohlers, K. (2016).

fragmentierten Versorgungsprozess, bei dem Patienten bestimmte Datenfreigaben mehrfach erteilen müssen, erleichtert ein zentrales Datenmanagement in einer sektorübergreifenden Integrierten Versorgung Patienten das Wahrnehmen ihrer datenschutzrechtlichen Betroffenenrechte. So ermöglicht beispielsweise ein einheitliches PIN-Verfahren Patienten, niedrigschwellig ihre Daten einzusehen, ohne auf Datenschutzmaßnahmen, wie beispielsweise den Schutz vor einem unbefugten Zugriff Dritter, verzichten zu müssen.⁷²⁷

Wie wichtig es ist, bei der Patientensteuerung ein besonderes Augenmerk auf den Datenschutz zu richten, zeigt die Prüfung der bestehenden elektronischen Lösungen, die den Patienten bei der Datenerfassung und -verwaltung und darüber hinaus auch bei der Mitwirkung an der Patientensteuerung unterstützen können. Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang ermittelt, dass Medical Apps, Wearables und Fitnessarmbänder eklatante Datenschutzängel aufweisen. Solche Geräte erfassen häufig Daten, die direkte Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Nutzers zulassen, und übermitteln diese an den Hersteller, ohne dass die Datenschutzerklärung ausreichend über die Verwendung der gesammelten Daten informiert. Bevor solche Technologien im Rahmen der Integrierten Versorgung einsetzbar sind, müssen die damit verbundenen Datenschutzfragen abschließend geklärt sein.⁷²⁸

6.1.6.3 Rechtliche Aspekte einer Mitverantwortung des Patienten

Ein entscheidender Aspekt der Patientenautonomie in Bezug auf die Patientensteuerung ist die Übernahme einer Mitverantwortung durch den Patienten selbst, denn ebenso wichtig wie die Tatsache, dass alle beteiligten Akteure einen Vorteil in der Teilnahme an der Integrierten Versorgung für sich sehen, ist, dass alle am Behandlungsverlauf Beteiligten, einschließlich des Patienten selbst, gemeinsam Prozess- und Ergebnisverantwortung tragen. Das heißt konkret, dass auch Patienten unter anderem dafür sensibilisiert werden müssen, dass verschiedene Versorgungsoptionen zwar mit unterschiedlichen Kosten, aber vergleichbarer medizinischer Qualität einhergehen können. Ein zentrales Instrument für eine ökonomische Erfolgspartizipation des Versicherten ist die Prämiengestaltung. Welche Anreizelemente die Krankenkasse dabei nutzen kann, um Versicherte insbesondere im Fall qualitativer Gleichwertigkeit zur Wahl der ressourcenschonenderen Alternative zu motivieren, beschrei-

⁷²⁷ Vgl. Koch, M., Marx, S., Elmer, A. (2013), S. 132-133.

⁷²⁸ Vgl. Moll, R., Schulze, A., Rusch-Rodosthenous, M. et al. (2017), S. 41-42; Krüger-Brand, H. E. (2016).

ben Kapitel 6.1.1.1 und 6.1.1.2. Der finanzielle Anreiz stellt damit einen wesentlichen Baustein einer effektiv funktionierenden Patientenmotivation für den Therapieweg dar, der sowohl unter Qualitäts- als auch Kostengesichtspunkten optimal ist. In Dänemark wird eine solche Patientensteuerung im Rahmen der Prämiengestaltung bereits praktiziert. Hier haben Versicherte die Wahl zwischen einem günstigeren Tarif, über den rund 98 % der Dänen versichert sind und der ihnen nur über ihren verbindlich gewählten Hausarzt den Zugang zur fachärztlichen Versorgung gewährt, und einem teureren Tarif, über den nur 2 % der Bevölkerung versichert sind und der ihnen einen direkten Zugang sowohl zu Haus- als auch Fachärzten ermöglicht.⁷²⁹

Aus diesem Grund räumt § 53 Abs. 3 SGB V Krankenkassen die Möglichkeit ein, über Satzungsregelungen gesonderte Tarife für Versicherte anzubieten, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen, und darüber finanzielle Vorteile in Form von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen einzuräumen. Ein zentrales Gestaltungselement solcher Modelle ist die Etablierung eines primärärztlichen Lotsensystems,⁷³⁰ wobei einschränkend anzumerken ist, dass Erfahrungen mit der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, bei der ebenfalls dieses Steuerungsinstrument genutzt wird, unter den derzeitigen Rahmenbedingungen auf eine Diskrepanz zwischen den Kompensationsvorstellungen von Versicherten, die bisher noch nicht eingeschrieben sind, und dem Betrag, der durch Einsparungen generiert werden kann, hindeutet.⁷³¹ Zusätzlich ist der Entscheidungsspielraum von Krankenkassen in Bezug auf die Gewährung von Prämienvorteilen eingeschränkt, denn nach der Maßgabe der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) dürfen Aufwendungen für die Integrierte Versorgung nicht dazu führen, dass die Krankenkasse zu einer Erhöhung ihres Beitragssatzes gezwungen ist. § 140a Abs. 2 SGB V beinhaltet die Verpflichtung, die Wirtschaftlichkeit eines integrierten Versorgungsmodells vier Jahre nach Laufzeitbeginn des zugrundeliegenden Vertrags nachzuweisen. Bestimmte Mehrausgaben, beispielsweise für eine intensivere ambulante Betreuung, können jedoch beim Nachweis der Wirtschaftlichkeit dadurch begründet werden, dass eine strukturierte Versorgung im Rahmen eines Integrationsmodells dazu beiträgt, kostenintensive

⁷²⁹ Vgl. Baur, R., Heimer, A., Wiese, S. (2003), S. 27-29.

⁷³⁰ Vgl. Reiners, H. (2013), S. 16.

⁷³¹ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 269-270.

Folgekomplikationen, die stationär versorgt werden müssen, zu vermeiden.⁷³²

6.1.6.4 Einschränkung der Arztwahlfreiheit

Im Hinblick auf die bestehende Regelversorgung hält der Gesetzgeber an der in § 76 SGB V verankerten freien Arztwahl fest und appelliert lediglich an die Versicherten, als ersten Anlaufpunkt einen bestimmten Hausarzt als Koordinator zu wählen, was jedoch aufgrund nicht existenter Sanktionsmechanismen häufig nicht geschieht.⁷³³ Aus diesem Grund zielt die Integrierte Versorgung darauf ab, einer bestehenden Unter- und Überversorgung durch eine stärkere Lotsenfunktion vorzubeugen, die in den meisten Koordinationskonzepten dem betreuenden Hausarzt übertragen wird.⁷³⁴ Diese stärkere Lotsenfunktion bedeutet wiederum für den Patienten eine eingeschränkte Arztwahlfreiheit, ein Gestaltungselement, das das SGB V in § 140a Abs. 4 einräumt. Im Gegenzug können ihm dafür Vergünstigungen in Form von Boni gewährt werden.⁷³⁵

Gleichzeitig sehen Kritiker in einer beschränkten Arztwahlfreiheit eine Gefahr für die Versorgung, wobei diese Kritik häufig von Eigeninteressen gelenkt ist. So warnen beispielsweise Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, die über eine lange Zeit von einer Beteiligung an Verträgen der Integrierten Versorgung ausgeschlossen waren,⁷³⁶ vor einem unkoordinierten Wettbewerb, bei dem eine beschränkte Arztwahlfreiheit zu einer ungerechteren Versorgung führe.⁷³⁷ Auch Vertreter der Fachärzte lehnen eine Abkehr von der freien Arztwahl ab,⁷³⁸ was jedoch aus standespolitischer Perspektive nachvollziehbar ist, da im internationalen Vergleich Deutschland über eine sehr hohe Facharztdichte verfügt und niedergelassene Fachärzte eine hohe Auslastung ihrer Praxen maßgeblich einem direkten Zugang der Patienten verdanken.⁷³⁹ Auch hinter den einseitigen Bedenken der Interessenvertreter von Krankenhäusern, eine solche Versorgungssteuerung führe zu einer Beschneidung der Wahlfreiheit von

⁷³² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001), S. 225-226.

⁷³³ Vgl. von Stillfried, D., Erhart, M., Czihal, T. (2015), S. 313-314.

⁷³⁴ Vgl. Reiners, H. (2013), S. 16; Butzlaff, M., Böcken, J., Kunstmann, W. (2002), S. 366.

⁷³⁵ Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 74.

⁷³⁶ Vgl. Sterly, C., Hasseler, M. (2015), S. 670.

⁷³⁷ Vgl. Schmidt, K. (2009).

⁷³⁸ Vgl. Bloch, M. (2008), S. 926.

⁷³⁹ Vgl. Butzlaff, M., Böcken, J., Kunstmann, W. (2002), S. 367.

Patienten, ist die Befürchtung einer verringerten Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen erkennbar.⁷⁴⁰

Aus rechtlicher Sicht sieht Pitschas in einer Beschränkung der Arztwahlfreiheit Grundrechte verletzt, nämlich die allgemeine Handlungsfreiheit des Versicherten (Art. 2 Abs. 1 GG), welche die freie Arztwahl umfasse, und eine „Garantie freier Beruflichkeit in patientenbezogener Verantwortlichkeit“⁷⁴¹ des Arztes, welche er aus Art. 12 Abs. 1 GG herleitet.⁷⁴² Beule argumentiert in diesem Zusammenhang, dass eine Beschränkung der Arztwahlfreiheit trotz der freiwilligen Teilnahme des Versicherten an der Integrierten Versorgung nicht rechtmäßig sei, da Krankenkassen und Leistungserbringer nicht über das in § 76 SGB V definierte Recht des Versicherten zu einer freien Arztwahl disponieren könnten.⁷⁴³ Zusätzlich kann ins Feld geführt werden, dass die Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO) an mehreren Stellen die hohe Bedeutung des Grundsatzes der freien Arztwahl betont.⁷⁴⁴

Diese Positionen verkennen jedoch, dass die allgemeine Handlungsfreiheit durch die verfassungsmäßige Ordnung beschränkt ist und deshalb grundsätzlich durch Gesetz - und damit auch durch § 140a SGB V und die damit geschaffene Vertragsschlussmöglichkeit - eingeschränkt werden kann.⁷⁴⁵ Auch betrifft ein Eingriff in das Grundrecht der Ärzte aus Art. 12 Abs. 1 GG lediglich die Stufe der Berufsausübung, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt und durch jede vernünftige Erwägung für das Gemeinwohl gerechtfertigt werden kann.⁷⁴⁶ Die Berufswahlfreiheit ist hingegen nicht betroffen. Ein Eingriff in diese Grundrechtspositionen ist auch gerechtfertigt, denn der Patient macht durch die aktive Entscheidung für die Integrierte Versorgung und gegen den Verbleib in der Regelversorgung in besonderem Maße von einer ihm gebotenen Wahlfreiheit Gebrauch. Im Übrigen würde eine völlig unbeschränkbare Arztwahlfreiheit der Intention des Gesetzgebers zuwider laufen,⁷⁴⁷ weshalb auch § 76 SGB V dem Konzept der Integrierten

⁷⁴⁰ Vgl. Laufer, R., Heins, D., Wörz, M. et al. (2010), S. 927-928.

⁷⁴¹ Pitschas, R. (2015), S. 158.

⁷⁴² Vgl. Pitschas, R. (2015), S. 158.

⁷⁴³ Vgl. Beule, C. (2003), S. 159-160.

⁷⁴⁴ Vgl. Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 16; Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 19; Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 126; Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 308; Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 370; Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015), S. 443.

⁷⁴⁵ Vgl. Bundesverfassungsgericht (1957), Rn. 27-36.

⁷⁴⁶ Vgl. Bundesverfassungsgericht (1958), Rn. 75-76.

⁷⁴⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (2006), S. 112.

Versorgung nicht entgegensteht. Darüber hinaus kann man die durch § 140a SGB V geschaffene Vertragsschlussmöglichkeit sogar als *lex specialis* gegenüber § 76 SGB V begreifen, und zwar im doppelten Sinne, nämlich als speziellere und zudem spätere Regelung, welche die in § 76 SGB V statuierte Arztwahlfreiheit deshalb im Bereich der vertragsbasierten Integrierten Versorgung verdrängt.

Aus diesem Grund ist der Argumentation von Windthorst zu folgen, der die Position vertritt, dass eine beschränkte Arztwahlfreiheit des Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung auf dessen freiwillige Entscheidung für dieses Versorgungsmodell zurückgehe und deshalb rechtskonform sei; Ausnahmen von dieser Bindung sieht Windthorst in bestimmten Fällen wie Notfallbehandlungen und verweist ansonsten darauf, dass für eingeschriebene Versicherte die Möglichkeit bestehe, in die Regelversorgung zurückzukehren,⁷⁴⁸ so dass der Versicherte seine teilweise - nämlich nur im Rahmen der Integrierten Versorgung - beschränkte Arztwahlfreiheit jederzeit einseitig wieder vervollständigen kann. Zudem stellt auch die sozialgerichtliche Rechtsprechung bisweilen klar, dass dem SGB V zwar ein absolutes Wahlverbot unter den zugelassenen Leistungserbringern fremd sei, aber an manchen Stellen, wie beispielsweise bei der freiwilligen Wahl eines Modells der Integrierten Versorgung, die Freiheit des Versicherten eingeschränkt sein könne.⁷⁴⁹ Nicht zuletzt kann die Krankenkasse bei der Gestaltung der Teilnahmebedingungen sicherstellen, dass Versicherte, die mit dem Angebot des betreffenden Modells der Integrierten Versorgung unzufrieden sind, dieses auch zeitnah wieder verlassen können.⁷⁵⁰ Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass, auch wenn Art. 2 Abs. 1 GG dem Patienten ein Grundrecht auf gesundheitliche Selbstbestimmung gewährt, das Recht auf die freie Arztwahl allenfalls als Abwehrrecht zu verstehen ist und unter dem Vorbehalt der Finanzierbarkeit der GKV steht, was wiederum bedeutet, dass das Interesse des Versicherten an einer freien Arztwahl immer auch gegen andere ebenso wichtige Aspekte wie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die damit verbundene Möglichkeit, der Gesamtbevölkerung in Deutschland eine umfassende Gesundheitsversorgung zuteilwerden zu lassen, abgewogen werden muss, wobei das Grundrecht dann auch im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung entsprechend eingeschränkt werden kann.⁷⁵¹

⁷⁴⁸ Vgl. Windthorst, K. (2002), S. 141-142.

⁷⁴⁹ Vgl. Sozialgericht Darmstadt (2014), 49-50.

⁷⁵⁰ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 55.

⁷⁵¹ Vgl. Wigge, P., Harney, A. (2008), S. 148-149.

Ungeachtet der grundsätzlichen Zulässigkeit einer beschränkten Arztwahlfreiheit im Rahmen der Integrierten Versorgung, muss sichergestellt werden, dass ein solches Gestaltungsinstrument keine problematischen Entwicklungen im Gesundheitssystem auslöst. Trotz der grundsätzlich nutzerorientierten Konzeption besteht bei solchen Versorgungsmodellen die Gefahr eines Preiswettbewerbs, bei dem Qualitätsaspekte in den Hintergrund geraten, weswegen der Qualitätssicherung und einer regelmäßigen Evaluierung durch unabhängige Institutionen bei der Schaffung eines qualitätsgetriebenen Wettbewerbs eine Schlüsselrolle zukommt.⁷⁵² Darüber hinaus birgt eine flächendeckende Anwendung der beschränkten Arztwahlfreiheit die Gefahr, dass der Zugang zu stark nachgefragten Ärzten mit hoher Qualität nur in teuren Tarifen erreicht werden kann und günstigere Tarife bedeuten, dass man sich mit weniger nachgefragten Ärzten und/oder schlechterer Leistungsqualität begnügen muss, was aber im Widerspruch zum Solidaritätsprinzip stehen würde.⁷⁵³ Vorhandene Analysen geben jedoch den Anteil, den die Ausgaben für die Integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV ausmachen, mit weniger als 1 % an,⁷⁵⁴ weswegen ein Szenario, in dem die Integrierte Versorgung etwa eine marktbeherrschende Stellung einnähme, derzeit nicht abzusehen ist.

Der Sachverständigenrat Gesundheit sieht eine entscheidende Schwäche von bestehenden Integrationsmodellen in der mangelnden Netztreue der eingeschriebenen Versicherten, da diese sowohl medizinische als auch ökonomische Erfolge verhindert und Beispiele aus der Schweiz und den USA zeigen, dass eine mit Sanktionen versehene Verpflichtung zur Netztreue eine funktionierende Patientensteuerung bewirken kann.⁷⁵⁵ Aus diesem Grund stellt die Beschränkung der Arztwahlfreiheit im Rahmen der Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung ein elementares Gestaltungselement dar.

6.1.7 Zwischenfazit zur Rolle von Patienten

Im Hinblick auf die Patientensteuerung ist festzustellen, dass vielen Patienten entscheidende Versorgungselemente wie eine durchgängig koordinierte und professionelle Versorgung wichtig sind und ein Großteil der Patienten sich eine aktive Mitbestimmung bei Entscheidungen über ihre

⁷⁵² Vgl. Ewert, B. (2013), S. 90-91.

⁷⁵³ Vgl. Kumpmann, I. (2012), S. 265.

⁷⁵⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 348-349.

⁷⁵⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 232.

Gesundheitsversorgung wünscht (siehe Kapitel 6.1.1). Gleichzeitig unterstützen die vorhandenen Strukturen eine aktive Patientenrolle zu wenig, beispielsweise weil ein Patientenzugang der ePA fehlt und Darstellungsformate von Qualitätsdatensystemen häufig nicht patientenverständlich aufbereitet sind (siehe Kapitel 6.1.2). Darüber hinaus verfügt in Deutschland ein hoher Anteil der Patienten nicht über die Gesundheitskompetenz, die sie zu einem Arzt-Patienten-Verhältnis auf Augenhöhe befähigen würde (siehe Kapitel 6.1.3.1.1). Dementsprechend bleiben vorhandene Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale, die im Einflussbereich von Patienten liegen, insbesondere im präventiven Bereich, häufig ungenutzt (siehe Kapitel 6.1.4 und 6.1.5).

6.2 Die Rolle von Ärzten

Als medizinische Experten spielen Ärzte eine Schlüsselrolle in der Patientensteuerung und im Sinne eines sektorübergreifenden und lückenlosen Behandlungsprozesses dürfen sich die koordinierenden Aktivitäten der behandelnden Ärzte nicht auf einen einzelnen Behandlungsabschnitt beschränken, sondern müssen sich am Krankheitsbild des betreffenden Patienten orientieren.⁷⁵⁶ Dass häufig gerade damit eine besondere Herausforderung verbunden ist, zeigt sich insbesondere in stark fragmentierten, multidisziplinären Versorgungsbereichen wie der Schmerztherapie, bei der neben orthopädisch-funktionellen und anästhesiologischen Aspekten auch die neurologischen, psychosozialen und psychiatrischen Komponenten der vorliegenden Schmerzindikation berücksichtigt werden müssen.⁷⁵⁷ In den nun folgenden Kapiteln werden die in Kapitel 2.2 beschriebenen Komponenten der Patientensteuerung bezogen auf die Rolle von Ärzten vertieft beleuchtet.

6.2.1 Motivatorische Aspekte

Nicht nur für Patienten, sondern auch für ambulant und stationär tätige Ärzte stellt die Teilnahme an der Integrierten Versorgung eine optionale Ergänzung zur Regelversorgung dar. In diesem Zusammenhang kommt der Erfüllung von ihren Anforderungen eine besondere Bedeutung zu, weil sich deren Teilnahme- und Mitwirkungsmotivation direkt auf den Erfolg der Integrierten Versorgung auswirkt.⁷⁵⁸ Im Allgemeinen haben sich

⁷⁵⁶ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 36.

⁷⁵⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (2016), S. 1674.

⁷⁵⁸ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 66-68; Jäger, C. (2016b), S. 130-131; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Beck, K. (2009), S. 402; Ernst, S. (2008), S. 127; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 152-153; Kran-

in diesem Zusammenhang eine langfristige Kontinuität des Modells⁷⁵⁹ und eine höhere Attraktivität gegenüber anderen Wettbewerbern bzw. die Schaffung eines Mehrwerts⁷⁶⁰ als entscheidende Erfolgsfaktoren für die Integrierte Versorgung erwiesen, wobei im Folgenden noch darauf eingegangen wird, wodurch dieser Mehrwert für Ärzte konkret entsteht. Anders als bei Patienten spielt bei ihnen die Frage danach, was sie zur Mitwirkung motiviert, sowohl in individueller als auch organisationsbezogener Hinsicht eine Rolle, abhängig davon, ob sie diese Entscheidung eher als Individuum, beispielsweise als niedergelassener Arzt und Inhaber einer Einzelpraxis, oder als Organisationseinheit, beispielsweise als Krankenhaus, fällen. Daher wird im Folgenden deren Teilnahme aus diesen beiden Perspektiven beleuchtet.

6.2.1.1 Teilnahmemotivation aus Organisationsperspektive

Um die Entscheider von Leistungserbringerorganisationen, sowohl von größeren, wie Krankenhäusern oder Gesundheitszentren, als auch von mittleren und kleinen, wie MVZ oder Praxen von niedergelassenen Ärzten, zur Mitwirkung an der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung zu motivieren, muss das Integrationsmodell über das Potenzial verfügen, die betreffende Organisation bei der Umsetzung ihrer strategischen Ziele und Ausrichtung zu unterstützen. Grundsätzlich wird die Teilnahme von Krankenhäusern an der Integrationsversorgung durch den Trend zur Spezialisierung und Kooperation sowohl unter Krankenhäusern als auch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten gefördert, da sich dadurch sektorübergreifende Versorgungskonzepte realisieren lassen, die Krankenhäuser beim Ausschöpfen von Synergie- und Effizienzpotenzialen unterstützen, was ihnen das langfristige Bestehen im Wettbewerb ermöglicht.⁷⁶¹ Aber auch Versorgungszentren oder Praxen von niedergelassenen Ärzten sind Organisationen, deren langfristige Wettbewerbsposition und Marktwert maßgeblich von der Einbettung in Kooperationsstrukturen positiv beeinflusst wird, wodurch die Teilnah-

zer, A. (2007), S. 171-177; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Fries, V. (2006), S. 81; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Kronhardt, M. (2004), S. 215-217; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12.

⁷⁵⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 239-243.

⁷⁶⁰ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 128-129; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 16; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327.

⁷⁶¹ Vgl. Korff, U. (Hrsg.) (2012), S. 29-31.

me an einem Modell der Integrierten Versorgung eine sinnvolle strategische Entscheidung darstellt.⁷⁶²

Abhängig von der strategischen Gesamtausrichtung eines Modells der Integrierten Versorgung, müssen auch die beteiligten Leistungserbringerorganisationen eine dazu passende Wettbewerbsstrategie wählen, wobei sich im Sinne der Vorgaben des Gesetzgebers bei der Integrierten Versorgung eine Kombination aus optimierten internen Kostenstrukturen (Kostenführerschaft) und einem Mehrwert, der aus einem besonderen Qualitäts- und Versorgungsanspruch (Differenzierung) entsteht, anbietet.⁷⁶³ Die diesbezügliche Motivation der teilnehmenden Leistungserbringerorganisationen wird dadurch gefördert, dass die Integrationsstrukturen die Basis bieten, um sich über Leistungsparameter wie eine höhere Patientenorientierung, eine vernetzte medizinische Kompetenz, eine bessere Pflegequalität oder ein umfassendes Behandlungskonzept im Wettbewerb zu behaupten.⁷⁶⁴

6.2.1.2 Individuumsbezogene Motivation zur Mitwirkung

Die Individualperspektive im Hinblick auf die Teilnahmemotivation von Ärzten an der integrationsgestützten Patientensteuerung kommt nicht nur bei einzelpersonengeprägten Kontexten wie dem von Einzelpraxen zum Tragen, sondern spielt auch in größeren Leistungserbringerorganisationen wie Krankenhäusern eine Schlüsselrolle, da auch der Motivation der dort tätigen Ärzte auf einer individuellen Ebene eine hohe Bedeutung zukommt. In diesem Zusammenhang ist eine intensive Sondierung der Motivationsfaktoren von Ärzten unter anderem deshalb besonders wichtig, weil diese einen hohen Einfluss auf die Teilnahme- und Mitwirkungsmotivation von Patienten ausüben, was unter anderem daran ablesbar ist, dass der Empfehlung des behandelnden Arztes bei der Meinungsbildung des Patienten ein hohes Gewicht zukommt (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1.1) und eine positive Einstellung des betreuenden Primärarztes gegenüber einem Kooperationsmodell einen entscheidenden Einfluss auf die erfolgreiche Motivation des Patienten zur Modellteilnahme und die Einhaltung der Vorgaben des Behandlungsmodells hat.⁷⁶⁵ Darüber hinaus übt die Arbeitszufriedenheit von Ärzten einen starken Einfluss auf die von ihnen erzielte Produktivität und medizinische Qualität sowie die Gewin-

⁷⁶² Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 149-150.

⁷⁶³ Vgl. Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010), S. 39.

⁷⁶⁴ Vgl. Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010), S. 40.

⁷⁶⁵ Vgl. Chaney, E., Rubenstein, L., Liu, C.-F. et al. (2011), S. 7.

nung von ausreichend qualifiziertem Ärztenachwuchs aus.⁷⁶⁶ Daher müssen insbesondere Ärzte als unmittelbar an der Patientensteuerung Beteiligte für die Idee eines Versorgungsmodells gewonnen und deren Präferenzprofil explizit berücksichtigt werden. Dass eine nicht ausreichende Berücksichtigung des Schlüsselakteurs Arzt im Zusammenhang mit selektivvertraglichen Versorgungsmodellen weitreichende Folgen haben kann, zeigt ein Beispiel aus der Schweiz, wo Managed-Care-Modelle bei einer Volksabstimmung insbesondere durch die Einflussnahme von Ärzten auf eine breite Ablehnung in der Bevölkerung stießen.⁷⁶⁷

Anknüpfend an Kapitel 2.2.1 und die dort ausgeführten grundsätzlichen Erwägungen zur Motivation der an der Integrierten Versorgung Beteiligten widmet sich dieses Kapitel den Faktoren, die Ärzte intrinsisch und extrinsisch motivieren. Wie in Kapitel 2.2.1.1 beschrieben entspringt die Motivation vor allem einer ausreichend starken Befriedigung vorhandener Bedürfnisse,⁷⁶⁸ weswegen auf dieselben bezogen auf Ärzte in diesem Kapitel näher eingegangen wird. Auch wenn sektorenspezifische Bedürfnisse wie beispielsweise im ambulanten Bereich in Bezug auf entscheidungsrelevante Faktoren bei der Niederlassung⁷⁶⁹ oder im stationären Sektor im Hinblick auf die Gestaltung von Krankenhaushierarchien⁷⁷⁰ existieren, ist im Berufsfeld von Mediziner*innen eine Reihe von zentralen Bedürfnisstrukturen, die sektorunabhängig ähnlich geartet sind, vorhanden. Wie in den folgenden Kapiteln ausgeführt wird, können bereits aus den allgemeinen Umfeldbedingungen Ansätze ermittelt werden, über die im Rahmen der Integrierten Versorgung die Bedürfnisse von Ärzten besser als in einer fragmentierten Regelversorgung berücksichtigt werden können und so eine Motivation zur Teilnahme und Mitwirkung an der Patientensteuerung schaffen.

6.2.1.2.1 Aufklärung über Inhalte und Ziele des Integrationsmodells

Einer umfassenden Aufklärung über die konkrete Zielsetzung und die Inhalte der Integrierten Versorgung kommt eine hervorgehobene Bedeutung zu, weil durch sie einerseits Ängste und Vorbehalte adressiert wer-

⁷⁶⁶ Vgl. Mechanic, D. (2003), S. 945-946; Williams, E. S., Konrad, T. R., Linzer, M. et al. (2002), S. 132-138; Firth-Cozens, J., Greenhalgh, J. (1997), S. 1018-1021.

⁷⁶⁷ Vgl. Schoch, C. (2012).

⁷⁶⁸ Vgl. Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008), S. 17-18.

⁷⁶⁹ Vgl. Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017), S. 640-642; Kreiser, B., Riedel, J., Völker, S. et al. (2014), S. 161; Bollinger, H., Hohl, J. (1981).

⁷⁷⁰ Vgl. Müller, M. (2014), S. 79-81.

den können⁷⁷¹ und andererseits weil sie teilnahmeinteressierten Ärzten Anknüpfungspunkte für eine Identifikation mit einem solchen Modell liefert und die Identifikation und Akzeptanz wiederum in hohem Maße die erfolgreiche Etablierung eines Integrationsmodells beeinflussen.⁷⁷²

Studien offenbarten teilweise erhebliche Vorbehalte der Ärzteschaft gegenüber innovativen Ansätzen wie der Integrierten Versorgung. Die Autoren führten dies auf der einen Seite darauf zurück, dass nur wenige Ärzte mit den Inhalten und Vorteilen dieses Versorgungsmodells vertraut sind, und auf der anderen Seite darauf, dass sie sowohl wirtschaftliche Nachteile als auch Konflikte mit ärztlichen Wertvorstellungen befürchten, ihnen positive Beispiele aus dem Kollegenkreis fehlen und sie nur begrenzte Mitgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten für sich erkennen können.⁷⁷³ Dass jedoch solche Strukturen der Zusammenarbeit nachweisbare Vorteile bieten, belegt die Tatsache, dass Ärzte, deren Praxen in eine Kooperation eingebunden sind, unter anderem ihre Einkommenssituation im Vergleich zu denen in Einzelpraxen positiver beurteilen.⁷⁷⁴ Von einer Förderung der Patientenautonomie und einer partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen der Patientensteuerung können Ärzte beispielsweise dadurch überzeugt werden, dass Patienten durch eine gesteigerte Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft auch den behandelnden Arzt entlasten können.⁷⁷⁵

Dies führt eindrücklich die Notwendigkeit vor Augen, die Ziele eines integrierten Versorgungsmodells explizit zu thematisieren und teilnahmeinteressierte Ärzte umfassend über das zugrundeliegende Konzept und dessen Vorteile aufzuklären. Dazu müssen in einem Modell der Integrierten Versorgung insbesondere die von Ärzten hoch priorisierten Gestaltungselemente wie eine professionelle und zwischenmenschliche Betreuung der eingeschriebenen Patienten, die dazu notwendige Leistungserbringung und Infrastruktur sowie ein verbesserter Daten-, Informations- und Wissenstransfer großen Raum einnehmen.⁷⁷⁶ Um diese von Ärzten für wichtig erachteten Modellbestandteile umzusetzen, liegt eine aktive Beteiligung der teilnehmenden Ärzte beim Aufbau des Versorgungsmodells nahe, was für sich motivierend wirkt und im folgenden Abschnitt beleuchtet wird.

⁷⁷¹ Vgl. Kranzer, A. (2007), S. 173; Barr, C. E., Bouwman, D. L., Lobeck, F. (1997), S. 145.

⁷⁷² Vgl. Andersen, H. H., Schwarze, J. (2002), S. 23.

⁷⁷³ Vgl. Schmid, R. (2016), S. 4; Schultz, C., Zippel-Schultz, B., Gemünden, H. (2006), S. 176-183; Scherenberg, V. (2003), S. 68.

⁷⁷⁴ Vgl. Osterloh, F. (2012), S. 1213.

⁷⁷⁵ Vgl. Staufer, F., Staufer, A. (2011), S. 372.

⁷⁷⁶ Vgl. Juhnke, C., Mühlbacher, A. C. (2013), S. 7.

6.2.1.2.2 Autonomie und Mitbestimmung

Für Ärzte in Deutschland wirken sich Autonomie sowie die Möglichkeiten zur Mitbestimmung und Planungsbeteiligung positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und eine wahrnehmbare Autonomie schafft zudem einen Entfaltungsspielraum, in dem sich die Fähigkeit, Lösungsstrategien zu komplexen Problemen zu finden, entwickeln kann.⁷⁷⁷ Die Integrierte Versorgung verfügt daher durch ihren größeren Gestaltungsspielraum in besonderem Maße über diesen Vorteil, der zur Motivation der teilnehmenden Ärzte entscheidend beitragen kann, was auch erklärt, warum sich eine aktive Planungsbeteiligung der Leistungserbringer erfolgskritisch auf das Modell auswirkt.⁷⁷⁸

Um einen motivationsförderlichen Autonomiegrad der behandelnden Ärzte zu erreichen, müssen die vorhandenen Gegebenheiten zutreffend eingeschätzt und bestehende Defizite klar benannt werden. Aktuell ist dies häufig nicht der Fall, weil beispielsweise Klinikgeschäftsführer den Handlungsspielraum ihrer Mitarbeiter als groß einschätzen, während sich die Ärzte und das Pflegepersonal durch eine ökonomische Priorisierung fremdbestimmt und zu wenig in Entscheidungsprozesse eingebunden fühlen.⁷⁷⁹ Damit sich die Handlungsprinzipien eines Modells der Integrierten Versorgung im Versorgungsalltag niederschlagen und die beteiligten Ärzte diese aktiv mittragen, müssen diese über eine intensivere Mitbestimmung eingebunden und dadurch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie erreicht werden. Zudem motiviert ein Bottom-Up-Ansatz, bei dem die Initiative auf lokaler Ebene entspringt, Ärzte stärker zur Zusammenarbeit als ein Top-Down-Ansatz⁷⁸⁰ und auf diesem Wege abgestimmte Versorgungskomponenten fördern die intrinsische Motivation der Ärzte des Versorgungsnetzwerks.⁷⁸¹ Konkret kann dies beispielsweise bedeuten, dass die an einem integrierten Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer in einem konsensorientierten Verfahren ihre Behandlungspfade selbst erarbeiten, was gerade unter den Aspek-

⁷⁷⁷ Vgl. Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017), S. 640-642; Kreiser, B., Riedel, J., Völker, S. et al. (2014), S. 161; Janus, K., Amelung, V. E., Baker, L. C. et al. (2008), S. 1152; Karasek, R. A. (1979), S. 289-290.

⁷⁷⁸ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 126-128; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

⁷⁷⁹ Vgl. Naegler, H., Wehkamp, K.-H. (2018), S. 8-28.

⁷⁸⁰ Vgl. Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 152.

⁷⁸¹ Vgl. Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985), S. 29-32.

ten der Selbstverwirklichung, der Erreichung eines gemeinsamen Gesamtverständnisses des Behandlungsablaufs und der Förderung einer realistischen Erwartungshaltung eine stark motivierende Komponente beinhaltet.⁷⁸²

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor empfinden viele Ärzte ein hohes Maß an Bürokratie als Einschränkung ihrer Handlungsfreiheit.⁷⁸³ Auch an dieser Stelle ermöglichen die Gestaltungsfreiheiten der Integrierten Versorgung bei der Vereinbarung der bürokratischen Anforderungen einen im Vergleich zur Regelversorgung pragmatischeren Ansatz (siehe dazu Kapitel 6.3.5.2). Gleichzeitig kann der Bürokratieaufwand für Ärzte durch eine besser verzahnte Personalstruktur reduziert werden, beispielsweise durch die Etablierung eines Netzmanagements (siehe Kapitel 6.2.2.6) oder durch die Einbindung von Dokumentationsmanagern im stationären Setting.⁷⁸⁴

Auch wenn der im Vergleich zur Regelversorgung größere Gestaltungsspielraum zunächst mehr Autonomie und Freiheiten schafft, soll im Rahmen dieses Konzepts der Patientensteuerung Evidenzbasiertheit das Leitprinzip der ärztlichen Leistungserbringung sein, was wiederum der Autonomie Grenzen setzt und ein potenzielles Spannungsfeld birgt. Aus diesem Grund muss bei der Integrierten Versorgung ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, die evidenzbasierte Steuerung der Leistungserbringung mit dem Eingehen auf ärztliche Autonomiebedürfnisse in Einklang zu bringen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Autonomie ist die selbstbestimmte Lebensplanung, die ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeits- und Privatleben beinhaltet und im folgenden Abschnitt eingehender thematisiert wird.

6.2.1.2.3 Unterstützung Work-Life-Balance

Übereinstimmend kommen mehrere Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass einer ausgeglichenen Work-Life-Balance bzw. eine besseren Vereinbarkeit der Berufs- und Familienplanung ein hoher Stellenwert zukommt, was unter anderem auf den steigenden Frauenanteil unter Medizinerinnen

⁷⁸² Vgl. Geiß, T., Raich, M., Peters, M. (2013), S. 63-72; Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 153; Schnabel, M., Kill, C., El-Sheik, M. et al. (2003), S. 1158; Lauterbach, K. W. (1997), S. 178.

⁷⁸³ Vgl. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2016), S. 6-32; Müller, M. (2014), S. 72-83.

⁷⁸⁴ Vgl. Seitz, H. (2010), S. 134-137; Markaritzter, K. (2009), S. 5.

und die Abkehr vom traditionellen Familienmodell zurückgeführt wird.⁷⁸⁵ Aus diesem Grund ziehen viele Nachwuchsärzte ein Angestelltenverhältnis oder Teilzeitmodell einer selbständigen Tätigkeit vor.⁷⁸⁶ Das heißt, dass, um Nachwuchsärzte gewinnen zu können, attraktive Rahmenbedingungen in struktureller, kultureller und sozialer Hinsicht sowie der Vollzug eines Mentalitätswandels, der Ärzte davon befreit, ununterbrochen in ihrer Rolle als Arzt verfügbar zu sein, vonnöten sind.⁷⁸⁷

Ein Leistungserbringernetzwerk, das sich im Rahmen der Integrierten Versorgung zusammengeschlossen hat, kann diese Anforderungen beispielsweise erfüllen, indem es Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründet, in denen Ärzte die gewünschten Arbeitsbedingungen vorfinden und von einer Einbindung in die bereits etablierten Versorgungsstrukturen profitieren. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren Maßnahmen vor allem die strukturellen Rahmenbedingungen verändern können,⁷⁸⁸ verfügt ein Ärztenetzwerk gestützt von den Strukturen der Integrierten Versorgung darüber hinaus über die Möglichkeiten, die die bestehenden weichen Faktoren betreffen. Geht man von den von Ärzten in der Weiterbildung geäußerten Bedürfnissen aus, können unter anderem Mentoring, Coaching und berufsbegleitende Seminare helfen, das Bedürfnis nach Erwartungssicherheit zu befriedigen.⁷⁸⁹

In der Regelversorgung treten Krankenhäuser mit der Gründung von MVZ in eine potenziell konfliktträchtige, direkte Konkurrenz mit den niedergelassenen Ärzten, wogegen MVZ, die sich in einer geteilten Trägerschaft von Vertragsärzten und Krankenhaus befinden, sich in die Strukturen der Integrierten Versorgung einbetten lassen und eine Kooperationsstrategie erleichtern.⁷⁹⁰ Die in ein integriertes Versorgungsmodell eingebundenen Krankenhäuser können ihre Attraktivität als Arbeitgeber steigern, indem sie auf ein moderates Maß an Überstunden achten und so zu einem ausgeglichenen Verhältnis von Berufs- und Privatleben beitragen.⁷⁹¹ Die Ar-

⁷⁸⁵ Vgl. Hartmannbund (2014), S. 49; Janus, K. (2014), S. 294-295; Müller, M. (2014), S. 84; Seitz, H. (2010), S. 135-137; Vinatzer, I. M. (2010), S. 25; Blum, K., Löffert, S. (2010), S. 93; Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R. (2008), S. 309-310; Janus, K., Amelung, V. E., Baker, L. C. et al. (2008), S. 1160-1161.

⁷⁸⁶ Vgl. Ziegler, S., van den Bussche, Hendrik, Römer, F. et al. (2017), S. 76-81; Bundesärztekammer (2016), S. 7; Nahlinger, S., Bruchhäuser, I., Walter, N., Kaiser, R. (2015), S. 273-274.

⁷⁸⁷ Vgl. Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017), S. 643; Bollinger, H., Hohl, J. (1981).

⁷⁸⁸ Vgl. Esser, E. (2014), S. 23.

⁷⁸⁹ Vgl. Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017), S. 643.

⁷⁹⁰ Vgl. Bahr, T. M., Walberer, P., Albert, K. (2018), S. 105-106.

⁷⁹¹ Vgl. Müller, M. (2014), S. 78-82.

beitszeitbelastung kann darüber hinaus durch den Einsatz von technologischen Lösungen abgemildert werden.⁷⁹² Zusätzlich erleichtert die Zusammenarbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung den Wegfall von Doppelstrukturen und -maßnahmen, was unter anderem Zeit- und Personalressourcen schont.

6.2.1.2.4 Kultur der Zusammenarbeit

Damit die Integration verschiedener Versorgungsabschnitte gelingen kann, muss bei allen Beteiligten eine hohe Bereitschaft zur Kooperation vorhanden sein,⁷⁹³ weswegen eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Kultur der Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten einen integralen Bestandteil einer funktionierenden Patientensteuerung und einen Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung darstellt.⁷⁹⁴ Die Etablierung der korrespondierenden Strukturen wird dadurch erleichtert, dass ein Großteil der Ärzte ein Arbeitsverhältnis, das in Teamstrukturen eingebettet ist, favorisiert bzw. in solchen Strukturen die meiste Freude an der Arbeit empfindet.⁷⁹⁵ Dabei wirkt sich nicht nur die Freude an der Arbeit, sondern auch ein kollegiales Miteinander und Vertrauen positiv auf die intrinsische Motivation aus,⁷⁹⁶ dessen Vorteil unter anderem darin besteht, dass diese Art der Motivation nicht mit konterkarierenden Effekten wie bei monetären Incentives einhergeht.⁷⁹⁷ Die hervorgehobene Bedeutung dieses Faktors wird insbesondere dadurch deutlich, dass im stationären Setting der respektvolle Umgang mit den direkten Kollegen einen Motivator darstellt, während in Industriebetrieben die Beziehung zu Kollegen lediglich als Hygienefaktor wirkt (siehe dazu auch die Ausführungen zur Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg in Kapitel 2.2.1.1).⁷⁹⁸

Um die Bereitschaft, an einem lückenlosen Behandlungsablauf mitzuarbeiten, aufrechtzuerhalten, müssen jedoch die Anforderungen aller Be-

⁷⁹² Vgl. Janus, K., Amelung, V. E., Baker, L. C. et al. (2008), S. 1160-1161.

⁷⁹³ Vgl. Axelsson, R., Axelsson, S. B. (2006), S. 80; Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M., Wistow, G. (1999), S. 103; Alter, C., Hage, J. (1993), S. 39.

⁷⁹⁴ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 127-134; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153-154; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

⁷⁹⁵ Vgl. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2016), S. 15-17; Hartmannbund (2014), S. 47.

⁷⁹⁶ Vgl. Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

⁷⁹⁷ Vgl. Janus, K. (2014), S. 297-298; Janus, K. (2011), S. 33-34; Weick, K. E. (2009), S. 38-43; Weick, K. E. (1993), S. 634-650; Kollock, P. (1998), S. 192-199; Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985), S. 657.

⁷⁹⁸ Vgl. Seitz, H. (2010), S. 132-133.

handlungsbeteiligten wahrnehmbar Berücksichtigung finden. Eine motivationserhaltende Wirkung birgt insbesondere der gegenseitige Respekt voreinander: Konkret bedeutet dies, dass die jeweiligen Bedürfnisse des Mitbehandlers entsprechend berücksichtigt werden müssen, wenn die Behandlung als Ganzes verbessert werden soll.⁷⁹⁹ Eine fehlende Kommunikationskultur kann daher die Kooperation unter den beteiligten Ärzten empfindlich stören. Insbesondere die Tatsache, dass sich in bisherigen Befragungen die Abstimmung sowohl zwischen Haus- und Fachärzten als auch zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten in wichtigen Punkten als nicht optimal und lückenhaft erwiesen hat, verdeutlicht den gemeinsamen Abstimmungsbedarf über die Grundsätze einer konstruktiveren Zusammenarbeit.⁸⁰⁰ Auch die flächendeckende Akzeptanz von Lotsensystemen in einem Versorgungsmodell bedingt deren Funkzionieren. Um die teilnehmenden Ärzte zur Nutzung solcher Steuerungskomponenten zu motivieren, dürfen diese nicht vorrangig als Beschneidung der freien Arztwahl und Bevormundung der Arztgruppen, die auf Zuweisung durch Lotsen angewiesen sind, wahrgenommen werden.⁸⁰¹ Zusätzlich muss bei einer solchen Kooperation der Befürchtung entgegengewirkt werden, dass derartige Strukturen zu einem Bedeutungsverlust einzelner Mitwirkender führen würden.⁸⁰²

Um die teilnehmenden Ärzte aus den verschiedenen Versorgungsbereichen und -sektoren zur Zusammenarbeit zu motivieren, ist ein übergreifender Leadership-Ansatz notwendig, bei dem verbindliche Ziele festgelegt sowie eine gemeinsame Werte- und Vertrauenskultur geschaffen werden.⁸⁰³ Dieser Faktor ist deshalb für die Zusammenarbeit in einem Integrationsmodell entscheidend, weil die Wertorientierung über die Ziele des Handels und darüber, auf welchem Weg diese erreicht werden sollen, bestimmt.⁸⁰⁴ Im Hinblick auf einen fairen und von gegenseitigem Vertrauen geprägten Qualitätswettbewerb müssen bei der Qualitätsmessung strukturelle Unterschiede in Bezug auf die Morbidität oder soziodemo-

⁷⁹⁹ Vgl. Leining, I. (2014), S. 154-175.

⁸⁰⁰ Vgl. Klingenberg, A., Broge, B., Herholz, H. et al. (2010), S. 91-95; Campbell, B. (2004), S. 1060-1061; Montalto, M., Harris, P., Rosengarten, P. (1993), S. 277-280; Morrison, W. G., Pennycook, A. G., Makower, R. M., Swann, I. (1990), S. 237-240.

⁸⁰¹ Vgl. Flintrop, J., Maibach-Nagel, E. (2015), S. 11.

⁸⁰² Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 80.

⁸⁰³ Vgl. Peters, T. (2015), S. 71-97; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 213; Bahr, T. M. (2009), S. 72; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20.

⁸⁰⁴ Vgl. Kluckhohn, C. (1951), S. 395.

graphische Eigenschaften der Patienten in Form einer Risikoadjustierung Berücksichtigung finden.⁸⁰⁵ Dabei stellt die Schaffung der notwendigen Vertrauenskultur insofern keine triviale Aufgabe dar, als dass die über Jahrzehnte etablierte sektorale Trennung mit dem Anreiz einhergeht, eine Politik der Budgetausweitung zulasten des jeweils anderen Sektors zu praktizieren. Erst die Überwindung dieses sektoralen Denkens eröffnet die Perspektive einer gelebten sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Eine belastbare Vertrauenskultur ermöglicht aber auch Veränderungsprozesse, bei denen einzelne Beteiligte im Interesse einer verbesserten Gesamtversorgung für sich Nachteile hinnehmen.⁸⁰⁶

Nicht zuletzt müssen in der Kultur der Zusammenarbeit auch der Patient und dessen Rolle ausreichend Berücksichtigung finden, denn die Arzt-Patienten-Beziehung spielt auch bei der Patientensteuerung eine zentrale Rolle. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird von Ärzten aber vorrangig dann als motivierend empfunden, wenn auch die Berufsmotivation, Arbeitszufriedenheit und Vereinbarkeit und Arbeits- und Privatleben hoch ausfällt (siehe dazu auch Kapitel 6.2.1.2.3).⁸⁰⁷ Dies illustriert die Interdependenzen zwischen den eingangs erwähnten arztbezogenen Motivationsfaktoren und einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, die die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Patientensteuerung schafft. Ein wichtiger Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung ist die partizipative Entscheidungsfindung (siehe Kapitel 6.1.3.1). Da viele Ärzte eine selbstbestimmte Rolle des Patienten kritisch sehen,⁸⁰⁸ gilt es die in diesem Zusammenhang unbegründeten Befürchtungen, wie die der Begünstigung eines überzogenen Anspruchsdenkens der Patienten⁸⁰⁹ oder die des Verlusts der Therapiehoheit⁸¹⁰, durch entsprechende Schulungskonzepte zu entkräften, um die Motivation zu einer aktiven Förderung des Shared Decision-Making zu unterstützen.

⁸⁰⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 199-202.

⁸⁰⁶ Vgl. bspw. Spezialisierung in der Schlaganfallversorgung Evans, A., Perez, I., Harraf, F. et al. (2001), S. 1588-1591.

⁸⁰⁷ Vgl. Vinatzer, I. M. (2010), S. 33.

⁸⁰⁸ Vgl. Bittner, A. (2016), S. 145-154; Euler, S., Böcken, J. (2016), S. 106-109; Snow, R., Humphrey, C., Sandall, J. (2013), S. 6-7.

⁸⁰⁹ Vgl. Back, A. L. (2015), S. 18-19; Gogineni, K., Shuman, K. L., Chinn, D. et al. (2015), S. 37-38; Salmon, P., Humphris, G. M., Ring, A. et al. (2007), S. 573-576.

⁸¹⁰ Vgl. Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., Nazareth, I. (2007), S. 7-8.

6.2.1.2.5 Rolle von Unterstützungsstrukturen

Lückenlose sektorübergreifende Steuerungsprozesse gelingen meist erst durch die aktive Nutzung entsprechender Unterstützungsstrukturen. Wie die Ärzte dazu motiviert werden können, soll hier für die Bereiche der technischen und personellen Unterstützung anhand ausgewählter Beispiele thematisiert werden.

Die Integrierte Versorgung ist auf eine sektorübergreifende Zusammenarbeit angelegt, wobei Vernetzungs- und Kommunikationstechnologien einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, die innerhalb und zwischen den beteiligten Sektoren existierenden Effizienzpotenziale zu heben.⁸¹¹ Damit solche Systeme von allen beteiligten Ärzten angenommen und genutzt werden, müssen die Voraussetzung für deren Nutzungsmotivation geschaffen werden. Sowohl niedergelassene als auch stationär tätige Ärzte sehen die Entwicklung einer zunehmenden Digitalisierung und grundsätzlich auch die Notwendigkeit, die Brüche in der Gesundheitsversorgung durch elektronische Systeme zu schließen.⁸¹² Die große Herausforderung steckt jedoch wie so häufig in der praktischen Umsetzung, insbesondere im ambulanten Sektor. Während in Modellen der Integrierten Versorgung die Einbindung einer geringen Anzahl von Krankenhäusern ausreicht und die Anbindung von deren IT-Strukturen meist mit einem überschaubaren Aufwand verbunden ist, stellt die Implementierung einer elektronischen Vernetzung unter den teilnehmenden niedergelassenen Ärzten eine deutlich größere Herausforderung dar, weil bei diesen in aller Regel eine Vielzahl unterschiedlicher, nicht miteinander kompatibler Verwaltungssysteme im Einsatz ist und bei vielen Ärzten das Verständnis für das Erfordernis eines solchen Vernetzungssystems fehlt.⁸¹³ Gerade in kleineren Arztpraxen scheitert die Einführung von IT-Unterstützung häufig an einem Mangel an technischer Expertise, überzogenen Erwartungen und einem zu unklar definierten Nutzungskonzept.⁸¹⁴ In der Folge zeigten die Erfahrungen aus der Vergangenheit, dass die Implementierung einer umfassenden Vernetzung in Integrationsmodellen eine hürdenreiche Aufgabe darstellt.⁸¹⁵ Um solche elektronischen Funktionserweiterungen, die nicht zuletzt ein wichtiges Werkzeug bei der Steuerung sind, zu einer

⁸¹¹ Vgl. Janus, K., Amelung, V. E., Baker, L. C. et al. (2008), S. 1160-1161.

⁸¹² Vgl. Bräutigam, C., Enste, P., Evans, M. et al. (2017), S. 51-55; Obermann, K., Müller, P. (2016), S. 29-32.

⁸¹³ Vgl. Geiger, B., Wolf, T. (2011), S. 341-344.

⁸¹⁴ Vgl. Torda, P., Han, E. S., Scholle, S. H. (2010), S. 669-673.

⁸¹⁵ Vgl. Meißner, M. (2012), S. 20; Geiger, B., Wolf, T. (2011), S. 344; Voss, H., Amelung, V. E. (2007), S. 153-154.

hohen Akzeptanz und breiten Anwendung in der Praxis zu verhelfen, ist es aus motivatorischer Sicht unabdingbar, die Prozessplanung auf den Einsatz der betreffenden Software auszurichten⁸¹⁶ sowie die Anwender umfassend zu schulen und neue Funktionen explizit zu erklären.⁸¹⁷ In Netzwerken der Integrierten Versorgung können zentralisierte Einrichtungen wie das Netzmanagement die Entwicklung, Abstimmung und Implementierung eines modellübergreifenden IT-Konzepts übernehmen. Dabei können individuelle Unterstützungsbedarfe leichter abgedeckt werden, um so die Beteiligten zur Nutzung zu motivieren. Um beim anwendenden Arzt, der seinen mitbehandelnden Kollegen bei einem automatisierten Datenaustausch einen nicht unwesentlichen Einblick in die eigene Dokumentation gewährt,⁸¹⁸ nicht das Gefühl entstehen zu lassen, er habe die Kontrolle über die bei ihm gespeicherten Patientendaten verloren, bietet sich eine Software an, die den elektronischen Austausch der Behandlungsdaten über ein Peer-to-peer-Verfahren ohne Zentralserver außerhalb der Praxis des einzelnen Arztes gewährleistet und deren automatisierte Austauschprofile im Einzelfall immer noch anpassbar sind bzw. einzelne Inhalte vom elektronischen Versand ausgenommen werden können.⁸¹⁹

Auch in Bezug auf die aktive Einbindung und ärztliche Empfehlung von Apps für Patienten besteht noch Nachholbedarf: Gerade im Vergleich zu anderen Ländern fehlt vielen Ärzten in Deutschland der Bezug zu solchen Informations- und Unterstützungsmedien und in der Folge beziehen sie diese auch nicht in die Patientenbetreuung ein, obwohl sich über die Hälfte der befragten Patienten eine Empfehlung des Arztes wünscht.⁸²⁰ Viele Ärzte erachten es zwar als sinnvoll, Patienten beim Einsatz von elektronischen Anwendungen zu unterstützen, aber fühlen sich häufig unzureichend auf eine diesbezügliche Beratung vorbereitet.⁸²¹ Auch ein solches Schulungsangebot für Ärzte kann in einem Netzwerk der Integrierten Versorgung leichter gebündelt und beispielsweise vom Netzbüro organisiert und angeboten werden.

Eine weitere Komponente einer gelebten Integrierten Versorgung ist eine verbesserte Arbeitsteilung und verzahnte Zusammenarbeit. Der Schlüssel

⁸¹⁶ Vgl. Shortell, S. M., Casalino, L. P., Fisher, E. S. (2010), S. 1296-1297.

⁸¹⁷ Vgl. Vishwanath, A., Singh, S. R., Winkelstein, P. (2010), S. 786-789; Yu, G., Beresford, R. (2010), S615-S619.

⁸¹⁸ Vgl. Colquitt, J. A., Scott, B. A., LePine, J. A. (2007), S. 911-912.

⁸¹⁹ Vgl. Geiger, B., Wolf, T. (2011), S. 343-345.

⁸²⁰ Vgl. Schachinger, A. (2016), S. 24-30; Zhang, Y., Koch, S. (2015), S. 796-797.

⁸²¹ Vgl. Frisch, J. (2016), S. 8.

dazu liegt unter anderem in der Etablierung von personellen Kooperations- und Unterstützungsstrukturen, die jedoch bei den beteiligten Ärzten eine entsprechende Akzeptanz genießen müssen.⁸²² Gerade im hausärztlichen Bereich existiert mittlerweile eine Vielzahl von Unterstützungsmodellen, bei denen nicht-ärztliches Personal Ärzte von Routinetätigkeiten entlastet und Versorgungslücken gerade in ländlichen Regionen geschlossen werden können.⁸²³ Grundsätzlich begrüßt die Ärzteschaft solche Delegationskonzepte, aber im Interesse einer hohen Akzeptanz bei Ärzten dürfen solche Tätigkeiten nicht den Eindruck erwecken, die ärztliche Tätigkeit zu substituieren und dadurch die Bedeutung des Arztes zu mindern.⁸²⁴ In Abhängigkeit vom konkreten Einsatzgebiet ist der Grat zwischen Delegation und Substitution jedoch schmal, was eine erhöhte Sensibilität für diesen Sachverhalt bei den Planern eines integrierten Versorgungsmanagements erfordert. Um Konfliktpunkte in diesem Bereich zu vermeiden, liegt auch hier eine intensive Planungsbeteiligung der Ärzte nahe (siehe auch Kapitel 6.2.1.2.2). Da bei einer Delegation an Angestellte die Haftung beim veranlassenden Arzt und damit eine enge Bindung an den ärztlichen Verfügungs- und Verantwortungsbereich bestehen bleibt,⁸²⁵ wird dem nicht-ärztlichen Personal an dieser Stelle kein eigenes Kapitel gewidmet. Dennoch übt auch die Motivation und Zufriedenheit des nicht-ärztlichen Personals einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Versorgung und auf das Funktionieren der Patientensteuerung aus.⁸²⁶ Dies wird unter anderem dadurch deutlich, dass die Einbindung in ein bestimmtes Versorgungsmodell und die Modellcompliance nicht nur vom Patienten selbst abhängt, sondern maßgeblich auch von dessen medizinischem Betreuungspersonal und davon, wie stark dieses von dem Versorgungsmodell überzeugt ist.⁸²⁷ Ähnlich wie bei den Ärzten ist auch in deren Fall die Mitarbeiterzufriedenheit stark vom Grad der Selbstbestimmung und einem ausgewogenes Maß an Stress im Arbeitsumfeld abhängig.⁸²⁸ Daher ist für eine erfolgreiche Patientensteuerung auch die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen für das nicht-ärztliche Personal elementar.

⁸²² Vgl. von Reibnitz, C. (2015), S. 54; Hoffmann, W., van den Berg, N., Dreier, A. (2013), S. 558; Seitz, H. (2010), S. 134-137.

⁸²³ Vgl. Mergenthal, K., Güthlin, C. (2018), S. 92-94.

⁸²⁴ Vgl. NAV-Virchow-Bund (2017); Bölter, R., Ose, D., Götz, K. et al. (2010), S. 8.

⁸²⁵ Vgl. Höhl, R. (2015b), S. 16.

⁸²⁶ Vgl. Warner, M. (2006), S. 197.

⁸²⁷ Vgl. Chaney, E., Rubenstein, L., Liu, C.-F. et al. (2011), S. 1-15.

⁸²⁸ Vgl. Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. (2003), S. 188-190; Kosnik, L. (2006), S. 103-106; Lindsay, M. (2006), S. 361-363.

6.2.1.2.6 Nutzung Leistungsbenchmarks

Die eingesetzten Anreizinstrumente sollten bei Ärzten den Ansporn zur Qualitätsorientierung vorrangig über intrinsische Motivatoren steigern, da eine extrinsisch wirkende, finanzielle Incentivierung durch ihre mittelbare Anreizsetzung häufig mit unerwünschten und verzerrenden Effekten verbundenen ist.⁸²⁹ Daher liegt die Konzentration auf Motivationssysteme, die die intrinsische Motivation der Leistungserbringer stärken und unmittelbar mit der Ergebnisqualität der ärztlichen Behandlung in Verbindung setzen, nahe. Im Gegensatz zur Regelversorgung bietet die Integrierte Versorgung die ideale Grundlage für die Qualitätsmessung anhand eines umfassenden Indikatorensets, insbesondere weil die Integrierte Versorgung einer Gemeinschaft der Willigen einen Rahmen gibt, diesen Schritt auf freiwilliger Basis zu gehen.⁸³⁰

In diesem Zusammenhang haben vorhandene Studien, die vorrangig aus dem angloamerikanischen Raum stammen, gezeigt, dass die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen (Public Reporting) das Potenzial besitzt, Leistungserbringer zum Ergreifen von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und zu einem Engagement für eine Verbesserung der klinischen Outcomes zu motivieren.⁸³¹ Daher spielt in den hier beschriebenen Modellen der Integrierten Versorgung der Einsatz von Qualitätsindikatoren, die Ärzten im Sinne eines Qualitätsbenchmarks eine Orientierung und Motivation für ihre Bemühungen um Qualitätssteigerungen geben, eine Schlüsselrolle (siehe dazu auch Kapitel 6.2.4.5).⁸³²

Um jedoch Ärzte tatsächlich zur Nutzung von Qualitätsdaten zu motivieren, müssen diese auch entsprechend aufgeklärt und dafür sensibilisiert werden. Vor allem von niedergelassenen Ärzten hält der überwiegende Teil die medizinische Qualität von Krankenhäusern für nicht objektiv messbar, während rund 60 % der Krankenhausärzte deren Messbarkeit für möglich halten,⁸³³ was zusammen mit dem Mangel an praktischen Erfahrungen mit Controlling- und Evaluationssystemen die in diesem Zusammenhang bestehende mehrdimensionale Akzeptanzproblematik er-

⁸²⁹ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2178-2179.

⁸³⁰ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 58.

⁸³¹ Vgl. Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017), S. 68-70; Vukovic, V., Parente, P., Campanella, P. et al. (2017), S. 974-975; Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P. et al. (2016), S. 11-13; Tang, Y., Liu, C., Zhang, X. (2016), S. 4-5; Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M. et al. (2013), S. 3; Kolstad, J. (2013), S. 2898; Jung, K. (2010), S. 466-467.

⁸³² Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 56.

⁸³³ Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2016), S. 36-37.

klärt.⁸³⁴ Da niedergelassene Ärzte nicht nur bei der Einweisungsentscheidung, sondern auch bei der Wahl des Krankenhauses häufig eine Gatekeeperfunktion wahrnehmen, ist eine solche Sichtweise kritisch zu bewerten. Aus diesem Grund müssen die Bemühungen, insbesondere niedergelassene Ärzte von der Anwendung einer evidenzbasierten Qualitätsmessung als zentrales Entscheidungskriterium zu überzeugen, deutlich intensiviert werden, beispielsweise durch Maßnahmen wie eine transparente Messmethodendarstellung, eine aktive Planungsbeteiligung, einen Bottom-Up-Ansatz, eine freiwillige Teilnahme, die Möglichkeit zum Wissensaustausch sowie den Verzicht auf Sanktionsmechanismen.⁸³⁵ Um in diesem Zusammenhang ein aktives Fehlermanagement zu befördern, sind eine Rückmeldung an die Berichtenden und die Wahrnehmbarkeit der veranlassten Veränderungen wichtig.⁸³⁶

6.2.1.2.7 Finanzielle Anreize

Effiziente Anreizsysteme, insbesondere in Form einer zielführenden Vergütungs- und Prämiengestaltung im Bereich der ärztlichen Leistungen, stellen sowohl einen Motivations- als auch Erfolgsfaktor in der Integrierten Versorgung dar, weswegen diese in diesem Kapitel in motivatorischer Hinsicht näher betrachtet werden.⁸³⁷ Die inhaltlichen Aspekte der verschiedenen Vergütungsformen werden in Kapitel 6.2.3.2.1 eingehender thematisiert. Die Erfahrungen mit der Regelversorgung aus den zurückliegenden Jahrzehnten zeigen, dass das Gesundheitssystem vorrangig das erbringt, was vergütet wird. Dies lässt sich unter anderem daran erkennen, dass bis Mitte der 1990er Jahre im System der tagesgleichen Pflegesätze die durchschnittliche Verweildauer deutlich höher lag als heute und von dem heutigen DRG-System, das fallbezogen vergütet, der starke An-

⁸³⁴ Vgl. Glock, G., Sohn, S., Schöffski, O. (2004), S. 124-130.

⁸³⁵ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2171-2173; Boy, O., Bredehöft, J., Bungard, S. et al. (2013), S. 21-22; Sohn, S., Schöffski, O., Voss, H. (2006), S. 366-374.

⁸³⁶ Vgl. Bommersholdt, M. E. (2014), S. 33; Gunkel, C., Rohe, J., Sanguino Heinrich, A. et al. (2013), S. 26.

⁸³⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Jäger, C. (2016b), S. 132; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 404-411; Janus, K. (2003), S. 260-271; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 274; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

reiz einer Fallzahlausweitung ausgeht.⁸³⁸ Insofern muss gerade in der Integrierten Versorgung die Gestaltungsfreiheit auch für die Schaffung eines Vergütungssystems genutzt werden, das zielführende Anreize setzt und die Schwächen der Regelversorgung überwindet. So kann eine partielle Übertragung des Morbiditätsrisikos des Patienten auf den Arzt kombiniert mit einer Gewinnbeteiligung einer Mengenausweitung wirksam entgegenwirken.⁸³⁹

Unabhängig davon, ob Ärzte im Krankenhaus angestellt sind oder als Niedergelassene arbeiten, ist für sie wichtig, dass sie die Vergütung als aufwandsgerecht und fair empfinden.⁸⁴⁰ Wie stark die Berufsmotivation im Einzelfall von pekuniären Motiven beeinflusst wird, ist stark von der individuellen Nutzenfunktion des jeweiligen Arztes abhängig und bei niedergelassenen Ärzten besitzt die Gewinnmaximierung schon alleine bedingt durch die Rolle der Ärzte als freiberufliche Unternehmer aus Gründen der Existenzsicherung eine hohe Relevanz.⁸⁴¹ Ist jedoch ein bestimmtes Zieleinkommen erreicht, treten wohlfahrtsorientierte Handlungsmotive, wie beispielsweise eine hohe medizinische Behandlungsqualität, in den Vordergrund.⁸⁴² Dass für Krankenhäuser die Erkennbarkeit eines wirtschaftlichen Vorteils eine wichtige Motivation für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung darstellt, lässt sich dran ablesen, dass sie als Gründe für die eine Nicht-Teilnahme an der Integrierten Versorgung in erster Linie die Unsicherheit über den wirtschaftlichen Erfolg dieser Modelle und einen hohen bürokratischen Aufwand nennen und sie in der Vergangenheit Verträge insbesondere wegen einer zu geringen Fallzahl und einer zu niedrigen Vergütung beendeten.⁸⁴³

Elementar ist in diesem Zusammenhang die Frage, in welchem Ausmaß der Einsatz finanzieller Anreizkomponenten die Integrierte Versorgung fördert. Gerade bei innovativen Versorgungsansätzen wie dem der Integrierten Versorgung wird der Einsatz von Pay-for-Performance-Vergütungskonzepten diskutiert. Bisherige Erfahrungen zeigen zwar, dass eine leistungsbezogene Vergütung bei Ärzten eine steuernde Wirkung entfaltet.

⁸³⁸ Vgl. Steller, J. (2016b), S. 121-124; Pocsay, A., Distler, O. (2009), S. 215-216; Braun, T., Rau, F., Tuschen, K. H. (2007), S. 5-7.

⁸³⁹ Vgl. Amelung, V., Wolf, S. (2011), S. 1571.

⁸⁴⁰ Vgl. Löffler, C., Höck, J., Hornung, A. et al. (2015), S. 929-930; Müller, M. (2014), S. 69-72.

⁸⁴¹ Vgl. Zweifel, P. (1982), S. 63.

⁸⁴² Vgl. Breyer, F., Zweifel, P. S., Kifmann, M. (2005), S. 341-342.

⁸⁴³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 368-373.

tet,⁸⁴⁴ diese aber häufig nicht in die intendierte Richtung geht und bei Ärzten auch nicht den Anreiz für ein nachhaltiges und langfristig effizienzförderndes Verhalten setzen kann.⁸⁴⁵ Internationale Erfahrungen verdeutlichen die Komplexität des Pay for Performance,⁸⁴⁶ weswegen dieses Instrument mit Bedacht eingesetzt und bei dessen Ausgestaltung darauf geachtet werden muss, dass nicht durch den Einsatz leistungsbezogener Vergütungskomponenten auf Basis von unausgereiften Kennzahlensystemen die intrinsische Motivation der Ärzte verdrängt und die Steuerungswirkung mit einer Reihe unerwünschter Begleiterscheinungen erkaufte wird.⁸⁴⁷ Konkret birgt Pay for Performance beispielsweise das Risiko, die Zusammenarbeit von Ärzten nachhaltig zu unterminieren, da es die Mitglieder eines Teams entfremden und deren Bereitschaft, Informationen auszutauschen, hemmen kann.⁸⁴⁸ Zusätzlich fördert ein straffes System aus finanziellen Anreizen bei Ärzten das Gefühl von Fremdbestimmung, wodurch die intrinsische Motivation Schaden nehmen kann und den in Kapitel 6.2.1.2.2 beschriebenen Autonomiebedürfnissen nicht ausreichend Rechnung getragen wird.⁸⁴⁹

Die intrinsische Motivation, die von den Zielen einer verbesserten Versorgungsqualität sowie einer höheren Patienten- und Leistungserbringerzufriedenheit ausgeht, hat sich in der Vergangenheit als zu schwach erwiesen, um Ärzte zum Aufbau eines qualitätsorientierten Versorgungsnetzwerks zu bewegen, was grundsätzlich den Einsatz einer extrinsischen, finanziellen Incentivierung nahelegt.⁸⁵⁰ Dennoch spricht aber die Tatsache, dass der Vergütung bei Ärzten unabhängig von deren Sektorenzugehörigkeit zwar eine wichtige aber nicht die höchste Bedeutung zukommt,⁸⁵¹ dafür, monetäre Anreize als Teilkomponente eines komplexen Motivationsinstrumentariums aufzufassen, sie mit Bedacht einzusetzen und die Vergütungsgestaltung in ein ausgewogenes, multimodales An-

⁸⁴⁴ Vgl. Asch, D. A., Troxel, A. B., Stewart, W. F. et al. (2015), S. 1931-1934.

⁸⁴⁵ Vgl. Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M. et al. (2013), S. 5; Serumaga, B., Ross-Degnan, D., Avery, A. J. et al. (2011), S. 6-7; Shah, B. R., Cowper, P. A., O'Brien, S. M. et al. (2011), S. 1999-2000.

⁸⁴⁶ Vgl. Amelung, V. E., Jensen, S., Krauth, C., Wolf, S. (2013), S. 10-11.

⁸⁴⁷ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 191; Emmert, M. (2008), S. 211-213.

⁸⁴⁸ Vgl. Drago, R., Garvey, G. T. (1998), S. 19-21.

⁸⁴⁹ Vgl. Janus, K. (2011), S. 34.

⁸⁵⁰ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2174-2175; Sohn, S., Schöffski, O., Voss, H. (2006), S. 367; Rürup, B. (2005), S. 482.

⁸⁵¹ Vgl. Müller, M. (2014), S. 85; Roick, C., Heider, D., Günther, O. H. et al. (2012), S. 18-19; Steinhäuser, J., Joos, S., Szecsenyi, J., Götz, K. (2013), S. 12-14; Steinhäuser, J., Annan, N., Roos, M. et al. (2011), S. 1717-1719.

reizsystem einzubetten.⁸⁵² Um Anhaltspunkte zu gewinnen, wie dieses multimodale Anreizsystem typusgerecht angepasst werden kann, wird im nun folgenden Kapitel die Ärztetypologie nach Schmöller vorgestellt.

6.2.1.3 Motivationsbezogene Ärztetypologie nach Schmöller

Um die Ärzteschaft bestimmten Gruppen zuzuordnen nach Kriterien, die einen Bezug zur Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung und zur Motivation dazu aufweisen, wird an dieser Stelle die Typologie nach Schmöller herangezogen.⁸⁵³ Diese basiert auf den Ideen des Grid-Group Paradigmas von Douglas⁸⁵⁴ und den kulturanthroposophisch-politikwissenschaftlichen Theorien von Thompson, Ellis und Wildavsky⁸⁵⁵, die genutzt werden, um Individuen danach zu typologisieren, wie stark ihr Handeln von ihrem sozialen Kontext bestimmt wird (Dimension Group) und welchen Einfluss die mit einem Gesellschaftssystem verbundenen externen Zwänge wie Verhaltens- oder Rollenvorschriften auf ihr Verhalten ausüben (Dimension Grid).⁸⁵⁶ Schmöller wendet dieses Kategorisierungsschema in modifizierter Form auf Ärzte an und wählt dabei die in Abbildung 11 dargestellte Kategorisierung, wobei er die Dimension Group in Patientenverständnis und die Dimension Grid mit Regulation übersetzt. Darüber hinaus finden sich in dieser Abbildung die nach ihrem Rollenverständnis eingeordneten Ärzdetypen, die im Folgenden genauer beschrieben und mit der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung in Verbindung gebracht werden. Auch wenn Schmöller seine Typologie anhand von empirischen Ergebnissen einer Umfrage, an der ausschließlich niedergelassene Ärzte beteiligt waren,⁸⁵⁷ entwickelte, sind die entwickelten Bewertungsdimensionen so universell gehalten, dass sie losgelöst vom Kontext der ambulanten Versorgung auch auf Ärzte, die im stationären Sektor tätig sind, angewandt werden können.

(1) Der **paternalistische Leistungserbringer**, dem 14,0 % der Ärzte aus der Befragung entsprachen, erwartet ein hohes Maß an staatlicher Regulierung und vertritt überwiegend ein stark hierarchisch geprägtes Arztbild, in dem ihm durch seinen Wissens- und Erfahrungsvorsprung eine

⁸⁵² Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 357; Janus, K. (2010), S. 14-15; Baker, G. P., Jensen, M. C., Murphy, K. J. (1988), S. 594-597.

⁸⁵³ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 19-26.

⁸⁵⁴ Vgl. Douglas, M. (1982b), S. 4; Douglas, M. (1982a), S. 183-254.

⁸⁵⁵ Vgl. Thompson, M., Ellis, R., Wildavsky, A. (1990), S. 8.

⁸⁵⁶ Vgl. Caulkins, D. D. (1999), S. 110-114.

⁸⁵⁷ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 19.

väterlich-autoritäre Position zukommt und sich der Patient in eine passiv-untergeordnete Rolle fügt.⁸⁵⁸

		Patientenverständnis	
		partnerschaftliches Verhältnis	paternalistisches Verhältnis
Regulation	Staat	patientenorientierter Traditionalist	paternalistischer Leistungserbringer
	Markt	kundenorientierter Dienstleister	liberaler Autokrat

Abbildung 11: Ärztypologie nach Schmöller⁸⁵⁹

Einen Systemwechsel, bei dem über den Einbezug marktwirtschaftlicher Mechanismen eine effizientere Gesundheitsversorgung erreicht wird, lehnt dieser Arzttypus grundsätzlich ab. Ein solches Rollverständnis ist mit der hier beschriebenen Patientensteuerung in einem Modell der Integrierten Versorgung nur sehr eingeschränkt kompatibel, da bei diesem einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient und innovativen Versorgungsmodellen, die vom etablierten System abweichen, nur ein geringer bis gar kein Stellenwert eingeräumt wird. Abgesehen davon, dass diese Einstellung nur schwer mit dem hier beschriebenen Versorgungsansatz in Einklang zu bringen ist, ist zu erwarten, dass dieser Typus nur eine geringe Motivation aufweist, an einem Versorgungsmodell, das dem hier beschriebenen entspricht, teilzunehmen.⁸⁶⁰

⁸⁵⁸ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 21-22.

⁸⁵⁹ Quelle: Eigene Darstellung übernommen von Schmöller, M. (2008), S. 26.

⁸⁶⁰ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 22-23.

(2) Der **patientenorientierte Traditionalist**, dem 43,4 % der befragten Ärzte und damit die größte Gruppe unter ihnen zugeordnet werden konnte, ist dagegen wesentlich stärker bereit, den Patienten in einer gleichberechtigten und mündigen Rolle wahrzunehmen und zu fördern. Gleichzeitig ist er aber wenig an innovativen Versorgungsstrukturen interessiert und wie der Paternalist erwartet er ein hohes Maß an staatlicher Regulierung sowie eine Begrenzung des freien Wettbewerbs. Damit ist seine Einstellung zwar nur partiell, aber zumindest in einem höheren Maße als die des paternalistischen Leistungserbringers mit der hier skizzierten Idee der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung vereinbar. Kernelemente eines Leistungserbringerverbundes wie gemeinsame administrative Entlastungsstrukturen und die strategische Planung auf einer übergeordneten Ebene, ermöglichen ihm in erhöhtem Maße, sich auf die medizinische Leistungserbringung zu konzentrieren, was seinem Präferenzmuster entspricht und sich bei diesem Typus motivierend auswirken kann.⁸⁶¹

(3) Im Gegensatz zum Paternalisten und Traditionalisten steht der **kundenorientierte Dienstleister**, dem 25,9 % der befragten Ärzte entsprechen, für eine hohe Affinität zu Fortbildungen, zu einem Systemwandel und zur Einführung von mehr Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen. Er verbindet damit nicht nur pekuniäre Vorteile für sich selbst, sondern sieht darin auch den Schlüssel zu einem effizienteren und wirtschaftlicheren Gesundheitssystem. Dieser Arzttypus sieht den Patienten als weitgehend selbständigen, autonomen Partner auf Augenhöhe und informiert ihn über die zur Verfügung stehenden Therapiealternativen, aber überlässt die Bewertung und abschließende Entscheidung darüber dem Patienten selbst. Auch wenn Faktoren wie eine unzureichende Gesundheitskompetenz oder eine schwerwiegende Erkrankung des Patienten die Umsetzung eines solchen Arzt-Patienten-Verhältnisses einschränken können,⁸⁶² ist dieser Arzttypus in besonderem Maße für eine Teilnahme an dem hier dargestellten Modell der Integrierten Versorgung geeignet. Da der Gesetzgeber im Hinblick auf die Integrierte Versorgung in § 140a Abs. 2 SGB V regulatorische Vorschriften gelockert hat, ist die Einführung wettbewerblicher Gestaltungselemente leichter als in der Regelversorgung möglich, was speziell für diesen Typus eine Motivationsgrundlage für eine Teilnahme bietet.⁸⁶³

⁸⁶¹ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 23.

⁸⁶² Vgl. Diehl, V. (2006), S. 183.

⁸⁶³ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 24.

(4) Ähnlich wie der kundenorientierte Dienstleister, ist auch der **liberale Autokrat**, in dessen Kategorie 9,8 % der befragten Ärzte fielen, offen für ein weniger reguliertes Gesundheitssystem und für eine Stärkung des Wettbewerbs in der Gesundheitsversorgung, da er darin sowohl die Möglichkeit einer verbesserten ökonomischen Situation für sich selbst als auch einer effizienteren Gesundheitsversorgung insgesamt sieht. Im Gegensatz zum kundenorientierten Dienstleister sieht er allerdings bedingt durch seinen Informationsvorsprung ein paternalistisch geprägtes Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem der Patient verordnete Therapien anweisungsgemäß einhält und sich in einer überwiegend passiven Rolle dem Arzt unterordnet. Dennoch erkennt der liberale Autokrat im Gegensatz zum Paternalisten die Fähigkeit des Patienten, sich als mündiger Bürger in einem marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystem zurechtzufinden und eine differenzierte Arztwahl zu treffen, an. Auch wenn dieser Ärztetypus in der Regel nicht für eine partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten offen ist und insofern die Idee des hier dargestellten Patientensteuerungsmodells nur partiell mitträgt, bietet ihm die Integrierte Versorgung durch ihre Möglichkeiten der marktwirtschaftlichen Ausrichtung eine besondere Teilnahmemotivation.⁸⁶⁴

Dass insbesondere innovationsorientierte Ärztetypen wie der kundenorientierte Dienstleister und der liberale Autokrat die hier skizzierte Idee der integrationsgestützten Patientensteuerung mittragen, deckt sich mit bisherigen Erfahrungen: Ärzteinitiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität waren bisher vor allem für innovationsaffine Leistungserbringer, sogenannte First Movers⁸⁶⁵ und Early Adopters⁸⁶⁶, interessant.⁸⁶⁷ Dennoch muss die hier vorgestellte Ärztetypologie insofern eingeschränkt werden, als dass die vorgestellten Kategorien als Idealtypen konzipiert sind, die zwar Grundtendenzen wiedergeben, aber in der Realität selten in Reinform anzutreffen sind. Darüber hinaus können sich das Selbstverständnis und die Zugehörigkeit eines Arztes zu einem Typus im Laufe des Berufslebens auch ändern. Wie bereits ausgeführt, beeinflussen zusätzlich auch die Behandlungsumstände und die Situation des Patienten,⁸⁶⁸ welche Rolle der Arzt einnimmt, wodurch sich der Übergang zwischen den verschiedenen Typen fließend gestaltet, aber sich auf mittlere bis lange Sicht stabile

⁸⁶⁴ Vgl. Schmöller, M. (2008), S. 24-25.

⁸⁶⁵ Vgl. Voigt, K.-I. (1998), S. 93.

⁸⁶⁶ Vgl. Rogers, E. M. (1983), S. 248-249.

⁸⁶⁷ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2172.

⁸⁶⁸ Vgl. Diehl, V. (2006), S. 183.

Grundtendenzen ausmachen lassen.⁸⁶⁹ Neben der Typologie von Schmöl-
ler existieren weitere Typologiekonzepte, die bei der motivationsbezoge-
nen Gestaltung der Integrierten Versorgung herangezogen werden kön-
nen. So unterscheidet Vinatzer den ganzheitlichen Typ, der seine Motiva-
tion sowohl aus dem fachlich-intellektuellen als auch persönlich-emotio-
nalen Bereich bezieht, und den professionellen Typ, der vorrangig durch
die berufliche Herausforderung und fachlich-intellektuelle Erfolge moti-
viert wird.⁸⁷⁰ Diese Typologie verdeutlicht, dass ein Integrationsmodell
eine hohe Bandbreite verschiedener Motivationsfaktoren beinhalten
muss, die eine individuell ausgewogene Mischung aus zwischenmenschli-
chen und karrierebezogenen Motivationskomponenten ermöglicht. Er-
gänzend dazu beleuchtet der folgende Abschnitt die Strukturen, in die
diese Motivationskomponenten eingebettet werden.

6.2.2 Strukturelle Komponente

Dieses Kapitel thematisiert die Strukturen im ärztlichen Bereich, die die
Integration, die Kooperation, die Koordination, die Kommunikation und
den Informationstransfer in der integrationsbasierten Patientensteuerung
gewährleisten, wobei die vertraglich vereinbarte Integrationstiefe und
-breite darüber entscheidet, wie umfangreich diese Strukturen ausfallen.⁸⁷¹
In diesem Zusammenhang haben die praktischen Erfahrungen in beste-
henden Integrationsmodellen gezeigt, dass erst belastbare Strukturen eine
unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten zielführende Patienten-
steuerung ermöglichen.⁸⁷² Diese Strukturen ermöglichen eine durchgängi-
ge Abdeckung des gesamten Versorgungsprozesses und den Austausch
von Informationen unter allen Beteiligten, was einen der Erfolgsfaktoren
der Integrierten Versorgung darstellt.⁸⁷³

⁸⁶⁹ Vgl. Schmöl-
ler, M. (2008), S. 25-26.

⁸⁷⁰ Vgl. Vinatzer, I. M. (2010), S. 28-30.

⁸⁷¹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 106-116.

⁸⁷² Vgl. bspw. Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 207-213; Thormählen, J., Gröbner, M.,
Kühn, S., Thiede, H. (2011), S. 316-319.

⁸⁷³ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 130; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Janus, K. (2003), S.
295; Beck, K. (2009), S. 403-404; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S.
12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-40; Suter,
E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G.,
Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S.
266-267; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S.
224-229; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-8; Lankers, C.
H. R. (1997), S. 148.

Während Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen durch ihre Organisationsstruktur grundsätzlich eine höhere Managementkompetenz besitzen und einheitliche Prozesse im Rahmen eines integrierten Versorgungsmodells leichter umsetzen können, stellt dieser Bereich bei ambulanten Ärztenetzen oft eine Schwachstelle dar.⁸⁷⁴ Jedoch nicht zuletzt um dem Prinzip „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden, müssen sich insbesondere im ambulanten Bereich Strukturen etablieren, die eine tragfähige Grundlage für die Patientensteuerung im Rahmen einer Integrierten Versorgung darstellen können. Eine Forschergruppe der Universität Erlangen-Nürnberg hat in einer Praxisnetz-Studie analysiert, wie stark die Infrastrukturdimensionen Netzmanagement, Prozesse und Strukturen sowie Informations- und Kommunikationssysteme bei den untersuchten 86 deutschen, 14 Schweizer und 24 schwedischen Netzwerken ausgeprägt sind.⁸⁷⁵ In dem auf Basis der Analyseergebnisse erstellten Reifegradportfolio (siehe Abbildung 12) sind die deutschen Netze blau, die Schweizer grün und die schwedischen orange dargestellt.

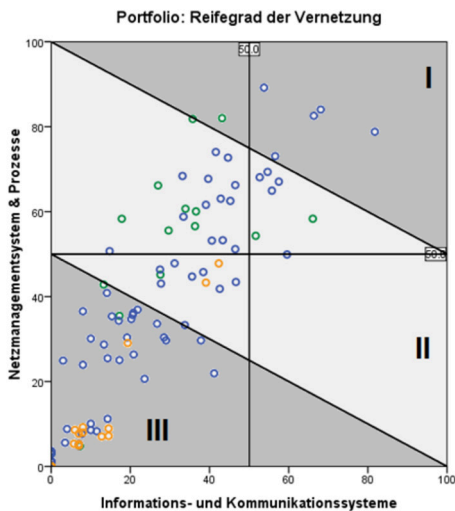


Abbildung 12: Reifegrad-Portfolio Praxisnetze 2009⁸⁷⁶

⁸⁷⁴ Vgl. Güssow, J. (2007), S. 131-134.

⁸⁷⁵ Vgl. Purucker, J., Schicker, G., Böhm M., Bodendorf, F. (2009), S. 16.

⁸⁷⁶ Quelle: Purucker, J., Schicker, G., Böhm M., Bodendorf, F. (2009), S. 29.

Das Portfolio verdeutlicht, dass die für eine effektive Patientensteuerung essenziell wichtigen Strukturkomponenten Netzmanagementsystem, Prozesse sowie Informations- und Kommunikationssysteme nur bei sehr wenigen Praxisnetzen stark ausgeprägt sind und deutet den enormen Entwicklungsbedarf in diesem Bereich an.⁸⁷⁷ Im Hinblick auf diese Strukturkomponenten steht mit Managed Care ein Feld zur Verfügung, dessen Instrumentarium bereits eingehend untersucht wurde, weswegen die Erkenntnisse aus diesem Feld an dieser Stelle einfließen.⁸⁷⁸ Welche Strukturen dies im Einzelnen bedeutet, wird im Folgenden eingehender thematisiert.

6.2.2.1 Strukturen Qualitätsmanagement

Um die Qualität der sektorübergreifenden Behandlungsleistungen über eine systematische Strukturierung der Prozessabläufe gezielt zu steigern, bietet sich ein netzwerkübergreifend abgestimmtes Qualitätsmanagement (QM) zur Steigerung der Prozessqualität im gesamten integrierten Versorgungsmodell an, in welches insbesondere auch die Prozesse der Patientensteuerung eingebettet werden.⁸⁷⁹ Denn die Strukturen eines Qualitätsmanagements bilden die elementaren Grundlagen für ein sektorübergreifend prozessorientiertes System, das andere Elemente wie das Überweisungsmanagement, die Behandlungspfade, die Fortbildungsstrukturen, die Evaluationssysteme oder das Netzmanagement einbezieht und dadurch die Patientensteuerung unterstützt.⁸⁸⁰ Der Gesetzgeber schreibt zwar medizinischen Leistungserbringern die QM-Zertifizierung nicht vor, aber verpflichtet sie in § 135a SGB V zur Implementierung eines QM-Systems. Aus diesem Grund existieren sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor mehrere QM-Systeme, was zwar die Umsetzung eines netzwerkübergreifend einheitlichen QM-Systems erschwert, aber einer übergreifenden Prozessabstimmung an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Netzbeteiligten nicht entgegensteht.⁸⁸¹

Die Tatsache, dass die bestehenden QM-Systeme Patienteninteressen noch zu wenig berücksichtigen, um die Anforderungen, die mit einer starken Patientenbeteiligung verbunden sind, zu erfüllen, stellt die Ver-

⁸⁷⁷ Vgl. Baas, J. (2017), S. 315; Purucker, J., Schicker, G., Böhm M., Bodendorf, F. (2009), S. 29-47.

⁸⁷⁸ Vgl. bspw. Amelung, V. E. (2012).

⁸⁷⁹ Vgl. Thombansen, E. (2007), S. 57-76.

⁸⁸⁰ Vgl. Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 270-271.

⁸⁸¹ Vgl. Kuntsche, P., Borchers, K. (2017), S. 119-120; Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 270.

tragspartner in der Integrierten Versorgung vor die Aufgabe, ihr QM-System entsprechend zu modifizieren und weiterzuentwickeln.⁸⁸² Auch die Schaffung eines QM-Systems, das über alle Sektoren hinweg die Versorgungsprozesse berücksichtigt, stellt eine Herausforderung dar. In der Regelversorgung gestaltet sich die Umsetzung einer sektorübergreifenden Versorgung schwierig, denn für den niedergelassenen Bereich sind zwar bereits sehr gute Qualitätsmanagementsysteme verfügbar, aber im Gegensatz zu stationären Einrichtungen können die Praxen meist nicht auf eine breite Datengrundlage zurückgreifen.⁸⁸³ In der Integrierten Versorgung kann ein Voneinanderlernen stattfinden, um ein gemeinsames Qualitätssicherungssystem aufzubauen. Die Notwendigkeit eines solchen Systems wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass ein Großteil der Patienten den stärkeren Einsatz des Qualitätsmanagementinstrumentariums erwartet.⁸⁸⁴ Mit dem Qualitätsmanagement können tragende Strukturelemente wie Behandlungspfade (siehe Kapitel 6.2.2.2) verknüpft werden,⁸⁸⁵ da sie Daten für das Controlling, die Qualitätssicherung und das Risikomanagement liefern und auf diesem Wege die Ermittlung von Soll-Ist-Abweichungen sowie einen permanenten Verbesserungsprozess unterstützen.⁸⁸⁶ Darüber hinaus sind Behandlungspfade eine zentrale Strukturkomponente, die sektorübergreifend die beteiligten Leistungserbringer bei der Zusammenarbeit und der Erreichung einer verbesserten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterstützt,⁸⁸⁷ weswegen sie sich in besonderem Maße dafür eignen, der Zusammenarbeit von Leistungserbringern aus verschiedenen Fachbereichen und Sektoren ein verbindliches gemeinsames Grundgerüst zu verleihen.

6.2.2.2 Behandlungspfade

In ihrer Funktion als Infrastrukturelement der Patientensteuerung haben sich Behandlungspfade als wichtiges Strukturierungsinstrument erwiesen und sind mittlerweile in der Medizin als solches allgemein anerkannt.⁸⁸⁸ Integrierte Behandlungspfade sind in struktureller Hinsicht von hoher

⁸⁸² Vgl. Stiftung Warentest (2009), S. 86.

⁸⁸³ Vgl. Kötter, J. (2016), S. 11.

⁸⁸⁴ Vgl. Marstedt, G., Landmann, J. (2009).

⁸⁸⁵ Vgl. Thombansen, E. (2007).

⁸⁸⁶ Vgl. Johnson, S., Müller, T. (Hrsg.) (2002), S. 23-36; Deming, W. E. (1986), S. 88.

⁸⁸⁷ Vgl. Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 153; Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2009), S. 49; Weinbrenner, S., Ollenschläger, G. (2008), S. 563-564.

⁸⁸⁸ Vgl. Lüring, C., Grifka, J. (2010), S. 745; Füßel, S., Matussek, J., Boluki, D. et al. (2010), S. 764-770; Homagk, L., Deml, O., Hofmann, G. O. (2012), S. 1076-1084; Braun, J.-P., Walter, M., Lein, M. et al. (2005), S. 1186-1196; Romeyke, T., Stummer, H. (2010), S. 2-7.

Bedeutung, weil sie einen unter evidenzbasierten Gesichtspunkten idealen sektorübergreifenden Behandlungsablauf beschreiben und in dieser Funktion die tragende Basis für eine lückenlose Patientensteuerung darstellen.⁸⁸⁹ Behandlungspfade haben sowohl einen medizinisch-inhaltlichen als auch einen strukturellen Charakter, wobei in diesem Kapitel die strukturelle Teilkomponente im Vordergrund steht, während Kapitel 6.2.3.2.3 deren medizinisch-inhaltlichen Part behandelt. Ein integrierter Behandlungspfad ist definiert als „die Beschreibung einer kompletten, interdisziplinär und/oder sektorübergreifend erbrachten Behandlungsleistung für einen definierten Patiententyp. Der Behandlungspfad berücksichtigt Patientenanforderungen, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse, die erforderliche Qualität der Leistungserbringung sowie Aspekte der Wirtschaftlichkeit. Er steuert [und terminiert] den Leistungserstellungsprozess und unterstützt die Erfassung relevanter Daten zur Erhebung von organisatorischen, medizinischen und ökonomischen Abweichungen mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung“⁸⁹⁰. Solche Pfade geben insbesondere wieder, welche Maßnahmen an welcher Stelle im Versorgungsprozess indiziert sind und wer der konkret Verantwortliche ist.⁸⁹¹ In diese integrierten Pfadstrukturen können bestehende Elemente wie Disease-Management-Programme (DMP), die letztendlich eine Spezialform der Integrierten Versorgung darstellen,⁸⁹² oder Selbsthilfegruppen⁸⁹³ eingebunden und so Synergieeffekte erzielt werden.⁸⁹⁴ Bei der vertikalen und lateralen Kommunikation unter den beteiligten Akteuren und der Abstimmung von deren Aktivitäten gilt es zu beachten, dass sowohl bewusst implementierte Koordinationsinstrumente als auch Koordinationsstrukturen existieren, die sich im Laufe der Zeit im Arbeitsprozess etabliert haben.⁸⁹⁵ Daher muss bei der Koordination die Interaktion zwischen beiden Mechanismen explizit berücksichtigt werden.

Die Grundlage für Behandlungspfade bilden die aktuellen medizinischen Leitlinien,⁸⁹⁶ die nicht nur den aktuellen Forschungsstand beinhalten, sondern bei denen die verschiedenen Empfehlungsgrade auch die vorhandene Evidenz widerspiegeln und damit eine differenzierte Struktur-

⁸⁸⁹ Vgl. Lindsay, M. (2006), S. 360-384.

⁸⁹⁰ Stähr, H. F. (2009), S. 28.

⁸⁹¹ Vgl. Atzeni, G., Schmitz, C., Berchtold, P. (2017), S. 24-25; Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 270; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 209.

⁸⁹² Vgl. Rebscher, H. (2013), S. 303.

⁸⁹³ Vgl. Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Schmidt, A. et al. (2017), S. 22-26.

⁸⁹⁴ Vgl. Wille, E. (2013); Amelung, V. E. (2012), S. 259-271.

⁸⁹⁵ Vgl. Nyssen, A.-S. (2007), S. 153-154.

⁸⁹⁶ Vgl. Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013), S. 70.

grundlage für die Umsetzung von Behandlungspfaden bereitstellen sowie die Leitprinzipien für eine evidenzbasierte Patientensteuerung in einem integrierten Versorgungsmodell bilden.⁸⁹⁷ Daher ist es im Sinne einer Integrierten Versorgung unabdingbar, dass Abstimmungs- und Koordinationsstrukturen, wie sie bisher häufig im stationären Bereich existieren, auf ein sektorübergreifendes Setting ausgeweitet werden und die aus den verschiedenen Sektoren und Fachgruppen beteiligten Ärzte in einem multidisziplinären Konsensverfahren ein gemeinsames Versorgungs- und Pfadverständnis entwickeln.⁸⁹⁸ Über ein solches Verständnis können gezielt qualitätsbestimmende Infrastrukturfaktoren einfließen, beispielsweise bei der Versorgung von Chronikern mit einer Koronaren Herzkrankheit (KHK), wo sich gezeigt hat, dass die Verfügbarkeit eines im Krankenhaus praktizierenden Kardiologen die Übereinstimmung mit den aktuellen Leitlinien fördert.⁸⁹⁹ Über die in einem Modell der Integrierten Versorgung etablierten Qualitätszirkel und Koordinationsgremien wird der routinemäßige Transfer von Fachwissen aus der aktuellen Forschung in die Versorgungsprozesse in einem Integrationsmodell gewährleistet, die kritische Auseinandersetzung mit Studiendaten und Forschungsmethoden gefördert und so evidenzbasierte Entscheidungsprinzipien sowie der netzwerkinterne Kompetenzaufbau unterstützt.⁹⁰⁰ Gerade unter Motivations- und Akzeptanzgesichtspunkten (siehe Kapitel 6.2.1.2.2) empfiehlt sich in einem Integrationsmodell die Etablierung einer Organisationseinheit, die für die Umsetzung der Pfadkonzeption und -aktualisierung verantwortlich ist und nach dem Bottom-Up-Prinzip arbeitet, bei dem die Ärzte die für sie relevanten Behandlungspfade selbst erarbeiten und nicht von einer übergeordneten Organisationsebene oktroyiert bekommen.⁹⁰¹ Um die geschaffenen Pfadstrukturen auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu halten, ist es in Orientierung an der Gültigkeitsdauer der entsprechenden Leitlinie unabdingbar, auch die daran anknüpfenden Behandlungspfade im entsprechenden Turnus an den aktuellen Stand anzupassen und solche Aktualisierungsprozesse bei der Etablierung der Pfadgremien explizit zu berücksichtigen.⁹⁰²

⁸⁹⁷ Vgl. Kruse Gujer, A. (2013), S. 334-335; Lelgemann, M., Ollenschläger, G. (2006), S. 690-697.

⁸⁹⁸ Vgl. Schnabel, M., Kill, C., El-Sheik, M. et al. (2003), S. 1157; Schrappe, M. (2002), S. 218-219.

⁸⁹⁹ Vgl. Ho, P. M., Prochazka, A. V., Magid, D. J. et al. (2006), S. 5.

⁹⁰⁰ Vgl. Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013), S. 70-71.

⁹⁰¹ Vgl. Hellmann, W. (2009), S. 95; Gross, P. A., Greenfield, S., Cretin, S. et al. (2001), S. 87; Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M. et al. (1998), S. 466.

⁹⁰² Vgl. Schrappe, M. (2002), S. 218-219.

6.2.2.3 Elektronisches Datenmanagement

Ein elektronisches Datenmanagement ist notwendig, um die Bereitschaft der Ärzte zur sektorübergreifenden Kooperation niedrigschwellig zu unterstützen. Die Aufgabe solch lückenloser Prozesse lässt sich insbesondere durch eine elektronische Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer umsetzen,⁹⁰³ deren Fehlen in der Regelversorgung zu einer Reihe von Versorgungsbrüchen und -defiziten führt.⁹⁰⁴ Aber obwohl eine gemeinsame Infrastruktur, vorrangig Managementstrukturen und elektronische Informationssysteme, einen elementaren Beitrag zum Erfolg eines integrierten Versorgungsmodells leistet,⁹⁰⁵ stellt deren Realisierung eine große Herausforderung dar und ist in vielen Fällen noch unzureichend vorhanden.⁹⁰⁶ Insbesondere die Überwindung von Kompatibilitätsproblemen zwischen den verschiedenen Verwaltungssystemen gestaltet sich oft schwierig und die Wahl einer Vernetzungslösung, die nur mit einem Teil der eingesetzten Praxisverwaltungssysteme (PVS) kompatibel ist, erzeugt gerade bei den Leistungserbringern, die zu einem Systemwechsel gezwungen sind, große Widerstände, weswegen Lösungen, die unabhängig vom genutzten System eingesetzt werden können, eine Möglichkeit darstellen, diese Hürde zu senken.⁹⁰⁷

Eine elektronische Vernetzung eröffnet insbesondere auch erweiterte Möglichkeiten in Bezug auf ein digital gestütztes Informationsmanagement, das nicht nur aus Gründen der lückenlosen Informationsversor-

⁹⁰³ Vgl. bspw. Ford, G., Compton, M., Millett, G., Tzortzis, A. (2017), S. 68-69; Niemann, C. (2013); Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 207-209; Seekamp, A. (2010), S. 405-409; Hensen, P., Wollert, S., Luger, T. (2009), S. 184-190; Sohn, S. (2006), S. 91-128.

⁹⁰⁴ Vgl. Fricke, A. (2017), S. 1.

⁹⁰⁵ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 129-130; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 15; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 407-409; Ernst, S. (2008), S. 130; Janus, K. (2003), S. 288-293; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 403-404; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 266-269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 518; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Kronhardt, M. (2004), S. 218-223; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

⁹⁰⁶ Vgl. Eggins, S., Slade, D. (2015), S. 197; Krolop, S. (2013), S. 2; Chenot, J.-F., Pieper, A., Kochen, M. M., Himmel, W. (2009), S. 178; Davis, K., Doty, M. M., Shea, K., Stremikis, K. (2009), S. 2-4; Jha, A. K., Doolan, D., Grandt, D. et al. (2008), S. 851; Hansis, M. L. (2001), S. 2038-2040.

⁹⁰⁷ Vgl. Stoschek, J. (2016), S. 13.

gung notwendig ist, sondern auch weil medizinisches Wissen im Schnitt bereits nach 5,5 Jahren nicht mehr dem aktuellen Stand entspricht und Informationen in papierbasierten Systemen häufig nicht schnell genug aktualisiert werden können.⁹⁰⁸ Die vorhandenen Daten aus dem Versorgungsgeschehen bergen das Potenzial für neue Erkenntnisse und konkrete therapeutische Handlungsempfehlungen, die insbesondere die Zusammenführung dieser Daten erschließen kann.⁹⁰⁹ Damit diese Erkenntnisse im Versorgungsalltag tatsächlich Anwendung finden, müssen in integrierten Versorgungsmodellen die daraus gewonnen Informationen für Vorsorge- und Therapieentscheidungen über entsprechende Informationsstrukturen zur Verfügung stehen und Anhaltspunkte geben, welche Maßnahme für welchen Patienten am besten geeignet ist, wie beispielsweise beim Integrationsmodell *Gesundes Kinzigtal*, wo sich die Ärzte mit Zielvereinbarungen verstärkt an Hochrisikopatienten richten, die über ein datenbasiertes Scoringverfahren ermittelt werden.⁹¹⁰

Die nicht dringlichkeitsgerechte Nutzung der Gesundheitsversorgung wird häufig im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der stationären Notfallinfrastruktur thematisiert,⁹¹¹ aber letztendlich muss im Rahmen einer systematischen Patientensteuerung die medizinische Dringlichkeit in Bezug auf alle Sektoren der Gesundheitsversorgung als zentrales Kriterium gelten, weswegen auch Priorisierungsstrukturen in ein elektronisches Datenmanagement eingebettet werden müssen. Aus diesem Grund müssen Priorisierungs- und Triagesysteme einen Kernbestandteil der Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung bilden. Die Notwendigkeit eines dringlichkeitsadäquaten Zugangs zur medizinischen Versorgung wird unter anderem dadurch deutlich, dass bei bestimmten Eingriffen mit der Dauer der Wartezeit die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Notfalleingriffs bzw. eines Todesfalls kontinuierlich steigt.⁹¹² Im Bereich der Strukturen eines Ärztenetzes können daher Warteschlangenmodelle (*Queueing Models*), die aus dem Feld des Operations Research (OR) stammen, eine Reduktion von Wartezeiten bewirken und so einen Beitrag zu einem reibungslosen und effizienten Versorgungsprozess leisten.⁹¹³

⁹⁰⁸ Vgl. Shojania, K. G. (2007), S. 228.

⁹⁰⁹ Vgl. bspw. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2015), S. 5-6.

⁹¹⁰ Vgl. Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A. et al. (2015), S. 126-127.

⁹¹¹ Vgl. bspw. von Stillfried, D., Czihal, T., Erhart, M. (2017); Schmiedhofer, M. H., Searle, J., Slagman, A., Möckel, M. (2017); Albrecht, M., Zich, K. (2016); Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T. et al. (2016); Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B. A., Wrede, C. (2016).

⁹¹² Vgl. Sobolev, B., Levy, A., Kuramoto, L. (2006), S. 92-95.

⁹¹³ Vgl. Creemers, S., Lambrecht, M. (2011), S. 786-796; Green, L. (2006), S. 304-306.

Sowohl bei Notfällen⁹¹⁴ als auch bei elektiven Eingriffen⁹¹⁵ bieten Systeme zur Planung und Koordination von Kapazitäten ein hohes Optimierungspotenzial. Damit in solchen Strukturen jedoch bei Behandlungsabläufen die medizinische Dringlichkeit Berücksichtigung findet, muss als Instrument der Priorisierung ein sektorübergreifendes Triage-System fest integriert sein. Die Etablierung von Triagestrukturen beispielsweise zur Dringlichkeitseinstufung bei Überweisungen zwischen Haus- und Facharzt bietet sich insbesondere bei regional ausgerichteten Integrationsmodellen an, da die im Zeitablauf zwischen den beteiligten Ärzten gewachsenen sozialen Bindungen ein effektives Kontrollinstrument darstellen, das einem Missbrauch solcher Systeme vorbeugt.⁹¹⁶

In manchen Zukunftsszenarien übernehmen informationsverarbeitende Systeme weite Teile des ärztlichen Tätigkeitsfelds und gewährleisten beispielsweise bei der Diagnostik durch lernfähige Algorithmen und die Berücksichtigung einer großen Menge verschiedener Faktoren eine wesentlich höhere Zuverlässigkeit als der Mensch.⁹¹⁷ Die Grenzen solcher Systeme sind jedoch oft dann erreicht, wenn es darum geht, nicht nur Auffälligkeiten zu eruieren, sondern auch die korrekte Diagnose davon abzuleiten und das weitere Vorgehen zu planen, weswegen das ärztliche Wissen bei der Patientensteuerung immer noch eine Schlüsselrolle spielt (siehe dazu Kapitel 6.2.3.1),⁹¹⁸ aber solche Systeme haben in einer unterstützenden Funktion unbestrittene Vorteile, beispielsweise in Form eines selbstlernenden Entscheidungsalgorithmus, der Ärzte bei der Auswertung der bildgebenden Diagnostik unterstützt.⁹¹⁹ Das Spektrum der Unterstützungssysteme in diesem Bereich ist weit und alle im Einzelnen zu behandeln würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, aber exemplarisch seien hier Unterstützungssysteme im Bereich des Arzneimittelmanagements genannt. Infolge einer mangelnden sektorübergreifenden Gesamtkoordination bestehen in diesem Bereich Versorgungsdefizite wie Polymedikationen, die sich nicht nur negativ auf die Versorgungsqualität auswirken,⁹²⁰ sondern durch das große Ausgabenvolumen auch ein enormes ökonomisches Gewicht besitzen.⁹²¹ Um im Einzelfall Ärzte bei der Wahl des geeignetsten Arzneimittels zu unterstützen, bietet sich die Integration von

⁹¹⁴ Vgl. Schweigkofler, U., Reimertz, C., Auhuber, T. C. et al. (2011), S. 932.

⁹¹⁵ Vgl. Dumas, M. B. (1985), S. 52-60.

⁹¹⁶ Vgl. Dunphy, D. C. (1972), S. 5.

⁹¹⁷ Vgl. bspw. Obermeyer, Z., Emanuel, E. J. (2016).

⁹¹⁸ Vgl. Semigran, H. L., Levine, D. M., Nundy, S., Mehrotra, A. (2016), S. 1861.

⁹¹⁹ Vgl. Lakhani, P., Sundaram, B. (2017), S. 579-581.

⁹²⁰ Vgl. Zeeh, J. (2018).

⁹²¹ Vgl. Schröder, M., Telschow, C. (2017), S. 137.

geeigneten Strukturelementen an, wie der FORTA-Liste, die die Eignung von einzelnen Medikamenten für den Einsatz bei bestimmten Erkrankungen bewertet,⁹²² der PRISCUS-Liste, die krankheitsbezogen bestimmte Medikamente von der Anwendung ausschließt,⁹²³ oder einer Positivliste,⁹²⁴ die eine Auswahl wirksamer Arzneimittel bzw. von Präparaten hoher Kosteneffektivität enthält.

Eng verknüpft mit dem Datenmanagement im Vorsorge- und Behandlungssetting sind Controlling- und Evaluationssysteme. Damit in Ärztenetzen organisierte Leistungserbringer Patienten effektiv steuern können, ist neben der entsprechenden vertraglichen Basis und einem anreizkompatibles Vergütungssystem nicht zuletzt auch ein umfassendes Controlling- und Evaluationssystem vonnöten,⁹²⁵ das sich als Instrument zur umfassenden Kosten- und Qualitätsmessung auf Versorgungssystemebene darüber hinaus auch erfolgskritisch auswirkt.⁹²⁶ Zusätzlich impliziert die Tatsache, dass die Integrierte Versorgung für alle Beteiligten eine freiwillige Alternative darstellt und darüber hinaus mit solchen Modellen die Zielsetzung einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit und Qualität verbunden ist,⁹²⁷ die Notwendigkeit, den Versorgungsvorteil anhand einer konsistenten und belastbaren Datenbasis durch derartige Systemstrukturen zu ermitteln und darzustellen. Um auch komplexere und umfangreichere Datenanalysen durchführen zu können, bietet sich unter anderem die Etablierung von Forschungsk Kooperationen mit universitären Einrichtungen an.⁹²⁸ Die Komponenten eines solchen Controllingsystems können in Abhängigkeit von deren perspektivischer Ausrichtung in strategisches Controlling (langfristige Erfolgsplanung) und operatives Controlling (kurz- und mittelfristige Planung) sowie inhaltlich nach den Bereichen in ökonomisches und medizinisches Controlling unterschieden werden.⁹²⁹ Um

⁹²² Vgl. Wehling, M., Burkhardt, H., Kuhn-Thiel, A. et al. (2016), S. 265-266.

⁹²³ Vgl. Siebert, S., Elkeles, B., Hempel, G. et al. (2013), S. 36-46.

⁹²⁴ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 245-250.

⁹²⁵ Vgl. Sohn, S., Schöffski, O., Voss, H. (2006), S. 366-374; Mühlbacher, A. C. (2006), S. 375-389.

⁹²⁶ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-135; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

⁹²⁷ Vgl. Hoch, S. (2016), S. 163-169; Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (1988), § 140a.

⁹²⁸ Vgl. Schöffski, O. (2012), S. 52-68; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 211-212.

⁹²⁹ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 237-238.

ein möglichst vollständiges Bild vom Versorgungsgeschehen im Integrationsmodell widerzugeben, greift das Controllingsystem auf eine breite Datenbasis zurück, bezieht Daten des Netzmanagements und aus allen beteiligten Sektoren ein und setzt auf eine elektronische Datenverarbeitung ohne Medienbrüche.⁹³⁰ Im Bereich der Controlling- und Evaluationsinstrumente kann beispielsweise durch eine externe Fallbegutachtung im Rahmen eines sogenannten Utilization Review sichergestellt werden, dass der Einsatz von Vorsorge- und Therapiemaßnahmen sowohl aus medizinisch-qualitativer als auch wirtschaftlicher Perspektive begründet ist (Best Practice) und eine kostenintensive Überversorgung verhindert wird.⁹³¹ Erfahrungen aus den USA zeigen jedoch, dass mit diesem Instrument häufig zu einseitig die Reduktion von Kosten adressiert wird und die Steigerung von Qualität eher eine untergeordnete Rolle spielt, wodurch wiederum aufseiten von Leistungserbringern eine solche Einschränkung der Diagnose- und Therapiefreiheit zu Skepsis führt und so das Potenzial eines solchen Instruments gefährdet.⁹³² Insofern kann das Utilization Review einen elementarerer Bestandteil des in der Integrierten Versorgung eingesetzten Instrumentariums bilden, muss aber mit Bedacht und in ausgewogener Weise angewandt werden.

6.2.2.4 Team- und Delegationsstrukturen

Bei der Schaffung von lückenlosen Versorgungsstrukturen im Sinne des Continuum of Care Program kommt auch der Förderung von sektorübergreifender Teamarbeit und dem Empowerment des nicht-ärztlichen Personals eine hohe Bedeutung zu.⁹³³ Ein Schlüsselfaktor liegt darin, unter anderem die Möglichkeiten von Gatekeepersystemen sowie der Delegation im Sinne einer optimal abgestimmten Patientensteuerung auszuschöpfen.⁹³⁴ Vorhandene Studien zeigen, dass unter anderem eine bedarfsgerechte Personalplanung sowie eine bessere Nutzung von Arbeitsteilung und des damit verbundenen Kompetenzspektrums entscheidend dazu

⁹³⁰ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 240-242.

⁹³¹ Vgl. Shi, L., Singh, D. A. (2017), S. 372-374; Cleverley, W. O., Cleverley, J. O. (2018), S. 164; Preedy, V. R., Watson, R. R. (Hrsg.) (2010), S. 4155; Zelman, W. A., Berenson, R. A. (1998), S. 73-86.

⁹³² Vgl. Shi, L., Singh, D. A. (2017), S. 319-320; Zelman, W. A., Berenson, R. A. (1998), S. 86.

⁹³³ Vgl. Selby, J., Schmittdiel, J., Fireman, B. et al. (2012), S. 8-9; Chaney, E., Rubenstein, L., Liu, C.-F. et al. (2011), S. 10-14; Lindsay, M. (2006), S. 360-384.

⁹³⁴ Vgl. Hildebrandt, H., Dold, H., Schmitt, G. et al. (2016), S. 298-299; Amelung, V. E. (2012), S. 218-231.

beitragen können, Behandlungsabläufe schneller und effizienter zu gestalten sowie Wartezeiten im Prozess zu reduzieren.⁹³⁵

Die Etablierung von Gatekeepingstrukturen bedeutet, dass der Patient mit Ausnahme bestimmter Behandlungsanlässe, wie beispielsweise Notfälle, einen bestimmten Allgemeinmediziner als primären Anlaufpunkt nutzt, um gegebenenfalls bestehenden weiteren fachärztlichen oder stationären Behandlungsbedarf zu klären, womit der Allgemeinarzt den Behandlungsprozess sektorübergreifend koordiniert und als Clearingstelle fungiert.⁹³⁶ Aus medizinischer Sicht kann zunächst keine eindeutige Empfehlung für eine hausärztliche Steuerung ausgesprochen werden, da manche Studien gleichwertige oder bessere Behandlungsergebnisse bei einer verbindlichen hausärztlichen Erstversorgung im Vergleich zur fachärztlichen Primärversorgung ermittelten⁹³⁷ und andere eine Überlegenheit der fachärztlichen Primärbetreuung feststellten⁹³⁸. Letztendlich überwiegt jedoch das Gewicht der Argumente, die dafür sprechen, dem betreuenden Hausarzt die Lotsenfunktion zu übertragen, da die vorhandenen Studien eine Überlegenheit der Steuerung durch einen Facharzt vor allem dann sehen, wenn die betreffende Krankheit klar einer einzelnen Facharztdisziplin zugeordnet werden kann, was aber häufig nicht den Versorgungsalltag widerspiegelt, da dort eine hohe Bandbreite an verschiedenen Erkrankungen abgedeckt werden muss und durch den demographischen Wandel dem Thema Multimorbidität eine wachsende Bedeutung zukommt.⁹³⁹ Ausgehend von den vorhandenen Studienergebnissen erscheint die Etablierung von Hausärzten als Lotsen insbesondere dann sinnvoll, wenn der Patient langjährig und durchgängig durch seinen Hausarzt be-

⁹³⁵ Vgl. Freund, T., Everett, C., Griffiths, P. et al. (2015), S. 733-742; Hensen, P., Wollert, S., Luger, T. (2009), S. 184-190; Seekamp, A. (2010), S. 405-409; Niemann, C. (2013), S. 1-173.

⁹³⁶ Vgl. Shi, L., Singh, D. A. (2017), S. 145; Amelung, V. E. (2012), S. 2018; Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 38; Wasem, J., Grefß, S., Hessel, F. (2003), S. 5; Wiechmann, M. (2003), S. 58.

⁹³⁷ Vgl. Engström, S., Foldevi, M., Borgquist, L. (2001), S. 132-143; Marzi, C., Abholz, H. H. (1999); Franks, P., Fiscella, K. (1998), S. 105; Kaag, M. E., Wijkel, D., Jong, D. de (1996), S. 369-372; Greenfield, S., Rogers, W., Mangotich, M. et al. (1995), S. 1436; Parnell, S. J., Zalin, A. M., Clarke, C. W. (1993), S. 68-69.

⁹³⁸ Vgl. Harrold, L. R., Field, T. S., Gurwitz, J. H. (1999), S. 500-509; Nash, I. S., Nash, D. B., Fuster, V. (1997), S. 476-477; Jollis, J. G., DeLong, E. R., Peterson, E. D. et al. (1996), S. 1881-1887.

⁹³⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 765-766; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 152; Butzlaff, M., Böcken, J., Kunstmann, W. (2002), S. 364; Cram, P., Ettinger, W. H. (J.) (1998).

treut wird,⁹⁴⁰ der Hausarzt bei Bedarf Fachärzte frühzeitig einbindet⁹⁴¹ und die Ausbildung des Hausarztes ihn auf eine solche Lotsenfunktion adäquat vorbereitet⁹⁴². Die Erfahrungen aus der hausarztzentrierten Versorgung zeigen zwar einerseits, dass die Rolle des Hausarztes als Gatekeeper grundsätzlich funktioniert,⁹⁴³ aber andererseits auch, dass die bloße Rolle als primärärztlicher Anlaufpunkt nicht ausreicht: aus Versichertensicht findet weder eine verbesserte Koordination zum Facharzt hin statt noch funktioniert der Austausch von Behandlungsinformationen zwischen Haus- und Fachärzten oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen besser als in der Regelversorgung.⁹⁴⁴ Daher erfüllt ein Hausarztmodell alleine noch nicht die damit verknüpften Erwartungen und verdeutlicht die Notwendigkeit, einen Gatekeeper in ein Integrationsmodell, das auch die ambulant-fachärztlichen und stationären Versorgungsbereiche einbezieht, einzubetten. In Bezug auf die Umsetzung von Gatekeepersystemen bietet nicht nur das US-amerikanische Gesundheitswesen umfangreiche Erfahrungswerte,⁹⁴⁵ sondern mit dem Vereinigten Königreich,⁹⁴⁶ Dänemark,⁹⁴⁷ den Niederlanden⁹⁴⁸ und der Schweiz⁹⁴⁹ auch Gesundheitssysteme aus dem europäischen Kontext.

Das ambulante Setting bietet neben dem Hausarzt in der Rolle des Behandlungskoordinators auch eine bessere Nutzung des Unterstützungspotenzials, das nicht-ärztliche Personalstrukturen zur Patientensteuerung beitragen können.⁹⁵⁰ Für den hausärztlichen Bereich konzipierte Qualifikations- und Delegationsmodelle wie die Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention (AGnES), der Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis (VERAH) oder der Nichtärztliche Praxisassistent (NäPa) bieten die Grundlage für die Definition eines zusätzlichen Aufgabenspektrums, das wiederum in erhöhtem Maße eine Entlastung

⁹⁴⁰ Vgl. Rosenblatt, R. A., Wright, G. E., Baldwin, L. M. et al. (2000), S. 98-101; Gulbrandsen, P., Hjortdahl, P., Fugelli, P. (1997), S. 1015-1018; Hjortdahl, P., Borchgrevink, C. F. (1991), S. 1183-1184.

⁹⁴¹ Vgl. Nash, D. B., Nash, I. S. (1997), S. 72-74; Hiss, R. G., Greenfield, S. (1996), S. 180; Markson, L. E. (1994), S. 1497.

⁹⁴² Vgl. Griffin, S., Kinmonth, A. L. (2000).

⁹⁴³ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 266.

⁹⁴⁴ Vgl. Böcken, J. (2006), S. 259-267.

⁹⁴⁵ Vgl. Bodenheimer, T., Grumbach, K. (2009), S. 52; Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C. et al. (1999), S. 261-262; Franks, P., Clancy, C. M., Nutting, P. A. (1992), S. 424.

⁹⁴⁶ Vgl. Giaimo, S. (2002), S. 60-64.

⁹⁴⁷ Vgl. Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B., Vallgård, S. et al. (2007), S. 98-100.

⁹⁴⁸ Vgl. Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003), S. 21-24; Ottewill, R. (1996), S. 88-93.

⁹⁴⁹ Vgl. Böhlert, I., Adam, I., Robra, B. P. (1997).

⁹⁵⁰ Vgl. Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B. N., Hertel, J. et al. (2017).

durch die Delegation ärztlicher Leistungen ermöglicht.⁹⁵¹ Mit dem Entlassungsassistenten in der Facharztpraxis (EFA) existieren aber auch ähnliche Konzepte für den ambulanten fachärztlichen Bereich.⁹⁵² Dadurch können beispielsweise leichter Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen geschlossen werden.⁹⁵³ Auch im stationären Bereich birgt ein höheres Maß an Arbeitsteilung Optimierungspotenziale. Die Entlastung von bürokratischen Aufwänden übt einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsmotivation von Ärzten aus (siehe Kapitel 6.2.1.2.2). Unter anderem der Einsatz von DRG-Kodierfachkräften, die bürokratische Aufgaben übernehmen, trägt dieser Anforderung Rechnung.⁹⁵⁴ Darüber hinaus setzt sich im Allgemeinen die Akademisierung bestimmter Gesundheitsberufe, wie bei Alten- und Krankenpflegern, nur schleppend durch.⁹⁵⁵ Durch den innovationsfördernden Charakter der Integrierten Versorgung bietet es sich an, auch Absolventen aus diesem Bereich frühzeitig einzubinden, da vorhandene Studien darauf hindeuten, dass durch die Nutzung von Case Management-Strukturen, in die auch nicht-ärztliches Personal eingebunden ist, Steuerungsaufgaben effektiver und effizienter erfüllt werden können.⁹⁵⁶

6.2.2.5 Fortbildungs- und Qualifizierungsstrukturen

Qualifikationsfördernde Fortbildungsstrukturen stellen einen elementaren Bestandteil der hier beschriebenen Integrationsversorgung dar, da die Qualifikation der teilnehmenden Leistungserbringer einen unmittelbaren Einfluss auf die Qualität und Effektivität des Steuerungsprozesses ausübt.⁹⁵⁷ Dies verdeutlicht letztendlich auch die Unabdingbarkeit von umfassenden Fortbildungssystemen, Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen, um so eine effektive und effiziente Patientensteuerung sicherzustellen.

Nicht nur wegen des bereits erwähnten schnellen Veraltens medizinischen Wissens,⁹⁵⁸ sondern auch weil in regelmäßigen Intervallen stattfindende interprofessionelle Fortbildungen die Basis für eine fachübergrei-

⁹⁵¹ Vgl. Hildebrandt, H., Dold, H., Schmitt, G. et al. (2016), S. 298-300.

⁹⁵² Vgl. Rieser, S. (2018), S. 36.

⁹⁵³ Vgl. Bauer, C. (2017), S. 7.

⁹⁵⁴ Vgl. Müller, M. (2014), S. 83; Metzenmacher, J., Schäfer, C. (2011), S. 5-7.

⁹⁵⁵ Vgl. Reuschenbach, B., Darmann-Finck, I. (2018), S. 73-74.

⁹⁵⁶ Vgl. Şahin, C., Iseringhausen, O., Hower, K. et al. (2018), S. 327-328; Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B. N., Hertel, J. et al. (2017); Schnack, D. (2017a), S. 6; Asha, S. E., Ajami, A. (2014), S. 159-162; Blank, M. B., Hennessy, M., Eisenberg, M. M. (2014), S. 719-724.

⁹⁵⁷ Vgl. Wiese, C. R., Bartels, U., Marczyńska, K. et al. (2009), S. 1499-1506.

⁹⁵⁸ Vgl. Shojania, K. G. (2007), S. 228.

fende Zusammenarbeit bilden,⁹⁵⁹ kommt Fortbildungsstrukturen in der Integrierten Versorgung eine tragende Rolle zu. Passive Edukationssysteme wie Fortbildungen im Frontalvortragsstil haben sich in diesem Zusammenhang als ineffektiv erwiesen, weswegen interaktiv gestaltete Fortbildungsformate vorzuziehen sind.⁹⁶⁰ Regelmäßige Fortbildungen sind zwar auch in der Regelversorgung für Ärzte verpflichtend,⁹⁶¹ aber gerade ein sektorübergreifendes Kooperationsmodell wie das der Integrierten Versorgung bietet die Basis für multidisziplinäre Fortbildungsstrukturen, die fachgruppenübergreifend konzeptioniert sind sowie den gesamten Versorgungsprozess und dessen Schnittstellen einbeziehen. Die Realisierung solcher Strukturen ist insbesondere vor dem Hintergrund geboten, dass sich der überwiegende Anteil der Ärzte eine solche interdisziplinäre Ausgestaltung der Fortbildungen wünscht, womit diese auch in Bezug auf die motivationsbezogene Bedürfnisbefriedigung relevant ist (siehe dazu auch Kapitel 6.2.1).⁹⁶² Gleichzeitig gelingt es häufig nicht, das Wissen aus der aktuellen Forschung umgehend in den Versorgungsalltag einfließen zu lassen, was jedoch aus Sicht einer evidenzbasierten, auf Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse stattfindenden Patientensteuerung essenziell ist.⁹⁶³ Auf der einen Seite liegt das an den Strukturen der Forschungsorganisationen, die vorrangig auf eine Vernetzung untereinander ausgerichtet sind, aber andererseits auch an unzureichenden Translationsstrukturen, die durch ihre zu schwache Ausprägung nicht dafür sorgen, dass neue Erkenntnisse aus der Forschung schnell Anwendung im Versorgungsgeschehen finden.⁹⁶⁴ Aus diesem Grund sind die Strukturen in der Integrierten Versorgung so auszurichten, dass das Integrationsmodell einen Teil eines translationalen Netzwerks bildet, das eine Schnittstelle zu Forschungsinstitutionen fest etabliert und so bestehenden Defiziten adäquat begegnet.⁹⁶⁵ In Netzwerken der Integrierten Versorgung können darüber hinaus Projektgruppen, die regelmäßig den aktuellen Stand der Leitlinien in praxisorientierter und anwenderrelevanter Form in Behandlungspfade und Fortbildungen einfließen lassen, diese Übertragungsprozesse unterstützen.

⁹⁵⁹ Vgl. Atzeni, G., Schmitz, C., Berchtold, P. (2017), S. 55.

⁹⁶⁰ Vgl. Gross, P. A., Greenfield, S., Cretin, S. et al. (2001), S. 87; Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M. et al. (1998), S. 466.

⁹⁶¹ Vgl. Ring, G. (2016), S. 423.

⁹⁶² Vgl. Murray, R. (2017), S. 3.

⁹⁶³ Vgl. Naidech, A. M., Beaumont, J., Jahromi, B. et al. (2017), S. 54-56.

⁹⁶⁴ Vgl. Schiermeier, Q. (2018), S. 153; Zinkant, K. (2018), S. 14.

⁹⁶⁵ Vgl. Albers, P. (2017), S. 6.

Im Hinblick auf die Patientensteuerung und die Förderung einer aktiven Patientenmitwirkung spielt ergänzend die Kommunikationskompetenz eine hervorgehobene Rolle, die inhaltlich in Kapitel 6.2.3.1.1 näher beleuchtet wird. In Bezug auf die Qualifizierungsstrukturen ist daher elementar, dass Qualifizierungseinheiten zur Kommunikation mit Patienten und Mitbehandlern als fester Bestandteil in der Integrierten Versorgung etabliert werden.⁹⁶⁶ Insbesondere in größeren organisationalen Kontexten wie dem von Krankenhäusern müssen die Strukturen vorhanden sein, die Ärzte aktiv dabei unterstützen, eine partizipative Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten zu fördern.⁹⁶⁷

6.2.2.6 Netzübergreifendes Führungsgremium und Netzmanagementstrukturen

Bedingt durch häufig heterarchischen Strukturen in Netzwerken der Integrierten Versorgung ist eine Führung vonnöten, die einerseits im gesamten Integrationsmodell die intendierte Ausrichtung umsetzt und andererseits in den Entscheidungsprozessen die Autonomie der einzelnen Leistungserbringer durch ein ausgewogenes Maß an Mitbestimmung berücksichtigt.⁹⁶⁸ Die verschiedenen Leistungserbringergruppen, insbesondere die beteiligten Haus-, Fach- und Krankenhausärzte, müssen sich über die Netzführungsstrukturen als ausreichend vertreten wahrnehmen, weswegen sich die Zusammensetzung der in einem Integrationsmodell vertretenen Ärzteguppen in deren Führungsstrukturen widerspiegeln muss.⁹⁶⁹ Gerade im Fall eines mit Ärzten besetzten Führungsgremiums ist in aller Regel die Unterstützung durch ein professionelles, häufig nicht-ärztliches Netzmanagement sinnvoll. Eine grundlegende Aufgabe eines solchen Führungsgremiums besteht darin, mit allen beteiligten Ärzten ein gemeinsames Werte- und Zielsystem abzustimmen und im Versorgungsalltag als Leitgedanke zu etablieren (siehe auch Kapitel 2.2.1.2 und 6.2.3.2).⁹⁷⁰ In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, auf der Ebene der Netzführung und des Netzmanagements ein Lenkungsgremium anzusiedeln, das im Sinne von Leadership nicht nur die regelmäßige Abstimmung unter den

⁹⁶⁶ Vgl. Klinkhammer, G., Krüger-Brand, H. E. (2015), S. 966-972; Richter-Kuhlmann, E., Schmitt-Sausen, N. (2015), S. 16-17; Richter-Kuhlmann, E. (2015b), S. 1366-1367; Richter-Kuhlmann, E. (2015a), S. 850-852.

⁹⁶⁷ Vgl. Pelikan, J. M., Dietscher, C. (2015), S. 991-992.

⁹⁶⁸ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410.

⁹⁶⁹ Vgl. Bucci, R. V. (2014), S. 9-20.

⁹⁷⁰ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Bucci, R. V. (2014), S. 9-20; Bahr, T. M. (2009), S. 72; Smyth, L. (2009), S. 46-47; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 154; Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), S. 83-85.

beteiligten Ärzten sicherstellt, sondern auch die Abstimmung mit den beteiligten Kostenträgern über die Entwicklung der Integrierten Versorgung und die Erfüllung der gemeinsam definierten Ziele.⁹⁷¹

Erfahrungen aus bisherigen Integrationsmodellen unterstreichen die große Bedeutung einer zentralen organisatorischen Unterstützungs- und Organisationseinheit, wie der eines Netzmanagements, die eine lückenlose Zusammenarbeit aktiv befördert und unterstützt.⁹⁷² Ein solches Netzmanagement ist vorrangig dafür verantwortlich, das Integrationsmodell aufzubauen, zu pflegen und weiterzuentwickeln, das Versorgungsgeschehen an den vorhandenen Schnittstellen abzustimmen und dort auftretende Konflikte zu klären, Vergütungsflüsse zu koordinieren sowie das Informationsmanagement und eine gemeinsame Marketingpräsenz zu organisieren.⁹⁷³ Ein professionelles Netzmanagement mit eigenen Räumlichkeiten ist gerade dann notwendig, wenn ein Integrationsmodell einen so großen Versorgungsbereich abdeckt, dass die im Zusammenhang mit der Netzwerkorganisation anfallenden organisatorischen Aufgaben nicht mehr ehrenamtlich von den beteiligten Ärzten selbst neben deren Praxisbetrieb erfüllt werden können.⁹⁷⁴ Um geeignetes Personal für das Netzmanagement zu finden, müssen entsprechende Personalmanagementstrukturen mit Elementen wie Personalmarketing oder -entwicklung etabliert und Anforderungsprofile für die Tätigkeit in diesem Bereich definiert werden.⁹⁷⁵

6.2.2.7 Versorgungseinrichtungen in gemeinsamer Trägerschaft

Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in integrierte Versorgungsmodelle eingebunden sind, bieten die Möglichkeit durch eine gemischte Trägerschaft aus niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten die Akzeptanz solcher Zentren zu erhöhen und Konfliktpotenziale zu reduzieren. Gerade in ländlichen Regionen kann dadurch das Problem einer Unterversorgung gelöst werden. Dieses Modell ermöglicht älteren Ärzten eine Zwischenphase mit reduzierter Stundenzahl zwischen Vollzeitpraxis-tätigkeit und Ruhestand. Für junge Ärzte bieten sie einen niedrigschwelligen Zugang in die Niederlassung, bei dem es die Möglichkeit ei-

⁹⁷¹ Vgl. Bahr, T. M. (2009), S. 71-72.

⁹⁷² Vgl. Wambach, V., Lindenthal, J. (2015), S. 375; Hildebrandt, H., Michalek, H., Roth, M. (2011); Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 212-213; Eble, S., Maier, P. (2009); Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153.

⁹⁷³ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 406.

⁹⁷⁴ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52.

⁹⁷⁵ Vgl. Jäger, C. (2016a), S. 311-315.

nes Erfahrungsaustauschs mit den dort tätigen Kollegen gibt. Zusätzlich bieten solche Versorgungszentren die Möglichkeit der netzinternen Aus- und Weiterbildung von Versorgungsassistenten bzw. Casemanagern.⁹⁷⁶

Gerade bei hochspezialisierter Technologie wie im Bereich der diagnostischen Bildgebung sind Strukturvorgaben durch das Qualitätsmanagement sinnvoll, weil deren Einsatz durch spezifische Prozesse, eine große technische Komplexität sowie hohe Anforderungen an die Qualifikation des in diesem Bereich eingesetzten Personals charakterisiert ist.⁹⁷⁷ Um einen effizienten Einsatz zu gewährleisten und eine ausreichende Auslastung einer solch kostenintensiven Infrastruktur zu unterstützen, bietet die Etablierung von Strukturen zur Kapazitätssteuerung und Einsatzplanung sowie die Einbeziehung der Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Versorgungsstufen großes Potenzial.⁹⁷⁸ Solche Strukturen ermöglichen dadurch nicht nur eine bessere Auslastung zu gewährleisten, sondern durch eine schnellere Amortisation auch die Option einer zeitnahen Ersatzbeschaffung und so den Einsatz von Geräten, die sich auf dem aktuellen technischen Stand befinden.

6.2.3 Medizinische-organisatorische Kompetenz und Inhalte

Die Kompetenzen, über die die beteiligten Ärzte zur Gewährleistung einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung verfügen müssen, und die Inhalte, die in die im vorherigen Kapitel beschriebenen Strukturen eingebettet sein müssen, sind Gegenstand dieses Kapitels.

6.2.3.1 Medizinische-organisatorische Kompetenz

Die in Kapitel 6.2.2 beleuchteten Strukturelemente bilden eine wichtige Grundlage der Patientensteuerung, aber diese Strukturen alleine genügen nicht, um das Funktionieren der Steuerungsprozesse zu gewährleisten. Ergänzend dazu müssen die beteiligten Ärzte über eine umfassende Kooperations- und Steuerungskompetenz verfügen, die sie in die Lage versetzt, lückenlose Versorgungsprozesse zu bewirken.⁹⁷⁹ Welche Kompetenzfelder Ärzte in diesem Bereich abdecken müssen, wird im Folgenden näher beleuchtet.

⁹⁷⁶ Vgl. Bahr, T. M., Walberer, P., Albert, K. (2018), S. 105-106.

⁹⁷⁷ Vgl. Seegenschmiedt, M. H., Zehe, M., Fehlauer, F., Barzen, G. (2012), S. 1548-1552.

⁹⁷⁸ Vgl. Heinrich, D. (2011), S. 59-60.

⁹⁷⁹ Vgl. Harvey, M., Al Shaar, M., Cave, G. et al. (2008), S. 61-68; Hirschowitz, R. G. (1975), S. 179-183.

6.2.3.1.1 Patientenbezogene Steuerungskompetenz

Die patientenbezogene Steuerungskompetenz bildet die Basis für die erfolgreiche Steuerung von Versorgungsprozessen. Im erweiterten Sinne schließt das auch das Erkennen ein, wann und in welcher Form das soziale Umfeld des Patienten als Unterstützung eingebunden werden sollte,⁹⁸⁰ wobei in diesem Fall die Steuerungskompetenz darin besteht, Angehörige proaktiv in die Therapieplanung einzubeziehen und dabei deren individuelle Situation, Wissen und Fähigkeiten systematisch zu erfassen und zu berücksichtigen.⁹⁸¹

Einen grundlegenden Bestandteil der patientenbezogenen Steuerungskompetenz bildet die Arzt-Patienten-Kommunikation. Vorhandene Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Ärztinnen eine solche Kommunikation häufig besser beherrschen als Ärzte und insofern eine Orientierung für die bessere Nutzung kommunikationsbezogener Steuerungspotenziale liefern.⁹⁸² Gerade im präventiven Bereich, wo der Patient bedingt durch den (noch) nicht eingetretenen Krankheitsfall gegebenenfalls noch nicht ausreichend für die Handlungsdringlichkeit sensibilisiert ist, bestehen besondere Anforderungen an die Kommunikationskompetenz des Arztes. Einer rechtzeitigen Sensibilisierung für Prävention kommt nicht zuletzt deshalb eine hervorgehobene Bedeutung zu, weil durch sie nicht nur die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Reihe von Erkrankungen gesenkt werden kann,⁹⁸³ sondern auch im Therapiegeschehen die Behandlungsaussichten durch sie verbessert werden können.⁹⁸⁴ Die Vertrauensstellung, die Ärzte bei ihren Patienten genießen (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1.1), prädestiniert sie auch für die Unterstützung ihrer Patienten bei der Entscheidung über die Teilnahme an der Integrierten Versorgung. Diese Vertrauensstellung ist jedoch mit einer hohen Verant-

⁹⁸⁰ Vgl. Cobb, L. K., McAdams-DeMarco, M. A., Gudzone, K. A. et al. (2016), S. 438-441; Jackson, S. E., Steptoe, A., Wardle, J. (2015), S. 387-388.

⁹⁸¹ Vgl. Simon, J., Porterfield, P., Bouchal, S. R., Heyland, D. (2015), S. 56-61.

⁹⁸² Vgl. Weißflog, G., Ernst, J., Szkoda, A. et al. (2014), S. 310.

⁹⁸³ Vgl. bspw. Connor, J. (2016), S. 5-6; Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D. et al. (2016), S. 796; Makarova-Rusher, O. V., Altekruse, S. F., McNeel, T. S. et al. (2016), S. 1762; Ait Ouakrim, D., Pizot, C., Boniol, M. et al. (2015), S. 2-9; Siegel, R. L., Jacobs, E. J., Newton, C. C. et al. (2015), S. 1574-1576; Bhaskaran, K., Douglas, I., Forbes, H. et al. (2014), S. 762; Ma, Y., Yang, Y., Wang, F. et al. (2013), S. 9; Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T. et al. (2011), S. 4-8.

⁹⁸⁴ Vgl. Steffens, D., Beckenkamp, P. R., Hancock, M. et al. (2018), S. 350; Turan, T. N., Nizam, A., Lynn, M. J. et al. (2017), S. 381-384; Kalogeraki, E., Pielecka-Fortuna, J., Hüppe, J. M., Löwel, S. (2016), S. 12-13; Shaya, G. E., Al-Mallah, M. H., Hung, R. K. et al. (2016), S. 137; Romaguera, D., Ward, H., Wark, P. A. et al. (2015), S. 7-8.

wortung verbunden und darf nicht dazu missbraucht werden, einem Patienten eine bestimmte Entscheidung aufzuzwingen.⁹⁸⁵ Dabei bildet eine empathische und zugewandte Grundhaltung des Arztes einen wichtigen Grundbaustein für eine konstruktive Arzt-Patienten-Kommunikation. Ein Großteil der Patienten tendiert dazu, Informationen nicht dem Arzt zu übermitteln, wenn Patienten den Eindruck haben, dass sie diese Informationspreisgabe ärztlicher Kritik aussetzen könnte.⁹⁸⁶ In diesem Sinne ebnet eine mitfühlende und aufgeschlossene Grundhaltung den Boden für eine vertrauensvolle und zielführende Kommunikation, bei der der Arzt auf individuelle Bedürfnisse eingehen und Vorbehalte ausräumen kann, was insbesondere bei Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz notwendig ist, da bei ihnen Verunsicherung, Angst oder Scham eine offene Gesprächsatmosphäre häufig verhindern.⁹⁸⁷ Anders als im Behandlungsalltag üblich, wo ein Arzt seinen Patienten häufig nach weniger als einer halben Minute unterbricht, sollte er zulassen, dass sein Patient ausreden kann.⁹⁸⁸ Die Beachtung dieses Grundsatzes kann dem Arzt umfangreiche Informationen über die Gesamtverfassung seines Patienten liefern und frühzeitig Handlungshinweise geben, ohne dass dies, wie von Ärzten häufig befürchtet, die Dauer der Konsultation substanziell verlängert.⁹⁸⁹ Über die Wahl einer patientenverständlichen Sprache und die Vermeidung hierarchischer Elemente kann der Arzt eine kooperative, complianceförderliche Patientenkommunikation erreichen.⁹⁹⁰ Eine solche Kommunikation ist unter anderem notwendig, um Patienten zu motivieren, sich ein tieferes Verständnis für die eigene Erkrankung und für Notwendigkeit von bestimmten Interventionen anzueignen. Auch das Wissen darüber, wie Personen mit medizinischem Laienwissen Informationen verarbeiten und gewichten, leistet einen wichtigen Beitrag. Da bei der Patientenaufklärung anekdotisch geschilderte Information für Patienten meist schwerer wiegen als statistisch aufbereitete Ergebnisinformationen, sollte der Arzt statistische Angaben möglichst durch Informationen mit anekdotischem Charakter ergänzen.⁹⁹¹

⁹⁸⁵ Bspw. zu unangebrachter ärztlicher Einflussnahme auf den Patienten im Umfeld der Einschreibung in die Hausarztzentrierte Versorgung; vgl. Urteil vom Landgericht München I, 11. Kammer für Handelssachen vom 17.06.2009.

⁹⁸⁶ Vgl. Levy, A. G., Scherer, A. M., Zikmund-Fisher, B. J. et al. (2018), S. 6.

⁹⁸⁷ Vgl. Bühring, P. (2017), S. 280-281; Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.-M. et al. (2017), S. 23; Jürgens, U. (2009), S. 115.

⁹⁸⁸ Vgl. Wilm, S., Knauf, A., Peters, T., Bahrs, O. (2004), S. 56.

⁹⁸⁹ Vgl. Bär, T. (2009), S. 82-83; Stunder, W. A. (2004), S. 3; Wilm, S., Knauf, A., Peters, T., Bahrs, O. (2004), S. 56-57.

⁹⁹⁰ Vgl. Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (2017), S. 121-134.

⁹⁹¹ Vgl. Freymuth, A. K., Ronan, G. F. (2004), S. 214-216.

Darüber hinaus erleichtert die Strukturierung des Arzt-Patienten-Gesprächs in drei Schritte die Vermittlung von Informationen und Gesundheitskompetenz. Im ersten Schritt ermittelt der Arzt zunächst, wie stark die Gesundheitskompetenz des Patienten ausgeprägt ist, wobei er idealerweise über den Datenaustausch unter den behandelnden Ärzten auf diesbezügliche Information zurückgreifen kann (siehe Kapitel 6.2.2.3). Im zweiten Schritt steht die Steigerung der Gesundheitskompetenz im Fokus, indem nicht nur Wissen, sondern auch Möglichkeiten zur aktiven Mitwirkung des Patienten vermittelt werden. Im letzten Schritt wird überprüft, ob die essenziellen Informationen dem Patienten erfolgreich vermittelt werden konnten, um bei entscheidenden Wissenslücken über Maßnahmen aus dem zweiten Schritt nachzubessern.⁹⁹²

Patienten, insbesondere Chroniker, haben häufig Probleme, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verstehen.⁹⁹³ Um Verständnisprobleme zu lösen, existiert eine Reihe von Gesprächstechniken, anhand derer Ärzte überprüfen können, ob der Patient die vermittelten Inhalte tatsächlich richtig erfasst hat und motiviert ist, präventive und therapeutische Maßnahmen umzusetzen.⁹⁹⁴

- Um Patienten nicht zu überfordern, bietet sich die Aufteilung umfangreicher Informationsmengen auf kleinere, weniger komplexe Erklärschritte an, deren Verständnis nach jedem Schritt abgefragt wird (**Chunk and Check**).⁹⁹⁵
- Um sich zu versichern, dass der Patient die entscheidenden Gesprächsinhalte verstanden hat, steht dem Arzt die **Teach-Back-Methode** zur Verfügung: hier bittet der Arzt seinen Patienten, die besprochenen Inhalte mit seinen eigenen Worten widerzugeben, um auf diese Weise gegebenenfalls bestehende Informationslücken oder Missverständnisse zu identifizieren.⁹⁹⁶
- Bei der **Ask-Me-3-Methode** fragt der Patient seinen behandelnden Arzt nach seinem Hauptproblem, den indizierten Maßnahmen und den Gründen, warum diese Interventionsstrategien ergriffen werden sollten. Spiegelbildlich dazu sollte der Arzt in der

⁹⁹² Vgl. Health Quality & Safety Commission New Zealand (2014), S. 2-17.

⁹⁹³ Vgl. Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., Maindal, H. (2016), S. 3-9.

⁹⁹⁴ Vgl. Health Quality & Safety Commission New Zealand (2014), S. 17-19.

⁹⁹⁵ Vgl. Coleman, C. A., Hudson, S., Maine, L. L. (2013), S. 83; Seale, C., Rivas, C., Kelly, M. (2013), S. 126.

⁹⁹⁶ Vgl. White, M., Garbez, R., Carroll, M. et al. (2013), S. 140-145; Kripalani, S., Bengtzen, R., Henderson, L. E., Jacobson, T. (2008), S. 14-15.

Lage sein, diese drei Fragen in patientenverständlicher Form zu beantworten.⁹⁹⁷

- **Motivational Interviewing** kann unter anderem bei einer unzureichenden Motivation zur Therapietreue zur Compliancesteigerung eingesetzt werden, denn diese Technik ermöglicht dem Arzt die Situation des Patienten leichter nachzuvollziehen und gezielt auf bestehende Problempunkte einzugehen.⁹⁹⁸ Gerade weil sich diese Methode bei Patientengruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz als effektiv erwiesen hat, bietet sie sich für die Patientensteuerung an.⁹⁹⁹

Eine patientenzentrierte Kommunikation und die gezielte Anwendung der beschriebenen Gesprächstechniken ermöglichen nicht nur eine gesteigerte Patientenzufriedenheit, sondern insbesondere auch eine aktive Einbindung des Patienten ins Versorgungsgeschehen und damit die Rolle des Patienten als Ko-Produzent seiner Gesundheit.¹⁰⁰⁰ Aufseiten der Ärzte scheitert eine partizipative Entscheidungsfindung aber aktuell häufig nicht nur daran, dass sie in ihrer Kommunikation Patientenpräferenzen lediglich eine untergeordnete Rolle einräumen und auf einen relativ starren Gesprächsablauf fixiert sind,¹⁰⁰¹ sondern auch daran, dass viele Ärzte eine selbstbestimmte Rolle des Patienten kritisch sehen.¹⁰⁰² Die oft in diesem Zusammenhang geäußerte Befürchtung von Ärzten, ein Mitspracherecht des Patienten, führe dazu, dass derselbe dann häufig medizinisch nicht sinnvolle Maßnahmen einfordere und die Therapiehoheit nachhaltig einschränken wolle, konnten aber durch die diesbezüglichen Studien nicht bestätigt werden.¹⁰⁰³ Daher gilt es, die in Kapitel 6.2.1 beleuchteten Ansätze zu nutzen, um der partizipativen Entscheidungsfindung zwi-

⁹⁹⁷ Vgl. Miller, M. J., Abrams, M. A., McClintock, B. et al. (2008), S. 785.

⁹⁹⁸ Vgl. Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L. et al. (2013), S. 166; Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005), S. 309-311; Rollnick, S., Allison, J. (2004), S. 109-112; Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., Mason, D. (1997), S. 53-54.

⁹⁹⁹ Vgl. Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R. (2005), S. 105.

¹⁰⁰⁰ Vgl. Saha, S., Beach, M. C. (2011), S. 390-392; Kiesler, D. J., Auerbach, S. M. (2006), S. 336-337.

¹⁰⁰¹ Vgl. Schmacke, N., Richter, P., Stamer, M. (2016), S. 240-242.

¹⁰⁰² Vgl. Bittner, A. (2016), S. 145-154; Euler, S., Böcken, J. (2016), S. 106-109; Snow, R., Humphrey, C., Sandall, J. (2013), S. 6-7.

¹⁰⁰³ Vgl. Back, A. L. (2015), S. 18-19; Gogineni, K., Shuman, K. L., Chinn, D. et al. (2015), S. 37-38; Salmon, P., Humphris, G. M., Ring, A. et al. (2007), S. 573-576; Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., Nazareth, I. (2007), S. 7-8.

schen Arzt und Patient einen höheren Stellenwert einzuräumen und über die in Kapitel 6.2.2.5 beschriebenen Fortbildungsstrukturen zu fördern.

In diesem Zusammenhang versetzt die Fähigkeit des Arztes, wissenschaftliche Veröffentlichungen und statistische Auswertungen zu beurteilen, ihn nicht nur in die Lage, in der Kooperation mit anderen Leistungserbringern evidenzbasierte Steuerungsentscheidungen zu treffen (siehe Kapitel 6.2.3.1.2), sondern auch Patienten bei der Auswahl verlässlicher Informationsquellen zu unterstützen. Dies betrifft insbesondere auch digitale Medien. Laut einer Umfrage unter heilberuflichen Leistungserbringern erwarten rund 90 % davon, dass sich die Gesundheitsversorgung durch die digitale Vernetzung mittel bis stark verändert und über 60 % von ihnen gehen davon aus, dass sich diese auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirkt.¹⁰⁰⁴ Dass Ärzte solche Veränderungen wahrnehmen und akzeptieren, ist eine wichtige Grundlage für einen Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses, bei dem der Arzt als Vermittler den Patienten aktiv dabei unterstützt, sowohl eine autonomere Rolle einzunehmen als auch aus dem digitalen Angebot gezielt seriöse Informationsquellen zu wählen.¹⁰⁰⁵ Die Tatsache, dass viele Patienten das Internet lediglich als ergänzende Informationsquelle nutzen möchten und sich nach wie vor die Hilfe ihres behandelnden Arztes bei der Interpretation der recherchierten Informationen wünschen ohne ihn ersetzen zu wollen, unterstreicht die Bedeutung dieser Kompetenz.¹⁰⁰⁶ Dementsprechend sollte der Arzt durch seine patientenbezogene Steuerungskompetenz erkennen, wo der partizipativen Entscheidungseinbindung des Patienten Grenzen gesetzt sind, insbesondere wenn der Patient die Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen nicht beurteilen kann und auf die Unterstützung des Arztes angewiesen ist.¹⁰⁰⁷ Die Tatsache, dass gerade Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz häufiger chronisch krank sind, unterstreicht den Stellenwert einer solchen Unterstützungskompetenz und der Vermittlerrolle des behandelnden Arztes.¹⁰⁰⁸ Bereits in Bezug auf die Möglichkeiten, wie Patienten für die Integrierte Versorgung motiviert werden können, wurde der starke Einfluss des behandelnden Arztes deutlich (siehe Kapitel 6.1.1.1). Dementsprechend hoch fällt auch das Vertrauen des Patienten in den Arzt als Informationsquelle und Empfehlungsgeber

¹⁰⁰⁴ Vgl. Gausepohl, L., Hoffmann, S., Keine, J. T. et al. (2016), S. 13-14.

¹⁰⁰⁵ Vgl. Gießelmann, K. (2017), S. 382-383.

¹⁰⁰⁶ Vgl. Stevenson, F. A., Kerr, C., Murray, E., Nazareth, I. (2007), S. 7-8.

¹⁰⁰⁷ Vgl. Bühlren, B. (2014), S. 44-45.

¹⁰⁰⁸ Vgl. Schmedt, M. (2016), S. 1233.

aus.¹⁰⁰⁹ Aus diesem Grund liegt es nahe, dass insbesondere der Arzt kontextbezogen dem Patienten weiterführende Informationen zum Selbststudium anbietet und auf die entsprechenden Informationsquellen, die in Kapitel 6.1.2.1 thematisiert werden, verweist.

6.2.3.1.2 Kooperations- und versorgungsbezogene Steuerungskompetenz

Eine elementare Komplementärkompetenz zu der patientenbezogenen Steuerungsfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit zur Kooperation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bzw. der Leistungserbringer untereinander, denn deren Vorhandensein stellt einen grundlegenden Erfolgsfaktoren für das Funktionieren der Integrierten Versorgung dar.¹⁰¹⁰ Anknüpfend daran bildet die effektive Koordination des gesamten Versorgungsprozesses einen weiteren Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung,¹⁰¹¹ weswegen insbesondere die beteiligten Ärzte in der Lage sein müssen, die Schnittstellenprobleme im Versorgungsgeschehen, die sowohl innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche als auch zwischen den Sektoren existieren, zu überwinden und in der Zusammenarbeit die Anforderungen der mitbehandelnden Ärzte ausreichend zu berücksichtigen.¹⁰¹² Um hierbei erfolgreich zu sein, benötigen Ärzte Kompetenzen, die sie unter anderem die Strukturen von Behandlungspfaden oder eines

¹⁰⁰⁹ Vgl. Klemperer, D., Dierks, M.-L. (2012), S. 46.

¹⁰¹⁰ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 10-16; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 126-135; Kranzer, A. (2007), S. 180-181; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹⁰¹¹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62-65; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 53; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 403-409; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 40-41; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-267; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Janus, K. (2003), S. 295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁰¹² Vgl. Speed, C. A., Crisp, A. J. (2005), S. 469-471.

Qualitätsmanagements (QM) umsetzen lassen, wobei hier die Ergänzung durch die Kompetenz eines Netzmanagements (siehe Kapitel 6.2.3.1.3) und das Adressieren bestehender Defizite in den Fortbildungskonzepten sinnvoll sind. Vor dem Hintergrund, dass sich bisherige Behandlungspfade durch ihre Komplexität häufig als wenig alltagstauglich erwiesen haben, spielt bei der Konzeption von Behandlungspfaden die Fähigkeit, abzuwägen zwischen dem notwendigen Detaillierungsgrad und möglichen Vereinfachungen, eine hervorgehobene Rolle.¹⁰¹³

Teilweise können zwar die Infrastruktur (siehe Kapitel 6.2.2) und die Fähigkeit der Ärzte, diese zu konzipieren, dazu beitragen, eine behandlungsprozessübergreifende Kommunikation sicherzustellen, letztendlich funktioniert diese strukturelle Basis aber nur als Ergänzung zur Kommunikationskompetenz und -bereitschaft der Ärzte.¹⁰¹⁴ Eine lückenlose und fehlerfreie Kommunikation der Ärzte untereinander wird unter anderem durch eine nach einer Standard Operating Procedure (SOP) strukturierten Kommunikation nachhaltig gefördert.¹⁰¹⁵ Ein entscheidender Bestandteil der diesbezüglichen Kompetenz des Arztes besteht jedoch nicht nur darin, eine solche SOP-gestützte Kommunikation zu beherrschen, sondern auch die Notwendigkeit standardisierter Kommunikationsstrukturen anzuerkennen, da Ärzte häufig eine strukturierte Informationsweitergabe als unnötig betrachten und dementsprechend ablehnen.¹⁰¹⁶

Wie wichtig eine gut strukturierte, unter allen Leistungserbringern abgestimmte Versorgung ist, lässt sich am Beispiel der Arzneimitteltherapie illustrieren. Polypharmazie gewinnt in einer von demographischem Wandel und Multimorbidität geprägten Gesellschaft enorm an Bedeutung, weswegen die Ansatzpunkte aus der Forschung genutzt werden müssen, um nach evidenzbasierten Kriterien Multimedikation zu reduzieren und auf diesem Wege bei Patienten die Einschränkung der Alltagskompetenz sowie eine gesteigerte Morbidität und Mortalität zu vermeiden.¹⁰¹⁷ Eine größere Gemeinschaft von Ärzten wie in einem integrierten Versorgungsnetz bietet auch über die Thematik von Polypharmazie hinaus die Mög-

¹⁰¹³ Vgl. Behar, B. I., Guth, C., Salfeld, R. (2018), S. 128-129.

¹⁰¹⁴ Vgl. Hannawa, A., Jonitz, G. (2017), S. 142-171; Richter-Kuhlmann, E., Schmitt-Sausen, N. (2015), S. 17.

¹⁰¹⁵ Vgl. Randmaa, M., Swenne, C. L., Martensson, G. et al. (2016); Loeb, R. G., Dekker, S. W. A. (2015); Weinger, M. B., Slagle, J. M., Kuntz, A. H. et al. (2015), S. 966-969; Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R. et al. (2014), S. 1808-1810; de Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., van Bogaert, P. (2013), S. 1195-1196; Clark, E., Squire, S., Heyme, A. et al. (2009), S. 126; Velji, K., Baker, G. R., Fancott, C. et al. (2008), S. 76-78.

¹⁰¹⁶ Vgl. von Dossow, V., Zwißler, B. (2016), S. 88-89.

¹⁰¹⁷ Vgl. Löffler, C., Altiner, A., Streich, W. et al. (2015), S. 2.

lichkeit eines stärker systematisierten Arzneimittelmanagements. So können auch die Erfahrungen mit dem Einsatz von Arzneimitteln zentral erfasst werden, insbesondere bei selten eingesetzten Präparaten oder Off-Label-Anwendungen, die zwar einen erweiterten Anwendungsbereich eröffnen, aber gleichzeitig mit überdurchschnittlich vielen Nebenwirkungen verbunden sind.¹⁰¹⁸ Durch diesen kooperativen Ansatz lässt sich die Kooperationskompetenz effektiv fördern, denn die Gründe für eine unterlassene Vereinfachung des Medikationsplans liegen häufig darin, dass Ärzte das Verhältnis zu den Kollegen, die die Verordnung ausgestellt haben, nicht gefährden wollen.¹⁰¹⁹ Daher gehört zu einer Kooperationskompetenz von Ärzten in der Integrierten Versorgung, sich bei Zweifeln über die Sinnhaftigkeit von Medikationsplänen mit den mitbehandelnden Kollegen eng abzustimmen und eine falsche Rücksichtnahme nicht zum Hindernis für eine evidenzbasierte Patientensteuerung werden zu lassen.

Zwar bildet auch eine auf langjähriger Erfahrung beruhende Intuition einen wichtigen Bestandteil der Steuerungskompetenz des Arztes,¹⁰²⁰ aber im Interesse einer medizinischen Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und einer evidenzbasierten Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung müssen Ärzte über die Fähigkeit verfügen, die Erkenntnisse aus der aktuellen Forschung in den Behandlungsalltag zu integrieren, weil sowohl die Förderung des Wissensmanagement und des Kompetenzerwerbs zur verbesserten Integrationsversorgung¹⁰²¹ und kontinuierliche Innovations- und Lernprozesse¹⁰²² als auch die Orientierung an der evidenzbasierte Medizin¹⁰²³ zum Erfolg eines Modells der Integrierten Versorgung entscheidend beitragen. Dazu gehört unter anderem, die Ergebnisse aus medizinischen Studien auch in statistischer Hinsicht richtig interpretieren zu können, wobei hier bei Ärzten teilweise eklatante Wissenslücken bestehen, was eine zutreffende Einschätzung der Nutzen-Risiko-Relation von diagnostischen Maßnahmen und Therapien und da-

¹⁰¹⁸ Vgl. Egualé, T., Buckeridge, D. L., Verma, A. et al. (2016), S. 60-62.

¹⁰¹⁹ Vgl. Wallis, K. A., Andrews, A., Henderson, M. (2017), S. 345.

¹⁰²⁰ Vgl. Donker, G. A., Wiersma, E., van der Hoek, L., Heins, M. (2016), S. 4-6.

¹⁰²¹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 402; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 128-133; Kranzer, A. (2007), S. 181-183; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148.

¹⁰²² Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Murray, M. (2009), S. 40-42; Ernst, S. (2008), S. 133; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹⁰²³ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

mit auch eine zielführende Patientensteuerung verhindert.¹⁰²⁴ Die zur Behebung dieser Defizite notwendigen Strukturen werden insbesondere in Kapitel 6.2.2.5 beschrieben.

Insbesondere bei grundsätzlich alternativen Untersuchungs- und Therapieoptionen, die sich jedoch bezüglich ihres Untersuchungsumfangs sowie Zeit- und Kostenaufwands unterscheiden, leistet eine Steuerungskompetenz, die bei Entscheidungsprozessen allgemeingültige Kriterien zugrunde legt, einen wichtigen Beitrag zu einer aus medizinischer und ökonomischer Sicht optimalen Patientensteuerung. Um dem in § 140a Abs. 2 SGB V formulierten Gebot einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung gerecht zu werden, bildet die Fähigkeit der beteiligten Ärzte, sich auf nachgewiesenermaßen wirksame Maßnahmen zu fokussieren, einen wichtigen Bestandteil der ärztlichen Steuerungskompetenz. In diesem Zusammenhang können bestehende Konzepte genutzt werden und müssen nicht von den an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzten selbst entwickelt werden. Einer dieser Ansätze ist die vom American Board of Internal Medicine (ABIM) initiierte Choosing Wisely-Kampagne, die sich seit 2012 dafür engagiert, dass nach evidenzbasierten Kriterien Entscheidungen für sinnvolle bzw. gegen überflüssige Maßnahmen getroffen werden und mittlerweile auch auf internationale Ebene, unter anderem auch in Deutschland, auf Resonanz gestoßen ist,¹⁰²⁵ wobei die Inhalte aus diesem Konzept in Abschnitt 6.2.3.2.3 weiter thematisiert werden.

Die Lotsenkompetenz spielt in diesem Zusammenhang eine elementare Rolle und wie in Kapitel 6.2.2.4 ausgeführt, spricht eine Reihe von Argumenten dafür, den beteiligten Hausärzten die Rolle als Lotten zu übertragen. Je nachdem welches Befugnispektrum dem Hausarzt in der Rolle als Gatekeeper übertragen wird, verändert sich mit der in diesem Rahmen getragenen Gesamtverantwortung die Rolle des Primärarztes,¹⁰²⁶ insbesondere wenn er der Prozessverantwortliche in einem interdisziplinär geprägten Versorgungsgeschehen sein und bei Bedarf Maßnahmen zur Korrektur nicht intentionsgemäß ablaufender Prozesse ergreifen soll.¹⁰²⁷ Mit den in diesem Rahmen definierten Erfordernissen gehen gleichzeitig

¹⁰²⁴ Vgl. Hoffmann, T. C., Del Mar, C. (2017), S. 408-417; Järvinen, T. L. N. (2016), S. 77-78; Julian-Reynier, C., Bouhnik, A.-D., Evans, D. G. et al. (2015), S. 6-9; Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2013), S. 147-150; Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009), S. 1220.

¹⁰²⁵ Vgl. Levinson, W., Kallewaard, M., Bhatia, R. S. et al. (2015), S. 169-171; Cassel, C. K., Guest, J. A. (2012), S. 1801.

¹⁰²⁶ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 219.

¹⁰²⁷ Vgl. Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013), S. 70; Thombansen, E. (2007), S. 59.

die Anforderungen an die Qualifikation des Allgemeinarztes einher. Grundsätzlich stellt die Erfahrung des behandelnden Hausarztes eine wichtige Steuerungsbasis dar, die ihn kritische Veränderungen bei seinen Patienten intuitiv erkennen lässt.¹⁰²⁸ Damit jedoch Allgemeinmediziner tatsächlich die Rolle des Gatekeepers übernehmen können, muss zunächst geprüft werden, in welcher Funktion sie derzeit von Patienten wahrgenommen werden und ob die hausärztliche Rollendefinition tatsächlich alle notwendigen Kompetenzen abdeckt, um davon entsprechende Anpassungsbedarfe ableiten zu können.¹⁰²⁹ Um bei der Umsetzung die Wiederholung von Fehlern aus der Vergangenheit zu vermeiden, sollten bei der Konzeption der Lotsenrolle Erfahrungen aus dem internationalen Umfeld genutzt werden.¹⁰³⁰ Derzeit bestehen Nachbesserungsbedarfe in Bezug auf die Befähigung von Hausärzten als zentrale Steuerungseinheit, was sich unter anderem daran ablesen lässt, dass im hausärztlichen Bereich Diagnostiktestverfahren, die als Basis für evidenzbasierte Steuerungs- und Überweisungsentscheidungen benötigt werden, in vielen Fällen entweder zu selten oder in unangemessener Weise angewandt werden.¹⁰³¹ Weitere Defizite lassen sich anhand der Depressionsbehandlung in Deutschland beispielhaft konkretisieren. Je nach Region werden zwar bis zu 80 % der Depressionsbetroffenen von ihrem Hausarzt behandelt,¹⁰³² wodurch dem Hausarzt durch ein langjähriges Betreuungsverhältnis und seine Funktion als erste Anlaufstelle eine Schlüsselrolle bei der Früherkennung zukommt, aber gleichzeitig bestehen noch Defizite in Bezug auf die frühzeitige Erkennung und eine engere Zusammenarbeit mit der fachärztlichen Ebene.¹⁰³³

Im Sinne einer funktionierenden Koordination der Aktivitäten des gesamten Netzwerks der Integrierten Versorgung muss das in Abschnitt 6.2.2.6 beschriebene Führungsgremium über adäquate Führungskompetenzen verfügen, nicht zuletzt weil deren Vorhandensein einen entscheidenden Erfolgsbeitrag des Versorgungsmodells leistet.¹⁰³⁴ Im Idealfall ist das Füh-

¹⁰²⁸ Vgl. Donker, G. A., Wiersma, E., van der Hoek, L., Heins, M. (2016), S. 4; Wiese, C. R., Bartels, U., Marczyńska, K. et al. (2009), S. 1504-1505; Harvey, M., Al Shaar, M., Cave, G. et al. (2008), S. 59-68.

¹⁰²⁹ Vgl. Herrmann, W. J., Haarmann, A., Flick, U. et al. (2013).

¹⁰³⁰ Vgl. Böcken, J., Kunstmann, W., Butzlaff, M. (2002), S. 268.

¹⁰³¹ Vgl. O'Sullivan, J. W., Albasri, A., Nicholson, B. D. et al. (2018), S. 6-7.

¹⁰³² Vgl. Schramm, A., Kugler, J., Klewer, J. (2012), A310.

¹⁰³³ Vgl. Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F. et al. (2018), S. 56-63.

¹⁰³⁴ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 66; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147; Smyth, L. (2009), S. 43-48; Suter, E., Oelke, N. D.,

rungsgremium in der Versorgungsregion so stark verankert, dass es den Erfolgsfaktor der regionalen Fokussierung und des Wissens über lokale Anforderungen und Gegebenheiten nutzen kann.¹⁰³⁵ Abhängig von der Organisation existieren mehrere Formen von Governance, beispielsweise ein Vorstand. Basierend auf dieser Organisationsstruktur sorgt ein bestimmter Führungsstil (Leadership) für die Umsetzung der Mission des Integrationsmodells.¹⁰³⁶ Generell stellen die Etablierung eines sektorübergreifenden Denkens und die Definition von klaren Zielen, die so gestaltet sein müssen, dass sie bedürfniskompatibel und damit motivationsstiftend sind, eine besondere Herausforderung dar.¹⁰³⁷ Diese Kompetenz ist deshalb unabdingbar, da progressiven Vorkämpfern durch ihre Führungsrolle eine Schlüsselstellung beim Aufbau und der Entwicklung von Integrationsmodellen zukommt.¹⁰³⁸ Auch in Leistungserbringerorganisationen in der Integrierten Versorgung existieren teilweise Hierarchien, die klassische Führungsanforderungen mit sich bringen und in denen Ärzte in Führungspositionen eine besondere Verantwortung als Meinungsführer in Bezug auf die Etablierung von Strukturen wie Behandlungspfaden tragen.¹⁰³⁹ In Bezug auf die Teamstrukturen sind Ärzte in Leitungsposition unter anderem für eine kompetenzorientierte Personalauswahl und die klare Regelung von Zuständigkeitsbereichen verantwortlich, die deshalb besonders bedeutsam sind, weil diese Teams häufig unmittelbar an der Patientensteuerung mitwirken.¹⁰⁴⁰ Auf der anderen Seite existieren in einem solchen Netzwerk Kooperationsbeziehungen, bei denen Ärzte mit Führungsfunktion mit Kollegen auf gleicher Ebene ohne das Vorhandensein von Weisungsbefugnissen zusammenarbeiten. Daher müssen Ärzte mit Führungsfunktion über Kompetenzen verfügen, durch die sie alle

Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 519; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Kronhardt, M. (2004), S. 210-213; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-9; Janus, K. (2003), S. 270; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁰³⁵ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 13-15; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

¹⁰³⁶ Vgl. Bucci, R. V. (2014), S. 9-20.

¹⁰³⁷ Vgl. Hollmann, J. (2013), S. 27-35.

¹⁰³⁸ Vgl. Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 519.

¹⁰³⁹ Vgl. Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013), S. 70; Hollmann, J. (2013), S. 86.

¹⁰⁴⁰ Vgl. Frielingsdorf, O. (2017), S. 14; Hollmann, J. (2013), S. 2-108.

beteiligten Ärzte unter anderem durch die Definition einer gemeinsamen Vision, eines übergreifenden Wertekodex‘ und einer von allen mitgetragenen Strategie zu einer Zusammenarbeit motivieren, denn die Schaffung einer von allen geteilten Wertekultur ist entscheidend, damit ein gemeinsames Kooperationsmodell funktioniert, und besitzt daher die Funktion eines Erfolgsfaktors für das Integrationsmodell.¹⁰⁴¹

6.2.3.1.3 Kompetenzbereich des ärztlichen Unterstützungsumfelds

An dieser Stelle wird die unterstützende Steuerungskompetenz von Beteiligten thematisiert, die als direkt den beteiligten Ärzten zugeordnete Unterstützungseinheit fungieren und von Ärzten geführt bzw. durch diese direkt beeinflusst werden. Dazu zählt in diesem Zusammenhang insbesondere das Netzmanagement, medizinische Fachangestellte (MFA) oder Pflegepersonal im stationären Bereich.

Auch wenn es insbesondere für Ärzte in Leitungspositionen sinnvoll ist, sich ergänzend zu medizinischen Kompetenzen ein betriebswirtschaftliches Grundverständnis anzueignen,¹⁰⁴² fällt es vielen Ärzten schwer, betriebswirtschaftliche und medizinische Anforderungen miteinander zu vereinbaren, weswegen einer solchen Erweiterung des ärztlichen Kompetenzspektrums Grenzen gesetzt sind.¹⁰⁴³ Daher ist es sinnvoll, wenn in der Integrierten Versorgung die benötigten ergänzenden Kompetenzen, beispielsweise aus dem Bereich der Betriebswirtschaftslehre oder der Rechtswissenschaft, im Netzmanagement vorhanden sind, durch das Ärzte im Steuerungsprozess unterstützt werden.¹⁰⁴⁴ In diesem Sinne ist es zwar grundsätzlich angebracht, bestimmte Controllingaufgaben, die Teil des unmittelbaren Versorgungsprozesses sind, steuerungsverantwortlichen Ärzten wie dem Prozessverantwortlichen zu übertragen, aber darüber hinaus sinnvoll, die Koordination des Aufbaus von Controllingstrukturen überwiegend in die Hände des Netzmanagements zu legen. Auch bei anderen umfangreichen und komplexen Aufgaben, wie der Planung, Umsetzung, Analyse und Optimierung von Behandlungspfaden¹⁰⁴⁵ oder dem Aufbau und der Weiterentwicklung einer elektronischen Vernet-

¹⁰⁴¹ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Bahr, T. M. (2009), S. 72; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Smyth, L. (2009), S. 46-47; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 154; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 6-7; Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), S. 83-85.

¹⁰⁴² Vgl. Bork, U., Koch, M., Büchler, M. W., Weitz, J. (2010), S. 697-700.

¹⁰⁴³ Vgl. Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017), S. 640.

¹⁰⁴⁴ Vgl. Hildebrandt, H., Gröne, O., Schulte, T. et al. (2017), S. 151-152; Knorr, B. (2009).

¹⁰⁴⁵ Vgl. Thombansen, E. (2007), S. 58-59; Johnson, S., Müller, T. (Hrsg.) (2002), S. 23-65.

zung¹⁰⁴⁶ ist es sinnvoll, auf die Unterstützung eines entsprechend qualifizierten Netzmanagements zurückzugreifen. Auch im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement kann das Netzmanagement Kompetenzen in die entsprechende Arbeitsgruppe einbringen. Dadurch können verbindliche Prozessabläufe fest etabliert und permanent überprüft werden, wobei durch die entsprechende Erfahrung ein ausgewogenes Maß an Regulierung leichter gelingt.¹⁰⁴⁷

Dass die Qualifikation und Erfahrung des behandelnden medizinischen Personals elementare Faktoren einer gut funktionierenden Patientensteuerung darstellen, bestätigen mehrere Studien.¹⁰⁴⁸ Gerade in Modellen zur verbesserten Versorgung chronisch Kranker wird eine Erweiterung des Kompetenzbereichs von medizinischen Fachangestellten (MFA) gefordert.¹⁰⁴⁹ Auch im psychotherapeutischen Bereich können auf dieses Gebiet spezialisierte MFA in die Therapie eingebunden werden, denn im Sinne eines Blended Therapy-Modells ist es nicht nur möglich, Face-to-Face-Elemente mit Onlinetherapiekomponenten zu kombinieren,¹⁰⁵⁰ sondern eine niedrigschwellige Patientenversorgung auch dadurch zu gewährleisten, dass sich die behandelnden Hausärzte und entsprechend qualifizierte MFA die Betreuung teilen.¹⁰⁵¹ Insbesondere in strukturschwachen Regionen kann eine erweiterte Qualifikation von Fachangestellten Versorgungsengpässe abfedern und einen wichtigen Beitrag zu einem verbesserten Prozessmanagement leisten.¹⁰⁵²

Eine gewisse Sondersituation in Bezug auf die Weisungsbefugnisse existiert im stationären Bereich: Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus sind weitgehend in getrennten Teams organisiert, wobei die Steuerung des medizinischen Versorgungsprozesses und das Treffen von Anordnungen in den ärztlichen Bereich fallen.¹⁰⁵³ Durch diese Konstellation kann sich jedoch die Zusammenarbeit kompliziert und konfliktanfällig gestalten.¹⁰⁵⁴ Um eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften zu gewährleisten, ist nicht nur eine Kooperationskompetenz

¹⁰⁴⁶ Vgl. Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153.

¹⁰⁴⁷ Vgl. Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 271-273.

¹⁰⁴⁸ Vgl. Harvey, M., Al Shaar, M., Cave, G. et al. (2008), S. 59-68; Terris, J., Leman, P., O'Connor, N., Wood, R. (2004), S. 537-541; Asha, S. E., Chan, Adam Chiu Fat, Walter, E. et al. (2013), S. 1-6; Martin, M. (2012), S. 104-105.

¹⁰⁴⁹ Vgl. Schoen, C., Osborn, R., How, Sabrina K H et al. (2008), W11-W12.

¹⁰⁵⁰ Vgl. van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H. et al. (2014).

¹⁰⁵¹ Vgl. Domhardt, M., Baumeister, H. (2018), S27.

¹⁰⁵² Vgl. Amelung, V., Wolf, S. (2011), S. 1568.

¹⁰⁵³ Vgl. Kursawe, H. K., Guggenberger, H. (2013), S. 4-7; Hibbeler, B. (2011), S. 2138.

¹⁰⁵⁴ Vgl. Hibbeler, B. (2011).

aufseiten der Ärzte sondern auch bei Pflegekräften nötig. Wie auch im Verhältnis zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten müssen beide Seiten für die Anforderungen und Bedürfnisse des jeweils anderen sensibilisiert sein, um eine Kooperationskultur aufzubauen.¹⁰⁵⁵ Zusätzlich spielt auch die medizinische Kompetenz des Pflegepersonals eine elementare Rolle in Bezug auf die Patientensteuerung, da eine niedrige Qualifikation des Pflegepersonals im Krankenhaus mit einem erhöhten Sterberisiko der Patienten assoziiert ist und somit die fachliche Eignung des Personals ein entscheidendes Qualitätskriterium darstellt.¹⁰⁵⁶ Auch in Bezug auf die Einhaltung geplanter Prozessparameter wie bestimmten Durchlaufzeiten kommt der Steuerungskompetenz und Erfahrung des Pflegepersonals eine Schlüsselrolle zu.¹⁰⁵⁷

6.2.3.2 Medizinische-organisatorische Inhalte

Ergänzend zu dem in Kapitel 6.2.3.1 beschriebenen ärztlichen Kompetenzspektrum, widmet sich dieses Kapitel den Wissens- und Informationsinhalten, die Ärzte zur Realisierung einer Patientensteuerung benötigen. Eine übergeordnete Rolle kommt in diesem Zusammenhang den Inhalten der gemeinsamen Vision und des übergreifenden Wertekodex, den die beteiligten Ärzte zusammen definiert haben, zu (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.2). Damit diese von allen geteilte Wertekultur ihre Funktion als modellerfolgskritischer Faktor entfalten kann und einen essenziellen Beitrag zum Funktionieren des Kooperationsmodells leisten kann, müssen sich letztendlich die Inhalte dieser Vision, beispielsweise eine erhöhte Patientenorientierung oder die Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz, in den in diesem Kapitel beschriebenen Teilbereichen spiegeln.¹⁰⁵⁸

6.2.3.2.1 Vertragliche Inhalte

Um den in Kapitel 6.2.2 beleuchteten Strukturen die notwendige Stabilität zu verleihen, sind verbindliche Vertragsgrundlagen vonnöten, die die einzuhaltenden Strukturvoraussetzungen konkretisieren.¹⁰⁵⁹ Über den

¹⁰⁵⁵ Vgl. Klapper, B., Lecher, S., Schaeffer, D., Koch, U. (2000).

¹⁰⁵⁶ Vgl. Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P. et al. (2017), S. 563-566.

¹⁰⁵⁷ Vgl. Asha, S. E., Ajami, A. (2014), S. 159-162.

¹⁰⁵⁸ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Bahr, T. M. (2009), S. 72; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Smyth, L. (2009), S. 46-47; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 154; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 6-7; Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), S. 83-85.

¹⁰⁵⁹ Vgl. Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 32.

Vertrag nach § 140a SGB V wird verbindlich vereinbart, über welche Inhalte ein Modell der Integrierten Versorgung verfügt und welche Form diese haben. Diese Inhalte lassen sich grob in die Kategorien Vertragspartner (1), Versorgungsbereich (2), Qualitätsanforderungen und -ziele (3) sowie Vergütung (4) gliedern.¹⁰⁶⁰

(1) Auf dem Deckblatt des Vertrages nach § 140a SGB V werden zunächst die **Vertragspartner** aufgeführt, in aller Regel die beteiligte(n) Krankenkasse(n) und die Organisation(en), die die beteiligten Leistungserbringer vertritt bzw. vertreten.¹⁰⁶¹ Um langfristig den Beitritt weiterer Vertragsteilnehmer auf Krankenkassen- und Leistungserbringerseite zu ermöglichen, kann eine Öffnungsklausel zum Vertragsbeitritt derselben vereinbart werden.¹⁰⁶²

(2) Der **Versorgungsbereich** des Integrationsvertrags wird über folgende Vertragsinhalte näher definiert:

- den Kreis der **teilnahmeberechtigten Versicherten**¹⁰⁶³
- die zeitliche **Dauer der Teilnahme** des **Versicherten** an der Integrierten Versorgung¹⁰⁶⁴
- die Beschreibung des im Vertrag beinhalteten **Leistungsumfangs**¹⁰⁶⁵
- Regelungen zu **Rechten und Pflichten** sowie dem Haftungsumfang der **Vertragspartner**¹⁰⁶⁶
- **abschließende Regelungen** wie die zum Datenschutz, zur Laufzeit und Kündigung, zum Schifterfordernis, zur Einschaltung eines Schiedsgerichts bei Konflikten zwischen den Vertragspartnern, zum Gewährleistungsumfang, die salvatorische Klausel sowie eine Auflistung der Vertragsanlagen finden sich am Ende des Vertrags.¹⁰⁶⁷

(3) Im Sinne eines unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten verbesserten Versorgungsablaufs müssen konkrete **Qualitätsanforderungen und -ziele** im Vertrag vereinbart werden, die als harmonisiertes Gesamtsys-

¹⁰⁶⁰ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 23-36.

¹⁰⁶¹ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 23.

¹⁰⁶² Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 33.

¹⁰⁶³ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 24.

¹⁰⁶⁴ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 27.

¹⁰⁶⁵ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 27-28.

¹⁰⁶⁶ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 30-31.

¹⁰⁶⁷ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 32-36.

tem mit den Inhalten des Qualitätsmanagements aus Kapitel 6.2.3.2.2 korrespondieren.¹⁰⁶⁸ Im Vertrag beinhalten diese die folgenden Komponenten:

- **Grundsätze**¹⁰⁶⁹
- die Beschreibung des **übergeordneten Vertragsziels** in der Präambel¹⁰⁷⁰
- die **Pflichten der Leistungserbringer** und die für sie geltenden Anforderungen¹⁰⁷¹
- die **Qualitätsanforderungen** und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die Regelungen zu Einrichtungen wie Qualitätszirkeln¹⁰⁷²
- die Spezifikation des **Dokumentationsaufwands**¹⁰⁷³

(4) Der Integrationsvertrag regelt nicht nur die **Leistungsvergütung**, sondern auch **Leistungsmengen** und Aspekte wie Mindererlösausgleiche.¹⁰⁷⁴ Die Vergütung in Integrationsverträgen setzt sich häufig aus Komplex- und Fallpauschalen zusammen,¹⁰⁷⁵ wobei eine solche Vergütungsform insbesondere für den Leistungserbringer eine sorgfältige Abwägung erfordert, ob bei der gegebenen Anzahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten eine kostendeckende Versorgung gewährleistet werden kann und welche Hochkostenabsicherung notwendig ist.¹⁰⁷⁶ Im Sinne eines anreizkompatiblen Ansatzes wäre ein Pay-for-Performance-Ansatz, der in der intendierten Weise funktioniert, wünschenswert. Wie komplex sich die Setzung von zielführenden Anreizen im Rahmen der Gestaltung des Vergütungssystems darstellt, wurde bereits in Kapitel 6.2.1.2.7 ausgeführt, weswegen eine zu starke Fokussierung auf finanzielle Incentives eher kritisch zu bewerten ist. Die intrinsische Motivation, die vom Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität sowie einer höheren Patienten- und Leistungserbringerzufriedenheit ausgeht, hat sich in der Vergangenheit allerdings als zu schwach erwiesen, um Ärzte zum Aufbau eines Versorgungs-

¹⁰⁶⁸ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 299.

¹⁰⁶⁹ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 24-25.

¹⁰⁷⁰ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 23-24.

¹⁰⁷¹ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 25-27.

¹⁰⁷² Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 29-30.

¹⁰⁷³ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 31-32.

¹⁰⁷⁴ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 28-29.

¹⁰⁷⁵ Vgl. Lindenthal, J. (2009), S. 218-220; Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 8-9.

¹⁰⁷⁶ Vgl. Sohn, S. (2006), S. 27-29.

netzwerks zu bewegen, was den ergänzenden Einsatz von einer extrinsischen, finanziellen Incentivierung nahelegt.¹⁰⁷⁷

In der Regelversorgung finden sich sowohl Globalbudgets, die mit dem Anreiz einer Versorgungsrationierung einhergehen, als auch Einzelleistungsvergütungsansätze, die den Anreiz zu einer Leistungsausweitung und einer einseitigen Konzentration auf gut vergütete, aber mitunter nur bedingt sinnvollen Leistungen mit sich bringen.¹⁰⁷⁸ Die Risiken beider Vergütungsformen können lediglich reduziert, aber nicht gänzlich eliminiert werden, da sie nicht auf den Patientennutzen ausgerichtet sind.¹⁰⁷⁹ Um eine auf Patientennutzen abzielende Vergütung anzuwenden, sind Formen einer gebündelten Vergütung notwendig, die alle Leistungen umfassen, die zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes notwendig sind.¹⁰⁸⁰ Bei einer gebündelten Vergütung existieren die folgenden drei Formen, die jeweils die gesamte Behandlungskette und alle in diesem Zusammenhang erwartbaren Kosten abdecken:

1. **Pauschalen für akute Krankheitsbilder** (Medical Condition Capitation), die beispielsweise beim Ersatz eines Hüftgelenks Anwendung finden¹⁰⁸¹
2. **Episodenpauschalen für chronische Erkrankungen** (Time-Based Bundles), die jeweils einen definierten Zeitraum, beispielsweise ein Jahr zur Versorgung der betreffenden Krankheit, abdecken¹⁰⁸²
3. **Primär- und Präventionsversorgungspauschalen** (Primary and Prevention Care Bundles), die die Versorgungsleistungen für das gesamte Gesundheitsmanagement für eine bestimmte Patientengruppe und einen bestimmten Zeitraum umfassen¹⁰⁸³

In diesem Sinne stellt eine sektorübergreifende und morbiditätsangepasste Kopfpauschale (Capitation) eine Vergütungsform dar, die bei entsprechender Ausgestaltung die angesprochenen potenziellen Schwachstellen ausgleichen kann.¹⁰⁸⁴ Im Sinne eines qualitätsfördernden Ansatzes können entsprechende Schwerpunkte in der Versorgung gesetzt werden, bei-

¹⁰⁷⁷ Vgl. Sohn, S., Schöffski, O., Voss, H. (2006), S. 367.

¹⁰⁷⁸ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 55-56.

¹⁰⁷⁹ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 56.

¹⁰⁸⁰ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 56.

¹⁰⁸¹ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 56-57.

¹⁰⁸² Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 57.

¹⁰⁸³ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 57.

¹⁰⁸⁴ Vgl. Steinbach, H., Sohn, S., Schöffski, O. (2004), S. 1-248.

spielsweise durch Zuschläge für Gatekeeping, für die Stärkung der „sprechenden Medizin“¹⁰⁸⁵ oder für die Verbesserung der nachstationären Versorgung.¹⁰⁸⁶ Um eine adverse Selektion zu vermeiden, muss die Versorgung von schwierigen Behandlungsfällen durch eine ausreichende Adjustierung nach Fallschwere und Patientenrisiken gewährleistet sein.¹⁰⁸⁷

6.2.3.2.2 Inhaltliche Ausgestaltung des Qualitätsmanagements (QM)

Das Qualitätsmanagement (QM) wurde bereits in struktureller Hinsicht in Kapitel 6.2.2.1 vorgestellt, weswegen komplementär dazu an dieser Stelle auf dessen Inhalte eingegangen wird. Das QM ist ein dynamisches System das auf einen fortwährenden Verbesserungsprozess angelegt ist, weswegen die Inhalte der vorhandenen Prozessdokumentationen permanent überprüft, angepasst und verbessert werden müssen.¹⁰⁸⁸ Die in ein QM aufgenommenen Ziele sollen nach den SMART-Kriterien spezifisch, messbar, aktionsorientiert, realistisch und terminiert sein, wobei die Dokumente in einem iterativen Prozess zusammengestellt, idealerweise in einem Probedurchlauf mit einer Pilotgruppe auf deren Praxistauglichkeit geprüft und nach der erfolgreichen Erprobung allen beteiligten Leistungserbringern vorgestellt werden, um eine hohe Praktikabilität und Akzeptanz sicherzustellen.¹⁰⁸⁹

Diese Strukturierung bietet sowohl Ansatzpunkte für eine effizientere Prozessgestaltung über die Sektoren hinweg, beispielsweise durch die Beseitigung von Engpassstellen als auch für den besseren Einbezug der Patientenperspektive.¹⁰⁹⁰ Die Strukturen eines QM sowie die damit verbundenen Anreizsysteme und Organisationsmodelle bilden die Basis für einen systematischen Prozess der Qualitätsverbesserung und eine schwankungsreduzierte Leistungsqualität.¹⁰⁹¹ Was in diesem Zusammenhang unter Qualität konkret zu verstehen ist, muss jedoch zunächst konkretisiert werden, wobei an dieser Stelle häufig die Definition des Institute of Medicine herangezogen wird, das Qualität beschreibt als den Grad,

¹⁰⁸⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 667.

¹⁰⁸⁶ Vgl. Schumm-Draeger, P.-M., Mann, K., Müller-Wieland, D., Fölsch, U. (2016), S. 1183; Groß, S. E., Ernstmann, N., Jung, J. et al. (2014), S. 597-603; Lindenthal, J. (2009), S. 221-223.

¹⁰⁸⁷ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 58.

¹⁰⁸⁸ Vgl. Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 272-273.

¹⁰⁸⁹ Vgl. Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016), S. 271-273.

¹⁰⁹⁰ Vgl. Trebble, T. M., Hansi, N., Hydes, T. et al. (2010), S. 394-397.

¹⁰⁹¹ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 295.

zu dem Gesundheitsleistungen für Individuen oder Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit des Erreichens des gewünschten Behandlungsergebnisses steigern und sich mit dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens decken.¹⁰⁹² Aufgrund der Multidimensionalität von Qualität und der in diesem Zusammenhang unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Versorgungsbeteiligten dient das QM dazu, die verschiedenen Qualitätsbegriffe zusammenzuführen und im Sinne einer möglichst hohen Akzeptanz einen Konsens in Bezug auf die Zielsetzung des Versorgungsmodells zu erreichen.¹⁰⁹³ Im Sinne einer umfassenden Qualitätsdarstellung müssen dabei die Erfordernisse an die Erfassung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beachtet werden.¹⁰⁹⁴ Integraler Bestandteil des QM sind die Ergebnisse aus der Qualitätsmessung¹⁰⁹⁵ und eng verknüpft damit sind Ansätze des Risiko- und Fehlermanagements,¹⁰⁹⁶ über die eine Fehlerkultur etabliert wird, die einen offenen Umgang mit den Schwächen des aktuellen Versorgungsprozesses erlaubt und das Ziel einer stetigen Qualitätsverbesserung hat.¹⁰⁹⁷ Zudem adressieren die Inhalte des QM elementare Aspekte im Versorgungsgeschehen wie den Datenschutz¹⁰⁹⁸ oder Hygiene¹⁰⁹⁹. Das Netzmanagement kann die Ärzte im Ärztenetz im Zusammenhang mit der Einführung von verbindlichen Qualitätsindikatoren entlasten: dies beginnt bei der Auswahl und Abstimmung von Indikatoren und setzt sich langfristig mit der Entlastung von organisatorischen Aufgaben wie der Datenerhebung, -auswertung und -aufbereitung fort, was erweiterte Möglichkeiten der Steuerung und Weiterentwicklung eröffnet.¹¹⁰⁰

6.2.3.2.3 Inhalte von Pfaden und Leitlinien

An welcher Stelle bestimmte Informationen und Kriterien in den Versorgungsprozess einbezogen werden müssen, ist insbesondere in den zugrundeliegenden Behandlungspfaden und Leitlinien verankert. Dabei können die behandlungsbeteiligten Ärzten durch elektronische Vernetzungsstrukturen (siehe Kapitel 6.2.2.3) Inhalte von Befunden, elektroni-

¹⁰⁹² Vgl. Blumenthal, D. (1996), S. 892.

¹⁰⁹³ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 297.

¹⁰⁹⁴ Vgl. Donabedian, A. (2005), S. 692-695.

¹⁰⁹⁵ Vgl. Arnold, M., Milde, S. (2015); Milde, S., Arnold, M. (2014); Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 43-55; Strandberg-Larsen, M. (2011); Porter, M. E. (2010).

¹⁰⁹⁶ Vgl. Kellnhauser, E. (2010), S. 151-153.

¹⁰⁹⁷ Vgl. Borgwardt, J., Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2010); Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341.

¹⁰⁹⁸ Vgl. Berger, A., Bock, S. (2014), S. 163.

¹⁰⁹⁹ Bspw. in der Dialyse, vgl. Geberth, S., Nowack, R. (2014), S. 313-314.

¹¹⁰⁰ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 56.

schen Rezepten und Arztbriefen sowie von Dokumenten aus bildgebenden Verfahren untereinander austauschen.¹¹⁰¹

Auf der inhaltlichen Ebene beschreiben Behandlungspfade einen standardisierten Behandlungsablauf, der auf ein möglichst homogenes Patientenkollektiv ausgerichtet ist, wobei verbindlich definiert wird, welcher Behandlungsabschnitt in welchen sektoralen (Teil)Bereich fällt und wo die Schnittstellen für eine Überleitung liegen sowie welche Behandlungsinhalte im jeweiligen Teilprozess im Einzelnen erbracht und an die mitbehandelnden Ärzte kommuniziert werden.¹¹⁰² Im Sinne eines effizienteren Versorgungsgeschehens müssen darin auf der inhaltlichen Ebene die steuerungsrelevanten Informationen konkretisiert werden, unter anderem Angaben zum zurückliegenden Behandlungsverlauf als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen, Kriterien der Priorisierung von Behandlungsfällen oder Regeln für die Überweisungen innerhalb des Netzwerks. Dabei können ökonomische Aspekte durch Konzepte wie die sogenannten kostensensiblen Leitlinien in die Pfade einfließen,¹¹⁰³ wobei die Initiative Choosing Wisely (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.1.2) auch bei der Auswahl steuerungsrelevanter Inhalte für Vorsorge- und Therapieentscheidungen in einer Vielzahl von Indikationsfeldern eine entsprechende Orientierung bietet.¹¹⁰⁴ Durch geeignete Erweiterungsstrukturen können darüber hinaus zusätzliche Unterstützungsinformationen einbezogen werden, beispielsweise outcomerelevante Parameter für die Eingriffsplanung,¹¹⁰⁵ Ergebnisse aus evidenzbasierten Screenings¹¹⁰⁶ oder Prüfergebnisse aus eingriffsbegleitenden Checklisten¹¹⁰⁷.

¹¹⁰¹ Vgl. Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 207-209; Sohn, S. (2006), S. 91-128.

¹¹⁰² Vgl. Hellmann, W. (2009), S. 90-91.

¹¹⁰³ Vgl. Marckmann, G. (2015); Lindsay, M. (2006), S. 360-384.

¹¹⁰⁴ Bspw. beim Schilddrüsenkrebscreening (vgl. Furuya-Kanamori, L., Bell, K. J. L., Clark, J. et al. (2016), S. 3673-3678) der Begleitdiagnostik während der Schwangerschaft (vgl. Schäfers, R., Kolip, P. (2015), S. 11-13) bei der Rückenschmerzbehandlung (vgl. Andersohn, F., Walker, J. (2016), S. 33; Jarvik, J. G., Gold, L. S., Comstock, B. A. et al. (2015), S. 1149-1152) beim Einsatz von Antibiotika (vgl. Gulliford, M. C., Moore, M. V., Little, P. et al. (2016), S. 6-9) oder bei operativen Eingriffen im Allgemeinen (vgl. Wartolowska, K., Judge, A., Hopewell, S. et al. (2014), S. 3-6).

¹¹⁰⁵ Vgl. Hall, D. E., Arya, S., Schmid, K. K. et al. (2017a), S. 236-239.

¹¹⁰⁶ Bspw. Selbstausfüller-Fragebögen zum Depressionsscreening (vgl. Goetz, S. M., Stuck, A. E., Hirschi, A. et al. (2000), S. 143-145) oder Prädiabetescreening zur Ermittlung des individuellen Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Stefan, N., Fritsche, A., Schick, F., Haring, H.-U. (2016), S. 795-796).

¹¹⁰⁷ Vgl. de Vries, Eefje N., Prins, H. A., Crolla, R. et al. (2010), S. 1931-1936; Weiser, T. G., Haynes, A. B., Dziekan, G. et al. (2010), S. 978-980; Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R. et al. (2009), S. 495-498.

In inhaltlicher Hinsicht stellt die Schaffung von sektorübergreifenden Behandlungspfaden insofern besondere Herausforderungen für ein Netzwerk der Integrierten Versorgung dar, als dass die Versorgungslandschaft zunehmend von Multimorbidität und den damit einhergehenden Interdependenzen geprägt ist.¹¹⁰⁸ Aktuell sind jedoch Leitlinien, die einen Kernbestandteil von Behandlungspfaden bilden,¹¹⁰⁹ häufig auf die Anforderungen einer einzelnen Behandlergruppe ausgerichtet und werden im Behandlungsalltag nur langsam und unzureichend umgesetzt.¹¹¹⁰ In diesem Zusammenhang haben die praktischen Erfahrungen gezeigt, dass die Annahme einer weitgehend homogenen Patientengruppe häufig realitätsfern ist und praxistaugliche Behandlungspfade die Grundlage für die Wahl von der für den einzelnen Patienten am besten geeigneten Behandlungsoption bieten müssen, was wiederum hohe Anforderungen an die eingesetzte IT-Struktur stellt (siehe dazu Kapitel 6.2.2.3).¹¹¹¹ Daher kommt beim Ausgleich dieser Schwachstelle des Versorgungsgeschehens auch einer inhaltlichen Gestaltung von Pfadstrukturen, die im praktischen Versorgungsalltag für alle Mitbehandler gleichermaßen geeignet sind, eine besondere Bedeutung zu.¹¹¹² Die dabei einfließenden Inhalte müssen in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität geprüft werden, da ein systematischer Review im Durchschnitt bereits fünf bis sechs Jahre nach dessen Veröffentlichung wieder veraltet ist.¹¹¹³ Um darüber hinaus Behandlungspfade zu einem Instrument gelebter Zusammenarbeit und Kommunikation zu machen, muss die darin vereinbarte Arbeitsteilung eine Antwort auf die Frage beinhalten, was die jeweiligen Leistungserbringer voneinander erwarten und sichergestellt sein, dass diese Erwartungshaltung erfüllt wird.¹¹¹⁴ In Kapitel 6.2.3.1.3 wurde bereits die Kompetenz von nicht-ärztlichem Personal im Zusammenhang einer Patientensteuerung erörtert. In Rahmen von Behandlungspfaden kann daran anknüpfend unter den beteiligten Ärzten

¹¹⁰⁸ Vgl. Vos, T., Barber, R. M., Bell, B. et al. (2015), S. 762; van den Bussche, Hendrik, Schön, G., Koller, D. et al. (2013), S. 141-148; Zens, M., Steinhagen-Thiessen, E. (2013), S. 94-98.

¹¹⁰⁹ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 234-243; Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 44-58; Heimpel, H. (2003), S. 228-229.

¹¹¹⁰ Vgl. Naidech, A. M., Beaumont, J., Jahromi, B. et al. (2017), S. 54-56; Lingner, H., Piepenschneider, D., Schleef, T. et al. (2013), S. 338-339; Røstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A. et al. (2013), S. 6-8; Karbach, U., Schubert, I., Hagemeister, J. et al. (2011), S. 66-68; Rosemann, T., Joos, S., Szecsenyi, J. (2008), S. 72-74; Praetorius, F. (2005), S. 51-53; Ollenschläger, G., Kirchner, H., Fiene, M. (2001), S. 478-482.

¹¹¹¹ Vgl. Behar, B. I., Guth, C., Salfeld, R. (2018), S. 128-129.

¹¹¹² Vgl. EB (2013).

¹¹¹³ Vgl. Shojania, K. G. (2007), S. 228.

¹¹¹⁴ Vgl. Montalto, M., Harris, P., Rosengarten, P. (1993), S. 277-280.

gemeinsam abgestimmt werden, welche Anteile des Versorgungsprozesses sinnvollerweise an nicht-ärztliches Personal delegiert werden können.

Solche sektorübergreifenden Pfade in der Integrierten Versorgung bieten unter anderem auch die Grundlage für eine vernetzte Arzneimittelverordnung¹¹¹⁵ und im Sinne eines rationalen Arzneimiteleinsatzes können unter anderem über eine Positivliste Präparate evidenzbasiert ausgewählt werden.¹¹¹⁶ Um die intrinsische Motivation der Netzwerkärzte, die Inhalte der Positivliste zu akzeptieren und anzuwenden, zu stärken, sollten die beteiligten Ärzte die Positivliste untereinander selbst abstimmen und an die Gegebenheiten in ihrem Versorgungsnetz anpassen.¹¹¹⁷ Konkrete inhaltliche Anhaltspunkte für den sinnvollen Einsatz von bestimmten Präparaten liefern auch Konzepte wie PRISCUS¹¹¹⁸ oder FORTA¹¹¹⁹ (siehe auch Kapitel 6.2.2.2).

Darüber hinaus müssen im Rahmen der Behandlungspfade innerhalb des integrierten Versorgungsnetzwerks unter allen beteiligten Behandlergruppen aus den jeweiligen Sektoren medizinisch-inhaltliche Überweiskriterien, beispielsweise für die Überweisung vom niedergelassenen Arzt ins Krankenhaus, verbindlich abgestimmt werden. Weil das ambulante Potenzial in der Regelversorgung derzeit noch zu wenig ausgeschöpft wird,¹¹²⁰ muss über diese Kriterien unter anderem auch sichergestellt werden, dass Eingriffe in Einklang mit dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ so weit wie möglich ambulant stattfinden.¹¹²¹ Bei vielen Eingriffen bietet die Fokussierung auf darauf spezialisierte Leistungserbringer entscheidende Vorteile,¹¹²² deren qualitative und ökonomische Effekte in den Kapiteln 6.2.4.2 bzw. 6.2.5.3 näher beleuchtet werden. Die Bevorzugung eines bestimmten Krankenhauses basiert bei der Anwendung solcher Überweiskriterien in einem integrierten Versorgungsmodell auf einer objektiv-transparenten Grundlage. Im Gegenzug profitiert das Kranken-

¹¹¹⁵ Vgl. Knöfler, M., Möllmann, C. (2016).

¹¹¹⁶ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 245-250.

¹¹¹⁷ Vgl. Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985), S. 29-32.

¹¹¹⁸ Vgl. Siebert, S., Elkeles, B., Hempel, G. et al. (2013).

¹¹¹⁹ Vgl. Frohnhofen, H., Wehling, M. (2018).

¹¹²⁰ Vgl. Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., Schulte, G. (2017), S. 10-11; Sundmacher, L., Schüttig, W. (2016), S. 19-22.

¹¹²¹ Bspw. zur eingriffsbezogenen Eignung der Behandlungssettings, vgl. Meshkat, B., Cowman, S., Gethin, G. et al. (2013), S. 269-275.

¹¹²² Vgl. Nimptsch, U., Peschke, D., Mansky, T. (2017), S. 829-834; Markar, S. R., Mackenzie, H., Lagergren, P. et al. (2016), S. 1531-1535; Tsugawa, Y., Newhouse, J. P., Zaslavsky, A. M. et al. (2017), S. 4-7; Birkmeyer, J. D., Siewers, A. E., Finlayson, Emily V A et al. (2002), S. 1128-1137.

haus durch einen fest eingebunden Zuweiserkreis, der die Auslastung des Netzkrankenhauses sichert. Im Sinne eines transparenten Einweisungsmanagements muss ein Netzkrankenhaus sowohl aus Sicht der zuweisenden Ärzte als auch der Patienten einen entscheidenden Mehrwert bieten. Um Stakeholdern außerhalb des Krankenhauses, insbesondere Patienten und zuweisenden Ärzte, zu ermöglichen, die Leistungsfähigkeit eines bestimmten stationären Versorgers einzuschätzen, sind indikations- und institutionsbezogene Qualitätsinformationen von zentraler Bedeutung (siehe Kapitel 6.2.4.5).

Die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit stellt einen weiteren elementaren Schritt im Steuerungsprozess dar. Die in diesem Bereich eingesetzte Systematik muss allerdings Anforderungen wie eine reliable Anzahl von Dringlichkeitsstufen, eine leichte Anwendbarkeit und ein hohes Maß an Standardisierung erfüllen.¹¹²³ Eines der Systeme, das für die Anwendung im stationären Bereich diesen Kriterien entspricht, ist das Manchester Triage System, das sich bereits in mehreren europäischen Ländern als Standard etabliert hat und auch in Deutschland eingeführt wurde.¹¹²⁴ Bisherige praktische Erfahrungen haben gezeigt, dass durch dieses System bei 95 % der Notfallpatienten die Behandlungsdringlichkeit standardisiert eingeschätzt werden kann und der Behandlungsablauf verbessert wird, beispielsweise in Form einer kürzeren Zeit zwischen der Dringlichkeitseinschätzung und dem Erstkontakt mit einem Arzt.¹¹²⁵ Das Grundprinzip einer dringlichkeitsorientierten Versorgung muss in einem integrierten Versorgungsmodell auch außerhalb des Notfallbereichs in der regulären Behandlung etabliert werden. Insbesondere um auch sicherzustellen, dass das Versorgungsmodell bei Patienten eine möglichst breite Akzeptanz genießt, muss das Leistungsversprechen für Patienten gelten, dass wenn ein Facharzttermin aus medizinischen Gründen dringend notwendig ist, dieser auch zeitnah eingeräumt wird. Gerade in Deutschland ist der im Bedarfsfall schnelle Zugang zu einer fachärztlichen Versorgung immer wieder Thema, wobei in diesem Zusammenhang unter anderem entsprechende Gatekeepingmodelle als Lösungskonzept diskutiert werden.¹¹²⁶ Für die Integrierte Versorgung bieten im Vergleich zur Regelversorgung besser strukturierte, bedarfsorientierte Behandlungsprozesse daher einen elementaren Lösungsbeitrag. Im Gegensatz zu einem Scree-

¹¹²³ Vgl. Krey, J. (2007), S. 330.

¹¹²⁴ Vgl. Krey, J. (2007), S. 332.

¹¹²⁵ Vgl. van Bremen, T., Glien, A., Gräff, I. et al. (2012), S. 1062-1066; Schellein, O., Ludwig-Pistor, F., Bremerich, D. H. (2009), S. 163-170.

¹¹²⁶ Vgl. Dryden, W.-A. (2018).

ning, das von Anfang an darauf ausgelegt ist, so viele Facharzttermine wie möglich zu verhindern, und nicht alle relevanten Patienteninformationen berücksichtigt, muss im Sinne einer möglichst hohen Patientenakzeptanz ein umfassendes und komplexeres Patientenscreening bewirken, dass in einem tatsächlichen Bedarfsfall direkt bei der Eingangsuntersuchung die benötigte Überweisung vorgenommen wird und auf diesem Wege Ressourcen geschont werden.¹¹²⁷

6.2.3.2.4 Steuerungsrelevante Patientencharakteristika

Ergänzend zu den im vorherigen Kapitel beschriebenen Pfaden und Leitlinien kommt auch den individuellen Patientencharakteristika eine Schlüsselrolle in der Patientensteuerung zu. Insbesondere solche, die einen engen Bezug zur Patientensteuerung aufweisen, können nach einem standardisierten Beurteilungsschema erfasst und in die netzübergreifende Patientenakte aufgenommen werden. Diese können dann über einen elektronischen Datenaustausch bereitgestellt werden und allen beteiligten Leistungserbringern einen Anhaltspunkt geben, welche steuerungsrelevante Eigenschaften ein Patient besitzt und auf welchem Niveau ein Patient in Gesundheitsentscheidungen einbezogen werden kann. In den Kapiteln 6.1.1.4 und 6.1.1.5 wurden Patiententypologien vorgestellt, die gerade in Bezug auf die Patientensteuerung relevant sind und die widerspiegeln, wie stark ein Patient motiviert und in der Lage ist, an der Patientensteuerung aktiv mitzuwirken. Geeignete Evaluationsinstrumente können Ärzten dazu Kriterien liefern, die ihnen ermöglichen, Patienten die individuell gewünschte Unterstützung zukommen zu lassen und dabei auf die je nach Einzelfall unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Kompetenzen aufzubauen.¹¹²⁸

Um dem möglichen Einwand, eine solche Datenerfassung übersteige die Ressourcen einer Arztpraxis, adäquat zu begegnen, kann die passende elektronische Infrastruktur genutzt werden, um diese Angaben zu erfassen und automatisch ins Praxisverwaltungssystem einzuspielen anstatt eine papierbasierte Erfassung durchzuführen, die das Praxispersonal noch manuell ins Praxisverwaltungssystem übertragen muss. Analysen zeigen, dass Patienten ohnehin im Durchschnitt rund 30 Minuten im Wartezimmer verbringen und diese Daten zusammen mit den Angaben des Anamnesebogens erfasst werden können.¹¹²⁹ Bisherige Erfahrungen zeigen dar-

¹¹²⁷ Vgl. Jean, Y. A. (2004), S. 385-410.

¹¹²⁸ Vgl. Scholl, I., Koelewijn-van Loon, M., Sepucha, K. et al. (2011).

¹¹²⁹ Vgl. Maus, J. (2011), S. 1360.

über hinaus, dass eine Erfassung per Tablet von Patienten sehr gut akzeptiert wird.¹¹³⁰

Ausgehend von den in Kapitel 6.1.3.1.1 aufgeführten Kriterien, die den Begriff der Gesundheitskompetenz konkretisieren, sollten in diesem Zusammenhang die dazugehörigen Parameter erhoben werden. So existieren bereits Evaluationsinstrumente zur Einstufung der Sprachkompetenz¹¹³¹ oder mathematischen Fähigkeiten¹¹³² des Patienten. Auch für die vorhandene körperliche Leistungsfähigkeit eines Patienten können Anhaltspunkte auf eine unkomplizierte Weise evaluiert werden und darüber ermittelt werden, welche Bewegungsangebote tatsächlich noch wahrgenommen werden können.¹¹³³ Nicht zuletzt müssen an dieser Stelle solche Patientencharakteristika erfasst werden, die sich unmittelbar auf das Behandlungsergebnis auswirken können, beispielsweise der Grad der Gebrechlichkeit, der wiederum die Belastungsfähigkeit im Rahmen einer Operation beeinflusst.¹¹³⁴ Prognoseverfahren auf Basis bestimmter Patientencharakteristika wie der Ansatz der Likelihood of Hospitalization (LOH) helfen dabei, bestimmte Ereignisse im Versorgungsprozess leichter vorherzusehen und frühzeitig geeignete Maßnahmen zu ergreifen.¹¹³⁵

Eine adäquate Gesprächskompetenz und das Beherrschen bestimmter Gesprächstechniken (siehe dazu Kapitel 6.2.3.1.1) sollte darüber hinaus den Arzt in die Lage versetzen, weitere essenzielle Patientencharakteristika zu ermitteln, beispielsweise im Präventionsbereich den tatsächlichen Alkoholkonsum¹¹³⁶ oder im therapeutischen Bereich den vollständigen Medikationsplan, der insbesondere auch OTC-Präparate beinhaltet, die Patienten häufig auf eigene Initiative und ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt einnehmen.¹¹³⁷

¹¹³⁰ Vgl. Hilbert, S. (2011), S. 2418; Rogausch, A., Sigle, J. M., Thüring, S. et al. (2007), S. 2860.

¹¹³¹ Vgl. Kondylakis, H., Kazantzaki, E., Koumakis, L. et al. (2014); Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D. (Hrsg.) (2013), S. 15-20.

¹¹³² Vgl. Schwartz, L. M., Woloshin, S., Black, W. C., Welch, H. (1997), S. 966-971.

¹¹³³ Vgl. Steiber, N. (2016), S. 11-12; Cooper, R., Strand, B. H., Hardy, R. et al. (2014), S. 1-13.

¹¹³⁴ Vgl. Hall, D. E., Arya, S., Schmid, K. K. et al. (2017b), S. 180-181; Melin, A. A., Schmid, K. K., Lynch, T. G. et al. (2015), S. 685-688; Ernst, K. F., Hall, D. E., Schmid, K. K. et al. (2014), S. 1123-1126; Johnson, M. S., Bailey, T. L., Schmid, K. K. et al. (2014), S. 569-572.

¹¹³⁵ Vgl. Donzé, J. D., Williams, M. V., Robinson, E. J. et al. (2016), S. 498-501; Freund, T., Campbell, S. M., Geissler, S. et al. (2013), S. 365-369; Freund, T., Peters-Klimm, F., Rochon, J. et al. (2011), S. 7-8; Landers, G. M., Zhou, M. (2011), S. 109-111; Goodman, D. C., Fisher, E., Stukel, T. A., Chang, C. (1997), S. 1147-1150.

¹¹³⁶ Vgl. Bellis, M. A., Hughes, K., Jones, L. et al. (2015), S. 6-10.

¹¹³⁷ Vgl. Stub, T., Quandt, S. A., Arcury, T. A. et al. (2016), S. 7-13; Ngo, S. N. T., Stupans, I., Leong, W. S., Osman, M. (2010), S. 63-65.

6.2.3.2.5 Evidenzbasierte Fortbildungsinhalte

Um eine patientenorientierte Versorgung und eine Kultur der Zusammenarbeit zu etablieren, müssen die entsprechenden Inhalte auch fester Bestandteil der regelmäßigen Fortbildungen sein, in denen die Nutzung der netzwerkübergreifenden Informationssysteme und ein gemeinsames Verständnis von der gemeinschaftlich genutzten Datendokumentation Gegenstand sind und die Fähigkeit, im Team zu arbeiten, zu kooperieren, zu kommunizieren, Konflikte zu bewältigen sowie Strategien zum Umgang mit multiplen Rationalitäten vermittelt werden.¹¹³⁸

In inhaltlicher Hinsicht kommt darüber hinaus einem engmaschig koordinierten Fortbildungssystem eine hohe Bedeutung zu, weil – wie bereits im Zusammenhang mit Behandlungspfaden erwähnt – medizinisches Wissen schnell veraltet.¹¹³⁹ Da die Forschung evidenzbasierte Medizin als einen der Erfolgsfaktoren von integrierten Versorgungsmodellen ermittelt hat und im bestehenden Versorgungsgeschehen der Nutzen der gewählten Verfahren häufig nicht ausreichend nachgewiesen ist,¹¹⁴⁰ muss die Evidenzbasierung gerade bei der Patientensteuerung im Rahmen solcher Modelle das maßgebliche Entscheidungskriterium bilden, damit die Überlegenheit dieses Versorgungsansatzes zum Tragen kommt.¹¹⁴¹ Tatsächlich beziehen Ärzte jedoch Informationen über die aktuellen Entwicklungen aus der medizinischen und pharmakologischen Forschung häufig von Pharmareferenten oder durch von der Pharmaindustrie unterstützte Fortbildungsveranstaltungen.¹¹⁴² Dies ist deshalb kritisch zu bewerten, weil Pharmaunternehmen die Inhalte der Originalstudien in den von ihnen angefertigten Zusammenfassungen häufig potenziell verzerrt oder falsch wiedergeben.¹¹⁴³ Diese Art der Informationsversorgung bewirkt vor allem dann eine nicht zielführende Steuerung, wenn sie mit einer finanziellen Unterstützung des Arztes kombiniert wird, da bereits kleine Zuwen-

¹¹³⁸ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 411.

¹¹³⁹ Vgl. Shojania, K. G. (2007), S. 228.

¹¹⁴⁰ Bspw. bei Hypertonietherapie vgl. Gerstein, H. C., Miller, M. E., Byington, R. P. et al. (2008), S. 2546; Marx, N. (2012), S. 1007., bei Chemotherapie vgl. Ludwig, W.-D. (2015), bei Osteoporosebehandlung vgl. Buchbinder, R., Osborne, R. H., Ebeling, P. R. et al. (2009), S. 564-567; Kallmes, D. F., Comstock, B. A., Heagerty, P. J. et al. (2009), S. 574-578 oder bei Arthrosebehandlung vgl. Sihvonen, R., Paavola, M., Malmivaara, A. et al. (2013), S. 2515-2524; Statistisches Bundesamt (2014), S. 11.

¹¹⁴¹ Vgl. Mühlhauser, I., Meyer, G. (2016); Mühlhauser, I. (2016); Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

¹¹⁴² Vgl. Lubner, S. M. (2019), S. 249-257; Rinauer, S. (2013), S. 89.

¹¹⁴³ Vgl. Herold, N. (2019), S. 223-226; Schaaber, J., Kochen, M. M., Müller-Oerlinghausen, B., Niebling, W. (2011), S. 243; Kaiser, T., Ewers, H., Waltering, A. et al. (2004), S. 6.

dungen von Pharmafirmen das ärztliche Verschreibungsverhalten zugunsten des Sponsors beeinflussen, wobei dieser Zusammenhang häufig von Ärzten ignoriert wird.¹¹⁴⁴

Im Hinblick auf eine neutrale Informationsvermittlung bilden daher in einem Netzwerk der Integrierten Versorgung qualitätsgesicherte Fortbildungskonzepte, bei denen vorhandene Quellen und Inhalte auf ihren Evidenzgrad hin untersucht und eingestuft werden, eine wichtige Grundlage für eine evidenzbasierte Medizin.¹¹⁴⁵ Wie in Kapitel 6.2.3.1.2 ausgeführt, ist ergänzend dazu aufseiten der Ärzte eine ausreichende Statistikkompetenz vonnöten, um Studienergebnisse richtig interpretieren und im Alltag anwenden zu können, wogegen die Praxis zeigt, dass der Transfer aktueller Erkenntnisse aus der Forschung in den Versorgungsalltag nicht nur an unzureichenden Statistikkenntnissen,¹¹⁴⁶ sondern auch an Faktoren wie Sprachbarrieren und der schwer zu überblickenden Vielzahl verschiedener Publikationen scheitert.¹¹⁴⁷ Diese Tatsache deutet an, dass künftig der klinischen Epidemiologie im Rahmen des Medizinstudiums ein wesentlich höherer Stellenwert zukommen muss.¹¹⁴⁸ Um schon heute eine evidenzbasierte Versorgung sicherzustellen, muss diesen Gegebenheiten entsprechend begegnet werden. Dies kann beispielsweise durch eine praxis- und anwenderorientierten Aufbereitung aktueller Veröffentlichungen oder ein intuitiv verständliches Wiedergabeformat für Risikoveränderungen gelingen.¹¹⁴⁹

Wenn in der Fortbildung im Rahmen der Integrierten Versorgung die Gestaltungsmaxime einer evidenzbasierten Medizin mit den Prinzipien einer partizipativen Entscheidungsfindung kombiniert wird, ermöglicht das nicht zuletzt, den Patienten und seine Anforderungen stärker in den Fokus rücken zu lassen, denn die Darstellung, nach der der Patient stets im Mittelpunkt aller Versorgungsbemühungen steht, verkommt häufig

¹¹⁴⁴ Vgl. DeJong, C., Aguilar, T., Tseng, C.-W. et al. (2016), S. 1120-1121; Grochowski Jones, R., Ornstein, C. (2016), S. 8-9; Lieb, K., Scheurich, A. (2014), S. 4-7; Vashi, N. A., Latkowski, J.-A. M. (2012), S. 189-190; Schneider, N., Egidi, G., Jonitz, G. (2011), S. 210; Spurling, G. K., Mansfield, P. R., Montgomery, B. D. et al. (2010), S. 3-19; Wang, A. T., McCoy, C. P., Murad, M. H., Montori, V. (2010), S. 3-6.

¹¹⁴⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 333-336.

¹¹⁴⁶ Vgl. Hoffmann, T. C., Del Mar, C. (2017), S. 408-417; Järvinen, T. L. N. (2016), S. 77-78; Julian-Reynier, C., Bouhnik, A.-D., Evans, D. G. et al. (2015), S. 6-9; Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2013), S. 147-150; Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009), S. 1220.

¹¹⁴⁷ Vgl. Lang, B., Zok, K. (2017), S. 11-12.

¹¹⁴⁸ Vgl. Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2013), S. 146-150.

¹¹⁴⁹ Vgl. Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2013), S. 140-141; Naylor, C. D., Chen, E., Strauss, B. (1992), S. 918-920.

zum Lippenbekenntnis: In der Versorgungsrealität kommt Patientenbedürfnissen meist eine nachrangige Bedeutung zu.¹¹⁵⁰

6.2.4 Qualitative Komponente

In diesem Kapitel werden bezogen auf den ärztlichen Einflussbereich die durch eine gelebte Integrierte Versorgung erzielbaren qualitätsbezogenen Effekte sowie der Einsatz von Qualitätsdaten im ärztlichen Bereich des Versorgungsgeschehens thematisiert.

6.2.4.1 Qualitätsaspekte von Qualitätsmanagement

Wie bereits in den Kapiteln 6.2.2.1 und 6.2.3.2.2 ausgeführt, bildet das Qualitätsmanagement, das auch Felder wie Risiko- und Fehlermanagement abdeckt, die strukturelle Basis für die systematische Nutzung der Potenziale zur Qualitätsverbesserung in der Integrierten Versorgung. Forschungsergebnisse zeigen, dass QM-Strukturen mit ihren optimierten Organisations- und Behandlungsabläufen sowie standardisierten Entscheidungsalgorithmen nicht nur eine höhere Patientenzufriedenheit erzielen können, sondern sich darüber hinaus auch durch schnellere und geringere Wartezeiten im Prozess äußern.¹¹⁵¹ Im Hinblick auf die Schaffung einer gelebten Integrierten Versorgung wirkt sich positiv aus, dass das QM in aller Regel durch interprofessionelle Teams implementiert wird.¹¹⁵² So kann die Qualität der Zusammenarbeit über eine stärkere Beteiligung der Mitarbeiter an der Prozessgestaltung sowohl im Versorgungsgeschehen als auch innerhalb und zwischen den Teams sowie der Teams mit der Führungsebene verbessert werden.¹¹⁵³

Wenn statt einer ausschließlichen Kostendämpfung auch eine stärkere Qualitätsorientierung in den Fokus der Patientensteuerung rückt, spielen die Themen der Patientensicherheit und des Risikomanagements eine entscheidende Rolle. Die Entwicklung einer Fehlerkultur im Rahmen eines sektorübergreifend konzipierten Risikomanagements ermöglicht die Steigerung der Patientensicherheit und damit eine Steigerung der Qualität der Versorgung, indem die zur Verfügung stehenden Ansatzpunkte

¹¹⁵⁰ Vgl. Hait, B., Sitte, T. (2013), S. 268.

¹¹⁵¹ Vgl. Auras, S., Cruppé, W. de, Diel, F., Geraedts, M. (2014), S. 119; Hensen, P., Wollert, S., Luger, T. (2009), S. 184-190; Seekamp, A. (2010), S. 405-409; Niemann, C. (2013), S. 1-173.

¹¹⁵² Vgl. Neugebauer, F., Schiller, M., Luger, T. A., Hensen, P. (2013), e111.

¹¹⁵³ Vgl. Neugebauer, F., Schiller, M., Luger, T. A., Hensen, P. (2013), e111; Hein, S., Lauterbach, K. W., Plamper, E., Gerber, A. (2009), S. 219; Trojan, A., Nickel, S., Werner, S. (2002), S. 212-213.

genutzt werden, um über den gesamten Behandlungsprozess unerwünschte Ereignisse gezielt zu vermeiden.¹¹⁵⁴ Exemplarisch seien hier vermeidbare Infektionsfälle, die einen starken Einfluss auf die Qualität ausüben, genannt, denn pro Jahr treten bei Patienten im stationären Umfeld rund 400.000 bis 600.000 Infektionsfälle auf, von denen 15.000 tödlich verlaufen.¹¹⁵⁵ Da schätzungsweise rund ein Drittel solcher Fälle durch geeignete Hygienemaßnahmen vermeidbar wäre, kommt unter anderem dem Hygienemanagement im Rahmen des QM eine hohe Bedeutung zu.¹¹⁵⁶ Hierbei spielt ein in die Integrierte Versorgung eingebettetes QM eine elementare Rolle, denn die Vermeidung solcher unerwünschten Ereignisse kann bereits im Vorfeld und auch im Nachgang eines stationären Aufenthalts durch mitbehandelnde Ärzte und den Patienten selbst beeinflusst werden.¹¹⁵⁷ In diesem Zusammenhang spielt der verantwortungsvolle und richtige Einsatz von Antibiotika eine wichtige Rolle, weil aktuell sowohl aufseiten von Ärzten als auch von Patienten eklatante Wissensdefizite bestehen, die die effektive Vermeidung von bestimmten Infektionsfällen verhindern.¹¹⁵⁸ Ein umfassendes Risikomanagement hat jedoch nicht nur für Patienten Vorteile, sondern auch für medizinisches Personal und drückt sich beispielsweise in weniger Arbeitsunfällen, unter anderem durch Nadelstichverletzungen,¹¹⁵⁹ aus.

6.2.4.2 Qualitative Beiträge sektorübergreifender Pfadstrukturen

Die hier angesprochenen sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen werden vorrangig durch Behandlungspfade, die von allen Versorgungsbedteiligten gelebt werden, gewährleistet, wobei patientenzentrierte Behandlungspfade sowohl die medizinische Ergebnisqualität als auch die Zufriedenheit auf der Patienten- und Leistungserbringerseite steigern.¹¹⁶⁰ Einen elementaren Beitrag zu einer gesteigerten Ergebnisqualität leisten dabei die Informationen aus den aktuellen Leitlinien, die in die Behandlungspfade einfließen.¹¹⁶¹ Leitlinien unterstützen den Arzt dabei, medizinische

¹¹⁵⁴ Vgl. Schrappe, M. (2005), S. 161-205; Vinen, J. (2000), S. 1290-1297.

¹¹⁵⁵ Vgl. Krempel, S., Siebel, A. (2018), S. 43.

¹¹⁵⁶ Vgl. Umscheid, C. A., Mitchell, M. D., Doshi, J. A. et al. (2011), S. 110.

¹¹⁵⁷ Vgl. Wenchel, H.-M. (2018), S. 50-52; Allegranzi, B., Zayed, B., Bischoff, P. et al. (2016).

¹¹⁵⁸ Vgl. Hamprecht, A., Rohde, A. M., Behnke, M. et al. (2016), S. 2961; World Health Organization (WHO) (2015), S. 42-45.

¹¹⁵⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2016a), S. 3.

¹¹⁶⁰ Vgl. Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2009), S. 49.

¹¹⁶¹ Vgl. Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013), S. 70; Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G. et al. (2004), S. 17-42; Thomas, L., Cullum, N., McColl, E. et al. (2000), S. 4-7.

Maßnahmen nach Maßgabe der aktuellen Forschung zu ergreifen und dabei den Patienten durch die Erläuterung der Grundlagen von Therapieentscheidungen kommunikativ einzubinden.¹¹⁶² Dabei bieten inter- und multidisziplinäre Leitlinien insbesondere in Netzwerken der Integrierten Versorgung das Potenzial, an Nahtstellen im Versorgungsgeschehen durch die Definition idealtypischer Prozessabläufe Versorgungsbrüche und damit Qualitätsdefizite wie eine unzureichend abgestimmte Medikation zu vermeiden.¹¹⁶³ Die qualitativen Effekte von Leitlinien zeigen sich in Indikationsfeldern wie beispielsweise dem des Gestationsdiabetes, wo der gestiegene Anteil der frühzeitig erkannten Fälle von 27 % auf 33 % mit der Einführung der Leitlinie in Verbindung gebracht wird.¹¹⁶⁴ Dass sich Leitlinien aber insbesondere auch in einem interdisziplinär geprägten Umfeld wie dem der Integrierten Versorgung bewährt haben, zeigen die Untersuchungen zur Wirksamkeit der S3-Leitlinie Polytraumaversorgung, in denen bezogen auf diesen Bereich eine Reduzierung der Sterberate von 32 % auf 25 % ermittelt wurde.¹¹⁶⁵

Behandlungspfade bewirken bereits eine Qualitätsverbesserung, wenn sie nur auf einen einzelnen Sektor begrenzt Anwendung finden, was ein noch weiter gesteigertes Qualitätspotenzial von sektorübergreifend konzipierten Behandlungspfaden andeutet. Klinikinterne Behandlungspfade zur Behandlung von Herzinfarkten bewirken positive Effekte in Form einer reduzierten Sterbewahrscheinlichkeit und kürzeren Klinikaufenthalten.¹¹⁶⁶ Der kooperative Ansatz in einem Netzwerk der Integrierten Versorgung bietet darüber hinaus die Möglichkeit, gemeinsam in den Behandlungspfaden qualitätsrelevante Erweiterungsstrukturen zu etablieren, die weitere Qualitätspotenziale erschließen, beispielsweise durch multimodal und sektorübergreifend konzipierte Nachsorgeansätze, die postoperative Komplikationen minimieren können.¹¹⁶⁷ Zusätzlich strukturieren Behandlungspfade die Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte und des ärzteunterstützenden Personals untereinander und tragen dadurch zu einer gesteigerten medizinischen Ergebnisqualität bei.¹¹⁶⁸ Qualitativ äußert sich dies unter anderem durch eine geringere Anzahl von Fehlern bei

¹¹⁶² Vgl. Wright, J., Hill, P. (2003), S. 133-148.

¹¹⁶³ Vgl. Weinbrenner, S., Ollenschläger, G. (2008), S. 559-561.

¹¹⁶⁴ Vgl. Adamczewski, H., Weber, D., Faber-Heinemann, G. et al. (2016), S. 342-348.

¹¹⁶⁵ Vgl. Schoeneberg, C., Schilling, M., Keitel, J. et al. (2017), S. 203-207; Schoeneberg, C., Schilling, M., Burggraf, M. et al. (2014), S. 636-638.

¹¹⁶⁶ Vgl. Kul, S., Barbieri, A., Milan, E. et al. (2012), S. 6-8.

¹¹⁶⁷ Vgl. Liu, V. X., Rosas, E., Hwang, J. et al. (2017), S. 4-8; Pflügel, R., Kreibeck, H., Keil, J.-P. (2009), S. 357-385.

¹¹⁶⁸ Vgl. Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009), S. 7-9.

der Diagnostik von Teams im Vergleich zu alleine diagnostizierenden Ärzten.¹¹⁶⁹ Weitere qualitative Effekte der personellen Kooperationsstrukturen entfaltet ein Lotsensystem, das die Behandlungsqualität durch optimierte Behandlungsabläufe steigert.¹¹⁷⁰ Diese Prozessoptimierung lässt sich beispielsweise an vermiedenen Krankenhausfällen¹¹⁷¹ und der höheren Lebenserwartung der Patienten ablesen, die dadurch entsteht, dass ein Primärarztsystem mit seiner höheren Betreuungsintensität vorzeitige Sterbefälle, beispielsweise bei Bluthochdruckpatienten,¹¹⁷² verhindert.¹¹⁷³ Aus Sicht der sektorübergreifenden Versorgung rücken qualitative Effekte in den Vordergrund, die im Sinne einer Versorgungskontinuität mit einer verbesserten Zusammenarbeit an den Sektorenübergängen entstehen, beispielsweise durch die frühzeitige Einbindung des jeweiligen Nachbehandlers im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eines Patienten, wodurch der niedergelassene Arzt die vom Krankenhausarzt intendierte Arzneimittelversorgung fortführen oder die pflegerische Anschlussversorgung rechtzeitig sicherstellen kann.¹¹⁷⁴ Gleichzeitig übt nicht nur die Zusammenarbeit unter den Ärzten einen qualitativen Einfluss aus, sondern auch die zwischen den Ärzten und dem Pflege- und Praxispersonal.¹¹⁷⁵ Dies beginnt bereits damit, dass eine niedrige Qualifikation des Pflegepersonals im Krankenhaus mit einem erhöhten Sterberisiko der Patienten assoziiert ist, wodurch die fachliche Eignung des Personals ein entscheidendes Qualitätskriterium darstellt.¹¹⁷⁶ Im Einzelnen schlägt sich eine gelebte Kooperation zwischen Ärzten und Pflege in der Versorgung unter anderem in einer angemessenen Arzneimittelversorgung der Patienten¹¹⁷⁷ oder in einer besseren Erfüllung von komplexen Anforderungen, beispielsweise in Feldern mit psychischen und somatischen Behandlungsanteilen,¹¹⁷⁸ nieder. Auch zur Erfüllung der in der Patientensteuerung gelten-

¹¹⁶⁹ Vgl. Hautz, W. E., Kämmer, J. E., Schaubert, S. K. et al. (2015), S. 304.

¹¹⁷⁰ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 219.

¹¹⁷¹ Vgl. Gerlach, F., Szecsenyi, J. (2018), S. 13-15; Barker, I., Steventon, A., Deeny, S. R. (2017), S. 4-8.

¹¹⁷² Vgl. Baker, R., Honeyford, K., Levene, L. S. et al. (2016), S. 4-9; Rasella, D., Harhay, M. O., Pamponet, M. L. et al. (2014), S. 3-5; Macinko, J., Starfield, B., Shi, L. (2003), S. 844-856.

¹¹⁷³ Vgl. Gerlach, F., Szecsenyi, J. (2018), S. 26-34; Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003), S. 5.

¹¹⁷⁴ Vgl. Grundke, S., Kudela, G., Klement, A. (2013), S. 48-51.

¹¹⁷⁵ Vgl. Mergenthal, K., Leiferman, M., Beyer, M. et al. (2016), S. 37-40.

¹¹⁷⁶ Vgl. Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P. et al. (2017), S. 563-566.

¹¹⁷⁷ Vgl. Chaney, E., Rubenstein, L., Liu, C.-F. et al. (2011), S. 11.

¹¹⁷⁸ Vgl. Morgan, M., Coates, M. J., Dunbar, J. A. et al. (2013), S. 5-9; Morgan, M., Dunbar, J., Reddy, P. et al. (2009), S. 3-7.

den Prozessziele, beispielsweise die Einhaltung bestimmter maximaler Wartezeiten bei der Versorgung von Notfällen, können nicht-ärztliche Mitarbeiter einen effektiven Beitrag leisten.¹¹⁷⁹

In der Integrierten Versorgung bildet innerhalb der Pfadstrukturen auch die Definition von evidenzbasierten Überweisungskriterien den Schlüssel zu einer gesteigerten Versorgungsqualität. So bietet im Zusammenhang mit Krankenhauseinweisungen bei vielen Eingriffen die Fokussierung auf darauf spezialisierte Leistungserbringer entscheidende Vorteile,¹¹⁸⁰ weswegen mit verbindlichen Überweisungskriterien ein Qualitätspotenzial verbunden ist. Eine solche Spezialisierung und ein damit verbundenes höheres Fallvolumen sind mit einer höheren Qualität bedingt durch beschleunigte Lernprozesse, eine niedrigere Fehlerquote und vermiedene Komplikationen verbunden.¹¹⁸¹ Dass die Erfüllung der Mindestmengenanforderung als ein wichtiges Qualitätskriterium im deutschen Gesundheitswesen keine Selbstverständlichkeit darstellt, lässt sich daran ablesen, dass 39,7 % der Kliniken in Deutschland komplexe Eingriffe durchführen, ohne die erforderliche Mindestfallzahl zu erreichen, wobei der Anteil der Krankenhäuser, die eine oder mehrere Mindestfallzahlschwellen nicht einhalten, abhängig vom jeweiligen Bundesland sogar bis zu 62,5 % beträgt.¹¹⁸² Diese Tatsache liefert einen Erklärungsbeitrag dazu, warum pro Jahr bei 5 - 10 % der stationären Behandlungsfälle unerwünschte Ereignisse auftreten, obwohl die Hälfte davon vermeidbar wäre.¹¹⁸³ Diese Situation führt zu Qualitätsdefiziten unter anderem in Form von Revisionseingriffen, beispielsweise im Bereich des endoprothetischen Gelenkersatzes, der insbesondere in Deutschland eine hohe Relevanz besitzt.¹¹⁸⁴ Dabei sind bei Eingriffen zum Hüft- und Kniegelenkersatz enorme einrichtungsabhängige Unterschiede festzustellen, denn während das beste Viertel der in einer Studie untersuchten 906 Kliniken Revisionsraten von 2,38 % oder niedriger aufweist, liegen diese beim schlechtesten Viertel bei 5,56 % oder höher, was wiederum die Unterschiede in Bezug auf die erzielte Versor-

¹¹⁷⁹ Vgl. Asha, S. E., Ajami, A. (2014), S. 161-162.

¹¹⁸⁰ Vgl. Nimptsch, U., Peschke, D., Mansky, T. (2017), S. 829-834; Markar, S. R., Mackenzie, H., Lagergren, P. et al. (2016), S. 1531-1535; Tsugawa, Y., Newhouse, J. P., Zaslavsky, A. M. et al. (2017), S. 4-7; Birkmeyer, J. D., Siewers, A. E., Finlayson, Emily V A et al. (2002), S. 1128-1137.

¹¹⁸¹ Vgl. Loos, S., Albrecht, M., Schifffhorst, G. et al. (2016), S. 63-65; Kocher, K. E., Haggins, A. N., Sabbatini, A. K. et al. (2014); Powell, E. S., Khare, R. K., Courtney, D. M., Feinglass, J. (2010), S. 2163-2166; Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 111-114.

¹¹⁸² Vgl. Hemschemeier, M., Bittkowski, M., Stollorz, V. (2019), S. 9-10.

¹¹⁸³ Vgl. Geraedts, M. (2014), S. 3.

¹¹⁸⁴ Vgl. OECD (2014), S. 81.

gungsqualität erklärt.¹¹⁸⁵ Zwar werden Komplikationen beispielsweise nach einem endoprothetischen Kniegelenkersatz auch durch bestimmte Patienteneigenschaften begünstigt, unter anderem durch Adipositas oder eine Neigung zu Osteoporose,¹¹⁸⁶ aber unerwünschte Ereignisse werden insbesondere auch mit Erfahrungsdefiziten der Operateure, die sich intraoperativ durch Faktoren wie eine unzureichende Korrektur präoperativer Deformitäten, eine ungenügende Knochendefektauffüllung, eine Komponentenfehlpositionierung oder die Wahl eines falschen Prothesenmodells ausdrücken, in Verbindung gebracht.¹¹⁸⁷ Dabei ist eine Revisions- im Vergleich zu einer Primärimplantation mit einem deutlich erhöhten Aufwand verbunden.¹¹⁸⁸ Insbesondere infektionsbedingte Revisionseingriffe beim Gelenkersatz sind sehr umfangreich¹¹⁸⁹ und gerade auch Infektionen bei einer Totalendoprothese können durch die Erfahrung der Operateure, insbesondere über eine Infektionsprophylaxe durch eine adäquate präoperative Risikoeinschätzung und -minimierung sowie während des Eingriffs durch eine geeignete und zügige Operationstechnik unter Minimierung der operativen Risiken, vermieden werden.¹¹⁹⁰ Daher müssen im Hinblick auf eine Qualitätssteigerung im Rahmen der Integrationsversorgung diese Faktoren mit einer höheren Verbindlichkeit als in der Regelversorgung Beachtung finden.

Die Diagnostik und Therapieplanung im Rahmen der Pfade kann durch individuelle Informationen zum Patienten an die Anforderungen und Bedürfnisse des Einzelnen angepasst werden (siehe Kapitel 6.2.3.2.4), denn im Hinblick auf die Behandlungsqualität kommt einer Diagnostik, die sofort richtig durchgeführt werden kann, weil alle entscheidungsrelevanten Informationen zur Verfügung stehen, eine hohe Bedeutung zu.¹¹⁹¹ Bereits wenn in einem einzelnen Behandlungsabschnitt, wie beispielsweise im stationären Bereich, bestimmte Patientencharakteristika berücksichtigt werden, wirkt sich dies nachweisbar auf die Behandlungsqualität aus. So können in der Krebstherapie Erfahrungswerte aus der Behandlung früherer Fälle verknüpft mit den genetischen Eigenschaften von Krebszellen zu einer entscheidenden qualitativen Verbesserung beitragen, weil auf diesem Wege beispielsweise in vielen Fällen eine risikobehaftete Stamm-

¹¹⁸⁵ Vgl. Jeschke, E. (2017), S. 111.

¹¹⁸⁶ Vgl. Rader, C. P., Henssler, J. F., Rolf, O. (2014), S. 372-375.

¹¹⁸⁷ Vgl. Schierjott, L.-M. (2016), S. 15-16.

¹¹⁸⁸ Vgl. Schierjott, L.-M. (2016), S. 16-17.

¹¹⁸⁹ Vgl. Weißer, M., Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 116-118.

¹¹⁹⁰ Vgl. Otto-Lambertz, C., Yagdiran, A., Wallscheid, F. et al. (2017), S. 352.

¹¹⁹¹ Vgl. Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 109.

zellentransplantation entfallen kann.¹¹⁹² Der konkrete Effekt, der durch die Berücksichtigung der planungsrelevanten Patientencharakteristika entsteht, lässt sich auch an zentralen Qualitätskriterien ablesen, beispielsweise durch eine Senkung der Sterblichkeit wie in dem folgenden Beispiel: Statistisch steigt mit der Gebrechlichkeit eines Patienten das postoperative Mortalitätsrisiko, wobei jedoch über einen in wenigen Minuten bestimmbaren Risikoanalyseindex (RAI) Patienten mit hohem gebrechlichkeitsbedingten Mortalitätsrisiko ermittelt und für diese gezielt schonendere Anästhesie- und Operationsmethoden gewählt werden können.¹¹⁹³ Durch die Einführung dieser Methode in einem US-amerikanischen Krankenhaus zur Veteranenversorgung sank die 30-Tages-Sterblichkeit bei den gebrechlichen Patienten von 12,2 % auf 3,8 %, aber auch die 30-Tages-Sterblichkeit bezogen auf alle operierten Patienten ging von 1,6 % auf 0,7 % zurück.¹¹⁹⁴ In der Integrierten Versorgung besteht ein zentrales Ziel darin, insbesondere auch sektorübergreifend qualitätsverbessernde Effekte zu erzielen. Diese sind unter anderem mit einer sektorübergreifend angelegten Behandlungspriorisierung verbunden, insbesondere dort wo sich Behandlungsverzögerungen in einer erhöhten Morbidität oder einer gestiegenen Mortalitätsrate niederschlagen.¹¹⁹⁵ Auch die Realisierung einer besser koordinierten, sektorübergreifenden Arzneimittelverordnung bietet ein Qualitätspotenzial, das sich unter anderem durch Schätzungen konkretisieren lässt, die davon ausgehen, dass bis zu 10 % der Krankenhauseinweisungen im Zusammenhang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen stehen und rund zwei Drittel davon durch eine sicherere Verordnungspraxis verhindert werden könnten.¹¹⁹⁶ Zusätzlich trägt eine Vereinfachung des Medikationsplans zu einer höheren Zufriedenheit und Adhärenz des Patienten bei.¹¹⁹⁷

¹¹⁹² Vgl. Gerstung, M., Papaemmanuil, E., Martincorena, I. et al. (2017), S. 333-339.

¹¹⁹³ Vgl. Hall, D. E., Arya, S., Schmid, K. K. et al. (2017b), S. 180-181; Melin, A. A., Schmid, K. K., Lynch, T. G. et al. (2015), S. 685-688; Ernst, K. F., Hall, D. E., Schmid, K. K. et al. (2014), S. 1123-1126; Johnson, M. S., Bailey, T. L., Schmid, K. K. et al. (2014), S. 569-572.

¹¹⁹⁴ Vgl. Hall, D. E., Arya, S., Schmid, K. K. et al. (2017a), S. 235-239.

¹¹⁹⁵ Bspw. im Fall von Brustkrebs, vgl. Bleicher, R. J., Ruth, K., Sigurdson, E. R. et al. (2016), S. 337-338.

¹¹⁹⁶ Vgl. Hakkarainen, K. M., Hedna, K., Petzold, M., Hägg, S. (2012), S. 7-8; Howard, R. L., Avery, A. J., Slavenburg, S. et al. (2007), S. 143-145; Thomsen, L. A., Winterstein, A. G., Søndergaard, B. et al. (2007), S. 1422-1424.

¹¹⁹⁷ Vgl. Gupta, P., Patel, P., Štrauch, B. et al. (2017), S. 1116-1119; Hyman, D. J. (2017); Löffler, C., Altiner, A., Streich, W. et al. (2015), S. 2.

6.2.4.3 Qualitativer Effekt patientenbezogener Steuerungskompetenz

Wie in Kapitel 6.2.3.1.1 dargestellt, bildet insbesondere eine bedürfnisorientierte Patientenkommunikation einen elementaren Bestandteil der ärztlichen Steuerungskompetenz. Eine gestärkte sprechende Medizin ist insofern in Bezug auf die qualitativen Auswirkungen der Patientensteuerung und für eine erfolgreiche Vorsorge und Therapie hochrelevant, als dass damit nicht nur die Zufriedenheit von Patienten sondern auch die der behandelnden Ärzte gesteigert werden kann.¹¹⁹⁸ Die diesbezüglichen qualitativen Auswirkungen auf die Versorgung spiegeln sich bereits darin, dass Patienten insbesondere dann die Therapieentscheidung des Arztes mittragen, wenn sie an der Therapieplanung beteiligt werden.¹¹⁹⁹ Mit einer guten Kommunikation ist sowohl eine gesteigerte Bereitschaft des Patienten, sich an Präventions- und Therapieempfehlungen zu halten als auch ein positiver Einfluss auf die Behandlungsergebnisse verbunden.¹²⁰⁰ Im Einzelnen äußert sich eine positive Arzt-Patienten-Kommunikation beim Patienten unter anderem durch eine geringere Schmerzhäufigkeit, bessere Krankheitsbewältigung, optimistischere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands, gesteigerte Handlungsorientierung sowie höhere postoperative Lebensqualität.¹²⁰¹ Die Anwendung der in Kapitel 6.2.3.1.1 beschriebenen Gesprächstechniken äußert sich auch in qualitativer Hinsicht. So konnten beispielsweise in einer Studie mit Diabetikern mit niedriger Gesundheitskompetenz durch die Anwendung der Teach-Back-Methode deren Blutzuckerwerte gegenüber der Kontrollgruppe verbessert werden.¹²⁰²

Einer motivierenden Gesprächsführung kommt eine zentrale Bedeutung zu, denn vor allem motivierte Patienten sind gewillt, an ihrer eigenen Versorgung mitzuwirken; Optimismus in Bezug auf den Therapieverlauf äußert sich in besseren Behandlungsergebnissen und niedrigeren Rück-

¹¹⁹⁸ Vgl. Mortsiefer, A., Immecke, J., Rotthoff, T. et al. (2014), S. 348.

¹¹⁹⁹ Vgl. Winkler, E. C. (2010), S. 92.

¹²⁰⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 667; Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V. et al. (2012), S. 1246-1247; Vogel, B., Helmes, A., Bengel, J. (2006), S. 149; Roberts, C., Benjamin, H., Chen, L. et al. (2005), S. 113; Jacob, G., Bengel, J. (2000), S. 296-298; Ong, L. M., Haes, J. C. de, Hoos, A. M., Lammes, F. (1995), S. 912-915; Pascoe, G. C. (1983), S. 203-204.

¹²⁰¹ Vgl. Ernstmann, N., Weissbach, L., Herden, J. et al. (2017), S. 398-403; Dibbelt, S., Greitemann, B. (2015), S. 50.

¹²⁰² Vgl. Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K. et al. (2003), S. 85-87.

fallquoten.¹²⁰³ Darüber hinaus zeigen Placebostudien, dass neben der pharmakologischen Wirkung von Arzneimitteln eine Reihe von nicht zu vernachlässigenden Begleitfaktoren existiert, die unter anderem auf die Einstellung des Patienten, die der Arzt durch seine Kommunikation erzeugt, zurückzuführen sind, so dass eine positive Erwartungshaltung des Patienten mit einer höheren Wirksamkeit der Behandlung einhergeht.¹²⁰⁴ Zusätzlich haben Untersuchungen zur Informationsvermittlung an Patienten gezeigt, dass Patientenschulungen im Vergleich zur reinen Aus-händigung von Papiermaterialien besser und nachhaltiger therapierelevantes Wissen vermitteln können.¹²⁰⁵ So ist beispielsweise eine verständliche Anleitung zur Selbstuntersuchung ein elementarer Bestandteil einer optimalen Brustkrebsfrüherkennung¹²⁰⁶ und bei der Diabetestherapie hat sich gezeigt, dass der persönliche Kontakt zum Arzt die Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten stärker fördert als eine ausschließlich multimedialen Anleitung.¹²⁰⁷ Eng verknüpft mit der eigentlichen Kommunikationskompetenz ist die Fähigkeit des Arztes, den Zeitbedarf des jeweiligen Patienten einzelfallabhängig richtig einschätzen zu können, denn vorhandene Studien deuten darauf hin, dass eine starre Mindestzeit offenbar nicht notwendig ist und Patienten in aller Regel in Bezug auf das Gespräch zwischen Quantität und Qualität gut unterscheiden können.¹²⁰⁸ Umgekehrt betrachtet, ist ein gewisses Mindestmaß an ärztlicher Kommunikationsfähigkeit als Schlüsselkompetenz unablässig, was sich daran ablesen lässt, dass eine unzureichende Ausprägung kommunikativer Fähigkeiten des Arztes auch das Potenzial besitzt, eine erfolgreiche Therapie des Patienten zu unterminieren und der Mitwirkungsmotivation des Patienten zu schaden.¹²⁰⁹

¹²⁰³ Vgl. Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.-M. et al. (2017), S. 25; Huffman, J. C., Beale, E. E., Celano, C. M. et al. (2015), S. 5-7.

¹²⁰⁴ Vgl. Carvalho, C., Caetano, J. M., Cunha, L. et al. (2016), S. 2768-2770; Tétreault, P., Mansour, A., Vachon-Presseau, E. et al. (2016), S. 12-14; Benedetti, F., Amanzio, M. (2011), S. 418; Kam-Hansen, S., Jakubowski, M., Kelley, J. M. et al. (2014), S. 5-6; Amanzio, M., Pollo, A., Maggi, G., Benedetti, F. (2001), S. 212-214.

¹²⁰⁵ Vgl. Jerosch, J. (2016), S. 126; Bitzer, E. M., Spörhase, U. (2015), S. 983-984; Melamed, R. J., Tillmann, A., Kufleitner, H.-E. et al. (2014), S. 805-807; Vormfelde, S. V., Abu Abed, M., Hua, T. D. et al. (2014), S. 610-613.

¹²⁰⁶ Vgl. Schreer, I. (2007), S. 420.

¹²⁰⁷ Vgl. van Scoyoc, E. E., DeWalt, D. A. (2010), S. 234.

¹²⁰⁸ Vgl. Elmore, N., Burt, J., Abel, G. et al. (2016), S. 898-902; Böcken, J., Marstedt, G. (2014), S. 139.

¹²⁰⁹ Vgl. Häuser, W., Hansen, E., Enck, P. (2012), S. 460-464.

6.2.4.4 Ärztebezogene Kooperationskompetenz in qualitativer Hinsicht

Die im Rahmen der Integrierten Versorgung an der Patientensteuerung beteiligten Ärzten müssen nicht nur über eine patientenbezogene Kommunikationskompetenz verfügen, sondern insbesondere auch die Fähigkeit besitzen, mit ihren ärztlichen Kollegen adäquat zu kommunizieren, um diesbezügliche Qualitätspotenziale auszuschöpfen. Der qualitative Stellenwert der Kommunikation unter den beteiligten Ärzten lässt sich daran ablesen, dass Kommunikationsdefizite unter den beteiligten Leistungserbringern für einen großen Teil auftretender Komplikationen verantwortlich sind und Schätzungen davon ausgehen, dass rund 65 % der Fehler, die während der Behandlung auftreten, im Zusammenhang mit einer unzureichenden Kommunikation stehen.¹²¹⁰ Wenn Ärzte bestimmte Kommunikationstechniken beherrschen, die eine Standard Operating Procedure (SOP) unterstützen (siehe Kapitel 6.2.3.1.2), macht sich das durch eine geringere Häufigkeit von Behandlungsfehlern,¹²¹¹ weniger unerwartete Todesfälle¹²¹² und eine erhöhte Patientensicherheit¹²¹³ bemerkbar. Dementsprechend stellen die Kooperationskompetenz sowie die Fähigkeit, die Zusammenarbeit und Abstimmung untereinander nachhaltig zu gewährleisten, einen der zentralen Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung dar.¹²¹⁴

Auch die Art der Einbindung des nicht-ärztlichen Unterstützungsumfelds übt einen qualitativen Effekt aus. Welchen Beitrag eine erweiterte Qualifikation eines MFA in Bezug auf die Patientensteuerung leisten kann, lässt sich unter anderem im Bereich der oralen Krebstherapie illustrieren. Durch eine orale Medikation zur Krebsbehandlung im häuslichen Umfeld kann mittlerweile häufig eine intravenöse Applikation in der Arztpraxis

¹²¹⁰ Vgl. Eggins, S., Slade, D. (2015), S. 197; The Joint Commission (2007), S. 46; Hansis, M. L. (2001), S. 2038-2040.

¹²¹¹ Vgl. Loeb, R. G., Dekker, S. W. A. (2015); Weinger, M. B., Slagle, J. M., Kuntz, A. H. et al. (2015), S. 966-969; Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R. et al. (2014), S. 1808-1810.

¹²¹² Vgl. de Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., van Bogaert, P. (2013), S. 1195-1196.

¹²¹³ Vgl. Velji, K., Baker, G. R., Fancott, C. et al. (2008), S. 76-78.

¹²¹⁴ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 11-16; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 126-135; Kranzer, A. (2007), S. 180-181; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

vermieden werden, was aber erhöhte Anforderungen an die Gesundheitskompetenz und den Mitwirkungswillen von Patienten stellt, wobei jedoch bei ihnen ein reiner Wissenszuwachs nicht zwingend eine Steigerung der Therapietreue bewirkt.¹²¹⁵ Dagegen sind speziell zur Wirkungsweise von Zytostatika und zu motivierender Gesprächsführung geschulte Pflegekräfte in der Lage, die Adhärenz deutlich zu steigern und die Voraussetzungen für eine orale Medikationsapplikation zu schaffen.¹²¹⁶ Dass solche Kooperationskonzepte zwischen Ärzten und MFA, gegebenenfalls mit erweitertem Kompetenz- und Tätigkeitsfeld der MFA, im Rahmen einer Integrierten Versorgung vor allem in Regionen mit Ärztemangel erfolgreich einen wichtigen Beitrag zu einer funktionierenden Patientensteuerung leisten können, konnte in der australischen TrueBlue-Studie zur interdisziplinären Versorgung von multimorbiden Patienten mit Diabetes bzw. Koronarer Herzkrankheit (KHK), die gleichzeitig von einer Depression betroffen sind, gezeigt werden.¹²¹⁷

6.2.4.5 Einsatz von Qualitätsdaten

In Kapitel 2.2.4 wurden für die Integrierte Versorgung geeignete Systeme zur Qualitätsmessung vorgestellt. Die daraus generierten Daten bilden einen elementaren Bestandteil der qualitativen Komponente, weil sie für Ärzte einen Benchmark zur Verfügung stellt, der für sie in Bezug auf eine qualitätsorientierte Patientensteuerung einen elementaren Motivationsfaktor bildet und einen modellintendierten Verhaltensanreiz setzt.¹²¹⁸ In dieser Funktion leistet die zeitnahe Verfügbarkeit qualitätskritischer Daten und die damit verbundene Qualitätsorientierung einen elementaren Beitrag zum Erfolg der Integrierten Versorgung.¹²¹⁹ Zusätzlich spielt bei der Wahl eines bestimmten Leistungserbringers im Rahmen der Patientensteuerung die von ihm erzielte Versorgungsqualität eine zentrale Rolle, weswegen das dazu notwendige Reporting einen Erfolgsbeitrag in der Integrierten Versorgung leistet und auch Ärzte die Notwendigkeit ent-

¹²¹⁵ Vgl. Zamora, P., Riese, C., Borges, U. et al. (2014), S. 43-45.

¹²¹⁶ Vgl. Welslau, M. (2017), S. 3.

¹²¹⁷ Vgl. Morgan, M., Coates, M. J., Dunbar, J. A. et al. (2013), S. 5-10; Morgan, M., Dunbar, J., Reddy, P. et al. (2009), S. 6-8.

¹²¹⁸ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2178-2179; Kolstad, J. (2013), S. 2898; Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 123-126.

¹²¹⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

sprechender Qualitätsmessungskonzepte zur Bereitstellung einer diesbezüglich detaillierten Entscheidungsgrundlage sehen (siehe auch Kapitel 6.2.1.2.6).¹²²⁰ Nicht zuletzt muss auch die ärztliche Kommunikationsfähigkeit, die in Kapitel 6.2.3.1.1 näher beschrieben wird, in die Qualitätsmessung einfließen, da sie bei der Patientensteuerung in Bezug auf die aktive Einbindung des Patienten eine entscheidende Rolle spielt.¹²²¹

Den potenziellen Effekt des Einsatzes von Qualitätsdaten, konnte in der Herzchirurgie in einem Krankenhaus in Pennsylvania nachgewiesen werden, wo sogenannte Quality Report Cards eingesetzt wurden, die über die Qualität der Eingriffe informierten und einen vier Mal höheren Einfluss als finanzielle Incentives auf die Ergebnisqualität ausübten.¹²²² Ein solcher Ansatz kann durch eine positive Fehlerkultur unterstützt werden, da eine möglichst niedrige Fehlerquote einen elementaren Bestandteil von Qualität bildet und Ärzte durch einen konstruktiven Umgang mit Fehlern besser zu einer nachhaltigen Qualitätsorientierung motiviert werden können.¹²²³ Eine verlässliche Qualitätsmessung erlaubt nicht zuletzt eine qualitätsorientierte Vergütung, die durch ihre Messvalidität dem Versorgungsmodell die notwendige Stabilität verleiht.¹²²⁴

Ähnlich wie im Leitbild der Mayo Klinik muss die Patientenorientierung sowie die Selbstverpflichtung zu Kooperation und exzellenter Qualität das Kernstück des Konzepts eines integrierten Versorgungsmodells darstellen.¹²²⁵ Ergänzend zu der bereits eingangs beschriebenen Qualitätsmotivationsfunktion unterstreicht auch dieser Faktor die Notwendigkeit von Qualitätsdaten, die Leistungserbringern zur Verfügung stehen, damit dieses Qualitätsversprechen eingelöst werden kann.¹²²⁶ Der transparente Umgang mit Leistungsinformationen und das Streben nach exzellenter Qualität ist eine Handlungsoption selbst für solche Leistungserbringer, die ak-

¹²²⁰ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Juhnke, C., Mühlbacher, A. C. (2013), S. 6-11; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹²²¹ Vgl. Mortsiefer, A., Immecke, J., Rothhoff, T. et al. (2014), S. 350-354.

¹²²² Vgl. Kolstad, J. (2013), S. 2898.

¹²²³ Vgl. Hoffmann, B., Heinrich, A. S. (2014); Kolstad, J. (2013), S. 2898; Schiff, G. D., Hasan, O., Kim, S. et al. (2009), S. 1883-1886; Schiff, G. D. (2008).

¹²²⁴ Vgl. Mansky, T. (2010).

¹²²⁵ Vgl. Kemperman, J., Geelhoed, J., op 't Hoog, J. (2017), S. 371.

¹²²⁶ Vgl. Kemperman, J., Geelhoed, J., op 't Hoog, J. (2017), S. 392-395.

tuell eine unterdurchschnittliche Leistungsqualität erbringen, denn um die Abwanderung von Patienten zu verhindern, ist in erster Linie entscheidend, dass der betreffende Arzt oder das entsprechende Krankenhaus seinen Patienten glaubhaft vermittelt, an der Beseitigung vorhandener Defizite zu arbeiten.¹²²⁷ Gerade um die Akzeptanz der Integrierten Versorgung hoch zu halten, muss sichergestellt sein, dass Ärzte und Krankenhäuser, die die festgelegten Qualitätsstandards nicht erfüllen, rasch Maßnahmen zur Beseitigung der zugrundeliegenden Defizite ergreifen und erst bei dauerhaftem Nichterfüllen der Standards von der Teilnahme an der Integrierten Versorgung ausgeschlossen werden.¹²²⁸

Die qualitativen Ergebnisdaten, beispielsweise auf Grundlage der in Kapitel 2.2.4.1 beleuchteten QISA-Indikatoren, sind auch für die Steuerungsentscheidungen von Ärzten relevant. Zwar wird immer wieder der geringe Erhebungsaufwand als Argument für den Einsatz von Routinedaten zum Zweck der Qualitätsmessung ins Feld geführt,¹²²⁹ aber bei Ärzten und Krankenhäusern ist diese Art der Datennutzung teilweise stark umstritten, da aus deren Sicht zu starke Verzerrungseffekte in Kauf genommen werden.¹²³⁰ Um insbesondere auch die Leistungserbringerseite von der Nutzung von Qualitätsdaten zu überzeugen, muss auch aus deren Perspektive die Aussagekraft der Datengrundlage und die Belastbarkeit der Messmethoden sichergestellt sein. Ein Lösungsweg kann beispielsweise darin bestehen, Routinedaten auch weiterhin zu nutzen, aber ergänzend Daten unmittelbar zum Zweck der Qualitätsmessung zu erheben, um die Schwächen von Routinedaten auszugleichen.¹²³¹ Wie bereits in Kapitel 2.2.4.2 angesprochen, sind mit der derzeitigen Darstellungsform von Qualitätsdaten, die sich häufig auf einen Teilbereich eines längeren Versorgungsprozesses beschränken, nur wenig belastbare Aussagen zur Versorgungsqualität eines bestimmten Leistungserbringers möglich. Daher müssen in der Integrierten Versorgung der Fokus geweitet werden und alle relevanten Qualitätsdaten vollständig in Versorgungsentscheidungen einfließen. Auch qualitätsrelevante Systeme wie das Qualitätsmanagement

¹²²⁷ Vgl. bspw. Erfahrungen des Cincinnati Children's Hospital (Ohio, USA) in Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 138.

¹²²⁸ Vgl. Berenson, R. A., Rice, T. (2015), S. 2176-2177.

¹²²⁹ Vgl. Milde, S., Arnold, M. (2014), S. 14; Jeschke, E., Heyde, K., Günster, C. (2013), S. 289.

¹²³⁰ Vgl. Gilfrich, C., Popken, G., Stolzenburg, J.-U. et al. (2017), S. 72-73; Roeder, N., Bunzemeier, H., Franz, D. (2017), S. 3; Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 102; Steller, J. (2016a), S. 112; Heller, G., Szecsenyi, J., Willms, G., Broge, B. (2014), S. 468; Jeschke, E., Heyde, K., Günster, C. (2013), S. 293-294.

¹²³¹ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 57.

und Behandlungspfade müssen sektorübergreifend angelegt sein, um die in Kapitel 6.2.4 beschriebenen Effekte zu erzielen.

6.2.5 Wirtschaftliche Perspektive

Im Sinne der Vorgabe des Gesetzgebers in § 140a SGB V, nach der die Integrierte Versorgung nicht nur auf eine besondere Qualität, sondern auch auf eine höhere Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sein soll, müssen auch im Einflussbereich von Ärzten die ökonomischen Potenziale, die die Patientensteuerung insbesondere in der Integrierten Versorgung eröffnet, genutzt werden. Dementsprechend stellen die Kostenorientierung¹²³² und ein entscheidungsunterstützendes Kostenreporting¹²³³ Erfolgsfaktoren in der Integrierten Versorgung dar. Für die Ärzte selbst bieten die integrierten Versorgungsstrukturen in ökonomischer Hinsicht erweiterte Möglichkeiten der Marktpositionierung und der wirtschaftlichen Absicherung.¹²³⁴ Die mit ökonomischen Potenzialen verbundenen Effekte werden im Folgenden beschrieben.

6.2.5.1 Wirtschaftlichkeitspotenziale der Vergütungsgestaltung

Beim selektivvertraglichen Kontrahieren wird im Rahmen der Vertragsgestaltung in der Integrierten Versorgung insbesondere definiert, welche Vergütung für welches konkrete Ergebnis-, Qualitäts- und Qualifikationsniveau fließt.¹²³⁵ Aus diesem Grund liegt hier der Fokus auf den ökonomischen Aspekten der vertraglichen Gestaltung des Vergütungssystems. In der Regelversorgung vorhandenen Vergütungsformen gehen im Fall von Globalbudgets mit dem Anreiz zu einer Versorgungsrationierung und im Fall von Einzelleistungsvergütungen mit dem Anreiz zu einer Leistungsausweitung einher, was in beiden Fälle auch aus ökonomischer Sicht nicht

¹²³² Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹²³³ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹²³⁴ Vgl. Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007), S. 36.

¹²³⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 153-159.

sinnvoll ist.¹²³⁶ Die DRG-Vergütung lässt zwar erste Ansätze erkennen, die die bestehenden Probleme im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Fehlansreizen adressieren, kann diese aber letztendlich durch ihre zu eng definierte, auf einen einzelnen Sektor bezogene Ausgestaltung nicht lösen.¹²³⁷ Gebündelte Vergütungsformen können dagegen besser eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten und zielführende Anreize gegen Versorgungsrationierung und Leistungsausweitung setzen (siehe dazu auch Kapitel 6.2.1.2.7 und 6.2.3.2.1).¹²³⁸ Um die mit solchen Vergütungsformen verbundenen Wirtschaftlichkeitspotenziale langfristig nutzen zu können, muss in Bezug auf deren Gestaltung eine ausreichende Risikoadjustierung und aufseiten der Ärzte ein umfassendes Risikomanagement gewährleistet sein.¹²³⁹

6.2.5.2 Wirtschaftlichkeitsbezogene Potenziale von Qualitätsmanagement

In der Integrierten Versorgung im Bereich des Qualitätsmanagements und der entsprechenden Zertifizierung kann die Bündelung von Verwaltungsprozessen¹²⁴⁰ einen positiven Einfluss auf die Versorgungsstrukturen ausüben,¹²⁴¹ der sich unter anderem durch effizientere Behandlungsabläufe äußert.¹²⁴² Ein wichtiger Gesichtspunkt ist in diesem Zusammenhang nicht zuletzt eine gesteigerte Patientensicherheit. Diese geht mit einer Reihe ökonomischer Aspekte einher, denn eine unzureichende Patientensicherheit äußert sich nicht nur durch eine geringere medizinische Qualität, sondern auch durch eine schlechtere Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Nach Schätzungen der OECD verursachen in den Industriestaaten Verstöße gegen die Patientensicherheit rund 2,5 % der Gesundheitsausgaben im ambulanten Bereich bzw. 15 % der Kosten in der stationären Akutversorgung, wobei volkswirtschaftliche Schäden, unter anderem durch eine Schmälerung der Leistungsfähigkeit und Produktivität der betroffenen

¹²³⁶ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 55-56.

¹²³⁷ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 57; Güssow, J. (2007), S. 107-208.

¹²³⁸ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 56-57.

¹²³⁹ Vgl. Mühlbacher, A., Berhanu, S., Happich, M. (2003), S. 561.

¹²⁴⁰ Vgl. Hardy, J. C. (1986), S. 27-32.

¹²⁴¹ Vgl. Schreyögg, J., Kwietniewski, L. (2015), S. 13; Heimeshoff, M., Schreyögg, J., Kwietniewski, L. (2014), S. 158, wobei Heimeshoff, M., Schreyögg, J., Kwietniewski, L. (2014) eine niedrigere Effizienz zertifizierter Praxen ermittelten, aber gleichzeitig auf eine fehlende Qualitätsadjustierung verwiesen, was verzerrende Effekte nahelegt.

¹²⁴² Vgl. Auras, S., Cruppé, W. de, Diel, F., Geraedts, M. (2014), S. 119; Hensen, P., Wollert, S., Luger, T. (2009), S. 184-190; Seekamp, A. (2010), S. 405-409; Niemann, C. (2013).

Personen noch nicht berücksichtigt sind.¹²⁴³ Dass es realistisch ist, dieses Wirtschaftlichkeitspotenzial zu heben, lässt sich daran ablesen, dass viele Probleme in diesem Zusammenhang auf eine geringe Anzahl von Komplikationstypen zurückgehen und fokussiert adressiert werden können. Diese Fehler bestehen im Wesentlichen in Medikationsfehlern, im Rahmen einer Behandlung erworbenen Infektionen, Stürzen, Dekubitalgeschwüren, venösen Thromboembolien, falscher oder verspäteter Diagnosestellung und Todesfällen bei Eingriffen mit niedrigem Mortalitätsrisiko.¹²⁴⁴ Eine umfassende Patientensteuerung kann dies vermeiden helfen. Durchgängig geplante Prozesse, die die vorliegende Arbeit beschreibt, können einen entscheidenden Beitrag zu diesen wirtschaftlichen Effekten leisten.

6.2.5.3 Ökonomische Potenziale durchgängig geplanter Prozesse

Über die in Kapitel 6.2.2.3 beschriebenen Strukturen können Daten bereitgestellt werden, die die Nutzung von Effizienzpotenzialen über den gesamten Versorgungsprozess unterstützen. Dieses Potenzial bietet insbesondere die Integrierte Versorgung, da die Gegebenheiten der Regelversorgung eine sektorübergreifende Versorgungsperspektive nicht abbilden,¹²⁴⁵ weswegen dort die Optimierungsmöglichkeiten einer prozessbezogenen Ressourcenanalyse meist nur auf einen Teilabschnitt des Gesamtprozesses angewandt werden, eine Schwachstelle, die die Integrierte Versorgung auch in wirtschaftlicher Hinsicht ausgleichen kann.¹²⁴⁶ Durchgängig geplante Prozesse, bei denen die Infrastruktur gemeinsam genutzt wird und Personal- und Sachressourcen besser ausgelastet werden, bieten entscheidende Kostenvorteile.¹²⁴⁷ Dabei können Elemente wie die in Kapitel 6.2.3.1.2 ausgeführte Idee von Choosing Wisely eine derartige Versorgungsplanung und die Realisierung wirtschaftlicher Effekte unterstützen. Eng verbunden mit einer solch schnittstellenübergreifenden Prozessplanung sind eine bedarfsgerechte Planung der medizinischen Betreuung¹²⁴⁸ und eine angemessene Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen¹²⁴⁹, die beide zu den Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung

¹²⁴³ Vgl. Auraaen, A., Slawomirski, L., Klazinga, N. (2018), S. 9-10; Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. (2017), S. 18-22.

¹²⁴⁴ Vgl. Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. (2017), S. 21-23.

¹²⁴⁵ Vgl. Jacobs, K., Schulze, S. (Hrsg.) (2011), S. 7.

¹²⁴⁶ Vgl. bspw. Greiling, M., Quint, U. (2010), S. 755-757.

¹²⁴⁷ Vgl. Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007), S. 37.

¹²⁴⁸ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Leichenring, K. (2004), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹²⁴⁹ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Fries, V. (2006), S. 82; Stern, T., Jaberg, H.

zählen. Die mit der Integrierten Versorgung verbundene Zielsetzung kann auch durch den Einsatz der elektronischen Infrastruktur effektiv unterstützt werden (siehe Kapitel 6.2.2.3). Dabei können auch relativ kleine Maßnahmen durch ihren häufigen Einsatz ein großes ökonomisches Potenzial entfalten und einen effektiven Beitrag zu einer höheren Prozesseffizienz leisten. So kann beispielsweise der Einsatz von Tablet Computern bei der Visite im Krankenhaus durch eine direkte Anbindung an die elektronische Patientenakte unnötige Doppelerfassungen und eine zeitlich verzögerte Bereitstellung wichtiger Daten vermeiden helfen.¹²⁵⁰

Gerade bei Krankheiten mit hoher Prävalenz in der Bevölkerung, einem starken Koordinationsbedarf zwischen verschiedenen Leistungserbringern und einem hohen Potenzial kostenintensiver Folgeschäden, beispielsweise Diabetes, besteht ein entsprechendes Steuerungs- und Effizienzpotenzial.¹²⁵¹ Darüber, welchen Beitrag Versorgungsstrukturen wie die der DMP zu einer stark gesunkenen Retinopathiehäufigkeit bei Diabetikern geleistet haben, kann derzeit nur gemutmaßt werden,¹²⁵² weswegen ausgehend von der Maßgabe der Evidenzbasierung entsprechende Kosten-Nutzen-Analysen auf Gesamtprozessebene zwingend geboten sind. Eine solche Betrachtung darf sich jedoch nicht, wie beispielsweise bei der Evaluation von DMP, nur auf direkte Versorgungsausgaben fokussieren,¹²⁵³ sondern muss auch indirekte Kosten einbeziehen, um beispielsweise das ökonomische Potenzial einer umfassenden ambulanten Schmerztherapie, durch die operative Eingriffe vermieden und Arbeitsunfähigkeitsphase verkürzt werden können, zu nutzen.¹²⁵⁴

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, das Potenzial durchgängig geplanter Versorgungsprozesse anhand des gesamten Krankheitsspektrums darzustellen, weswegen dies hier anhand des Krankheitsbildes Depression exemplifiziert wird. Die direkten Kosten für die Behandlung in diesem Bereich (ICD-10-Diagnosen F.32 - F.34) lagen bereits im Jahr 2008 bei 5.233 Millionen Euro.¹²⁵⁵ Wie bereits angesprochen, spielen in diesem Zusammenhang nicht nur direkte sondern auch indirekte Krankheitskos-

(2005), S. 14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 9; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹²⁵⁰ Vgl. Fleischmann, R., Duhm, J., Hupperts, H., Brandt, S. (2015), S. 536-539.

¹²⁵¹ Vgl. Kähm, K., Laxy, M., Schneider, U. et al. (2018); Weber, D., Kaltheuner, M. (2018), S. 3-6.

¹²⁵² Vgl. Weber, D., Kaltheuner, M. (2018), S. 4.

¹²⁵³ Vgl. Greiner, W. (2006), S. 38.

¹²⁵⁴ Vgl. Brömme, J., Mohokum, M., Disch, A. C., Marnitz, U. (2015), S. 198-201.

¹²⁵⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013).

ten eine wichtige Rolle. Der Dimension solcher indirekten Kosten kommt gerade beim Krankheitsbild Depression eine hohe Bedeutung zu, denn aktuelle Studien stellen fest, dass im Bereich der Prävention und Diagnostik noch eklatante Defizite bestehen und die Behandlung von Depressionen bei der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht beim entsprechenden Facharzt, sondern beim Allgemeinmediziner stattfindet.¹²⁵⁶ Daher werden viele Fälle von Depression nicht als solche diagnostiziert und dementsprechend nicht therapiert, woraus eine hohe Dunkelziffer und hohe Kosten resultieren.¹²⁵⁷ Bezogen auf Deutschland gehen Schätzungen davon aus, dass über 150.000 verlorene Erwerbsfähigkeitsjahre auf diese Erkrankung zurückzuführen sind.¹²⁵⁸ Neben der physischen übt insbesondere auch die psychische Gesundheit einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit von Menschen im Verlauf ihres Lebens aus,¹²⁵⁹ weswegen durch eine bessere Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Reihe von Ausgaben, insbesondere im Bereich der Behandlung von somatischen Erkrankungen und der Sozialleistungen, wegfallen und sich dadurch die Ausgaben für die Behandlung von psychischen Erkrankungen amortisieren könnten.¹²⁶⁰ Die Bereitstellung und der erhöhte Einsatz von Screeninginstrumenten (siehe dazu auch Kapitel 6.2.3.2.3) zur besseren und frühzeitigen Feststellung von Depression,¹²⁶¹ ist zwar kurzfristig mit höheren Kosten verbunden, aber könnte langfristig dazu beitragen, die in Zusammenhang mit Depressionen stehenden Gesamtausgaben zu reduzieren.

Ein integrales Element der Patientensteuerung über den gesamten Versorgungsprozess stellt die Bereitstellung eines Lotsen, der Patienten bei der Einhaltung eines medizinisch rationalen Vorsorge- und Therapieablaufs unterstützt, dar (siehe dazu auch Kapitel 6.2.2.4). Auch aus wirtschaftlicher Sicht ist ein solches Gatekeeping hoch relevant, weil eine bessere Koordination der Leistungserbringung effektiv die Kosten der Gesundheitsversorgung senkt.¹²⁶² Bereits unter den aktuell vorhandenen Rahmenbedingungen können ökonomische Effekte beim hausarztgesteu-

¹²⁵⁶ Vgl. Gaebel, W., Kowitz, S., Zielasek, J. (2012), S52-S53.

¹²⁵⁷ Vgl. Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H. (2002), S. 651; Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. e. a. (1993), S. 405.

¹²⁵⁸ Vgl. König, H.-H., Luppä, M., Riedel-Heller, S. (2010), S. 214.

¹²⁵⁹ Vgl. Layard, R., Clark, A. E., Cornaglia, F. et al. (2014).

¹²⁶⁰ Vgl. Layard, R., Clark, D. M. (2015).

¹²⁶¹ Vgl. Goetz, S. M., Stuck, A. E., Hirschi, A. et al. (2000), S. 144.

¹²⁶² Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 219; Zentner, A., Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2008), S. 85-86; Berchtold, P., Hess, K. (2006), S. 20; Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003), S. 4; Delnoij, D., van Merode, G., Paulus, A., Groenewegen, P. (2000), S. 24-26.

erten Facharztzugang festgestellt werden, denn gerade mit steigendem Alter der Patienten wächst das steuerungsabhängige Wirtschaftlichkeitspotenzial und so liegen beispielsweise in der Altersklasse 76 - 110 Jahre die Versorgungskosten pro Kopf und Quartal 29,80 Euro niedriger als bei ungesteuerten Patienten.¹²⁶³ Unter den Feldern, die der Arzt in seiner Lotsenrolle koordiniert, kommt unter anderem dem Arzneimittelmanagement in monetärer Hinsicht eine hohe Bedeutung zu. In Deutschland ist zwar die Generikaquote überdurchschnittlich hoch, aber gleichzeitig werden im Vergleich zu anderen Ländern sehr viele Präparate verschrieben und die Arzneimittelausgaben in Deutschland liegen 30% über dem OECD-Durchschnitt.¹²⁶⁴ Diese Faktoren verdeutlichen die Notwendigkeit eines besser gesteuerten Arzneimittelmanagements, das insbesondere durch Gatekeeping- und Lotsenstrukturen gewährleistet werden kann. Die Kosten für ein zu wenig koordiniertes Arzneimittelmanagement drücken sich unter anderem in den Ausgaben für Krankenhausaufenthalte aus, die infolge von vermeidbaren Arzneimittelwechselwirkungen entstehen. Bezogen auf Deutschland gehen Schätzungen davon aus, dass sich deren Höhe auf 1,058 Milliarden Euro jährlich beläuft bzw. dass rund 1 bis 5 % der Krankenhausaufnahmen durch sie bedingt sind.¹²⁶⁵

Im Sinne einer prozessübergreifenden Nutzung von Effizienzpotenzialen darf sich jedoch ein Konzept der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung nicht alleine auf die Lotsenrolle von Hausärzten beschränken, sondern muss alle beteiligten Ärzte und auch das nicht-ärztliche Personal einbeziehen, weil ebenso wie in anderen Branchen personelle Ressourcen im Gesundheitswesen den überwiegenden Anteil der Kosten verursachen.¹²⁶⁶ Die stärkere Einbeziehung von medizinischen Fachangestellten oder Pflegepersonal kann bei entsprechender Ausgestaltung der Tätigkeitsfelder und einer Verzahnung mit den ärztlichen Versorgungsanteilen einen positiven Einfluss auf die Leistungsausgaben ausüben.¹²⁶⁷ In diesem Sinnen können beispielsweise DRG-Kodierfachkräfte im stationären Bereich administrative Abläufe bündeln und Abrech-

¹²⁶³ Vgl. Mehring, M., Donnachie, E., Tauscher, M. et al. (2014).

¹²⁶⁴ Vgl. OECD (2015), S. 31-42.

¹²⁶⁵ Vgl. Slawomirski, L., Aaraaen, A., Klazinga, N. (2017), S. 16; Rottenkolber, D., Hasford, J., Stausberg, J. (2012), S. 870; Stausberg, J., Hasford, J. (2011), S. 4; Schneeweiss, S., Hasford, J., Göttler, M. et al. (2002), S. 286-287.

¹²⁶⁶ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R., Buchner, F. et al. (2017), S. 305; Statistisches Bundesamt (2017), S. 15.

¹²⁶⁷ Vgl. Herber, O. R., Rieger, M. A., Schnepf, W. (2008), S. 240-244; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 54-55.

nungsprozesse reibungsloser gestalten.¹²⁶⁸ Durch ihren Einfluss auf die Effizienz des Versorgungsgeschehens ist die Qualifikation von nicht-ärztlichem Personal auch in wirtschaftlicher Hinsicht relevant, denn beispielsweise ein höherer Anteil von Pflegenden mit Bachelor-Abschluss ist mit einer kürzeren stationären Aufenthaltsdauer der Patienten verbunden.¹²⁶⁹

Ein zentrales Ziel, das mit stärker vernetzten Versorgungsstufen verknüpft ist, besteht in der besseren Ausschöpfung des ambulant erbringbaren Fallpotenzials.¹²⁷⁰ Sundmacher beziffert in diesem Zusammenhang das Potenzial der Krankenhausfälle, die über sogenannte ambulant-sensitive Diagnosen verfügen und im stationären Setting tatsächlich vermeidbar wären, mit jährlich 3,72 Millionen Fällen bzw. mit einem Anteil von 20 % an allen Krankenhausfällen.¹²⁷¹ Die Tatsache, dass ein niedrigschwelliger Zugang von Patienten zu einem Hausarzt mit einem geringeren Anteil stationärer Aufnahmen assoziiert ist, deutet das ökonomische Potenzial an, das ein Hausarzt mit Lotsenfunktion auch in Bezug auf die stationäre Versorgung bieten kann.¹²⁷² Diese Erkenntnis ist insofern mit Vorsicht zu interpretieren, als dass die konkreten Kausalzusammenhänge zwischen einem hausärztlichen Lotsen und der Vermeidung ambulant erbringbarer Fälle im stationären Setting noch nicht erschöpfend erforscht sind,¹²⁷³ aber im besten Fall spielt ein fester Hausarzt bei der Erschließung des Potenzials von „ambulant vor stationär“ eine Schlüsselrolle.

In der Integrierten Versorgung lässt sich auch die Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen Patienten durch entsprechende Überweiskriterien vernetzt und dadurch besser organisieren, was ebenfalls ein ökonomisches Potenzial birgt. Die Fokussierung auf spezialisierte Leistungserbringer insbesondere bei anspruchsvollen Eingriffen bietet nicht nur Qualitäts-, sondern auch entscheidende Effizienzvorteile (siehe dazu auch Kapitel 6.2.4.2).¹²⁷⁴ Dass im Versorgungsalltag dieses ökonomi-

¹²⁶⁸ Vgl. Müller, M. (2014), S. 83; Metzenmacher, J., Schäfer, C. (2011), S. 5-7.

¹²⁶⁹ Vgl. Darmann-Finck, I. (2012), S. 226.

¹²⁷⁰ Vgl. Osterloh, F., Stüwe, H. (2014).

¹²⁷¹ Vgl. Sundmacher, L., Schüttig, W. (2016), S. 160.

¹²⁷² Vgl. Bankart, M. J. G., Baker, R., Rashid, A. et al. (2011), S. 562; Eichler, K., Imhof, D., Chmiel, C. et al. (2010), S. 5-8.

¹²⁷³ Vgl. Barker, I., Steventon, A., Deeny, S. R. (2017), S. 8.

¹²⁷⁴ Vgl. Nimptsch, U., Peschke, D., Mansky, T. (2017), S. 829-834; Loos, S., Albrecht, M., Schiffhorst, G. et al. (2016), S. 63-65; Markar, S. R., Mackenzie, H., Lagergren, P. et al. (2016), S. 1531-1535; Tsugawa, Y., Newhouse, J. P., Zaslavsky, A. M. et al. (2017), S. 4-7; Kocher, K. E., Haggins, A. N., Sabbatini, A. K. et al. (2014); Powell, E. S., Khare, R. K.,

schen Potenzials häufig nicht genutzt wird, lässt sich daran ablesen, dass 39,7 % der Kliniken in Deutschland komplexe Eingriffe durchführen, ohne die Mindestmengenanforderung zu erfüllen.¹²⁷⁵ Wie in Kapitel 6.2.4.2 am Beispiel des endoprothetischen Gelenkersatzes illustriert wurde, ist die fehlende Beachtung solcher Anforderungen mit Qualitätsdefiziten verbunden. Darüber hinaus äußern sich diese Defizite aber auch durch höhere Versorgungskosten.¹²⁷⁶ Im endoprothetischen Bereich liegen bei infektionsbedingten Revisionseingriffen die dem Krankenhaus entstehenden Kosten deutlich über den Erlösen aus der DRG-Vergütung, weswegen die Vermeidung solcher Komplikationen sowohl in deren ökonomischem Interesse als auch dem der Kostenträger liegt.¹²⁷⁷ Patienten betreffen in diesem Zusammenhang vorrangig die intangiblen Kosten.¹²⁷⁸

Eine in diesem Sinne durch sektorübergreifende Behandlungspfade verbesserte Ablauforganisation erzielt ihre wirtschaftlichen Effekte insbesondere durch den Wegfall von mehrfach erbrachten Leistungen, kürzere Warte- und Behandlungszeiten, einen effizienteren Ressourceneinsatz sowie durch die bessere Anbindung vor- und nachgelagerter Versorgungsstufen.¹²⁷⁹ Die in diesem Kapitel aufgezeigte Prozessplanung und die in Kapitel 6.2.2.3 beschriebenen Strukturen sind deshalb in wirtschaftlicher Hinsicht von besonderer Bedeutung, weil sie Ärzte dabei unterstützen, zu Beginn des Versorgungsprozesses die richtige Diagnose zu stellen, wogegen auf das Gesundheitssystem in den USA bezogene Schätzungen davon ausgehen, dass rund 30 % der direkten Gesundheitsausgaben auf eine unzureichende Prozessqualität, die unter anderem eine solche frühzeitig zutreffende Diagnostik verhindert, zurückgehen.¹²⁸⁰ Bedingt durch eine eingeschränkte Übertragbarkeit von Analyseergebnissen aus dem US-amerikanischen Kontext auf die Gegebenheiten in Deutschland, kann diese Schätzung lediglich einen groben Anhaltspunkt für diesen Aspekt in Deutschland liefern, aber durch die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitssystem liegt die Vermutung nahe, dass insbesondere die Informationsbrüche an den Sektorengrenzen in nicht unwesentlichem

Courtney, D. M., Feinglass, J. (2010), S. 2163-2166; Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 111-114; Birkmeyer, J. D., Siewers, A. E., Finlayson, Emily V A et al. (2002), S. 1128-1137.

¹²⁷⁵ Vgl. Hemschemeier, M., Bittkowski, M., Stollorz, V. (2019), S. 9-10.

¹²⁷⁶ Vgl. Weißer, M., Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 116-118; Schierjott, L.-M. (2016), S. 16-17.

¹²⁷⁷ Vgl. Weißer, M., Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 116-117; Graf, J. P. (2015), S. 42-46.

¹²⁷⁸ Vgl. Weißer, M., Rosery, H., Schönfelder, T. (2017), S. 119-120.

¹²⁷⁹ Vgl. Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2009), S. 57.

¹²⁸⁰ Vgl. Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006), S. 109.

Ausmaß für Einbußen bei der Prozessqualität und die damit verbundenen Kosten verantwortlich sind.¹²⁸¹

6.2.5.4 Steuerung durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen

Da § 140a SGB V nicht nur ein Augenmerk auf die Qualität und Wirksamkeit legt, sondern auch einen Beleg für die Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen fordert, zählt eine praktizierte Qualitäts- und Kostenorientierung zu den Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung.¹²⁸² Dementsprechend muss durch adäquate betriebswirtschaftliche Kennzahlen der entsprechende Nachweis geführt werden, weswegen ein solches Reporting einen weiteren Erfolgsfaktor von Integrationsmodellen darstellt.¹²⁸³ Die darin enthaltenen Kennzahlen und Zielwerte, die entsprechend aussagekräftig definiert sein müssen, geben die notwendige Orientierung, um die in Kapitel 6.2.5.3 angesprochenen Potenziale der Patientensteuerung zu erreichen.¹²⁸⁴ Um beispielweise in Zusammenhang mit dem Potenzial von „ambulant vor stationär“ den in einem Modell der Integrierten Versorgung eingebundenen Ärzten einen Anhaltspunkt zu geben, wie groß das Potenzial der ambulant erbringbaren Fälle ist und wie viel davon bereits im ambulanten Setting stattfindet, sind geeignete Evaluationsmodelle notwendig.¹²⁸⁵ Ein betriebswirtschaftliches Kennzahlensystem hat jedoch nicht nur die Funktion, Umsetzungs- und Zielerreichungsgrade rückzukoppeln, den Vertragspartnern der Integrierten Versorgung eine objektive Informationsquelle und Entscheidungsgrundlage zu liefern, die Akzeptanz elementarer Steuerungsparameter zu schaffen und Lerneffekte zu unterstützen, sondern auch das Vertrauen und die Motivation unter den steuerungsbeteiligten Ärzten zu stärken.¹²⁸⁶ Nicht zuletzt soll der Einsatz von Kennzahlen die Risiken, die beispielsweise mit einer Budgetverant-

¹²⁸¹ Vgl. Klakow-Franck, R. (2015), S. 647.

¹²⁸² Vgl. Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Janus, K. (2003), S. 294-295; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹²⁸³ Vgl. Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹²⁸⁴ Vgl. Guthoff-Hagen, S. (2009), S. 260.

¹²⁸⁵ Vgl. bspw. von Stillfried, D., Czihal, T., Jansen, K. (2011), S. 128.

¹²⁸⁶ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 239-240.

wortung verbunden sind, beherrschbar machen.¹²⁸⁷ So können im Rahmen des Risikomanagements Frühindikatoren auf einen Kostenanstieg bei bestimmten Krankheitsfallgruppen hinweisen und rechtzeitige Gegenmaßnahmen wie den frühzeitigen Einsatz eines fokussierten Case Managements ermöglichen.¹²⁸⁸ Weitere Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung bestehen in einer bedarfsgerechten Planung der medizinischen Betreuung¹²⁸⁹ sowie in einer angemessenen Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen¹²⁹⁰ und um das Vorliegen dieser Versorgungsaspekte prüfen zu können, sind ebenfalls die entsprechenden Kennzahlen notwendig.

Die eingesetzten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen können unterschieden werden in Ergebnisparameter (beispielsweise die Quote der stationären Wiederaufnahmen von Chronikern), prozessuale Parameter (beispielsweise die Durchführung grundlegender Kontrolluntersuchungen) und strukturorientierte Parameter (beispielsweise die Erfüllung der Fortbildungsanforderungen der Ärzte und des nicht-ärztlichen Personals).¹²⁹¹ Neben Kennzahlen zur Versichertenstruktur und den Leistungsbereichen, spielen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit vorrangig solche Kennzahlen eine wichtige Rolle, wie die zu den Gesamtausgaben aus den jeweiligen Leistungsbereichen, dem Plan-Ist-Kosten-Vergleich oder dem Grad der Budgetausschöpfung.¹²⁹² Dabei muss eine ökonomische Erfolgsmessung zunächst die grundlegenden Kriterien in Form einer adäquaten Akzeptanz, Machbarkeit, Reliabilität, Sensitivität für Veränderungen und Validität erfüllen.¹²⁹³ Eine Morbi-RSA-basierte Erfolgsmessung erfüllt diese zwar in Bezug auf die Machbarkeit durch einen überschaubaren Zusatzaufwand bei der Datenerhebung, die große Akzeptanz durch die weitgehend vom Gesetzgeber definierte Systematik sowie die hohe Reliabilität durch ein relativ fest vorgegebenes Erfassungsschema.¹²⁹⁴ Eklatante Schwächen weist dieser Ansatz aber in Bezug auf Sensitivität auf, weil Qualitätsverbesser-

¹²⁸⁷ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 242.

¹²⁸⁸ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 244.

¹²⁸⁹ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹²⁹⁰ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Fries, V. (2006), S. 82; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 9; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹²⁹¹ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 239.

¹²⁹² Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 246.

¹²⁹³ Vgl. Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., Marshall, M. (2003), S. 818-819.

¹²⁹⁴ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 188-189.

rung sich häufig erst mit einer großen zeitlichen Verzögerung durch ökonomische Effekte zeigen¹²⁹⁵ und die Validität insofern unzureichend ist, als dass der Morbi-RSA zwar im Vergleich zum ursprünglichen RSA auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene eine verbesserte Zielgenauigkeit der Zuweisungen bietet, aber gleichzeitig in kritischen Bereichen, wie dem von Hochaltrigen, multimorbiden Personen und Hochkostenfällen Ungenauigkeiten verbleiben.¹²⁹⁶ Im Zusammenhang mit der Erfolgsmessung im Rahmen der Integrierten Versorgung wirken sich des Weiteren die mangelnde Beeinflussbarkeit der Erlösstrukturen des Morbi-RSA durch die Integrierte Versorgung, der unzureichende Ausgleich regionaler Risiko- und Inanspruchnahmeunterschiede, die Unterdeckung bei Hochkostenversicherten, die Manipulationsanfälligkeit (Upcoding) sowie die eingeschränkte Planungssicherheit kritisch aus.¹²⁹⁷ Um die Erfolge einer Patientensteuerung abbilden zu können, wird ein Messsystem benötigt, das diese Defizite durch ein zusätzliches kennzahlenbasiertes, multidimensionales Performance-Monitoring ausgleicht.¹²⁹⁸

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Nachweis wirtschaftlicher Überlegenheit vernetzter Versorgung anhand von Kennzahlen eine besondere Herausforderung darstellt, gerade weil zwar häufig Vorteile in qualitativer, aber nicht im gleichen Zug in ökonomischer Hinsicht ermittelt werden können.¹²⁹⁹ Ein Kernproblem besteht in diesem Zusammenhang darin, dass sich Qualitätsverbesserungen häufig erst auf mittel- bis langfristige Sicht durch ökonomische Erfolge äußern und hoch aggregierte Kennzahlen durch Detailanalysen ergänzt werden müssen, um ermitteln zu können, welche konkreten Interventionen mit welchem ökonomischen Erfolg einhergehen.¹³⁰⁰ Gleichzeitig müssen auch die Grenzen, die dem Einsatz von Kennzahlen gesetzt sind, anerkannt und die Tatsache berücksichtigt werden, dass Kennzahlen teilweise nur eine limitierte Aussagekraft besitzen, beispielsweise wenn Diagnosen vorrangig zu Abrechnungszwecken dokumentiert oder eine Kennzahl die tatsächlichen Gegebenheiten nur eingeschränkt wiedergibt.¹³⁰¹

¹²⁹⁵ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 189.

¹²⁹⁶ Vgl. Göppfarth, D. (2012), S. 15.

¹²⁹⁷ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 189.

¹²⁹⁸ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 191.

¹²⁹⁹ Vgl. Kul, S., Barbieri, A., Milan, E. et al. (2012), S. 6-8.

¹³⁰⁰ Vgl. Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H. et al. (2015), S. 187-191.

¹³⁰¹ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 245.

6.2.6 Rechtliche Grundlagen

Um die Bestrebungen verschiedener Ärztegruppen, Patienten sektorübergreifend zu steuern, zusammenzuführen, eignet sich vorrangig die rechtliche Basis von Integrationsverträgen nach § 140a SGB V.¹³⁰² Zwar bieten auch Hausarztverträge wichtige Komponenten der Patientensteuerung, insbesondere einen zentralen Ansprechpartner im Versorgungsgeschehen, der eine Lotsenfunktion übernimmt, und die bisher durchgeführten Evaluationen zeigen auch, dass dieses Strukturelement die an das Modell gestellten Erwartungen in Teilen erfüllt.¹³⁰³ Darüber hinaus haben Hausarztverträge in Bezug auf eine flächendeckende Etablierung gegenüber der Integrierten Versorgung den Wettbewerbsvorteil, dass Krankenkassen eine Hausarztzentrierte Versorgung verpflichtend anbieten müssen (§ 73b Abs. 1 SGB V). Eine eklatante Schwäche dieses Modells besteht jedoch darin, dass es in jeder Hinsicht hausarztzentriert ausgelegt ist, was sich unter anderem durch Abschottungsbestrebungen der Hausarztvertreter bemerkbar macht, wenn es um eine Weiterentwicklung zu einem interdisziplinären Versorgungsansatz geht.¹³⁰⁴ Daher ist eine vertragliche Basis vorzuziehen, die alle Versorgungsbeteiligten von Anfang an einbezieht und eine lückenlose und bedarfsgerechte Patientensteuerung zwischen diesen gewährleistet. Auch wenn der rechtliche Rahmen der Integrierten Versorgung weitreichende Gestaltungsfreiheiten bietet,¹³⁰⁵ gilt es gerade im Zusammenhang mit der Patientensteuerung zentrale rechtliche Aspekte zu beachten, die im Folgenden beleuchtet werden.

6.2.6.1 Rechtliche Aspekte der Vertragsteilnahme des Arztes

In § 140a Abs. 3 SGB V ist eine abschließende Liste definiert, in der die potenziellen Vertragspartner in der Integrierten Versorgung genannt sind, wobei diese in Bezug auf die teilnahmeberechtigten ärztlichen Leistungserbringer auf nach dem vierten Kapitel des SGB V zugelassene Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften, Managementgesellschaften (im Gesetz bezeichnet als Träger „von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem vierten Kapitel des SGB V berechnete Leistungserbringer anbieten“) und Praxiskliniken im Sinne des § 115 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V festgelegt sind.

Damit die an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzte bzw.

¹³⁰² Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 71.

¹³⁰³ Vgl. Gerlach, F., Szecsenyi, J. (2018), S. 8-12.

¹³⁰⁴ Vgl. Bayerischer Hausärzteverband (2019).

¹³⁰⁵ Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 71.

ärztlichen Organisationen jedoch eine funktionierende Zusammenarbeit und eine effektive Patientensteuerung gewährleisten können, ist eine verbindliche gemeinsame rechtliche Basis notwendig. Bei der Wahl der gemeinsamen Organisationsform und -struktur aller beteiligten Leistungserbringer auf der Ebene der gesamten Integrationsversorgung spielen im Regelfall Aspekte des Vertrags-, Gesellschafts-, Berufs- und Arbeitsrechts, haftungsrechtliche Erwägungen sowie in nicht unerheblichem Maße das Steuerrecht eine maßgebliche Rolle.¹³⁰⁶ Im Sinne der geltenden Antikorruptionsregelungen muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass das gewählte Rechtskonstrukt nicht als unerlaubtes Zuweisungsmodell fungiert, in dem Gewinne ohne nachvollziehbaren Leistungsbezug unter den Beteiligten verteilt werden.¹³⁰⁷ Krankenversicherungsrechtlich gelten für die Leistungserbringer in Bezug auf die Wahl ihrer Organisationsform weitreichende Freiheiten und im Rahmen dieser Vorschriften können sie als gemeinsame BGB-Gesellschaft oder GmbH (Gesellschaftsmodell), als eine Gruppe von Leistungserbringern (Kooperationsmodell) oder über eine Organisation, die Integrationsleistungen von zugelassenen Leistungserbringern einkauft (Einkaufsmodell), einen Integrationsvertrag mit einer Krankenkasse abschließen, wobei auch Mischformen aus diesen drei Grundoption möglich sind.¹³⁰⁸ Gleichzeitig existieren jedoch berufsrechtliche Vorschriften, die die volle Nutzung der vom Krankenversicherungsrecht eingeräumten Freiräume beschränken.¹³⁰⁹ So sind Partnergesellschaften (PartGG) ausschließlich für Zusammenschlüsse von Angehörigen von Freien Berufen, aber nicht für juristische Personen zulässig, was Krankenhäuser ausschließt.¹³¹⁰ Auch die Musterberufsordnung (MBO) als ärztliches Berufsrecht berücksichtigt die Anforderung einer integrierten Versorgung insofern nicht, als dass zwar Ärzte unter anderem im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften oder Organisationsgemeinschaften zu einer gemeinsamen Berufsausübung befugt sind, aber diese Möglichkeit ausschließlich für selbstständige Ärzte und Angehörige Freier Berufe gilt, aber Organisationen wie Krankenhäuser wiederum ausschließt.¹³¹¹ Eine mögliche Lösung bietet hier die Begründung eines Praxisverbunds nach § 23d MBO, der auch den Einbezug von Leistungserbringern aus dem Bereich der stationären Versorgung vorsieht.¹³¹² Im Speziellen stehen

¹³⁰⁶ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 33-34.

¹³⁰⁷ Vgl. Rybak, C. (2016), S. 18-19.

¹³⁰⁸ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 34.

¹³⁰⁹ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 35.

¹³¹⁰ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 35.

¹³¹¹ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 35.

¹³¹² Vgl. Bohle, T. (2008), S. 35-36.

jedoch auch teilweise die Grundsätze des § 23b Satz 4 MBO im Widerspruch zur Idee einer Integrationsversorgung und einer gemeinschaftlichen Verantwortung der teilnehmenden Ärzte, da dort die Wahrung der freien Arztwahl und getrennter Verantwortungsbereiche der an der Versorgung beteiligten Ärzte definiert ist. Auch wenn des Weiteren bedingt durch eine zögerliche Haltung des Gesetzgebers hinsichtlich des Zulassens von Marktmechanismen im Gesundheitswesen die Vereinbarung des ärztlichen Berufsrechts mit der Gestaltung einer funktionierenden Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung stellenweise große Herausforderungen darstellt,¹³¹³ sollte die Organisationsform der an einem integrierten Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer ein hohes Maß an Verbindlichkeit bieten. Dazu sind insbesondere Rechtsformen, die auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ausgerichtet sind, geeignet. Dies trifft unter anderem bei der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zu, beim eingetragenen Verein (e.V.) dagegen eher nicht.¹³¹⁴ Zwar sind handelsgewerbliche Gesellschaftsformen wie die GmbH & Co. KG als rechtliche Basis für originäre ärztliche Tätigkeiten durch ihren Widerspruch zur Freiberuflichkeit von Ärzten nicht zulässig, aber durchaus als rechtliche Basis eines Ärztenetzes, da in diesem Gesellschaftsrahmen die organisatorischen Abläufe eines Integrationsmodells geregelt werden können, ohne dass dies originäre ärztliche Tätigkeiten berührt.¹³¹⁵

Auch auf der Ebene der einzelnen ärztlichen Kooperationseinheiten steht eine Reihe von Gestaltungsoptionen zur Verfügung. Im Allgemeinen, ohne den zwingenden Bezug zur Integrierten Versorgung, ermöglichen beispielsweise im Bereich einer niedergelassenen Tätigkeit Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) unter anderem eine Abstufung der gemeinschaftlichen Verbindlichkeit und Haftung.¹³¹⁶ Darüber hinaus bietet die Integrierte Versorgung in Bezug auf die Vertragsteilnahme des Arztes Gestaltungsoptionen, die in der Regelversorgung nicht existieren. In diesem Zusammenhang bietet § 140a Abs. 3 SGB V die Möglichkeit, „dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist“.¹³¹⁷ Ob jedoch ein Abweichen vom Ermächtigung- oder Zulassungsstatus tat-

¹³¹³ Vgl. Vorberg, S. (2009), S. 114–116.

¹³¹⁴ Vgl. Bohle, T. (2008), S. 34; Dahm, F.-J., Möller, K.-H., Ratzel, R. (2005), S. 87–92.

¹³¹⁵ Vgl. Rybak, C. (2016), S. 18–19.

¹³¹⁶ Vgl. Rybak, C. (2016), S. 14–28.

¹³¹⁷ Vgl. Beule, C. (2003), S. 49–56.

sächlich mit der geltenden Rechtslage als Gesamtes vereinbar ist, herrscht Uneinigkeit (siehe auch Kapitel 6.3.6.3).¹³¹⁸ Zumindest muss die Berechtigung zur Erbringung der betreffenden Leistung aus statusrechtlicher Sicht gewährleistet sein, was bedeutet, dass das Leistungsspektrum beispielsweise nicht auf solche Leistungen ausgedehnt werden darf, die nicht vom Facharztstatus des beteiligten Arztes gedeckt sind.¹³¹⁹

6.2.6.2 Inhalte des Integrationsvertrags

Dem Integrationsvertrag kommt eine Schlüsselrolle zu, weil detaillierte Vertragsregelungen als stabile Basis der Zusammenarbeit zum Erfolg eines Modells der Integrierten Versorgung entscheidend beitragen.¹³²⁰ Die hier behandelten vertraglichen Regelungen bilden zwar das Grundgerüst eines integrierten Versorgungssystems, aber in Anerkennung der Tatsache, dass nicht sämtliche Bereiche einer Integrierten Versorgung im zugrundeliegenden Vertrag erschöpfend geregelt werden können, müssen in Bezug auf die Kompetenzen und Inhalte weitere Voraussetzungen gegeben sein, denn über diese grundsätzlichen Vertragsvereinbarungen hinaus gewährleisten die in Kapitel 6.2.1 beschriebene Motivation der Ärzte, deren in Kapitel 6.2.3 ausgeführte Kompetenzen und Inhalte sowie die Unterstützung durch die in Kapitel 6.2.2 dargelegten Strukturen das Funktionieren einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung. Während dieser in den vorangegangenen Kapiteln bereits in medizinisch-inhaltlicher Hinsicht beleuchtet wurde, stehen in diesem Abschnitt die rechtlichen Aspekte des Inhalts des Integrationsvertrags im Vordergrund.

6.2.6.2.1 Leistungsvereinbarung

Der Vertrag über eine Besondere Versorgung nach § 140a SGB V, unter die auch die Integrierte Versorgung subsumiert ist, legt die Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit sowie die Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche der Versorgungsbeteiligten fest, wobei das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs wenige Vorgaben zu den Details des Vertragsaufbaus enthält. In diesem Sinne werden den Vertragspartnern auch an dieser Stelle Gestaltungsfreiräume gewährt, beispielsweise auch indem § 140a Abs. 2 SGB V die Möglichkeit einräumt, innovative Untersuchungs- und

¹³¹⁸ Vgl. Beule, C. (2003), S. 49-50; Windthorst, K. (2002), S. 105.

¹³¹⁹ Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 72-73.

¹³²⁰ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Voss, H. (2009), S. 297-299; Franz, S. (2008), S. 266; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327.

Behandlungsmethoden vertraglich zu vereinbaren, sofern diese vom G-BA nicht explizit abgelehnt wurden (Verbotsvorbehalt).¹³²¹ Die Integrations-tiefe und -breite der selektivvertraglichen Versorgung ist wiederum abhängig davon, welche Vertragspartner bzw. Versorgungssektoren beteiligt sind und welche Leistungsanteile im Vertrag vereinbart werden.¹³²² Ein klassisches Beispiel für einen solchen Vertragsinhalt ist die Steuerung der Versorgungsprozesse im Umfeld einer sektorübergreifenden Leistungserbringung, beispielsweise bei operativen Eingriffen im Bereich der Endoprothetik, wo eine intensivere Abstimmung unter den beteiligten Leistungserbringern in Bezug auf prästationäre, stationäre und poststationäre Leistungsinhalte einen lückenlosen Prozess schafft und damit sowohl die Prozess- als auch Ergebnisqualität verbessert.¹³²³ Die Integrierte Versorgung deckt potenziell ein weites Spektrum ab, denn zu den zulässigen Leistungsinhalten zählen unter anderem auch Leistungen zur Früherkennung, medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, psychotherapeutische Leistungen oder Organisationsleistungen einer Versorgung, wobei diese auf eine Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit ausgerichtet sein müssen.¹³²⁴

6.2.6.2.2 Haftungsfragen der gemeinsamen Leistungserbringung

Um für den einzelnen Arzt auch in einer gemeinschaftlichen Leistungserbringung Haftungsrisiken begrenzen zu können und ihm zu erlauben, eine adäquate Haftpflichtversicherung abzuschließen, ist eine entsprechende vertragliche Vereinbarung vonnöten. In Abhängigkeit von der Art und Komplexität der Kooperation der beteiligten Leistungserbringer kann es in bestimmten Fällen dazu kommen, dass sie im Außenverhältnis gegenüber dem Patienten gesamtschuldnerisch haften müssen. Insbesondere in solchen Fällen können im Innenverhältnis klare Regelungen dazu beitragen, dass die dabei bestehenden Ausgleichsansprüche nach dem Verursacherprinzip untereinander verteilt werden.¹³²⁵

Um durchgängige Prozesse gewährleisten zu können und potenzielle Bruchstellen durch eine gezielte Koordination zu verstärken, bietet sich unter anderem die Einbindung von nicht-ärztlichem Personal an (siehe auch Kapitel 6.2.2.4). Aus rechtlicher Sicht ist hierbei jedoch die Unterscheidung elementar, ob Leistungen nie, im Einzelfall oder generell dele-

¹³²¹ Vgl. Schlegel, T. (2016), S. 33.

¹³²² Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 7.

¹³²³ Vgl. Schlegel, T. (2016), S. 32.

¹³²⁴ Vgl. Schlegel, T. (2016), S. 33-34.

¹³²⁵ Vgl. Schlegel, T. (2016), S. 39.

gationsfähig sind, um etwaige Haftungsrisiken für Ärzte begrenzen zu können.¹³²⁶ Die Rechtssicherheit der Delegation an nicht-ärztliches Personal wird darüber geprüft, ob eine Regelung existiert, die eine Delegation ausschließt, ob eine Tätigkeit zum ärztlichen Kernbereich gehört und damit unter den Arztvorbehalt fällt sowie ob die Person, an die eine Tätigkeit delegiert werden soll, über eine ausreichende Qualifikation verfügt.¹³²⁷ So können medizinische Leistungen, die mit sehr hohen fachlichen Anforderungen verbunden sind, beispielsweise die Diagnostik oder operative Eingriffe, in keinem Fall delegiert werden, während Infusionen oder Blutentnahmen, die die entsprechende fachliche Eignung des nicht-ärztlichen Personals voraussetzen, delegationsfähig sein können.¹³²⁸ Um eine unzulässige Delegation zu vermeiden, können Regelungen im Integrationsvertrag, die einen klar festgelegten Katalog delegationsfähiger Leistungen oder konkrete Qualifikationsnachweise definieren, helfen.¹³²⁹

6.2.6.2.3 Telemedizinische Applikationen aus rechtlicher Sicht

Auch wenn im Bereich der Telemedizin noch Forschungsbedarf herrscht, deuten die bisherigen Erfahrungen darauf hin, dass telemedizinische Applikationen und Online-Sprechstunden eine alltagsnahe Patientenbetreuung im Sinne einer lückenlosen Unterstützung des Patienten erleichtern und damit einen konstruktiven Beitrag zu einer funktionierenden Patientensteuerung leisten können.¹³³⁰ Aus rechtlicher Sicht existieren aber noch Graubereiche, die noch einer Klärung bedürfen.¹³³¹ Auch wenn in einzelnen Bereichen wie dem des Arzneimittelrechts in jüngster Zeit in Bezug auf eine telemedizinische Behandlung restriktivere Regelungen Eingang gefunden haben, ist insgesamt eine zunehmende Lockerung des Fernbehandlungsverbots festzustellen, die unter anderem von einer Stellungnahme der Bundesärztekammer vorangetrieben wurde.¹³³² In ihrem Papier konkretisierte die Bundesärztekammer, was mit dem Fernbehandlungsverbot konkret gemeint ist, indem sie darin typische telemedizinische Behandlungsszenarien vorstellte und darlegte, inwiefern diese in den Bereich des Fernbehandlungsverbots fallen, wobei für einen zukünftig höheren Stellenwert der Telemedizin die Tatsache sprechen dürfte, dass sechs von sieben vorgestellten Situationen hinsichtlich des Berufsrechts „kein

¹³²⁶ Vgl. Achterfeld, C. (2014), S. 41-46.

¹³²⁷ Vgl. Kirschner, M. H., Nebendahl, M., Russo, S. G. et al. (2013), S. 399.

¹³²⁸ Vgl. Achterfeld, C. (2014), S. 45-46.

¹³²⁹ Vgl. Höhl, R. (2015a), S. 38.

¹³³⁰ Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2014b).

¹³³¹ Vgl. Krüger-Brand, H. E. (2014a).

¹³³² Vgl. Hahn, E. (2017), S. 140-142.

grundsätzliches Problem“ darstellen.¹³³³ Beim Einsatz von telemedizinischen Verfahren soll dem Arzt die Möglichkeit eingeräumt werden, einen ihm bekannten Patienten über die Fernbehandlung zu betreuen, jedoch nicht bei einem Ersttermin.¹³³⁴ Damit findet zwar die in § 7 der Musterberufsordnung definierte Anforderung, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und nicht ausschließlich eine Kommunikation über Print- und Kommunikationsmedien stattfindet, grundsätzlich Beachtung. Dieser Grundsatz ist aber insofern kritisch zu sehen, als dass hier der Behandlungsabschnitt, der eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts bedarf, nicht nach medizinischen Kriterien festgelegt wird, sondern zwangsläufig am Anfang der Behandlung stattfinden muss.¹³³⁵ Nachdem jedoch die Regelung der ärztlichen Berufsausübung Sache der Länder ist, bleibt zu beobachten, welche Bestimmungen in diesem Zusammenhang gefasst werden, wobei diesbezüglich die Aufnahme einer Erprobungsklausel in § 7 Abs. 4 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die eine ausschließliche Behandlung über Kommunikationsnetze im Rahmen von Modellprojekten erlaubt, eine Anpassung bisheriger Grundsätze an die Möglichkeiten digitaler Kommunikation andeutet.¹³³⁶ Darüber hinaus sind gerade vor dem Hintergrund eines interdisziplinären Einsatzes von Telemedizin aktuell bestimmte Bereiche der Fernbehandlung unbefriedigend gelöst. Wenn beispielsweise ein Hausarzt einen Facharzt hinzuzieht, trägt der Hausarzt die Therapieverantwortung, was sich insbesondere dann kritisch auswirkt, wenn dabei der Facharzt eine Therapieentscheidung trifft, die der Hausarzt mit seinem fachlichen Wissen nicht ausreichend überprüfen kann.¹³³⁷ Um das Potenzial des Internets im Rahmen der Fernbehandlung nutzen zu können, wäre hier eine Regelung, die sich auf den Einsatz von Telemedizin potenziell weniger hemmend auswirkt, wünschenswert.

6.2.6.2.4 Vergütung

In Abschnitt 6.2.6.1 wurde bereits ausgeführt, dass ein Integrationsvertrag im Sinne der geltenden Antikorruptionsregelungen nicht dazu dienen darf, Gewinne ohne nachvollziehbaren Leistungsbezug unter den Beteiligten zu verteilen, wobei sich dieses Transparenzgebot insbesondere auch auf die in diesem Rahmen getroffene Vergütungsvereinbarung bezieht.¹³³⁸

¹³³³ Vgl. Bundesärztekammer (2015).

¹³³⁴ Vgl. Hahn, E. (2017), S. 140-142.

¹³³⁵ Vgl. Vorberg, S., Kanschik, J. (2016), S. 412.

¹³³⁶ Vgl. Hahn, E. (2017), S. 142.

¹³³⁷ Vgl. Sailer, R., Wienke, A. (2016).

¹³³⁸ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 11.

Daher sind Vergütungen, bei denen eine Angemessenheit der zu erbringenden Leistung nicht erkennbar ist oder die ohne Bezug zu einer medizinischen Leistung, beispielsweise alleine für eine Patientenzuweisung, ausgeschüttet werden, als problematisch einzustufen.¹³³⁹ Demzufolge muss eine im Vergleich zur Regelversorgung höhere Vergütung auch durch eine Mehrleistung beispielsweise in Form einer höheren Qualität begründbar sein. Durch die verhältnismäßig neuen Antikorrupsionsregelungen im Gesundheitswesen ist die klare Abgrenzung zwischen einem strafbaren Zusammenwirken und einer erwünschten Kooperation im Sinne der Integrierten Versorgung derzeit noch nicht abschließend geklärt und klare Transparenzkriterien, die idealerweise außerhalb des Integrationsmodells entwickelt werden, fehlen derzeit noch.¹³⁴⁰ Im Sinne eines patientenorientierten Ansatzes müssen sich jedoch auch so elementare Bestandteile des Integrationsvertrags wie die Vergütungsvereinbarung an einem ethischen Maßstab wie den Prinzipien von Beauchamp und Childress messen lassen, beispielsweise indem im Sinne eines gerechten Vorgehens bei der Verteilung des in der Integrierten Versorgung realisierten Netzerfolgs nicht ausschließlich die beteiligten Ärzte und Krankenkassen Berücksichtigung finden, sondern auch die eingeschriebenen Patienten partizipieren.¹³⁴¹

Um die in diesem Zusammenhang beschriebene Steuerung von Patienten zu erreichen, kann auch die Vergütung ein probates Mittel sein (siehe auch Kapitel 6.2.1.2.7). Dabei muss jedoch ein Augenmerk darauf liegen, dass die Ärzte zu einer Steuerung motiviert werden, die auf einer legalen und sachlichen Basis stattfindet, bei der ihr Leistungsehrgeiz in Bahnen gelenkt wird, in denen der Anreiz für eine interdisziplinäre Vernetzung geschaffen und eine planwirtschaftliche Vergütungs-zuteilung ohne Leistungsanreiz überwunden wird.¹³⁴² Eine große Hürde bei der Schaffung einer solchen Patientensteuerung stellt die in der Vergangenheit geprägte Anspruchshaltung von Zuweisern dar, die als Gegenleistung für ihre Zuweisung von Patienten eine entsprechende finanzielle Zuwendung erwarten.¹³⁴³

Neben der Einhaltung von Grundsätzen wie dem Transparenz- und Dokumentationsprinzip kann auch eine hinreichende Überwachung der Vergütungsgestaltung zur Einhaltung einer sachlichen Patientensteuer-

¹³³⁹ Vgl. Schlegel, T. (2016), S. 38; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 338-340; Vorberg, S. (2012), S. 12-14.

¹³⁴⁰ Vgl. Hanneken, J. (2020), S. 340; Lilie, H., Reuter, M. (2016), S. 1796-1797.

¹³⁴¹ Vgl. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013), S. 13-15.

¹³⁴² Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 8-10.

¹³⁴³ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 19-20.

rung beitragen und in der Folge die Sozialadäquanz und damit die korruptionsrechtliche Unbedenklichkeit der ausgeschütteten Honorare absichern. Unter Sozialadäquanz wird in der deutschen Strafrechtsdogmatik der rechtliche Gesichtspunkt verstanden, dass in gewissem Umfang übliche und deshalb sozialadäquate Vorteile nicht in den Bereich der Strafbarkeit, etwa der Vorteilsannahme oder der Bestechlichkeit, fallen, insbesondere wenn sie gewohnheitsmäßig anerkannt sind.¹³⁴⁴ Dieser Gedanke lässt sich auf die vorliegende Problematik übertragen, denn bewegen sich Zuwendungen im Rahmen des gesellschaftlich Üblichen, begründen sie nicht den Verdacht, den Arzt zu einem sachwidrigen Verhalten zu verleiten.¹³⁴⁵ Ausgehend von der Rechtsauffassung, dass die zur Rede stehenden Kooperationsverhältnisse rechtmäßig sind,¹³⁴⁶ kann angenommen werden, dass unter Beteiligung einer Krankenkasse festgelegte Zuwendungen als in diesem Sinne gesellschaftlich üblich und damit als sozialadäquat anzusehen sind. Die Beteiligung einer Krankenkasse kann nämlich dazu beitragen und hilft abzusichern, dass sachliche Gründe die Zuwendungsfestlegung bestimmen. Denn sie erfüllt eine Kontrollfunktion, bei der sie darüber wacht, dass Ärzten im Rahmen der Vergütungsregelungen keine Vorteile gewährt werden, die ihren Interessen als Kostenträgerin widersprechen. Eine weitere Kontrollinstanz wie das Bundesamt für Soziale Sicherung ist jedoch an Stellen notwendig, wo auch die Krankenkasse selbst den Anreiz hat, auf bestimmte Entscheidungen des Arztes hinzuwirken, beispielsweise durch die Gewährung einer Zusatzvergütung für die Dokumentation bestimmter Diagnosen, die mit einer Steigerung der Zuweisungen im Rahmen des Morbi-RSA verbunden sind (Upcoding),¹³⁴⁷ weswegen § 140a Abs. 2 SGB V auch die Vereinbarung von Zusatzvergütungen für bestimmte Diagnosen verbietet.

6.2.6.2.5 Datenschutz

Gerade bei Indikationen wie Diabetes, deren Behandlung multiprofessionell umgesetzt werden sollte, ist ein vernetzter, die beteiligten Praxen übergreifender Datenaustausch notwendig.¹³⁴⁸ In der Regelversorgung ist insbesondere die Erfüllung der Datenschutzanforderungen keine triviale Aufgabe, da beispielsweise bereits in Organisationsformen wie Praxisgemeinschaften die Daten der jeweiligen Patientengruppen strikt voneinan-

¹³⁴⁴ Vgl. Bundesgerichtshof (2005), S. 7.

¹³⁴⁵ Vgl. Graalman-Scheerer, K. (2017), S. 604-605; Jäger, C. (2017), S. 697.

¹³⁴⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016), S. 20.

¹³⁴⁷ Vgl. Binder, A. (2015), S. 143-144.

¹³⁴⁸ Vgl. Timpel, P., Schwarz, P. E. H. (2016), S. 32.

der getrennt werden müssen, wodurch der Datenaustausch kleinteilige Regelungen erfordert, die im Praxisalltag die Möglichkeiten des flexiblen Behandlungsdatenaustauschs empfindlich einschränken.¹³⁴⁹ In der Integrierten Versorgung ist dieser durch die Teilnahmeerklärung, in der sich der Patient mit einem Datenaustausch bereit erklärt, einfacher zu gewährleisten¹³⁵⁰ und entsprechende IT-Systeme in den Arztpraxen und Kliniken können eine datenschutzkonforme Freigabe und Verarbeitung von Patientendaten im Rahmen einer elektronischen Vernetzung gewährleisten.¹³⁵¹

6.2.7 Zwischenfazit zur Rolle von Ärzten

Die Ziele einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung sind in weiten Teilen gut kompatibel mit den Zielen von Ärzten, beispielsweise weil Integrationsmodelle eine Kultur der Zusammenarbeit unterstützen und Bedürfnisse wie die nach Autonomie und Selbstverwirklichung befriedigen können (siehe Kapitel 6.2.1.2). Gleichzeitig hat dieses Kapitel offenbart, dass die vorhandenen Strukturen immer noch sehr von der sektoralen Trennung geprägt sind (siehe Kapitel 6.2.2) und die Nutzung elektronischer Systeme noch hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt (siehe Kapitel 6.2.2.3), was eine lückenlose Versorgung häufig verhindert. Auch in Bezug auf die steuerungsbezogenen Kompetenzen von Ärzten, beispielsweise im Hinblick auf die elementaren Fähigkeiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation, bestehen bei vielen Ärzten noch entscheidende Defizite (siehe Kapitel 6.2.3.1). Teilweise werden im ärztlichen Einflussbereich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale bereits ausgeschöpft, unter anderem durch die hohe Verbreitung von QM-Systemen (siehe Kapitel 6.2.2.1), während diese an anderen Stellen ungenutzt bleiben, obwohl die Integrierte Versorgung ein deutlich höheres Maß an Gestaltungsfreiheiten gewährt als die Regelversorgung (siehe Kapitel 6.2.4 und 6.2.5).

6.3 Die Rolle von Krankenkassen

Gerade Selektivverträge, durch ihre sektorübergreifende Ausrichtung insbesondere die Integrierte Versorgung, geben Krankenkassen die Möglichkeit, sich im Namen ihrer Versicherten an die Spitze eines Wandels zu

¹³⁴⁹ Vgl. Frodl, A. (2016), S. 190-191.

¹³⁵⁰ Vgl. Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008), S. 55.

¹³⁵¹ Vgl. Nink, J. (2016), S. 198-204; Caumanns, J. (2013); Winandy, M. (2012); Heidenreich, G., Blobel, B. (2009); Rossnagel, A. (2005).

setzen, der die Gesundheitsversorgung im Sinne einer Steigerung der Patienten- und Nutzenorientierung neu ausrichtet. Dieser Wandel gibt ihnen selbst die Möglichkeit, die passive Rolle als reine Kostenerstatter aufzugeben und stattdessen zu aktiven Gestaltern zu werden, die ihren Versicherten den Zugang zu Leistungserbringern vermitteln, die eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität erbringen.¹³⁵² Nicht zuletzt erhalten Krankenkassen in § 140a Abs. 1 SGB V die Rolle als Initiatoren von Modellen der Integrierten Versorgung, wodurch es ihnen obliegt weitere Vertragspartner auszuwählen. Welche motivatorischen Aspekte aufseiten von Krankenkassen die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung befördern, welche Strukturen, Kompetenzen und Inhalte dazu notwendig sind sowie wie diese sich aus der Perspektive der Krankenkassen in qualitativer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht darstellen, ist Gegenstand dieses Kapitels.

6.3.1 Motivatorische Aspekte

Da Krankenkassen vorrangig eingebettet in einen organisationalen Kontext über die Initiierung einer Integrationsversorgung entscheiden, wird an dieser Stelle die Motivation zur Mitwirkung an der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung ausschließlich aus Organisationsperspektive, in die die Individualperspektive integriert ist, thematisiert (siehe Kapitel 2.2.1.2). Da auch die Mitwirkungsmotivation von Krankenkassen erfolgskritisch für Integrationsmodelle ist,¹³⁵³ müssen die entsprechenden Voraussetzungen dafür erfüllt sein. Dabei speist sich die Motivation von Krankenkassen zur Initiierung und Implementierung einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung vorrangig daraus, inwiefern diese einen substanziellen Beitrag zu den strategischen Zielen derselben leisten kann. Eine von allen Vertragspartnern geteilte Vision,¹³⁵⁴ eine gelebte Kultur der Zusammenarbeit¹³⁵⁵ und eine gemeinsa-

¹³⁵² Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 62-64.

¹³⁵³ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 66-68; Jäger, C. (2016b), S. 130-131; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Beck, K. (2009), S. 402; Ernst, S. (2008), S. 127; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 152-153; Kranzer, A. (2007), S. 171-177; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Fries, V. (2006), S. 81; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Kronhardt, M. (2004), S. 215-217; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12.

¹³⁵⁴ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410; Beck, K. (2009), S. 405-407; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 18-20; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 6-7.

¹³⁵⁵ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 127-134; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 153-154; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I.

me Versorgungsmodellplanung der Leistungserbringer und Kostenträger¹³⁵⁶ gehören in diesem Zusammenhang zu den Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung und dementsprechend müssen sich die Zielbeiträge auch in diesen Aspekten wiederfinden. In diesem Sinne werden die Komponenten der Motivation von Krankenkassen anhand einer auf die Situation von Krankenkassen angepassten Systematik von Balanced Scorecard (BSC) beleuchtet.¹³⁵⁷

Im Zuge der Definition eines BSC-Konzepts werden zunächst die strategischen, finanziellen und nichtfinanziellen Unternehmensziele definiert, in konkrete Kennzahlen gefasst und dann so weit konkretisiert, dass sie im Tagesgeschäft zur Orientierung dienen können.¹³⁵⁸ Nichtfinanzielle Unternehmensziele müssen sich dann in diesem mehrdimensionalen Kennzahlensystem niederschlagen, wenn sie die finanziellen Unternehmensziele durch einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang beeinflussen.¹³⁵⁹ Große Herausforderungen stellen hierbei die Beherrschung dieses komplexen Geflechts aus Einflüssen und Wechselwirkungen innerhalb dieses Kennzahlensystems sowie die Berücksichtigung der Verzögerung zwischen Ursache und Wirkung dar.¹³⁶⁰ Bezogen auf die Situation der GKV in Deutschland sehen Schlösser und Schreyögg in diesem umfassenden Kennzahlensystem die Finanzperspektive, die Versicherten- und Versorgungsperspektive, die interne Prozessperspektive sowie die Mitarbeiter- und Strukturwandelperspektive als die vier Grundkomponenten, die im Folgenden bezogen auf die Integrierte Versorgung als Motivationsgeber beleuchtet werden.¹³⁶¹

(2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³⁵⁶ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 126-128; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³⁵⁷ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005).

¹³⁵⁸ Vgl. Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997), S. 192-200; Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997), S. 204-209; Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1996b), S. 80-85; Kaplan, R., Norton, D. (1993), S. 136-138.

¹³⁵⁹ Vgl. Weber, J., Schäffer, U., Ahn, H. (2000), S. 12-14; Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997), S. 28-30; Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997), S. 142-145; Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1996a), S. 32.

¹³⁶⁰ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 340-341.

¹³⁶¹ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 326.

6.3.1.1 Finanzperspektive

In der Finanzperspektive benennen Schösser und Schreyögg die Leistungsausgaben, die Beitragseinnahmen, das Saldo aus Risikostrukturausgleich und Risikopool sowie die Verwaltungskosten als die Faktoren, die das finanzwirtschaftliche Gleichgewicht einer Krankenkasse bestimmen.¹³⁶² Dies entspricht insofern nicht mehr dem derzeitigen Stand, als dass mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 der Risikopool abgeschafft wurde¹³⁶³ und inzwischen die Beitragseinnahmen der Krankenkassen zunächst an den Gesundheitsfonds fließen und das Bundesamt für Soziale Sicherung aus diesem Fonds nach der Maßgabe des Risikostrukturausgleichs den einzelnen Krankenkassen finanzielle Mittel zuweist.¹³⁶⁴ Nach wie vor wirkt sich aber eine günstige Verwaltungskostenstruktur für eine Krankenkasse positiv aus, da sie dann in aller Regel weniger Ausgaben für die Verwaltung aufwenden muss als sie über die standardisierten Mittelzuweisungen erhält.¹³⁶⁵ Trotz der beschriebenen Änderungen bleiben die grundlegenden von Schlösser und Schreyögg skizzierten Zusammenhänge erhalten und die grundsätzliche Herausforderung einer Krankenkasse besteht darin, die Ausgaben mit den zur Verfügung stehenden Einnahmen langfristig zu decken und gleichzeitig die mit den anderen Kennzahlenbereichen verbundenen Ziele ausreichend zu berücksichtigen.¹³⁶⁶ In der Regelversorgung entzieht sich ein Großteil der Ausgaben dem Einfluss der Krankenkasse,¹³⁶⁷ weswegen gerade die Integrierte Versorgung als ein Instrument, das ein aktives Leistungs- und Kostenmanagement erlaubt, auch aus Sicht eines Kostenträgers eine elementare Rolle spielt.¹³⁶⁸ Dementsprechend hoch ist das Gewicht von effizienten Anreizsystemen im Bereich der Vergütungs- und Prämiengestaltung, da dieser Aspekt auf der einen Seite einen Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung und auf der anderen Seite ein effektives Steuerungsinstrument im Einflussbereich der Krankenkasse darstellt.¹³⁶⁹

¹³⁶² Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 327.

¹³⁶³ Vgl. Schwarzbach, C., Krummaker, S., Graf v. d. Schulenburg, J.-M. (2012), S. 210.

¹³⁶⁴ Vgl. Möller, R. (2019), S. 165.

¹³⁶⁵ Vgl. Möller, R. (2019), S. 167.

¹³⁶⁶ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 331.

¹³⁶⁷ Vgl. Adolph, T. (2017), S. 194; Ulrich, V. (2004), S. 120.

¹³⁶⁸ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 328.

¹³⁶⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Jäger, C. (2016b), S. 132; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 404-411; Janus, K. (2003), S. 260-271; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378;

Eine Krankenkasse muss dabei ein überlegenes Preis-Leistungs-Verhältnis im Vergleich zur Regelversorgung erkennen können, um langfristig motiviert zu bleiben, Vertragspartnerin in der Integrierten Versorgung zu sein, weswegen einem umfassenden Kennzahlensystem ein hohes Gewicht zukommt.¹³⁷⁰ Dass in Bezug auf die Motivation von Krankenkassen, an der Integrierten Versorgung teilzunehmen, der Finanzperspektive eine hervorgehobene Bedeutung zukommt, verdeutlichen auch die Anforderungskonzepte von Krankenkassen, in denen solche Verträge nicht nur mit der Erwartung einer gesteigerten Qualität und Serviceorientierung, sondern insbesondere auch mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verknüpft werden.¹³⁷¹ Darüber hinaus fordert auch § 140a Abs. 2 SGB V, dass die Wirtschaftlichkeit von Integrationsverträgen vier Jahre nach Vertragsbeginn nachweisbar sein muss. Zusätzlich sind die diesbezüglichen finanziellen Spielräume für Krankenkassen durch steigende Ausgaben,¹³⁷² vorrangig in Bereichen wie von Arzneimitteln¹³⁷³ und der stationären Versorgung¹³⁷⁴, bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen begrenzt.¹³⁷⁵ Trotz der beschriebenen limitierenden Faktoren stellt die Integrierte Versorgung für Krankenkassen ein Instrument mit hohem Potenzial dar, um sich im Wettbewerb von anderen Krankenkassen abzuheben.¹³⁷⁶

6.3.1.2 Versicherten- und Versorgungsperspektive

Vor dem Hintergrund zahlreicher regulatorischer Festlegungen des Gesetzgebers, wie einem fest definierten Leistungskatalog und dem Kontrahierungszwang, muss für die Anwendung von BSC in der GKV die privatwirtschaftlich geprägte Kundenperspektive zur Versicherten- und Versorgungsperspektive modifiziert werden.¹³⁷⁷ Das bedeutet konkret, dass die Versichertenzufriedenheit und die Bedarfsentsprechung der medizinischen Versorgung als maßgebliche Kennzahlen der Versicherten- und Versorgungsperspektive herangezogen und das Instrumentarium des Tarif- und Versorgungsmanagements genutzt werden müssen, um diese

Franz, S. (2008), S. 274; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹³⁷⁰ Vgl. Steinbach, H. (2009), S. 242-244.

¹³⁷¹ Vgl. bspw. das Drei-Säulen-Konzept der Techniker Krankenkasse in Straub, C., Beyrle, B. (2006), S. 264.

¹³⁷² Vgl. Lohmann, U. (2019), S. 501.

¹³⁷³ Vgl. Hessel, F. (2019), S. 312-313.

¹³⁷⁴ Vgl. Staender, J. (2019), S. 2.

¹³⁷⁵ Vgl. Kochskämper, S. (2017), S. 19.

¹³⁷⁶ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 128-129; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 16; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Straub, C., Beyrle, B. (2006), S. 261-265.

¹³⁷⁷ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 331-332.

Kennzahlen positiv zu beeinflussen.¹³⁷⁸ Die Integrierte Versorgung bietet durch ihre Gestaltungsfreiheit in besonderem Maße die Möglichkeiten, das Tarif- und Versorgungsmanagement im Sinne einer Versorgungssteuerung und der Steigerung der Versichertenzufriedenheit zu nutzen.¹³⁷⁹ Damit würde nicht zuletzt auch die vom Gesetzgeber gewünschte Förderung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen zur Steigerung der Kunden- und Innovationsorientierung ihren Ausdruck finden.¹³⁸⁰

Die Tatsache, dass rund 96 % aller Leistungen im Rahmen der GKV in den Bereich der Pflichtleistungen fallen, bei denen für Krankenkassen praktisch keine Gestaltungsfreiheiten existieren,¹³⁸¹ verdeutlicht in besonderem Maße die Bedeutung der Integrierten Versorgung als Instrument für Krankenkassen, sich im Sinne der mit der Versicherten- und Versorgungsperspektive verbundenen Ziele vom Wettbewerb durch ein innovatives Versorgungsangebot abzuheben.¹³⁸² Dieses Potenzial wird jedoch von Krankenkassen noch sehr wenig genutzt, denn deren Bestreben, sich mit einer hochwertigen und innovativen Versorgung im Wettbewerb zu positionieren und sich damit verstärkt um mehr Versichertenorientierung zu bemühen, hält sich in engen Grenzen.¹³⁸³ Zwar existieren auch in Bezug auf die Rahmenbedingungen noch Defizite, die Krankenkassen von einem versichertenorientierten Handeln abhalten, beispielsweise im Hinblick auf die Präventionsförderung, zu der die derzeitige Ausgestaltung des Morbi-RSA Krankenkassen nur unzureichend motiviert.¹³⁸⁴ Teilweise drückt sich dieser Mangel an Versichertenorientierung aber auch in Bereichen aus, wo schon der derzeitige Wettbewerb zu einer stärkeren Wahrnehmung des Versicherten als Kunden führen sollte. So kritisieren Patientenorganisationen wie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), dass Krankenkassen stellenweise lediglich eine unzureichende Beratungsqualität bieten.¹³⁸⁵ Insofern verfügen Krankenkassen offenbar nicht über einen zielführenden Anreiz, im Sinne des hier dargelegten Versorgungsansatzes zu handeln, obwohl selbst in krankenkasseneigenen Veröffentlichungen eine erhöhte Leistungstransparenz, eine Qua-

¹³⁷⁸ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 332.

¹³⁷⁹ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 335-336.

¹³⁸⁰ Vgl. Bruckenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 122-123.

¹³⁸¹ Vgl. Adolph, T. (2017), S. 194.

¹³⁸² Vgl. Bruckenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 127.

¹³⁸³ Vgl. Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016), S. 13.

¹³⁸⁴ Vgl. Häckl, D., Weinold, I., Kossack, N., Schindler, C. (2016), S. 37-38; Bödeker, W., Moebus, S. (2015), S. 400-401.

¹³⁸⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt (2018a), S. 121-124; Sander, M., Albrecht, M., Stengel, V. et al. (2017), S. 141-149.

litätsbeurteilung aus Versichertensicht sowie eine wesentlich stärkere Versichertenbeteiligung im Sinne eines zeitgemäßen Serviceverständnisses in der GKV als integraler Bestandteil des Wettbewerbs unter den Krankenkassen gefordert wird.¹³⁸⁶ Damit solche Forderungen nicht nur Lippenbekenntnisse bleiben, müssen sie sich in der Motivation, Modelle der Integrierten Versorgung im Sinne einer aktiven Teilhabe von Versicherten bzw. Patienten zu gestalten, widerspiegeln. Letztendlich muss damit innerhalb von Krankenkassen das Bewusstsein wachsen, dass eine innovative und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung nur über eine stärkere Transparenz und Versichertenorientierung erreicht werden kann. Dabei müssen Krankenkassen die Integrierte Versorgung als ein Instrument erkennen, durch das sie sich im Wettbewerb wahrnehmbar abheben können und durch das für Versicherte Markeneigenschaften wie exzellenter Service und eine hohe Innovationsorientierung konkret erlebbar werden.¹³⁸⁷

6.3.1.3 Interne Prozessperspektive

Auch die interne Prozessperspektive, die sich im privatwirtschaftlichen Bereich stark nach den identifizierten Kundenwünschen richtet,¹³⁸⁸ muss im Umfeld der GKV bedingt durch die regulierenden Eingriffe des Gesetzgebers entsprechend modifiziert werden. Schlösser und Schreyögg schlagen in Bezug auf die interne Prozessperspektive effiziente Geschäftsprozesse vor, durch die Versichertenwünsche realisiert werden, unter anderem im Rahmen eines fünfschrittigen Vorgehens zur Umsetzung eines Programms zur Integrierten Versorgung (siehe Abbildung 13).

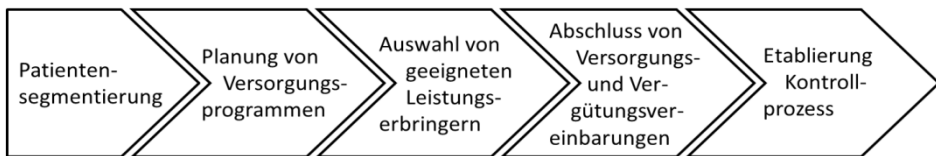


Abbildung 13: Interne Prozessperspektive Integrationsversorgung¹³⁸⁹

¹³⁸⁶ Vgl. Edelmann, K. (2018); Deutsches Ärzteblatt (2016).

¹³⁸⁷ Vgl. Borocho, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 145-146.

¹³⁸⁸ Vgl. Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997), S. 90; Kaplan, R., Norton, D. (1993), S. 136-137.

¹³⁸⁹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 337.

Die Patientensegmentierung muss sich sowohl nach medizinischen Kriterien als auch nach Kostenaspekten, die durch ein entsprechendes Management beeinflusst werden können, richten. In den darauffolgenden Schritten fließt die auf diesem Weg vorgenommene Segmentierung in die Planung von Versorgungsprogrammen ein, für die Versorgung der ermittelten Versichertengruppen müssen geeignete Leistungserbringer gefunden sowie mit diesen Leistungserbringern Versorgungs- und Vergütungsverträge abgeschlossen werden. Über einen Kontrollprozess werden dann notwendige Anpassungsbedarfe ermittelt. Kennzahlen drücken in diesem Zusammenhang Prozessziele aus, wie eine Senkung der Kosten, eine Erhöhung der Versichertenzufriedenheit oder eine Verbesserung des Images der Krankenkasse in der öffentlichen Wahrnehmung.¹³⁹⁰

Nach bisherigen Erfahrungen sind Krankenkassen motiviert, sich vorrangig an Integrationsmodellen zu beteiligen, die eine im Vergleich zum bisherigen Behandlungsstandard gleiche oder höhere Qualität bei gleichen oder niedrigeren Kosten erzielen können.¹³⁹¹ Im Sinne der internen Prozessperspektive auf die Integrierte Versorgung nehmen Krankenkassen im Namen ihrer Versicherten die Rolle als Nachfrager von Sach- und Dienstleistungen der Leistungserbringer wahr und überwachen in dieser Rolle die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der erbrachten Versorgung, wodurch deren Motivation, diese Rolle bei der Planung von Versorgungsprogrammen tatsächlich auszufüllen, eine hohe Bedeutung zukommt.¹³⁹² Für Krankenkassen sind bei der Vertragsgestaltung nicht nur die Aussicht auf Qualitätssteigerungen und Kostensenkungen, sondern insbesondere auch die Möglichkeit, ausschließlich mit ausgewählten Leistungserbringern zu kontrahieren, ein wichtiger Antrieb zum Angebot einer Integrationsversorgung.¹³⁹³ Denn die selektivvertragliche Option der Integrierten Versorgung gibt Krankenkassen insbesondere auch die Möglichkeit, gezielt solche Ärzte und Krankenhäuser für derartige Verträge auszuwählen, die die individuellen Anforderungen der Integrationsversorgung erfüllen, ohne beispielsweise vom Diskriminierungsverbot nach § 20 GWB eingeschränkt zu sein.¹³⁹⁴ Untersuchungen wie die von Juhnke et al. liefern Krankenkassen eine Orientierung, wie sie im Sinne aller an der Integrier-

¹³⁹⁰ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 337-338.

¹³⁹¹ Am Beispiel eines Integrationsprojekts zur videogestützten Parkinsonbehandlung vgl. Ehret, Reinhard, Marzinzik, Frank, Wahl, M., Klostermann, F. (2010), S. 142.

¹³⁹² Vgl. Bruckenberg, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 119-120.

¹³⁹³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 359.

¹³⁹⁴ Vgl. Bruckenberg, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 128-129.

ten Versorgung beteiligten Patienten, Ärzte und Krankenkassen dieses Modell in Bezug auf elementare Faktoren wie den Zugang, die benötigte Infrastruktur oder die Versorgungskontinuität ausgestalten sollten, um eine möglichst hohe Akzeptanz und damit den Erfolg dieses Modells zu erreichen.¹³⁹⁵

6.3.1.4 Mitarbeiter- und Strukturwandelperspektive

Der erweiterte Gestaltungsrahmen der Integrierten Versorgung stellt im besonderen Maße auch Anforderungen an die Kompetenz und Innovationsfähigkeit der Mitarbeiter einer Krankenkasse, die sich in der Mitarbeiter- und Strukturwandelperspektive und damit in der Basis des hier entwickelten Systems von BSC widerspiegeln. Dementsprechend ist die Motivation einer Krankenkasse, sich in der Integrierten Versorgung zu engagieren, eng mit der Motivation zur Kompetenzförderung und Innovationsfähigkeit der Mitarbeiter verknüpft. In diesem Sinne ist die Möglichkeit einer Krankenkasse, substanzielle Erfolgspotenziale im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen zu schöpfen, eng mit einer langfristig und multimodal ausgerichteten Personalentwicklung sowie mit den damit verbundenen Kennzahlen, bspw. der Anzahl der Personalentwicklungsmaßnahmen, verknüpft.¹³⁹⁶ Die Motivation des einzelnen Mitarbeiters, das Selbstverständnis und den Dienstleistungsanspruch der Krankenkasse gegenüber den Versicherten adäquat zu vertreten und einzulösen, ist Teil einer umfassenderen Unternehmensaufgabe im Rahmen des normativen Managements.¹³⁹⁷ Durch die auf diesem Wege erworbenen Fähigkeiten können Mitarbeiter nicht zuletzt dazu beitragen, den innovativen Charakter der Integrierten Versorgung zu erhalten und auszubauen, wodurch dem Integrationsmodell die erfolgskritische langfristige Kontinuität verliehen werden kann.¹³⁹⁸ Da im Allgemeinen, auch außerhalb der Integrierten Versorgung, Krankenkassen im Namen ihrer Versicherten die Rolle als Nachfrager von Sach- und Dienstleistungen der Leistungserbringer innehaben und in dieser Rolle die Qualität der erbrachten Versorgung überwachen,¹³⁹⁹ bedeutet die mit der Integrierten Versorgung verbundene Gestaltungsfreiheit nicht nur größere Entscheidungsspielräume, sondern auch mehr Verantwortung für Krankenkassen, was erhöhte Anforderun-

¹³⁹⁵ Vgl. Juhnke, C., Mühlbacher, A. C. (2013), S. 8.

¹³⁹⁶ Vgl. Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005), S. 338-339; Rose, C. (2000), S. 236.

¹³⁹⁷ Vgl. Meckel, A.-K. (2010), S. 36-38; Fröck, M. (2004), S. 169.

¹³⁹⁸ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 239-243.

¹³⁹⁹ Vgl. Bruckenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 119-120.

gen an die Qualifikation der Krankenkassenmitarbeiter beinhaltet, die in Kapitel 6.3.3.1 eingehender beleuchtet werden.

Die im folgenden Kapitel dargestellte Krankenkassentypologie gibt wieder, wie die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung im Einklang mit der jeweiligen Motivation der Krankenkasse und deren Marktpositionierung gestaltet werden kann. Ausgehend von den im Rahmen des BSC-Konzepts beleuchteten Zielgrößen werden im Hinblick auf die Markenstrategien Möglichkeiten aufgezeigt, durch die im Einklang mit dem gewählten Markenverständnis die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung ausgestaltet und zu einem Wettbewerbsvorteil werden kann.¹⁴⁰⁰

6.3.1.5 Typologie Krankenkassen

Um zu konkretisieren, wie die Motivation von Krankenkassen, sich mit einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung im Wettbewerb zu positionieren, in Abhängigkeit von deren strategischer Ausrichtung variieren kann, wird im Folgenden die Vierfelder-Matrix von Boroch und Matusiewicz herangezogen.¹⁴⁰¹ Die Integrierte Versorgung ist durch ihr hohes Variationsspektrum sehr gut als Positionierungsinstrument geeignet. Krankenkassen nutzen dieses bisher jedoch sehr zurückhaltend, um für Versicherte über dessen elementare Gestaltungskriterien Preis, Leistung und Qualität unterscheidbar zu werden.¹⁴⁰²

Bei der Konzeption der Integrierten Versorgung kann die Wettbewerbsstrategie von Porter Orientierung geben, auch wenn diese im Feld der GKV einer Adaptionen bedarf. Die für Wirtschaftsunternehmen konzipierten Grundstrategien Kosten- bzw. Preisführerschaft auf der einen Seite und Differenzierung (Qualitätsführerschaft) auf der anderen Seite sind innerhalb bestimmter Grenzen und unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben auch auf die strategische Ausrichtung von Krankenkassen übertragbar.¹⁴⁰³ Vor dem Hintergrund des in § 140a Abs. 2 SGB V formulierten Postulats des Gesetzgebers sowohl nach einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit als auch nach einer höheren Qualität bietet sich eine Hybridstrategie an, die Komponenten aus beiden Grundausrichtungen miteinander kombiniert. Dahingehend bietet die Integrierte Versorgung ein so weitreichendes Instrumentarium, dass Krankenkassen darüber eine Preisfüh-

¹⁴⁰⁰ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 145-146.

¹⁴⁰¹ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016).

¹⁴⁰² Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 135.

¹⁴⁰³ Vgl. Schmitz, J. (2008), S. 13; Porter, M. E. (1980), S. 34-41.

erschaft, eine Differenzierung oder eine kombinierte Strategie aus beiden verfolgen können.¹⁴⁰⁴ Die Kombination aus der Kosten- und Qualitätsstrategie und eine im Zeitverlauf veränderte Schwerpunktsetzung sind für Krankenkassen vor allem deshalb sinnvoll, weil die Preisstrategie zwar kurzfristig Vorteile verschafft, aber gerade langfristig und im Zuge einer wachsenden Vertragsfreiheit im Bereich der Integrierten Versorgung ein über eine Markenstrategie ausgedrücktes Qualitätsversprechen aussichtsreicher ist.¹⁴⁰⁵ Im Sinne des der Vierfelder-Matrix von Boroch und Matusiewicz (siehe Abbildung 14) zugrunde liegenden Markenverständnisses kann die Krankenkasse die Integrierte Versorgung nutzen, um ihrem Leistungs- und Serviceversprechen, mit dem sie sich vom Wettbewerb abheben möchte, Ausdruck zu verleihen. Dabei soll die Marke ein umfassendes marktorientiertes Konzept zur Befriedigung von Kunden- und Stakeholderbedürfnissen darstellen, das nicht ausschließlich nur den Einsatz von kommunikationspolitischen Marketinginstrumenten wie Print, Fernsehen oder Social Media beinhaltet.¹⁴⁰⁶

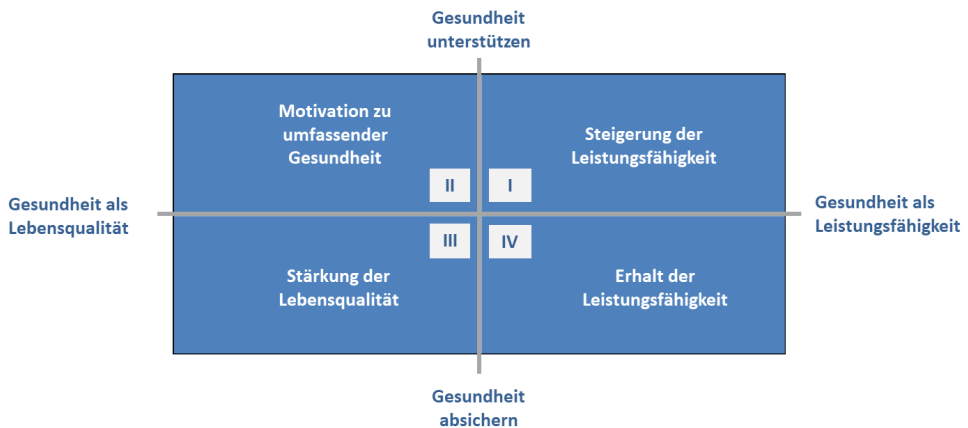


Abbildung 14: Vierfelder-Matrix Krankenkassen¹⁴⁰⁷

¹⁴⁰⁴ Vgl. Schmitz, J. (2008), S. 12-18.

¹⁴⁰⁵ Vgl. Schmitz, J. (2008), S. 12-14.

¹⁴⁰⁶ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 133-134.

¹⁴⁰⁷ Eigene Darstellung inhaltlich übernommen von Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 139.

Basierend darauf werden im Folgenden die vier Idealtypen von Krankenkassen aus der Vierfelder-Matrix dargestellt, die auf den Kernmerkmalen Gesundheitsverständnis, Verhältnis zum eigenen Körper und Rolle der Krankenkasse basieren.¹⁴⁰⁸ Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln angemerkt, ist die Tauglichkeit von Krankenkassen als alleinige vertrauensvolle Steuerungsverantwortliche dadurch eingeschränkt, dass viele Versicherte ihrer Krankenkasse unterstellen, niedrigeren Kosten die wesentlich höhere Priorität einzuräumen als einer besseren Qualität,¹⁴⁰⁹ wogegen die betreuenden Ärzte bei ihren Patienten überwiegend ein hohes Vertrauen genießen.¹⁴¹⁰ Um Krankenkassen dennoch die Möglichkeit zu geben, sich an Steuerungsaktivitäten zu beteiligen, sollten die im Rahmen dieser Typologie beschriebenen Steuerungsaufgaben bei Bedarf und im Interesse einer höheren Akzeptanz der Versicherten von den beteiligten Ärzten und Krankenkassen gemeinsam wahrgenommen werden.

6.3.1.5.1 Krankenkasse als Unterstützerin für mehr Leistungsfähigkeit

Krankenkassen, die sich als Unterstützerinnen ihrer von optimistischem Leistungswillen und selbstbestimmter Gestaltungsfähigkeit geprägten Versicherten bei der erfolgreichen, eigenverantwortlichen Zukunftsgestaltung sehen, sind in Quadrant I der Vierfelder-Matrix aus Abbildung 14 zu verorten. Diesem Konzept liegt eine rational bewertete Leistungsfähigkeit zugrunde, die den Versicherten als Grundvoraussetzung für Erfolg und Durchsetzungsfähigkeit dient. Darüber hinaus soll die Fähigkeit, den ständig wechselnden Herausforderungen eines modernen Lebensstils gerecht zu werden, aufrechterhalten werden. In diesem körperbezogenen Verständnis begreift der Versicherte den Körper als ein dem eigenen Willen unterworfenen Werkzeug, bei dem es in seiner Hand liegt, Wohlbefinden und körperliche Belastbarkeit durch Disziplin und Training zu beeinflussen.¹⁴¹¹

Vor dem Hintergrund, dass in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA mit der Anzahl der Erkrankungen eines Versicherten dessen Unterdeckung steigt und spiegelbildlich dazu gesunde Versicherte mit der höchst-

¹⁴⁰⁸ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 139.

¹⁴⁰⁹ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

¹⁴¹⁰ Vgl. forsa-Institut (2020), S. 17-19; Bethge, S. (2015), S. 133-136; Streibelt, M., Bethge, M. (2010), S. 292; Böcken, J. (2006), S. 262-270; Eschner, M. (2001), S. 18; Neuffer, A. B. (1996), S. 56.

¹⁴¹¹ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 140-143.

ten Überdeckung einhergehen,¹⁴¹² kann gerade aus der in Kapitel 6.3.1.1 dargelegten Finanzperspektive die Unterstützung der Versicherten bei der Gesunderhaltung und deren langfristige Bindung im Interesse einer Krankenkasse liegen, auch wenn die Anreizsetzung des Morbi-RSA in Bezug auf die Nutzung von Präventionspotenzialen noch ausbaufähig ist.¹⁴¹³ Für die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung bedeutet das, dass die Krankenkasse vor allem den Versichertentypus, der dem partnerschaftlichen-deliberativen Modell und dem Vertragsmodell zuzuordnen ist (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1.5), über schnell verfügbare, auf den individuellen Bedarf zugeschnittene Versorgungsangebote binden kann, die den Versicherten an den entscheidenden Stellen des Versorgungsgeschehens, wo Beratungs- und Orientierungsbedarf besteht, zielgerichtet unterstützen und darüber steuern kann.¹⁴¹⁴ Da Versicherte, die dem Typus aus dem partnerschaftlichen-deliberativen Modell und dem Vertragsmodell entsprechen, über einen hohen Autonomiegrad verfügen, liegt es nahe, dass dieser Typus auch ohne Einbezug des behandelnden Arztes direkt von seiner Krankenkasse Unterstützungsleistungen anfordert.

6.3.1.5.2 Krankenkasse als Partnerin zur Stärkung der Lebensqualität

In Quadrant III der Vierfelder-Matrix aus Abbildung 14 finden sich die Krankenkassen wieder, die sich im Wettbewerb als Unterstützerinnen des Einzelnen und seiner Familie beim Erreichen von einer möglichst hohen Lebensqualität positionieren. Im Gegensatz zum individualistisch und rational geprägten Leistungsfähigkeitskonzept, das in Kapitel 6.3.1.5.1 beschrieben wird, liegt hier der Schwerpunkt auf einem emotional orientierten Gesundheitsverständnis, das die Grundlage für Wohlbefinden und Ausgeglichenheit bildet. Auch wenn darin der Körper eine elementare Rolle spielt, wird er weniger leistungsfixiert aufgefasst, sondern vielmehr als Partner, dessen Bedürfnisse wahrgenommen und berücksichtigt werden müssen.¹⁴¹⁵

In Bezug auf die Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung bietet insbesondere die Rolle der Krankenkasse als umfassende und objektive Aufklärerin ein hohes Spektrum an Ansatzpunkten, über die Versicherte

¹⁴¹² Vgl. Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J. et al. (2017), S. 299.

¹⁴¹³ Vgl. Häckl, D., Weinold, I., Kossack, N., Schindler, C. (2016), S. 37-38; Bödeker, W., Moebus, S. (2015), S. 400-401.

¹⁴¹⁴ Vgl. Borocho, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 140-143.

¹⁴¹⁵ Vgl. Borocho, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 141-143.

in ihrer Krankenkassen eine Begleiterin finden, die sie bei Vorsorge- und Therapieentscheidungen sowie der sektorübergreifenden Behandlungsplanung vorausschauend unterstützt und dabei gemeinsamen mit dem betreuenden Arzt steuert. Dadurch, dass das Wohlbefinden, das einem multidimensionalen Gesundheitsverständnis entspringt,¹⁴¹⁶ im Mittelpunkt steht, eignen sich im Besonderen integrative Ansätze, die alle relevanten Versorgungskomponenten miteinander verbinden, um ein passendes Angebot für Versicherte zu schaffen und somit Krankenkassen eine Motivation liefern, solche Modelle anzubieten.¹⁴¹⁷

6.3.1.5.3 Krankenkasse als Absichererin zum Erhalt der Leistungsfähigkeit

Quadrant IV der Vierfelder-Matrix aus Abbildung 14 beschreibt die Krankenkasse als Absichererin, die insbesondere dann in Erscheinung tritt und für ihre Versicherten agiert, wenn besondere Lebenslagen wie eine schwere Erkrankung deren Unterstützung notwendig machen und die Krankenkasse als starke Partnerin die Herausforderungen und Unsicherheiten, die mit einer solchen Situation verbunden sind, für ihre Versicherten abfedert und ihnen ein Gefühl von Geborgenheit und persönlicher Sicherheit vermittelt. Diese Sicherheit und das damit verbundene Vertrauensverhältnis stellen in diesem Markenverständnis die Kernkomponenten in der Beziehung zwischen Krankenkasse und Versicherten dar.¹⁴¹⁸

Einen solchen Leistungsanspruch kann eine Krankenkasse insbesondere über die Integrierte Versorgung, die über ihren sektorübergreifenden Versorgungsansatz ein umfassendes Hilfsangebot gewährleisten kann, gegenüber ihren Versicherten einlösen. In diesem Markenverständnis spielt die Krankenkasse vornehmlich in solchen Situationen eine starke Rolle, in denen Versicherte durch unvorhergesehene Krankheitsereignisse mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert sind, die häufig mit Überforderung und einem erhöhten Unterstützungsbedarf einhergehen.¹⁴¹⁹ Diese Auffassung beinhaltet, dass die Krankenkasse für ihre Versicherten gemeinsam mit den behandelnden Ärzten als Hand-in-Handarbeitendes Unterstützungsteam agiert und Versicherte dementsprechend Kontrolle abgeben können. Bedingt durch diese Fokussierung bietet ein solches Konzept dementsprechend viele Ansatzpunkte für eine Patientensteuerung, wo die Krankenkasse ihre Versicherten durch eine

¹⁴¹⁶ Vgl. Ostermann, D. (2010), S. 83-176.

¹⁴¹⁷ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 142.

¹⁴¹⁸ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 142-145.

¹⁴¹⁹ Vgl. Huber, L. (2006), S. 133-146; O'Neill, O. (1984), S. 173-178.

evidenzbasierte Steuerung zielgerichtet unterstützen und das Gefühl der Geborgenheit erlebbar machen kann.¹⁴²⁰

6.3.1.5.4 Krankenkasse als Motivatorin zu umfassender Gesundheit

In Quadrant II der Vierfelder-Matrix aus Abbildung 14 befinden sich die Krankenkassen, die als Unterstützerinnen gemeinsam mit dem Versicherten handeln und diesen bei der Gestaltung eines gesundheitsorientierten Lebensstils fördern. Fundamentale Bestandteile der Beziehung zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten sind neben einer soliden Absicherung und persönlicher Nähe ein orientierungsvermittelndes Vertrauensverhältnis, bei dem Wege zu einer verbesserten Gesundheitsorientierung aufgezeigt oder sogar selbst gestaltet werden. Diese prospektive und proaktive Rolle ist auf eine aktive Partizipation des Versicherten ausgerichtet.¹⁴²¹

Auch diese Markenpositionierung kann optimal durch die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung unterstützt werden. Indem typische Bruchstellen der Gesundheitsversorgung vermieden werden, beispielsweise nach einem operativen Eingriff beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, kann eine Krankenkasse bei ihren Versicherten unter Beweis stellen, dass sie mehr als eine bloße Versichererin ist, indem sie sich aktiv für eine optimal geplante Gesundheitsversorgung einsetzt und zusammen mit den behandelnden Ärzten ein sich eng abstimmendes Unterstützerteam bildet. In diesem Zusammenhang kann eine partizipativ angelegte Patientensteuerung als die Orientierung, die sich Versicherte wünschen, und die bessere Integration von Prävention ins Versorgungsgeschehen als hilfreiche Unterstützung für einen gesundheitsorientierten Lebensstil wahrgenommen werden.¹⁴²²

Die vorgestellte Vierfelder-Matrix gibt idealtypische Möglichkeiten der Markenpositionierung wieder, die derzeit in der Realität meist nicht so in Reinform anzutreffen sind. Stattdessen herrscht aktuell in Bezug auf deren Positionierung ein Drang zur Mitte und das Bestreben nach einem undifferenzierten Universalansatz, möglichst alle Versichertenerwartungen zu erfüllen, wodurch die meisten Krankenkassen von Versicherten als austauschbar wahrgenommen werden. Künftig wird eine solche Positionierung und der Verzicht auf wirksame Alleinstellungsmerkmale nicht

¹⁴²⁰ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 145.

¹⁴²¹ Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 143-145.

¹⁴²² Vgl. Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 145.

mehr ausreichen, um sich im Kassenwettbewerb behaupten zu können. Zwar sind auf der kollektiven Managementebene die Handlungsmöglichkeiten einer einzelnen Krankenkasse limitiert, aber die individuelle Managementebene bietet entsprechende Gestaltungsspielräume.¹⁴²³ Gerade flexible Differenzierungsinstrumente wie die Integrierte Versorgung ermöglichen einen Differenzierungsgrad, durch den eine Krankenkasse mit ihrem Versorgungsangebot von Versicherten als einzigartig und attraktiver als Wettbewerber wahrgenommen werden kann und Versicherte eine Patientensteuerung als hilfreiche Orientierung im Versorgungsgeschehen sehen.¹⁴²⁴

6.3.2 Strukturelle Komponente

Anknüpfend an die motivatorischen Aspekte aus Kapitel 6.3.1 wird in diesem Kapitel die strukturelle Basis beleuchtet, durch die eine Krankenkasse die Voraussetzungen für eine effektive Steuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung schaffen kann. Eine vernetzte Infrastruktur unter den hierbei beteiligten Vertragspartnern¹⁴²⁵ sowie die durchgängige Abdeckung des gesamten Versorgungsprozesses und der Austausch von Informationen unter allen Beteiligten¹⁴²⁶ zählen zu den Erfolgsfaktoren eines Integrationsmodells. Solche Strukturen sind insbesondere notwendig, damit eine Krankenkasse die in Kapitel 6.3.1.5 beschriebene Unterstützerrolle ausfüllen und Schnittstellen im Versorgungsgeschehen überwinden

¹⁴²³ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 33.

¹⁴²⁴ Vgl. Borocho, W., Matusiewicz, D. (2016), S. 144-146.

¹⁴²⁵ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 129-130; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 15; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 407-409; Ernst, S. (2008), S. 130; Janus, K. (2003), S. 288-293; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 403-404; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Franz, S. (2008), S. 266-269; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 518; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Kronhardt, M. (2004), S. 218-223; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁴²⁶ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 130; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Janus, K. (2003), S. 295; Beck, K. (2009), S. 403-404; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-40; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-267; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-8; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148.

kann. Um versichertenorientierte und wettbewerbsrelevante Strukturen zu schaffen, müssen die Motive, die Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse leiten und sie dazu veranlassen, langfristig bei einer Krankenkasse zu bleiben, explizit Berücksichtigung finden. Insbesondere weil hier in Anhängigkeit von der Altersgruppe häufig grundlegende Unterschiede bestehen, spielt eine differenzierte Ansprache eine elementare Rolle: während jüngere Versicherte stärker auf die gebotenen Leistungen und den Preis achten, steht für ältere vor allem die verlässliche Absicherung im Leistungsfall im Vordergrund.¹⁴²⁷ Im Folgenden werden die Anforderungen für die Bereiche Leistungsmanagement, Versichertenmanagement, Finanzmanagement, Personalmanagement sowie Informationsmanagement und Controlling behandelt.¹⁴²⁸

6.3.2.1 Strukturen zum Leistungs- und Versichertenmanagement

Während der in § 11 SGB V definierte Leistungskatalog durch seinen verpflichtenden Charakter praktisch keinen Gestaltungsspielraum zulässt und den damit verbundenen Strukturen in diesem Zusammenhang eine nachrangige Bedeutung zukommt, sind im Kontext der Integrierten Versorgung im Leistungsmanagement in den Bereichen des Tarif- und Vertragsmanagements Strukturen vonnöten, die eine Krankenkasse in die Lage versetzen, diese entsprechend wettbewerbsorientiert zu gestalten und die Strukturen in diesem Bereich im Rahmen des Preis- und Qualitätswettbewerbs zu nutzen.¹⁴²⁹

Als Kostenträger spielen insbesondere die Strukturen zum Tarifmanagement eine zentrale Rolle, da dessen Instrumente die Attraktivität eines Versorgungsprogramms maßgeblich mitbestimmen.¹⁴³⁰ Auch dem Vertragsmanagement kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Während in der Regelversorgung Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überwiegend stellvertretend durch Verbände geschlossen werden, kommt dem Vertragsmanagement im Bereich der Integrierten Versorgung bedingt durch die direkten Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern eine hervorgehobene Bedeutung zu.¹⁴³¹

¹⁴²⁷ Vgl. Zok, K. (2016), S. 8-11.

¹⁴²⁸ Vgl. Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.) (2017).

¹⁴²⁹ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 28-33.

¹⁴³⁰ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 29-30.

¹⁴³¹ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 30.

Vor dem Hintergrund von Gesetzen wie dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wächst für Krankenkassen darüber hinaus die Notwendigkeit, Strukturen zur Kundengewinnung und -bindung aufzubauen, die insbesondere von einem umfassenden Informationsmanagement unterstützt werden müssen (siehe dazu auch Kapitel 6.3.2.4). Bedingt durch die Erklärungsbedürftigkeit eines umfassenden und komplexen Versorgungsangebots wie das von integrierten Versorgungsmodellen reicht die Versichertenbetreuung durch eine klassische Filialinfrastruktur nicht aus, sondern muss ergänzt werden durch eine entsprechend konzipierte Digitalinfrastruktur, die unter anderem Online-Geschäftsstellen, Social Media oder Apps umfasst.¹⁴³²

Eine effektive Patientensteuerung erfordert im verstärkten Maße aufseiten von Krankenkassen Strukturen zum Versichertenmanagement, denn diese Strukturen sind notwendig, um eine Besondere Versorgung, unter der die Integrierte Versorgung in § 140a SGB V subsumiert ist, umzusetzen. Erfahrungen mit dem Management bereits existierender strukturierter Behandlungsprogramme, wie beispielsweise DMP, können in das für die Integrierte Versorgung benötigte Versorgungsmanagement einfließen und ausgebaut werden.¹⁴³³ Solche Strukturen versetzen Krankenkassen in die Lage, Morbiditätsverläufe und den damit verbundenen Leistungsbedarf prognostizieren und darüber Steuerungsansätze frühzeitig identifizieren zu können.¹⁴³⁴ Auf solche Strukturen aufbauend können auch die Mitarbeiter einer Krankenkasse Teil eines multimodalen und sektorübergreifenden Coaching- oder Fallsteuerungsnetzwerks sein.¹⁴³⁵ Die mit einem komplexen und differenzierten Versichertenmanagement eng verbundenen Strukturen im Bereich Personalmanagement und -qualifizierung werden in Kapitel 6.3.2.3 weiter ausgeführt.

6.3.2.2 Strukturen Finanzmanagement

Vor dem Hintergrund der in § 140a SGB V getroffenen Zielsetzung einer höheren Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung spielen in diesem Rahmen insbesondere auch die Strukturen des Finanzmanagements eine wichtige Rolle. In der GKV kommt ihnen deshalb eine hohe Bedeutung zu, weil sie eine Krankenkasse in die Lage versetzen müssen, die Einnahmen- und Ausgabensituation für das laufende Haushaltsjahr zuverlässig

¹⁴³² Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 180-196.

¹⁴³³ Vgl. Schlenker, R.-U. (2011), S. 31-33.

¹⁴³⁴ Vgl. Rebscher, H. (2013), S. 300-302.

¹⁴³⁵ Vgl. Fuchs, F., Winter, S. F. (2011), S. 444-447; Stratmann, L., Rose, I., Philipp, R., Kottmair, S. (2011), S. 375-376.

abzuschätzen und so eine belastbare Planung zu gewährleisten.¹⁴³⁶ In Bezug auf die Integrierte Versorgung spielen die Strukturen des Finanzmanagements darüber hinaus insbesondere deshalb eine elementare Rolle, weil dessen Instrumentarium in der Integrierten Versorgung verankert werden und darüber in Fallmanagementsystemen die Preise und die Menge der Gesundheitsleistungen effektiv beeinflussen kann.¹⁴³⁷ Darüber hinaus liefern Finanzmanagementsysteme Rückmeldungen dazu, inwiefern die Ausgaben für die im Rahmen der Integrierten Versorgung versorgten und gesteuerten Versichertengruppen von den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gedeckt werden und inwiefern Integrationsstrukturen langfristig finanziert werden können.¹⁴³⁸

6.3.2.3 Strukturen Personalmanagement

Der Wettbewerbsdruck unter den Krankenkassen führt auch dazu, dass Personalmanagementstrukturen in höherem Maße professionalisiert und langfristig ausgerichtet sowie in der Personalplanung und -bemessung im Interesse einer effizienten Organisations- und Prozessgestaltung geeignete Benchmarkingsysteme angewendet werden müssen.¹⁴³⁹ Dabei spiegeln die verschiedenen Formen von Governance, wie Führung und Organisation der Krankenkasse strukturiert sind und wie auf dieser Basis die Mission, Vision und Ziele des Integrationsmodells unter den Mitarbeitern gelebt und umgesetzt werden.¹⁴⁴⁰ Im Sinne einer gemeinsamen Netzwerkkultur ist dabei elementar, dass das Werte- und Zielsystem der Ärzteseite auf das der Krankenkasse abgestimmt ist und mit diesem kompatibel ist (siehe dazu auch Kapitel 2.2.1.2, 6.2.3.1.2 und 6.2.2.6).¹⁴⁴¹

Die Personalmanagementstrukturen sind in diesem Zusammenhang deshalb von eminenter Bedeutung, weil insbesondere auch die Qualität des Personals einen maßgeblichen Einfluss auf die Dienstleistungsproduktivität ausübt und damit auch darüber bestimmt, inwiefern eine Krankenkasse ihren Beitrag zu einer funktionierenden Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung leisten kann. Dazu zählen unter anderem eine ausgeprägte Kunden- und Serviceorientierung, Kommunikationsfähigkeit und die Kompetenz zur Leistungssteuerung. Innovative Ver-

¹⁴³⁶ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 287-288.

¹⁴³⁷ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 289.

¹⁴³⁸ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 289.

¹⁴³⁹ Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 359-360.

¹⁴⁴⁰ Vgl. Bucci, R. V. (2014), S. 9-20.

¹⁴⁴¹ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 410-411; Bahr, T. M. (2009), S. 72; Smyth, L. (2009), S. 46-47; Ahgren, B., Axelsson, R. (2007), S. 154; Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), S. 83-85.

sorgungslösungen wie die der Integrierten Versorgungen und die darin eingesetzte digitale Infrastruktur erfordern häufig ein komplexes Spezialwissen, das über entsprechende Ausbildungs- und Qualifizierungsstrukturen gefördert werden muss, damit das Differenzierungspotenzial von Integrationsmodellen nutzbar wird.¹⁴⁴²

6.3.2.4 Strukturen Informationsmanagement und Controlling

Aktuell fehlen häufig ganzheitlich ausgerichtete Controllingstrukturen, die eine Krankenkasse in die Lage versetzen, die komplexen Prozesse einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung durch umfassende digitalisierte Controllingsysteme jenseits der klassischen Haushaltskennzahlenschemata zu unterstützen, obwohl solche Systeme zur Kosten- und Qualitätsmessung einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg eines Integrationsmodells ausüben.¹⁴⁴³ In Kapitel 6.3.1 wurde bereits die BSC-Systematik genutzt, um die Motivation von Krankenkassen, sich für die Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung zu engagieren, strukturiert darzustellen. Indem BSC als nutzerorientiert gestaltetes Managementinformations- und Kennzahlensystem den Controllingstrukturen zugrunde gelegt wird, lassen sich die beschriebenen Motive in der Integrationsversorgung verankern. Über solche Controllingstrukturen kann unter anderem die Personalentwicklung so gesteuert werden, dass die Mitarbeiter die mit einem Modell der Integrierten Versorgung einhergehenden Anforderungen erfüllen und motiviert daran mitarbeiten. Darüber hinaus können die schnittstellenübergreifenden Denk- und Gestaltungsprinzipien der Integrierten Versorgung zum gelebten Alltag innerhalb einer Krankenkassenorganisation werden, indem die Informationsmanagement- und Controllingstrukturen die Kommunikation zwischen den verschiedenen Abteilungen und Organisationseinheiten unterstützen. Nicht zuletzt helfen Controllingstrukturen, reibungslose Informationsflüsse zu fördern, Kundenwünsche zeitnah zu realisieren und durch eine höhere Kundenorientierung insbesondere selektivvertragliche Modelle erfolgreicher zu etablieren. Auf solch einer Funktionsbasis können

¹⁴⁴² Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 361-368; Böttcher, K., Herbarth, L., Reinke, S. (2011), S. 364-366.

¹⁴⁴³ Vgl. Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-135; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

dann Kernelemente eines gesteuerten Versorgungsprozesses, beispielsweise Coachingansätze,¹⁴⁴⁴ etabliert werden.¹⁴⁴⁵

Die zu diesem Zwecke eingesetzten IT-Strukturen und integrierten Controllingsysteme müssen in der Lage sein, sektorübergreifende Geschäftsprozesse abzubilden und alle Leistungsebenen zu steuern.¹⁴⁴⁶ Um bedarfsgerechte Versorgungslösungen zu entwickeln und individuell passend anzubieten, muss eine Customer-Relationship-Management (CRM)-Infrastruktur vorhanden sein, die die Krankenkasse dabei unterstützt, Kundenbeziehungsprozesse langfristig und vollständig dokumentieren.¹⁴⁴⁷ Zusätzlich muss ein solches Informationssystem in der Lage sein, die Planungsgrundlage für die Definition eines aus Versorgungssicht optimalen Versichertenkollektivs bereitzustellen, weil sich die Versorgungsstruktur für ein ausreichend großes Versichertenkollektiv als Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung erwiesen hat.¹⁴⁴⁸ Vor dem Hintergrund, dass laut § 140a Abs. 2 SGB V vier Jahre nach dem Inkrafttreten einer Integrationsversorgung die Wirtschaftlichkeit derselben nachgewiesen werden muss, müssen die vorgehaltenen Informationsmanagement- und Controllingstrukturen nicht zuletzt eine Evaluationsbasis liefern, die auch eine Beurteilung des ökonomischen Erfolgs einer Integrierten Versorgung erlaubt.¹⁴⁴⁹ Welche Inhalte im Bereich von Krankenkassen dabei in die Strukturen der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung eingebettet sein sollten, wird im folgenden Abschnitt tiefergehend thematisiert.

6.3.3 Medizinisch-organisatorische Kompetenz und Inhalte

In aller Regel verfügt eine Krankenkasse aktuell nicht über die Grundvoraussetzungen für die Rolle des Motivators, der Versicherte für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung gewinnen kann, da sie im Vergleich zum betreuenden Primärarzt eine deutlich schwächere Vertrauensstellung und geringere Überzeugungskraft besitzt.¹⁴⁵⁰ Bei der Wahl ihrer

¹⁴⁴⁴ Vgl. Böttcher, K., Herbarth, L., Reinke, S. (2011), S. 364-365.

¹⁴⁴⁵ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 431-447.

¹⁴⁴⁶ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 433; Geiger, B., Wolf, T. (2011), S. 341-344.

¹⁴⁴⁷ Vgl. Matusiewicz, D., Wasem, J., Lux, G. (2013), S. 212.

¹⁴⁴⁸ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148-149; Janus, K. (2003), S. 239-243; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁴⁴⁹ Vgl. Pilgrim, T., Kittlick, C. (2011), S. 415-418.

¹⁴⁵⁰ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

Krankenkasse spielen für Versicherte jedoch unter anderem das Angebot bestimmter Leistungen und der Service eine wichtige Rolle,¹⁴⁵¹ wodurch deutlich wird, dass Krankenkassen ihre Versicherten bedarfs- und situationsgerecht unterstützen können und dafür über die entsprechende Steuerungskompetenz verfügen müssen. Diesen Anforderungen folgend müssen bestimmte Kompetenzen und Inhalte in die in Kapitel 6.3.2 beschriebenen Strukturen eingebettet sein, um eine Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung effektiv unterstützen und befördern zu können.

6.3.3.1 Medizinische-organisatorische Kompetenz

Krankenkassen verfügen in aller Regel im Vergleich zu Krankenhäusern und insbesondere niedergelassenen Ärzten über eine deutlich höhere Vertragskompetenz,¹⁴⁵² weswegen der Gestaltungs- und Entscheidungskompetenz von Krankenkassenmitarbeitern eine tragende Rolle bei der Ausrichtung der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung zukommt. Dass Vertreter von Krankenkassen schon heute eine wichtige Entscheiderfunktion wahrnehmen, lässt sich unter anderem daran ablesen, dass Beendigungen von Integrationsverträgen in den meisten Fällen auf die Initiative von Krankenkassen zurückgehen.¹⁴⁵³ Aus dieser Entscheidungs- und Kompetenzposition erwächst aber auch eine erhöhte Verantwortung für die an der Integrierten Versorgung beteiligten Krankenkassen, die sich in den im Folgenden beschriebenen Teilbereichen niederschlägt.

6.3.3.1.1 Kompetenzen Tarif-, Vertrags- und Versorgungsmanagement

Vor dem Hintergrund der bereits erwähnten, vergleichsweise hohen Vertragskompetenz aufseiten von Krankenkassen,¹⁴⁵⁴ ist es vor allem an diesen, eine Strategie für die Integrierte Versorgung festzulegen und sich für eine langfristige Attraktivität solcher Modelle einzusetzen.¹⁴⁵⁵ Mit diesem Bereich ist eine Reihe von qualifikationsbezogenen Voraussetzungen verbunden, die Einfluss auf den Erfolg eines Integrationsmodells ausüben. Dazu gehören im Besonderen die Vertrags- und Kooperationskompe-

¹⁴⁵¹ Vgl. Zok, K. (2016), S. 8-11.

¹⁴⁵² Vgl. Dahm, F.-J. (2005), S. 123.

¹⁴⁵³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 370-371.

¹⁴⁵⁴ Vgl. Dahm, F.-J. (2005), S. 123.

¹⁴⁵⁵ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 227-233.

tenz,¹⁴⁵⁶ die Fähigkeit, zur Koordination des gesamten Versorgungsprozesses beizutragen,¹⁴⁵⁷ eine funktionierende und konstruktive Partnerschaft zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu begründen¹⁴⁵⁸ sowie kontinuierliche Innovations- und Lernprozesse zu initiieren¹⁴⁵⁹. Ausgehend von der in Kapitel 6.2.6.2.4 beschriebenen Kontrollfunktion der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Sozialadäquanz liegt es nahe, dass die Krankenkassen ein Augenmerk auf die Einhaltung der Prinzipien evidenzbasierter Medizin legt, so dass der damit verbundene Erfolgsfaktor zum Tragen kommt.¹⁴⁶⁰ Trotz der im Vergleich zu den anderen Vertragspartnern starken Vertragsexpertise ist die diesbezügliche Kompetenz derzeit noch ausbaufähig, denn Krankenkassen haben bisher nur ein gering ausgeprägtes marktwirtschaftliches Interesse und verfügen über ein zu gering ausgeprägtes qualitatives Know-how gepaart mit einer sehr kurzfristig orientierten Fokussierung auf Einsparungen.¹⁴⁶¹ So ist es beispielsweise problematisch, wenn Krankenkassen versuchen, Wirtschaftlichkeitsprobleme in der Integrierten Versorgung kurzerhand durch Vergütungskürzungen bei Leistungserbringern zu lösen, da diese Strategie der

¹⁴⁵⁶ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 11-16; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 144; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 126-135; Kranzer, A. (2007), S. 180-181; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹⁴⁵⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzels, M., Gröne, O. (2016), S. 62-65; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 53; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147-148; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 403-409; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Kodner, D. L. (2009), S. 12; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 40-41; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 266-267; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Kronhardt, M. (2004), S. 224-229; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653; Leichenring, K. (2004), S. 12; Janus, K. (2003), S. 295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁴⁵⁸ Vgl. Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 10-11.

¹⁴⁵⁹ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Murray, M. (2009), S. 40-42; Ernst, S. (2008), S. 133; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberger, H. (2005), S. 13-14; Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004), S. 7.

¹⁴⁶⁰ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378.

¹⁴⁶¹ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 11.

Motivation von Ärzten, an Selektivverträgen teilzunehmen, und damit der Idee, die Integrationsversorgung nicht nur als Basis für eine bessere Wirtschaftlichkeit sondern insbesondere auch für eine gesteigerte Qualität zu nutzen, empfindlich schaden kann. Die Einschätzung beteiligter Krankenhäuser, von denen rund 75 % die Qualität außerhalb der Integrierten Versorgung für gleich gut oder besser halten, bestätigt, dass in Bezug auf eine stärkere Qualitätsorientierung noch Raum für Verbesserungen besteht.¹⁴⁶²

Eine allgemeinverbindliche Vorgabe, wie Verträge zur Integrierten Versorgung konkret zu gestalten sind, existiert nicht, was die erhöhten Anforderungen, die die Integrierte Versorgung an die Gestaltungskompetenzen der Mitarbeiter einer Krankenkasse stellt, deutlich vor Augen führt.¹⁴⁶³ Gerade in Bezug auf die Patientensteuerung sind Kenntnisse vonnöten, die Krankenkassen erlauben, gezielt Versichertengruppen mit hohem Steuerungspotenzial auszuwählen.¹⁴⁶⁴ Anknüpfend daran müssen Krankenkassenmitarbeiter in der Lage sein, die Anforderungen dieser Versichertengruppen im Tarif- und Vertragsmanagement entsprechend zu berücksichtigen, damit die im Rahmen der Integrierten Versorgung angebotenen Leistungspakete ausreichend attraktiv sind.¹⁴⁶⁵ Aus Sicht der Krankenkasse ist das dabei angewandte Instrumentarium elementar, da darüber sowohl die Parameter des Qualitäts- und Preiswettbewerbs als auch der Rahmen für die Versorgungsmanagement- und Leistungskontrollfunktionen definiert werden.¹⁴⁶⁶

Die Regelungen des Integrationsvertrags bilden zwar das Grundgerüst eines integrierten Versorgungssystems, aber in Anerkennung der Tatsache, dass nicht sämtliche Bereiche einer Integrierten Versorgung im zugrundeliegenden Vertrag erschöpfend geregelt werden können und dass Ärzte und Krankenkassen im Sinne einer funktionierenden Patientensteuerung zukünftig in noch höherem Maße gemeinsam auf eine stärkere Integration des Versorgungsgeschehens hinwirken müssen, besteht die Notwendigkeit, die Möglichkeiten gegenseitiger Unterstützung noch stärker auszuschöpfen. Im Interesse einer möglichst reibungslos funktionierenden Patientensteuerung spielt aufseiten der Krankenkasse vor allem die Fähigkeit der Gestalter, beurteilen zu können, welche Kompetenzfel-

¹⁴⁶² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 375.

¹⁴⁶³ Vgl. Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007), S. 39; Dahm, F.-J. (2005), S. 123.

¹⁴⁶⁴ Vgl. Haaf, A., Halsband, E. (2011), S. 389-394.

¹⁴⁶⁵ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 28-30.

¹⁴⁶⁶ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 33-50.

der im Verantwortungsbereich der Krankenkasse angesiedelt werden und welche Aufgaben von Vertragspartnern außerhalb der Organisation der Krankenkassen besser erfüllt werden können, eine elementare Rolle. In diesem Sinne stellt die Fähigkeit der Krankenkassenmitarbeiter, Kooperation optimal zu fördern, einen Schlüsselfaktor in der Integrierten Versorgung sowie in den darin ablaufenden Steuerungsprozessen dar und in dieser Rolle müssen sie in der Lage sein, eine Kontroll-, Koordinations- und Motivationsfunktion zu erfüllen.¹⁴⁶⁷

6.3.3.1.2 Kompetenzen Versichertenmanagement

Da Versicherte derzeit ihrer Krankenkasse häufig unterstellen, mit Integrationsmodellen vorrangig Kostensenkungen zu verfolgen und weniger an einer Qualitätssteigerung der Versorgung interessiert zu sein,¹⁴⁶⁸ sind die Möglichkeiten einer Krankenkasse zur Patientensteuerung im Rahmen ihres Verhältnisses zu ihren Versicherten begrenzt (siehe dazu auch Kapitel 6.1.1.1 und 6.1.2.1.2).¹⁴⁶⁹ Dennoch sollten sich Krankenkassen nicht auf eine Rolle als reine Kostenerstatter beschränken, sondern durch die entsprechende Qualifizierung ihrer Mitarbeiter die Kompetenz aufbauen, um ihre Versicherten, ergänzend zu der Betreuung von Ärzten, bei der Befähigung zu einer aktiven Therapieteilnahme begleitend zu unterstützen.¹⁴⁷⁰ In einem zunehmend intensiveren Vertragswettbewerb sprechen sich Ökonomen für ein dreipoliges Wettbewerbsmodell aus, in dem Krankenversicherer sich stärker als bisher für die Interessen ihrer Versicherten gegenüber den Leistungserbringern einsetzen.¹⁴⁷¹ Dieses Postulat ist aber für Krankenkassen mit erhöhten Anforderungen an ihre Mitarbeiter verbunden, die in diesem Sinne über ein Höchstmaß an Versichertenorientierung verfügen müssen. Dazu gehört unter anderem, den Zugang zu Informationen über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten zu erleichtern, um eine systemübergreifende und lückenlose Versorgung zu gewährleisten.¹⁴⁷² Durch die Planungsbeteiligung von Leistungserbringern und Kostenträgern, einer der Erfolgsfaktoren integrierter

¹⁴⁶⁷ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 226; Güntert, B. (2017), S. 408; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 120-121.

¹⁴⁶⁸ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

¹⁴⁶⁹ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135.

¹⁴⁷⁰ Vgl. Matusiewicz, D., Wasem, J., Lux, G. (2013), S. 211-212; Kranzer, A. (2007), S. 176.

¹⁴⁷¹ Vgl. Rürup, B. (2005), S. 483.

¹⁴⁷² Vgl. Hauss, F. (2004), S. 43-44.

Versorgungsmodelle,¹⁴⁷³ können Konzepte geschaffen werden, die den Aufbau der patienteneigenen Selbstmanagementfähigkeit optimal fördern.¹⁴⁷⁴

Damit jedoch die Mitarbeiter einer Krankenkasse die elementare Herausforderung, an der Motivation ihrer Versicherten für strukturierte Versorgungsprogramme mitzuarbeiten und deren Vorteile einzelfallbezogen und zielgruppenorientiert darzustellen, meistern können,¹⁴⁷⁵ ist der Aufbau eines Serviceteams vonnöten, das entsprechend den Anforderungen der Integrierten Versorgung qualifiziert ist.¹⁴⁷⁶ Dadurch werden die Mitarbeiter in die Lage versetzt, Krankheitsverläufe von Versicherten und die damit verbundenen Bedarfe zu prognostizieren und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote zu unterbreiten.¹⁴⁷⁷ Teil dieser Kompetenz muss aber unter anderem auch das Wissen darüber bilden, welche Faktoren Versicherte an ihre Krankenkassen binden bzw. welche Gründe zu einem Wechsel der Krankenkasse führen.¹⁴⁷⁸

6.3.3.1.3 Kompetenzen Finanzmanagement

Der Status quo des Morbi-RSA geht mit erhöhten Anforderungen an das Finanzmanagement einer Krankenkasse einher, da die Einnahmen- und Ausgabensituation zuverlässig eingeschätzt werden muss.¹⁴⁷⁹ Dies stellt nicht nur vor dem Hintergrund des dynamischen Marktumfelds des Gesundheitswesens, das zuverlässige Prognosen nur in eingeschränktem Maße zulässt, eine Herausforderung dar,¹⁴⁸⁰ sondern wird auch von der Maßgabe verschärft, dass die Ausgaben für Selektivverträge keine Zusatzbeiträge nach sich ziehen dürfen.¹⁴⁸¹

¹⁴⁷³ Vgl. Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁴⁷⁴ Vgl. Scherenberg, V. (2003), S. 36.

¹⁴⁷⁵ Vgl. Drop, L. (2011), S. 380-381; Haaf, A., Halsband, E. (2011), S. 388-394; Pourie, R. (2011), S. 398-401; Schlenker, R.-U. (2011), S. 33.

¹⁴⁷⁶ Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 188-194.

¹⁴⁷⁷ Vgl. Rebscher, H. (2013), S. 299-306.

¹⁴⁷⁸ Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 183; Zok, K. (2016), S. 8-11.

¹⁴⁷⁹ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 287.

¹⁴⁸⁰ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 288.

¹⁴⁸¹ Vgl. Bundesversicherungsamt (2012), S. 3; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 312.

Dem Beitragssatz einer Krankenkasse kommt im Wettbewerb um Versicherte die gewichtigste Rolle zu und erst danach folgen die Wettbewerbsparameter Qualität und Serviceleistungen.¹⁴⁸² Aus diesem Grund trägt insbesondere auch das Finanzmanagement maßgeblich zum zentralen Unternehmensziel der Steigerung des Marktanteils der Krankenkasse bei, wobei die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierte Versorgung einen effektiven Beitrag zum Ausgabenmanagement leisten kann.¹⁴⁸³ Um eine Krankenkasse in die Lage zu versetzen, ihre finanziellen Steuerungspotenziale und Planungsspielräume einzuschätzen und gezielt für die Konzeption der Integrierten Versorgung zu nutzen, müssen in ihrer Organisation die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sein.¹⁴⁸⁴ Diese Kompetenzen erlauben einer Krankenkasse unter anderem, individualisierte Leistungspakete für spezifische Versichertengruppen, bei denen die erreichbaren Einsparungen und die erwarteten Kosten ermittelt wurden, wirtschaftlich anzubieten.¹⁴⁸⁵

6.3.3.1.4 Kompetenzen Personalmanagement

Allgemein besteht für Krankenkassen die Notwendigkeit, das Personalmanagement auf effiziente Verwaltungsprozesse und die Wertschöpfung im Sinne des Unternehmenserfolgs auszurichten.¹⁴⁸⁶ In Bezug auf die Integrierte Versorgung deuten jedoch alle in Kapitel 6.3.3.1 beschriebenen Kompetenzbereiche an, dass Krankenkassen begleitend zum Engagement in der Integrierten Versorgung bei Ihren Mitarbeitern ein profundes Portfolio verschiedener Kompetenzen vorhalten müssen. Die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierte Versorgung stellt insofern erhöhte Anforderungen an die strategische Personalplanung, als dass die Kooperationsfähigkeit der Krankenkassenmitarbeiter, die im Rahmen der Integrierten Versorgung eingesetzt werden, elementar ist.¹⁴⁸⁷ Eine optimale Arbeitsteilung und bessere Nutzung des vorhandenen Skill Mix unter allen Vertragspartnern ist einer der Schlüsselfaktoren in der Integrierten Versorgung, was auch bei der Personalauswahl und -entwicklung in einer Krankenkasse explizite Berücksichtigung finden muss.¹⁴⁸⁸ Erfolgskritische Aspekte im Bereich des Personalmanagements bestehen unter anderem in

¹⁴⁸² Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 288-290; Schmitz, J. (2008), S. 11-14.

¹⁴⁸³ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 288-289.

¹⁴⁸⁴ Vgl. Pilgrim, T., Kittlick, C. (2011), S. 415-419.

¹⁴⁸⁵ Vgl. Haaf, A., Halsband, E. (2011), S. 389-394.

¹⁴⁸⁶ Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 358.

¹⁴⁸⁷ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 408; Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 360.

¹⁴⁸⁸ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 406-409.

dem Vorhandensein von Führungspersönlichkeiten,¹⁴⁸⁹ die in der Lage sind, die im Bereich der Integrierten Versorgung tätigen Mitarbeiter dazu zu motivieren, sich für einen Kompetenzerwerbs zur verbesserten Integrationsversorgung zu engagieren.¹⁴⁹⁰

Da diese Kompetenzen bewertet und beständig weiterentwickelt werden müssen, gilt dies im Besonderen auch für das Personalmanagement selbst. Insofern muss es über ein spezifisches Kompetenzportfolio verfügen, wodurch es die geeigneten Methoden der Personalbedarfsermittlung und des Personalbenchmarkings anwendet, was sich in einer effizienten Organisations- und Prozessgestaltung sowie einer angemessenen Qualität der Leistungserbringung äußert.¹⁴⁹¹ Gerade weil sich die für die Integrierte Versorgung benötigten Kompetenzen bei Krankenkassenmitarbeitern nur durch aufwändige Verfahren ermitteln lassen und die Produktivitätssteigerung von Humanressourcen häufig eine lange Zeit benötigt, muss auch das damit verbundene Personalmanagement über die Fähigkeit einer langfristigen Potenzialbeurteilung verfügen und die geeigneten Entwicklungs- und Fördermaßnahmen ergreifen.¹⁴⁹²

Krankenkassen hatten anfangs Probleme, den hohen Anforderungen, die das Angebot einer Integrierten Versorgung an die interne Organisations- und Personalentwicklung stellt, gerecht zu werden und die Mitarbeiter adäquat auf die damit verbundenen Aufgaben vorzubereiten.¹⁴⁹³ Um diese Probleme zu überwinden, mussten Krankenkassen die Tatsache anerkennen, dass sich die in diesem Bereich benötigten Qualifikationsprofile gewandelt hatten. Um die Anforderungen, die das Management selektivvertraglicher Modelle stellt, zu erfüllen und um das diesbezügliche kompetenzbezogene Inhaltsspektrum abdecken zu können, reicht es gerade im

¹⁴⁸⁹ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzell, M., Gröne, O. (2016), S. 66; Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 147; Smyth, L. (2009), S. 43-48; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Enthoven, A. C. (2009), S. 285-286; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kent, P., Chalmers, Y. (2006), S. 519; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Kronhardt, M. (2004), S. 210-213; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7-9; Janus, K. (2003), S. 270; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolffenbuttel, B. (2001), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁴⁹⁰ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013), S. 110; Beck, K. (2009), S. 402; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Ernst, S. (2008), S. 128-133; Kranzer, A. (2007), S. 181-183; Fries, V. (2006), S. 81-83; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 13-14; Janus, K., Amelung, V. E. (2004), S. 653-654; Lankers, C. H. R. (1997), S. 148.

¹⁴⁹¹ Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 359-361.

¹⁴⁹² Vgl. Güntert, B. (2017), S. 408; Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 360-361.

¹⁴⁹³ Vgl. Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007), S. 39.

Bereich der Integrierten Versorgung nicht, sich ausschließlich auf das traditionelle Kompetenzprofil von Sozialversicherungsfachangestellten (SoFa) zu stützen, sondern durch weitere spezialisierte Berufsbilder, teilweise auch aus dem Hochschulbereich, wie Informatiker oder Gesundheitsökonominnen, zu ergänzen. Dabei stehen eine hohe Kunden- und Serviceorientierung, Kommunikationsstärke und Kompetenzen in Bezug auf die wachsende Digitalisierung und im Bereich der Leistungssteuerung im Vordergrund.¹⁴⁹⁴

6.3.3.1.5 Kompetenzen Controlling

Ein weiteres grundlegendes Kompetenzelement aufseiten der Krankenkassen ist eine ausgeprägte Controllingexpertise. Um bei der Planung und Umsetzung der Integrierten Versorgung umfassend informierte Entscheidungen zu treffen, ist ein haushaltsübergreifendes, ganzheitlich orientiertes Controlling vonnöten, wie es bisher eher selten vorhanden ist. Die mit einem solchen Kennzahlensystem verbundenen Kompetenzen erlauben, die Vision, Strategieweise und operative Geschäftsplanung miteinander zu verknüpfen und eine zukunftsorientierte Ausrichtung eines Integrationsmodells vorzunehmen.¹⁴⁹⁵ Im Rahmen dieses Controllings muss die Abwägung getroffen werden können, ob Daten neu erhoben werden müssen oder ob vorhandene Daten, beispielsweise Routinedaten, genutzt werden können.¹⁴⁹⁶ Der Aufbau eines solchen Kompetenzfelds ist insbesondere auch deshalb notwendig, um Kundennutzen nachvollziehbar schaffen zu können sowie die eigene Wettbewerbsposition im Vergleich zu anderen Krankenkassen und die Leistungsfähigkeit des angebotenen Integrationsmodells darstellen zu können.¹⁴⁹⁷

Neben dem Bewusstsein der Versicherten, dass die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist und dadurch eine Kontrollinstanz für Leistungserbringer existiert, die den Anreiz setzt, eine hohe Versorgungsqualität zu bieten, müssen auch die Kostenträger im selektivvertraglichen Versorgungsgeschehen evaluieren, ob die im Vertrag verankerten Qualitätsziele, wie beispielsweise eine leitliniengerechte Versorgung, eingehalten werden und so das Versorgungsgeschehen steuern.¹⁴⁹⁸ Im Interesse der

¹⁴⁹⁴ Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 361-368.

¹⁴⁹⁵ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 433-442.

¹⁴⁹⁶ Vgl. Siegel, A., Köster, I., Maun, A. R. et al. (2016), S. 20; Eberhard, S. (2013), S. 30-36; Rebscher, H. (2013), S. 300-313; Abler, S., Verde, P., Stannigel, H. et al. (2011), S. 187-189; Riens, B., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P. et al. (2010), S. 368-369.

¹⁴⁹⁷ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 431-433.

¹⁴⁹⁸ Vgl. Schöffski, O., von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.) (2012), S. 185-186.

langfristigen finanziellen Tragfähigkeit eines Konzepts der Integrierten Versorgung müssen im Controllingbereich im ausreichenden Maße Kompetenzen der Risikosteuerung vorhanden sein.¹⁴⁹⁹ Nicht zuletzt besteht ein elementarer Faktor in der Fähigkeit, die Inanspruchnahme sowie die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen in der Integrierten Versorgung zu überprüfen, um bei etwaigen Prüfungen von Aufsichtsbehörden die Rechtskonformität der gewählten Ausrichtung eines Integrationsmodells darstellen zu können.¹⁵⁰⁰

6.3.3.2 Medizinische-organisatorische Inhalte

6.3.3.2.1 Inhalte Tarif-, Vertrags- und Versorgungsmanagement

Im Bereich des Tarif- und Vertragsmanagements sind auf der einen Seite die Inhalte zu verorten, die in der Integrierten Versorgung als Teil des Tarifmanagements im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten eine Rolle spielen, und auf der anderen Seite die Inhalte, die als Teil des Vertragsmanagements im Integrationsvertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vereinbart werden. Die Inhalte des Versorgungsmanagements ergänzen das Vertragsmanagement insofern, als dass dadurch die Einhaltung der Prozesse, die im Vertragsmanagement vereinbart worden sind, überprüft wird.¹⁵⁰¹

Im versichertenbezogenen Tarifmanagement bilden Zuzahlungsbefreiungen und Beitragsermäßigungen, die Versicherten im Rahmen der Integrierten Versorgung gewährt werden können, einen elementaren Teil der inhaltlichen Gestaltungsfreiheit im Bereich der Besonderen Versorgung. Durch die Zwitterstellung dieses Bereichs können die damit verbundenen Gestaltungselemente sowohl dem Leistungsmanagement als auch dem Kundenmanagement zugeordnet werden. Über die Ausprägung der Inhalte des Tarifmanagements lassen sich grundlegende Parameter des integrierten Versorgungsmodells definieren, beispielsweise der gewährte Autonomiegrad im Rahmen der Prozesse der Patientensteuerung oder der Grad, zu dem das Versichertenverhalten auch durch finanzielle Anreize wie Selbstbehalte beeinflusst werden soll.¹⁵⁰²

Da im Vertragsmanagement im Rahmen der Integrierten Versorgung der direkten Vertragsbeziehung zwischen der einzelnen Krankenkasse und

¹⁴⁹⁹ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 476-481; Fuhrmann, F., Müller, H. A., Meier, F. (2011), S. 437-439; Pilgrim, T., Kittlick, C. (2011), S. 417-418.

¹⁵⁰⁰ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 472.

¹⁵⁰¹ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 29-50.

¹⁵⁰² Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 29-37.

dem Leistungserbringer eine wesentlich höhere Bedeutung zukommt als in der Regelversorgung, spielen die zwischen beiden Parteien vertraglich vereinbarten Inhalte eine zentrale Rolle. Dazu gehören insbesondere die bereits in Abschnitt 6.2.3.2 beschriebenen Versorgungselemente.¹⁵⁰³ Der Vertrag über eine Besondere Versorgung nach § 140a SGB V, unter die auch die Integrierte Versorgung subsumiert ist, legt die Inhalte und Grundsätze der Zusammenarbeit sowie die Zuständigkeit der Versorgungsbeteiligten, insbesondere auch der Krankenkassen fest. Dabei müssen die Prozesse, in denen die benötigten Inhalte hinterlegt sind, aktiv erarbeitet werden, da die in Abschnitt 6.3.2.4 thematisierte IT-Infrastruktur eine Funktionsbasis darstellt, die nicht automatisch einen funktionierenden Versorgungsprozess bewirkt.¹⁵⁰⁴ Eine allgemeinverbindliche Vorgabe, wie Verträge zur Integrierten Versorgung konkret zu gestalten sind, existiert derzeit nicht, weswegen ein weites Gestaltungsspektrum in Bezug auf die vereinbarten Vertragsinhalte besteht.¹⁵⁰⁵ Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass ein besonderes Augenmerk auf Aspekten liegt, die sich in der Vergangenheit als Erfolgsfaktoren erwiesen haben, beispielsweise eine regionale Fokussierung sowie die Nutzung von Wissen über lokalen Anforderungen und Gegebenheiten.¹⁵⁰⁶ Bei der Definition von Anknüpfungspunkten für Steuerungsmodelle auf der Ebene der Koordination und Motivation muss berücksichtigt werden, dass bestimmte Schadenseintritte dem Einfluss von Versicherten unterworfen sind und andere sich diesem entziehen, weswegen die Steuerungsansätze auf die erste Fallgruppe fokussiert werden müssen.¹⁵⁰⁷ Dazu müssen Kriterien und Inhalte zur Zielgruppenauswahl sowie Ansätze zur Versichertenakquise und -bindung entwickelt werden, die sich für die gewünschte Zielgruppe eignen.¹⁵⁰⁸ Die Höhe der erwarteten Leistungsausgaben und die durch eine effektive Steuerung erreichbaren Kosteneinsparungen stellen dabei elementare Inhalte bei der Identifikation der passenden Versicherten für das

¹⁵⁰³ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 30.

¹⁵⁰⁴ Vgl. Geiger, B., Wolf, T. (2011), S. 341-344.

¹⁵⁰⁵ Vgl. Dahm, F.-J. (2005), S. 123.

¹⁵⁰⁶ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 13-15; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004), S. 20; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 7; Eijkelberg, I. M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I. M., Wolfenbuttel, B. (2001), S. 12; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147.

¹⁵⁰⁷ Vgl. Schuller, S. (2002), S. 55-59.

¹⁵⁰⁸ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 222-233; Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 118-120.

entsprechende Integrationsmodell dar.¹⁵⁰⁹ Im Rahmen der Integrierten Versorgung räumt der Gesetzgeber Krankenkassen beispielsweise auch bei der Gestaltung des Vergütungsmodells große Freiheiten ein, da sie hierbei nicht an ein spezifisches Finanzierungssystem gebunden sind und beispielsweise die Wahl zwischen Einzelleistungs- und Pauschalvergütungselementen bzw. einer Kombination aus beiden haben.¹⁵¹⁰

Die Inhalte des Versorgungsmanagements und der Leistungskontrolle werden im Sinne einer Integrierten Versorgung idealerweise mit denen des Vertragsmanagements eng verzahnt und nicht, wie bisher häufig von Krankenkassen gehandhabt, getrennt voneinander organisiert. Durch die Inhalte des Versorgungsmanagements werden die im Versorgungsvertrag definierten Prozesse aktiv gestaltet, unter anderem durch Anhaltspunkte zur Identifikation von Patientengruppen mit ähnlichen Versorgungsanforderungen oder zur Definition von Versorgungsmanagementansätzen, die die gewünschten qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserungen erzielen sollen. Ergänzend dazu bilden die medizinischen und ökonomischen Kriterien, die im Rahmen der Erfolgsmessung Anwendung finden, die Inhalte im Rahmen der Leistungskontrolle.¹⁵¹¹

6.3.3.2 Inhalte Versichertenmanagement

Dem Bereich Versichertenmanagement sind die Inhalte zuzuordnen, die in den Bereich der Leistungs- und Servicepolitik der Integrierten Versorgung fallen. Über diese Leistungs- und Servicekomponenten kann eine Krankenkasse eine stärkere Differenzierung im Wettbewerb um Versicherte erzielen und diese über das Angebot einer optimierten Versorgungsqualität langfristig binden. Die Grundintention des Morbi-RSA, Differenzen in der Risiko- und Morbiditätsstruktur unter den Krankenkassen auszugleichen, kann einen elementaren Beitrag zu einem transparenten Leistungswettbewerb leisten, in dem Krankenkassen mit innovativen Versorgungsinhalten und einer besonderen Servicequalität um Mitglieder werben. Insbesondere die Integrierte Versorgung stellt hierfür eine ideale Plattform dar. Die bisherigen Erfahrungen deuten klar darauf hin, dass eine ausschließliche Fokussierung auf einen möglichst niedrigen Beitragsatz nicht die Grundlage einer nachhaltigen Erfolgsstrategie sein kann, sondern ergänzend auch versichertenrelevante Leistungsinhalte und der

¹⁵⁰⁹ Vgl. Haaf, A., Halsband, E. (2011), S. 389-393.

¹⁵¹⁰ Vgl. Mühlbacher, A. (2017a), S. 327-332; Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 37-47; Brückenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006), S. 128.

¹⁵¹¹ Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2017), S. 47-50.

steigende Serviceanspruch von Versicherten einbezogen werden müssen, um deren Abwanderungsrisiko zu minimieren.¹⁵¹²

Konkrete Inhalte, die einen entsprechenden Leistungs- und Serviceanspruch im Rahmen der Integrierten Versorgung untermauern können, müssen zunächst im Einklang mit den von der Krankenkasse gewählten Zielen und Strategien formuliert werden. Gerade die Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung bietet Ansatzpunkte für die Umsetzung von Zielen des Kundenbindungsmanagements durch einen speziell auf die Integrierte Versorgung zugeschnittenen Versichertenservice, beispielsweise durch einen aktiven Kontakt zwischen Versicherten und dem Serviceteam der Krankenkasse, kurze Bearbeitungszeiten von Versichertenanfragen oder Telefon- und Onlinebetreuungsangebote speziell für Versicherte, die in die Integrationsversorgung eingeschrieben sind. Solche Leistungskomponenten können nicht zuletzt im Rahmen der Patientensteuerung zur Vernetzung aller Prozessbeteiligten beitragen und Krankenkassen den Wandel vom Payer zum Player vollziehen lassen.¹⁵¹³

6.3.3.2.3 Inhalte Finanzmanagement

Vor dem Hintergrund, dass § 140a Abs. 2 SGB V fordert, dass vier Jahre nach dem Bestehen eines Modells der Integrierten Versorgung dessen Wirtschaftlichkeit nachgewiesen werden muss, spielen die Inhalte aus dem Bereich des Finanzmanagements eine elementare Rolle.

Die zur Verfügung stehenden Mittel werden insbesondere durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach der Systematik des Morbi-RSA bestimmt.¹⁵¹⁴ Eine diesbezügliche Herausforderung besteht darin, dass die Zuweisungssystematik im bestehenden Morbi-RSA zu einer deutlichen Unterdeckung bei multimorbiden Versicherten führt. Damit wird das Instrument der Integrierten Versorgung attraktiv, um durch ein besseres Versorgungsmanagement und eine effektive Patientensteuerung diesen Effekt abzumildern.¹⁵¹⁵ Sofern im Rahmen der Integrierten Versorgung Mehrleistungen gewährt werden, müssen diese ebenfalls aus den Mitteln aus dem Morbi-RSA bestritten werden.¹⁵¹⁶ Dieser Grundsatz gewinnt vor allem vor dem Hintergrund Gewicht, dass Selektivverträge

¹⁵¹² Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 180-188; PricewaterhouseCoopers (2015), S. 18-19; Zok, K. (2016), S. 8-9.

¹⁵¹³ Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 188-196; Matusiewicz, D., Wasem, J., Lux, G. (2013), S. 211-212; Deimel, D. (2011), S. 357-358.

¹⁵¹⁴ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 277-284.

¹⁵¹⁵ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 283.

¹⁵¹⁶ Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 278.

nicht zu einer Erhebung bzw. Erhöhung von Zusatzbeiträgen führen dürfen.¹⁵¹⁷ Daher bildet die Berücksichtigung und Abwägung der verschiedenen Risikoaspekte der verschiedenen in der Integrierten Versorgung zu Verfügung stehenden Vergütungsformen im Rahmen von versicherungsmathematischen Risikoanalysemodellen einen Kerninhalt des Finanzmanagements einer Krankenkasse.¹⁵¹⁸ Auf diesem Wege können die Unwägbarkeiten in Bezug auf die Finanzierung von Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung vermieden oder zumindest begrenzt werden.¹⁵¹⁹

6.3.3.2.4 Inhalte Personalmanagement

Um die für die Integrierte Versorgung notwendigen Fähigkeiten in einer Krankenkasse zu entwickeln und auszubauen, müssen die Kompetenzen, die in Kapitel 6.3.3.1.4 thematisiert wurden, auch auf inhaltlicher Ebene fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Krankenkassenmitarbeitern werden.¹⁵²⁰ Da die Integrierte Versorgung für Krankenkassen ein Instrument darstellen kann, um sich im Wettbewerb von Mitbewerbern abzugrenzen und das Spezialwissen der in diesem Versorgungsbereich eingesetzten Mitarbeiter einen Schlüsselfaktor darstellt, spielen auf der inhaltlichen Gestaltungsebene des Personalmanagements Karriereoptionen, die über das Profil des traditionellen Sozialversicherungsfachangeestellten hinausgehen und qualifizierte Fachkräfte langfristig an ihren Arbeitgeber binden, eine entscheidende Rolle.¹⁵²¹

6.3.3.2.5 Inhalte Controllingsysteme

Um den Erfolg der Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung messen zu können, sind integrierte Controllingsysteme notwendig, die sich nicht nur auf die klassischen Kennzahlen des Jahreshaushalts stützen, sondern sich unter anderem auch auf die in das integrierte Versorgungsmodell einbezogenen Leistungsebenen beziehen. Um ein integratives Controllingsystem zu schaffen, können diesem die Inhalte von BSC zugrunde gelegt werden (siehe dazu auch Kapitel 6.3.1), da darin die Vision, die Strategie und die operative Geschäftsplanung sowie die Kennzahlen aus den vier Bereichen Finanzen (1), Kunden (2), Interne Prozesse (3)

¹⁵¹⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt (2012), S. 3; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 312.

¹⁵¹⁸ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 472-473.

¹⁵¹⁹ Vgl. Mühlbacher, A. (2017a), S. 332-335.

¹⁵²⁰ Vgl. Böttcher, K., Herbarth, L., Reinke, S. (2011), S. 364.

¹⁵²¹ Vgl. Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 362-368.

sowie Lernen und Entwicklung (4) miteinander verknüpft werden.¹⁵²² Damit sind im Einzelnen die folgenden Inhalte verbunden:

(1) Mit der **Finanzperspektive** stehen Ziele wie die Deckungsbeitragsmaximierung pro Versichertem, Nettoverwaltungskosten, die die diesbezüglichen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA unterschreiten, die Steuerung des täglichen Finanzbedarfs sowie die Ausgabendeckung in Zusammenhang.¹⁵²³ Daher ist aus der Finanzperspektive eine Kernaufgabe des Controllings die Lieferung von Daten für die Kalkulation von morbiditätsadjustierten Vergütungspauschalen.¹⁵²⁴ Aus der hier beschriebenen inhaltlichen Ausrichtung der Finanzperspektive wird die Notwendigkeit einer engen Verzahnung zwischen Controlling und Finanzmanagement deutlich, da letztendlich die vom Controlling gelieferten Inhalte die Grundlage für die Planung des Finanzmanagements liefern. Damit sind die teilweisen Überlappungen zwischen den Inhalten der beiden Kapitel zu erklären. In diesem Sinne sind an dieser Stelle differenzierte Risikoanalysen, die eine Änderung der Morbidität der Versichertenpopulation sowie frühzeitig ein Verfehlen von operativen Zielen ermitteln und dadurch eine Vertragssteuerung ermöglichen, elementar.¹⁵²⁵ In dieser Hinsicht sind daher das Management, die Steuerung und die Kontrolle von Risiken grundlegende Bestandteile des Controllings.¹⁵²⁶

(2) In der **Kundenperspektive** stehen Ziele, wie die Verhandlungsposition gegenüber Leistungserbringern zu verbessern, die Kundensteuerung zu stärken, Kundenwünsche besser zu verstehen sowie den Fehleranteil im Kundenkontakt zu minimieren, im Vordergrund.¹⁵²⁷ In diesem Sinne besteht der zentrale Gegenstand in der Schaffung und Erhöhung des Kundennutzens.¹⁵²⁸ Wie wichtig die Elemente dieses Bereichs sind, lässt sich unter anderem am Präventionsdilemma ablesen, denn häufig nutzen Personengruppen mit hohem Gesundheitsbewusstsein Präventionsprogramme und die eigentlich anvisierte Zielgruppe wird verfehlt, wodurch bestehende Ungleichheiten noch weiter verstärkt werden.¹⁵²⁹ Daher müssen Präventions- und Therapieprogramme zielgruppenspezifisch gestaltet werden und dafür sind die Controllingdaten, durch die die Zielgruppe

¹⁵²² Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 433-447.

¹⁵²³ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 439.

¹⁵²⁴ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 471-472.

¹⁵²⁵ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 472.

¹⁵²⁶ Vgl. Mühlbacher, A. (2017b), S. 474-483.

¹⁵²⁷ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 438.

¹⁵²⁸ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 432.

¹⁵²⁹ Vgl. Lampert, T., Richter, M., Schneider, S. et al. (2016), S. 160-161.

und deren Anforderungen eruiert werden, unabdingbar. Gleichzeitig spielen an dieser Stelle Inhalte wie eine Steigerung des Deckungsbeitrags pro Versichertem, das Erreichen eines möglichst niedrigen Verwaltungskostenanteils, die Liquiditätssteuerung sowie die Ausgabendeckung eine zentrale Rolle.¹⁵³⁰

(3) In der **Perspektive der internen Geschäftsprozesse** sind Inhalte wie eine standardisierte Automatisierung manueller Prozesse, die Reduktion nicht wertschöpfender Aktivitäten, der Aufbau von Wissen über Kunden sowie die Ausrichtung der Arbeitsplätze der Mitarbeiter auf die Arbeitsanforderungen Gegenstand.¹⁵³¹

(4) Aus der **Lern- und Entwicklungsperspektive** sind vorrangig Ziele wie die Ausrichtung der Weiterbildungsmaßnahmen auf Kundenbedürfnisse, die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, die Förderung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Unternehmensbereichen sowie eine Erhöhung der Reaktionsgeschwindigkeit in Bezug auf Kundenanforderungen relevant.¹⁵³² Um den vorhandenen Informations- und Steuerungsbedarf ermitteln und so ein Modell der Integrierten Versorgung weiterentwickeln zu können, müssen qualitative Wirkungsdaten in aggregierter Form (bspw. zur Versichertenzufriedenheit mit einer bestimmten Versorgungsleistung im Integrationsmodell) mit den Kennzahlen aus dem Finanzbereich (bspw. zum Verhältnis aus den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA und den tatsächlichen Leistungsausgaben der Versicherten) verknüpft und bedarfsgerecht angereichert werden.¹⁵³³ Die Diskussion um die Eignung und Aussagekraft von Routinedaten zeigt dabei, dass sorgfältig geprüft werden muss, welche Daten das tatsächliche Versorgungsgeschehen am besten widerspiegeln.¹⁵³⁴ Um ein prädiktiv ausgerichtetes Versorgungsmanagement aufzubauen und die darin angewandten Steuerungsmechanismen permanent weiterzuentwickeln, muss die Krankenkasse in den Analyseprozess die dafür notwendigen Inhalte einbinden.¹⁵³⁵ Dabei wird die Identifikation der relevanten Versicherten und die Ermittlung von deren Bedarfen auf der Makroebene (Organisationsebene) verortet, während auf der Mikroebene (Patientenebene) die Maßnahmenpla-

¹⁵³⁰ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 438-439.

¹⁵³¹ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 441.

¹⁵³² Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 443.

¹⁵³³ Vgl. Moos, G., Brüggemann, F. (2017), S. 433.

¹⁵³⁴ Vgl. Siegel, A., Köster, I., Maun, A. R. et al. (2016), S. 19-20; Eberhard, S. (2013), S. 35-36; Abler, S., Verde, P., Stannigel, H. et al. (2011), S. 187-189; Riens, B., Broge, B., Kaufmann-Kolle, P. et al. (2010), S. 368-369.

¹⁵³⁵ Vgl. Rebscher, H. (2013), S. 304-313.

nung und -umsetzung, die Überwachung der Leistungserbringung, die Maßnahmenevaluation inklusive adaptive Rückkopplungen an die Versichertenidentifikation und die Maßnahmenumsetzung sowie der Fallabschluss angesiedelt sind.¹⁵³⁶

6.3.4 Qualitative Komponente

Auch im Bereich von Krankenkassen existieren Qualitätspotenziale, die Modelle der Integrierten Versorgung eröffnen können, sofern eine Krankenkasse bei ihren Planungs- und Ausrichtungsentscheidungen den Schwerpunkt darauf legt. In diesem Zusammenhang zählt zu den Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung eine Reihe von Aspekten, die in Kapitel 6.3.4.1 beschrieben werden. Dies verdeutlicht, dass der Erfolg der Integrierten Versorgung in hohem Maße von der Qualitätsorientierung abhängt, was auch für eine Krankenkasse nahelegt, insbesondere in Bezug auf die Integrierte Versorgung ihren Entscheidungen einen starken Qualitätsfokus zugrunde zu legen.

6.3.4.1 Qualitätsorientierte Wettbewerbsstrategie

Vor dem Hintergrund von Entwicklungen wie der des demographischen Wandels ist auch ein Wandel des Versorgungsgeschehens geboten, bei dem Krankenkassen in Bezug auf die Messung von Ergebnisqualität auf Krankheitsebene, die Schaffung von qualitativem Mehrwert sowie die erforderliche Neuausrichtung des Gesundheitswesens ein Treiber sein sollten.¹⁵³⁷ Die in diesem Bereich relevanten Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung bestehen in einer Qualitäts- und Kostenorientierung,¹⁵³⁸ die über die weiteren erfolgskritischen Elemente der zeitnahen Verfügbarkeit qualitätskritischer Daten¹⁵³⁹ und Reportings zu Qualität und Kosten als Entscheidungsgrundlage¹⁵⁴⁰ gewährleistet wird. In Bezug auf Pati-

¹⁵³⁶ Vgl. Rebscher, H. (2013), S. 302-304.

¹⁵³⁷ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 62-64.

¹⁵³⁸ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

¹⁵³⁹ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Theurl, T., Franz, S. (2007), S. 51; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341.

¹⁵⁴⁰ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008),

enten und Ärzte wird der Einsatz der Qualitätsdaten in den Kapiteln 6.1.4.3 und 6.2.4.5 jeweils in einem gesonderten Kapitel dargestellt. Im Bereich der Krankenkassen kommt Qualitätsdaten jedoch eine derart zentrale Rolle zu, dass dieser Aspekt bereits in den Kapiteln 6.3.1, 6.3.2 und 6.3.3 beleuchtet worden ist und an dieser Stelle nicht erneut thematisiert wird. In diesem Sinne leisten Transparenz und Zugang zu Informationen einen elementaren Beitrag zu einem besseren Überblick über die Leistungsfähigkeit von Gesundheitsdienstleistern und damit zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb, den Krankenkassen aktiv fördern können.¹⁵⁴¹ Bisher stehen allerdings für Krankenkassen häufig Kosten im Vordergrund und dem Aspekt einer gesteigerten Qualität kommt eine nachrangige Bedeutung zu, obwohl im Interesse einer nachhaltigen und langfristigen Ausrichtung Qualität und Kosten simultan berücksichtigt werden müssen.¹⁵⁴² Eine solche Qualitätsorientierung gelingt unter anderem durch eine bedarfsgerechte Planung der medizinischen Betreuung¹⁵⁴³ und eine angemessene Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen¹⁵⁴⁴, zwei Aspekte die Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung darstellen. Auch die Tatsache, dass viele Versicherte ihrer Krankenkasse unterstellen, dass niedrigere Kosten für sie wesentlich entscheidender sind als bessere Qualität, deutet an dieser Stelle an, dass Krankenkassen bei ihren Versicherten noch massive Überzeugungsarbeit leisten müssen, um als Verbündete im Streben nach mehr Versorgungsqualität glaubhaft zu sein.¹⁵⁴⁵

Dass Krankenkassen schon jetzt durchaus an einer Qualitätsorientierung interessiert sind, lässt sich daran ablesen, dass sie bei der Integrierten Versorgung zwar Faktoren wie Kostensenkungen und Vermeidung von stationären Aufenthalten als wichtig einstufen, aber auch qualitätsbezogenen Aspekten wie Qualitätssteigerungen, einer Erhöhung der Patientenzufriedenheit, einem verbesserten Image der Krankenkasse oder dem

S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹⁵⁴¹ Vgl. Busse, R., Ganten, D., Huster, S. et al. (2016), S. 14.

¹⁵⁴² Vgl. Buchner, F., Wasem, J. (2017), S. 288-290; Schmitz, J. (2008), S. 11-14.

¹⁵⁴³ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁵⁴⁴ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Fries, V. (2006), S. 82; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 9; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁵⁴⁵ Vgl. Bethge, S. (2015), S. 134-135; Roski, R. (2008), S. 171; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29.

Angebot innovativer Leistungen eine hohe Bedeutung einräumen.¹⁵⁴⁶ In diesem Zusammenhang ist eine Rolle der Krankenkassen als Förderer einer stärkeren Qualitätsmessung geboten, in der sie sich an den in Kapitel 2.2.4 beschriebenen Konzepten orientieren. Dadurch kann eine Krankenkasse das Erzielen qualitativer Effekte, die bezogen auf den Bereich von Patienten in Kapitel 6.1.4.3 und auf den Bereich von Ärzten in Kapitel 6.2.4.5 näher beleuchtet wurden, aktiv unterstützen.

Für Krankenkassen ist der Aufbau eines Integrationsmodells zunächst mit einer Anfangsinvestition verbunden, die in aller Regel mit deutlichem Zeitversatz positive Effekte zeitigt.¹⁵⁴⁷ Aus diesem Grund sind Qualitätsdaten auch für die Krankenkasse elementar wichtig, um einen Indikator für den Erfolg ihrer Investition zu haben und konkrete Entscheidungsgrundlagen für die Entscheidung über die weitere Förderung von Integrationsmodellen zu haben (siehe dazu auch Kapitel 2.2.4). Wie jedoch bereits in Kapitel 6.1.2.1.2 gefordert, sollten im Interesse einer hohen Glaubwürdigkeit die Datenanalyse sowie die darauf basierende Formulierung von Schlussfolgerungen in den Händen einer neutralen Institution liegen, um den Verdacht einer interessensgesteuerten Interpretation auszuräumen. In der Rolle als Akteur, der sich an die Spitze eines solchen Wandels stellt, kann jedoch eine Krankenkasse im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten ihre Daten bereitstellen und so die Ausrichtung der Integrierten Versorgung unterstützen.¹⁵⁴⁸ Nicht zuletzt soll im Sinne des § 140a Abs. 2 SGB V nach der Vorstellung des Gesetzgebers durch die Integrierte Versorgung insbesondere auch die Qualität der Versorgung verbessert werden. Um das Erreichen dieser Vorgabe vor Aufsichtsorganen wie dem Bundesamt für Soziale Sicherung nachzuweisen, benötigt die Krankenkasse entsprechend belastbare Qualitätsdaten.

6.3.4.2 Ausrichtung des Leistungsangebots für Versicherte

Anknüpfend an die in Kapitel 6.3.4.1 beschriebene qualitätsorientierte Wettbewerbsstrategie, können Krankenkassen die Flexibilität von selektivvertraglichen Lösungen gezielt nutzen, um Defizite der Regelversorgung zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Versorgung für Versicherte

¹⁵⁴⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 358-360.

¹⁵⁴⁷ Vgl. Bahr, T. M. (2009), S. 72.

¹⁵⁴⁸ Vgl. Szecsenyi, J., Stock, J., Chenot, R., Broge, B. (2010), S. 56.

zu gewährleisten.¹⁵⁴⁹ Dadurch können sie einen aus Versichertenperspektive entscheidenden Mehrwert schaffen.¹⁵⁵⁰

Der Beitragssatz besitzt zwar für Versicherte die höchste Priorität, aber direkt danach folgen qualitative Aspekte wie der Leistungsumfang einer Krankenkasse. Um sich für Versicherte wahrnehmbar von Wettbewerbern abzugrenzen, können Krankenkassen sich in qualitativer Hinsicht vor allem über ein besser organisiertes Versorgungsmodell, ein besonderes Leistungsangebot mit erweitertem Leistungsumfang sowie ein erhöhtes Engagement beim Versichertenservice positionieren und aus Versichertenperspektive gerade über eine selektivvertragliche Integrationsversorgung einen qualitativen Mehrwert schaffen. Bezogen auf die Integrierte Versorgung können Krankenkassen in ihrem Einflussbereich für Versicherte Qualitätssteigerungen durch Service- und Versorgungsleistungen wie eine persönliche Versichertenbetreuung, Präventionsförderung, eine Prüfung der Behandlungsqualität, vernetzte Versorgungsstrukturen oder den Zugang zu innovativen Behandlungsformen schaffen.¹⁵⁵¹ Die konkreten Effekte, auf die ein solches Angebot abzielt, sind in den Kapiteln 6.1.4 und 6.2.4 beschrieben.

6.3.4.3 Plattform für Mitarbeiterqualifizierung

Das Engagement für die Integrierte Versorgung bietet für Krankenkassen gleichzeitig die Plattform, ihren Mitarbeiter ein vertieftes Verständnis für die Bedürfnisstrukturen der verschiedenen Versichertengruppen zu vermitteln. Dies bietet das Potenzial für eine gesteigerte Qualität der Betreuung und langfristige Bindung der Versicherten an die Krankenkasse.¹⁵⁵² Der Kooperationskompetenz der Mitarbeiter kommt gerade im Rahmen der Integrierten Versorgung eine hervorgehobene Rolle zu, was die Basis für enge Beziehungen zu Leistungserbringern und die Kooperation mit und unter ihnen bildet.¹⁵⁵³ Die damit verbundene Befähigung der Mitarbeiter, Leistungserbringernetzwerke aufzubauen und zu pflegen, begünstigt zusätzlich die Qualität der Versorgung und das Funktionieren der Patientensteuerung (siehe dazu auch Kapitel 6.3.3.1).

¹⁵⁴⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 49-50.

¹⁵⁵⁰ Vgl. Porter, M. E., Guth, C. (2012), S. 62.

¹⁵⁵¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 393-396.

¹⁵⁵² Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 180-188; PricewaterhouseCoopers (2015), S. 18-19; Zok, K. (2016), S. 8-9.

¹⁵⁵³ Vgl. Güntert, B. (2017), S. 408; Kötter, P. M., Dorn, T. (2017), S. 360.

Insofern bietet eine zunächst auf die Tätigkeit im Rahmen der Integrierten Versorgung zugeschnittene Qualifizierung das Potenzial für die Entwicklung eines besseren, serviceorientierteren Versichertenverständnisses sowie einer daraus folgenden höheren Betreuungsqualität, auch außerhalb einer selektivvertraglichen Versorgung. Ein solches Know-how hilft einer Krankenkasse nicht zuletzt den Wandel vom Payer zu Player zu vollziehen und als aktiver Akteur im Versorgungsgeschehen sowohl mit seinen Versicherten als auch mit den beteiligten Leistungserbringern intensiver und zielführender zu interagieren.

6.3.5 Wirtschaftliche Perspektive

Durch ihre Funktion als Kostenträger spielt für Krankenkassen bei der Gestaltung der Patientensteuerung in integrierten Versorgungsmodellen neben qualitativen Aspekten insbesondere auch die ökonomische Perspektive eine wichtige Rolle. Dies äußert sich unter anderem darin, dass Krankenkassen von der Integrierten Versorgung neben der Steigerung der Qualität und der Patientenzufriedenheit insbesondere auch wirtschaftliche Effekte in Form von Kostensenkungen oder der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten erwarten.¹⁵⁵⁴ Dadurch stellt beispielsweise das Ende der Anschubfinanzierung, die zwischen 2004 und 2008 gewährt worden war, einen maßgeblichen Grund dar, Verträge nach § 140a SGB V zu beenden.¹⁵⁵⁵

An der Erwartungshaltung von Krankenkassen in Bezug auf die Integrierte Versorgung lässt sich ablesen,¹⁵⁵⁶ dass auch die wirtschaftlichen Effekte, die für die Patienten in Kapitel 6.1.5 und die Ärzte in Kapitel 6.2.5 beschrieben wurden, wichtige Gründe für ein Engagement in der Integrierten Versorgung darstellen. Spiegelbildlich zu den in Kapitel 3 beschriebenen Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung im Zusammenhang mit einer kombinierten Qualitäts- und Kostenorientierung¹⁵⁵⁷, spielen die selben Faktoren auch in ökonomischer Hinsicht eine wichtige Rolle und

¹⁵⁵⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 359.

¹⁵⁵⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 353-354.

¹⁵⁵⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 359.

¹⁵⁵⁷ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Jäger, C. (2016b), S. 132-134; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Bevan, G., Janus, K. (2011), S. 148; Beck, K. (2009), S. 405-414; Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009), S. 17; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327; Janus, K. (2003), S. 294-295; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147-148; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 129.

bestehen auch hier in Reportings zu Qualität und Kosten als Entscheidungsgrundlage¹⁵⁵⁸, einer bedarfsgerechten Planung der medizinischen Betreuung¹⁵⁵⁹ und einer angemessenen Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen¹⁵⁶⁰. Die Mitwirkungsmöglichkeiten einer Krankenkasse sind zwar insofern eingeschränkt, als dass sie als Kostenträger nicht unmittelbar therapiebeteiligt ist. In welchen Bereichen eine Krankenkasse dennoch wirtschaftliche Faktoren beeinflussen und die damit verbundenen Effekte erzielen kann, ist Gegenstand der folgenden Kapitel.

6.3.5.1 Finanzplanung der Krankenkasse

In Bezug auf die Beurteilung des wirtschaftlichen Erfolgs eines Integrationsmodells, stellt die Tatsache, dass der Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen eine langfristige finanzielle Investition bedeutet, deren Effizienzgewinne meist erst mittel- bis langfristig entstehen, ein Umsetzungshindernis dar.¹⁵⁶¹ Solche Aufwände können sich jedoch kurzfristig problematisch auswirken. Auch wenn bei Integrationsverträgen, die Krankenkassen in der Vergangenheit beendet haben, die Sorge um die Erhebung eines Zusatzbeitrags offenbar eine untergeordnete Rolle gespielt hat,¹⁵⁶² muss eine Krankenkasse die Entscheidung über Zusatzbeiträge mit großer Umsicht treffen. Dass ein Zusatzbeitrag drastische Folgen haben kann, lässt sich daran ablesen, dass er sich im ungünstigsten Fall unmittelbar auf die Einnahmensituation der jeweiligen Krankenkasse auswirkt: So verlor die DAK mehr als zehn Prozent ihrer Mitglieder als sie im Februar 2010 einen monatlichen Zusatzbeitrag von acht Euro erhob.¹⁵⁶³ Vor diesem Hintergrund muss eine Krankenkasse die Investition in ein

¹⁵⁵⁸ Vgl. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 124; Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012), S. 2; Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011), S. 12-13; Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010), S. 143-144; Beck, K. (2009), S. 404-409; Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009), S. 286; Murray, M. (2009), S. 39-42; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 376-377; Ernst, S. (2008), S. 130-132; Franz, S. (2008), S. 268; Kranzer, A. (2007), S. 177-180; Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006), S. 341; Lankers, C. H. R. (1997), S. 147; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 133.

¹⁵⁵⁹ Vgl. Enthoven, A. C. (2009), S. 286; Leichsenring, K. (2004), S. 12; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁵⁶⁰ Vgl. Müller, B. S., Leiferman, M., Wilke, D. et al. (2016), S. 52; Azarmina, P., Prestwich, G., Rosenquist, J., Singh, D. (2008), S. 378; Fries, V. (2006), S. 82; Stern, T., Jaberg, H. (2005), S. 14; Clarke, D., Howells, J., Wellingham, J., Gribben, B. (2003), S. 9; Shortell, S. M., Hull, K. E. (1996), S. 130.

¹⁵⁶¹ Vgl. Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 323-324.

¹⁵⁶² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 354.

¹⁵⁶³ Vgl. Mihm, A. (2011).

Modell der Integrierten Versorgung und den damit verbundenen Finanzbedarf sorgfältig prüfen.

Bei der Planung muss die Krankenkasse zunächst ein Feld mit einem Leistungs- und Kostensteuerungspotenzial eruieren.¹⁵⁶⁴ Beispielsweise gibt es angesichts eines in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Staaten überdurchschnittlich hohen Anteils an künstlichen Knie- und Hüftgelenken¹⁵⁶⁵ von Kostenträgerseite Bestrebungen, Patienten im Bereich der Endoprothetik anhand von vorhandenen Qualitätsdaten, wie aus Qualitätsberichten der Krankenhäuser oder der krankenkasseninternen Qualitätsdatenerhebung, zu steuern.¹⁵⁶⁶ Damit ist aus wirtschaftlicher Perspektive das Ziel verbunden, kostenintensive Revisionsfälle zu verhindern und durch minimalinvasive Operationstechniken die Rehabilitationsphase so kurz und damit gleichzeitig die darauf entfallenden Kosten so niedrig wie möglich zu halten.¹⁵⁶⁷ Da nach § 140a SGB V eine Krankenkasse sehr frei darüber entscheiden kann, ob und in welchem Leistungsumfang sie ein Modell der Integrierten Versorgung anbieten möchte, ist es maßgeblich von ihrer Entscheidung abhängig, ob sie diesen Selektivvertragstypus zur Versorgungssteuerung und im Hinblick auf die Finanzplanung nutzt. Selbst bei anderen Selektivverträgen wie der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), zu deren Angebot eine Krankenkasse nach § 73b Abs. 1 SGB V verpflichtet ist, hat die Praxis gezeigt, dass eine Krankenkasse die Etablierung eines solchen Vertragsangebots sowohl wirksam vorantreiben als auch spürbar hemmen kann.¹⁵⁶⁸ Für einen hausarztgesteuerten Facharztzugang, der auch in die Integrierte Versorgung eingebettet werden kann (siehe Kapitel 6.2.2.4), spricht, dass mit ihm ökonomische Potenziale verbunden sind und dessen Relevanz insbesondere dadurch steigt, dass mit dem Alter der Patienten das steuerungsabhängige Wirtschaftlichkeitspotenzial wächst und beispielsweise in der Altersklasse 76-110 Jahre die Versorgungskosten pro Kopf und Quartal 29,80 Euro niedriger als bei ungesteuerten Patienten liegen.¹⁵⁶⁹ Nicht zuletzt die Steuerung von Hochkostenfällen stellt durch ihr großes Ausgabenvolumen ein Handlungsfeld mit starker ökonomischer Komponente dar.¹⁵⁷⁰

¹⁵⁶⁴ Vgl. Fritsche, L. (2007), S. 48-49.

¹⁵⁶⁵ Vgl. OECD (2013), S. 97.

¹⁵⁶⁶ Vgl. Mohrmann, M. (2009), S. 318.

¹⁵⁶⁷ Vgl. Kreder, H. J., Grosso, P., Williams, J. I. et al. (2003), S. 19; Hart, R., Janeček, M., Čížmář, I. et al. (2006), S. 552.

¹⁵⁶⁸ Vgl. Eckert, F., Rüsenberg, R. (2018), S. 226-231.

¹⁵⁶⁹ Vgl. Mehring, M., Donnachie, E., Tauscher, M. et al. (2014).

¹⁵⁷⁰ Vgl. Ismail, F., Busse, R. (2013), S. 452-461.

Anknüpfend an das gewählte Integrationsfeld muss eine Kosten-Nutzen-Abwägung getroffen werden.¹⁵⁷¹ Dabei muss der Finanzbedarf in den verschiedenen Teilbereichen berücksichtigt werden, im Einzelnen müssen die Kosten für Entwicklung und Verhandlung, Realisierung, Abrechnung und Controlling sowie Patienteninformation und -steuerung quantifiziert werden und in die Finanzplanung einfließen.¹⁵⁷² Teilweise bedeuten auch umfangreiche Budgetbereinigungsverfahren für Krankenkassen einen nicht zu unterschätzenden Aufwand und müssen entsprechend berücksichtigt werden.¹⁵⁷³

Nicht zuletzt müssen in die Finanzplanung der Integrierten Versorgung die Zuweisungsregelungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) einbezogen werden. Im Rahmen des Morbi-RSA werden im Interesse einer direkten Morbiditätsorientierung und der Erhöhung der Planungssicherheit für Krankenkassen 80 kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens finanzieller Zuweisungen berücksichtigt.¹⁵⁷⁴ Da die Kernaufgabe einer Krankenkasse in der Übernahme von Risiken besteht, gleicht der Morbi-RSA durch seine Zuweisungssystematik Ausgaberrisiken im Zusammenhang mit der betreffenden Krankheit aus und erstattet nicht die tatsächlich im Einzelfall entstehenden Behandlungskosten.¹⁵⁷⁵ Aus praktischer Perspektive wird dabei anerkannt, dass im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs der Anreiz für eine negative Risikoselektion lediglich verringert, aber in aller Regel nicht vollständig vermieden werden kann.¹⁵⁷⁶ Abgesehen davon ist eine auf ein Individuum bezogene Ermittlung von Risiken weder praktisch machbar noch notwendig.¹⁵⁷⁷ Dadurch wird die wirtschaftliche Perspektive aus Sicht einer Krankenkasse stark vom Morbi-RSA geprägt und insofern geht von den Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung, die durch diesen Ausgleichsmechanismus definiert werden, durchaus der Anreiz für eine intensivierte Patienten- und Versorgungssteuerung aus, um Krankheits- und Ausgaberrisiken beherrschbarer zu machen.¹⁵⁷⁸ Gleichzeitig werden die Möglichkeiten von Krankenkassen, Leistungsausgaben effektiv zu beeinflussen, als zu stark

¹⁵⁷¹ Vgl. Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), 323-234.

¹⁵⁷² Vgl. Fritsche, L. (2007), S. 50-52; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 318-323.

¹⁵⁷³ Vgl. Lange, A., Braun, S., Greiner, W. (2012), S. 648-649.

¹⁵⁷⁴ Vgl. Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J. et al. (2017), S. 4-5.

¹⁵⁷⁵ Vgl. Göppfarth, D. (2013), S. 13.

¹⁵⁷⁶ Vgl. Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J. et al. (2017), S. 5-6.

¹⁵⁷⁷ Vgl. Göppfarth, D. (2013), S. 13-14.

¹⁵⁷⁸ Vgl. Binder, A. (2015), S. 367-373.

beschränkt kritisiert.¹⁵⁷⁹ Dass Krankenkassen hierbei den Fokus auf die Versorgung von Krankheiten legen, deren Kosten durch den Morbi-RSA ausgeglichen werden, lässt sich daran ablesen, dass in diesem Zusammenhang für Krankenkassen eine fehlende Berücksichtigung von Indikationen im Morbi-RSA ein Hemmnis für das Angebot einer Integrierten Versorgung darstellt.¹⁵⁸⁰ Weitere Ausführungen zu finanziellen Anreizen für Krankenkassen in Bezug auf die Integrierte Versorgung finden sich in Kapitel 6.3.1.1.

6.3.5.2 Förderung ökonomischer Effekte durch Vertragsgestaltung

Als initiiierende Vertragspartner bestimmen Krankenkassen maßgeblich darüber, ob und in welcher Form die Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung genutzt werden.¹⁵⁸¹ Dementsprechend können sie als Treiber und Enabler die Integration des Versorgungsgeschehens selbst mitbeeinflussen und die mit der Anwendung von Managed-Care-Instrumenten verbundenen Effekte ermöglichen.¹⁵⁸² Bedingt durch ihre im Vergleich zu anderen Vertragspartnern höhere Vertragskompetenz (siehe dazu auch Kapitel 6.3.3.1.1) liegt es insbesondere in ihrer Hand, im Rahmen der Vertragsgestaltung die Nutzung ökonomischer Potenziale zu fördern und entsprechend bei der Definition der Vertragsinhalte zu berücksichtigen.¹⁵⁸³ Diese werden anhand einiger ausgewählter Beispiele im Folgenden illustriert.

Die ökonomischen Potenziale, die mit dem Verhalten des Versicherten verbunden sind, wurden bereits in Kapitel 6.1.5 beschrieben. Eng damit verknüpft sind die verschiedenen Anreizmöglichkeiten, auf die Kapitel 6.1.1 eingeht, wobei die finanziellen Anreize, die die Krankenkasse im Rahmen der Gestaltung des Versichertentarifs nutzen kann, einen wichtigen Teilbereich davon bilden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass bereits eine verhältnismäßig geringe, quartalsmäßige Praxisgebühr von 10 Euro das Konsultationsverhalten von Patienten zwar nicht nachhaltig verändern konnte, aber kurzzeitig beeinflusst hat, was die grundsätzliche Kostensensibilität eines großen Teils der Versicherten verdeutlicht.¹⁵⁸⁴

¹⁵⁷⁹ Vgl. Asgarov, E., Hansen, D. (2013), S. 26-27.

¹⁵⁸⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 360.

¹⁵⁸¹ Vgl. Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007), S. 37.

¹⁵⁸² Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 349-350.

¹⁵⁸³ Vgl. Lange, A., Braun, S., Greiner, W. (2012), S. 649-651.

¹⁵⁸⁴ Vgl. Schreyögg, J., Grabka, M. M. (2010), S. 338-340; Maywald, U., Fuchs, A. (2008), S. 666-667.

Obschon die bisherigen monetären Steuerungsanreize nicht die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen konnten, spielt die finanzielle Komponente im gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentarium eine wichtige Rolle.¹⁵⁸⁵ Unter den aktuellen Rahmenbedingungen in Deutschland genießen steuernde Managed-Care-Elemente bei Versicherten noch eine verhältnismäßig geringe Akzeptanz (siehe dazu Kapitel 6.1.1). Langfristig könnte jedoch der demographische Wandel die Finanzlage in den sozialen Sicherungssystemen so massiv verschärfen, dass in absehbarer Zukunft wenige Alternativen dazu verbleiben.¹⁵⁸⁶

Auch den ärztlichen Vertragsbereich kann die Krankenkasse durch eine Vertragsgestaltung nach ökonomischen Kriterien beeinflussen, denn den spiegelbildlichen Teil zur Prämiengestaltung für Versicherte bildet das Vergütungskonzept für die beteiligten Ärzte. Ökonomische Aspekte wie Optimierung der Versorgungsprozesse oder Reduzierung der Kosten spielen bisher bei Ärzten eine eher untergeordnete Rolle, weswegen der Anreiz dafür unter anderem durch das von der Krankenkasse (mit)gestaltete Vergütungssystem gesetzt werden muss (siehe dazu auch Kapitel 6.2.1.2.7 und 6.2.3.2.1).¹⁵⁸⁷ Die damit verbundenen wirtschaftlichen Effekte, die durch die entsprechende Anreizsetzung im ärztlichen Bereich generiert werden sollen, werden in Kapitel 6.2.5 beschrieben.

Häufig kritisieren Ärzte neben dem Stress insbesondere auch den hohen Ressourcenverbrauch, der durch Bürokratie im Versorgungsgeschehen verursacht wird.¹⁵⁸⁸ Alleine für Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen werden die Gesamtkosten pro Jahr mit insgesamt 4,33 Mrd. Euro beziffert, wobei lediglich 0,99 Mrd. Euro auf die Bundesgesetzgebung, aber 3,33 Mrd. Euro auf Regelungen der Selbstverwaltung zurückzuführen sind.¹⁵⁸⁹ Schätzungen gehen alleine für den niedergelassenen Bereich von 54,49 Millionen Nettoarbeitsstunden pro Jahr aus, die durch bürokratische Tätigkeiten entstehen.¹⁵⁹⁰ Im stationären Bereich fließen rund 30 % der Arbeitszeit von Ärzten und Pflegern in bürokratische Tätigkeiten und die Dokumentation.¹⁵⁹¹ So werden beispielsweise bei der Behandlung von Patientinnen mit primärem Mammakarzinom 57 % der Dokumentations-

¹⁵⁸⁵ Vgl. Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M., Schlette, S. (2006), S. 13-42.

¹⁵⁸⁶ Vgl. Kochskämper, S. (2017), S. 19.

¹⁵⁸⁷ Vgl. Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 314-316.

¹⁵⁸⁸ Vgl. Wallenfels, M. (2018); Schmitt, S. (2017).

¹⁵⁸⁹ Vgl. Nationaler Normenkontrollrat, Statistisches Bundesamt, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) et al. (2015), S. 42.

¹⁵⁹⁰ Vgl. Wittberg, V., Kluge, H.-G., Rottmann, H., Goldmann, E. (2018), S. 18.

¹⁵⁹¹ Vgl. Baum, G. (2017), S. 37.

kosten von Ärzten beigetragen und die damit verbundenen Kosten belaufen sich für die Gesamtbehandlung pro Patientin auf 352,82 bis 1.084,08 Euro.¹⁵⁹² Zwar können einerseits auch Ärzte selbst bürokratische Aufwände teils drastisch reduzieren, indem sie Prozesse umstrukturieren,¹⁵⁹³ letztendlich kann dabei aber meist noch nicht das volle Potenzial des Bürokratieabbaus realisiert werden, weil es insbesondere in der Hand der Krankenkassen liegt, auf einen Teil ihrer Kontrollinstrumente, die ihnen in der Regelversorgung zur Verfügung stehen, zu verzichten.¹⁵⁹⁴ Nach § 140a Abs. 2 SGB V dürfen Vertragspartner von den Vorschriften des vierten Kapitels des SGB V abweichen und eine solche Abweichung bietet sich insbesondere dann an, wenn Bürokratiemaßnahmen nicht den erwarteten Nutzen bringen. Dies ist beispielsweise beim Antrags- und Gutachterverfahren im Bereich der Psychotherapie nach § 92 Abs. 6a SGB V der Fall. Da dieses in der aktuellen Form nicht die vorgesehene Qualitätssicherungsfunktion erfüllt und in der Regel alle Therapieanträge bewilligt werden, liegt es nahe, diesen Bereich in der Integrierten Versorgung zu modifizieren und nicht zielführende Verwaltungsanteile zu entfernen.¹⁵⁹⁵ Die Vertragspartner des Integrationsmodells *Gesundes Kinzigtal* führen die von ihnen erzielten Kosteneinsparungen von 10 % gegenüber der Regelversorgung unter anderem die Reduktion von Bürokratie zurück.¹⁵⁹⁶

Auch wenn die mit der Compliance eines Patienten in Verbindung stehenden wirtschaftlichen Effekte größtenteils auf ihn selbst (siehe Kapitel 6.1.5) und die Unterstützung des behandelnden Arztes (siehe Kapitel 6.2.3.1.1) zurückgehen, kann durch complianceförderliche Vertragsvereinbarungen auch die Krankenkasse die Erzielung dieser Effekte unterstützen. Dies soll beispielhaft anhand der selektiven Vertragsgestaltung im Arzneimittelbereich illustriert werden, da dieser Bereich durch sein hohes Ausgabenvolumen entsprechende Wirtschaftlichkeitspotenziale bietet.¹⁵⁹⁷ Rabattverträge im Rahmen von Selektivverträgen sind für Krankenkassen unter anderem deshalb interessant, weil auch Sondervereinbarungen, beispielsweise zur Rabattierung patentgeschützter Medikamente, getroffen und Apotheker zur Schaffung eines nahtlosen, compliancefördernden

¹⁵⁹² Vgl. Beckmann, M., Sell, C., Aydogdu, M. et al. (2016), S. 440-445.

¹⁵⁹³ Vgl. Beckmann, M., Sell, C., Aydogdu, M. et al. (2016), S. 443; Brucker, S., Halber, M., Belka, C. et al. (2007).

¹⁵⁹⁴ Am Beispiel der Kostenübernahme von wiederherstellungschirurgischen Maßnahmen nach Gewichtsverlust, vgl. Werner, T. C. (2018), S. 129-139.

¹⁵⁹⁵ Vgl. Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A. et al. (2011), S. 157-164.

¹⁵⁹⁶ Vgl. Beck, T. F. (2008), S. 71.

¹⁵⁹⁷ Vgl. OECD (2015), S. 31-42.

Prozesses eingebunden werden können.¹⁵⁹⁸ Wie in Kapitel 6.1.5.3 beschrieben, hat die Non-Compliance von Patienten auch weitreichende finanzielle Konsequenzen, wobei festzustellen ist, dass auch Krankenkassen an dieser Stelle Einfluss ausüben können, denn Rabattverträgen mit kurzer Laufzeit bringen für Patienten häufige Arzneimittelwechsel mit sich, was sich bei bestimmten Patientengruppen negativ auf die Compliance auswirkt.¹⁵⁹⁹ Insofern ist es an der Krankenkasse, ihre Rabattverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung so langfristig zu vereinbaren, dass sie die Compliance der Patienten, vor allem der therapietreuegefährdeten Gruppen, nicht beeinträchtigen.

6.3.5.3 Ökonomisches Potenzial von Krankenkassendaten

Der Schlüssel zu einer Vermeidung einer Über-, Unter- und Fehlversorgung liegt in Form der Routinedaten in den Händen der Krankenkassen. Dabei können die Daten aus allen wesentlichen Leistungsbereichen, im Einklang mit dem Datenschutz in pseudonymisierter Form, sektorübergreifend verknüpft werden, um dadurch die Realisierung der in den Kapiteln 6.1.5 und 6.2.5 bereits beschriebenen wirtschaftlichen Potenziale zu unterstützen.¹⁶⁰⁰ Dieser Ansatz erlaubt unter anderem die Unterstützung eines zielgerichteten Versorgungsmanagements für die verhältnismäßig kleine Gruppe der Hochkostenfälle.¹⁶⁰¹

Ein anderer Anwendungsbereich für Krankenkassendaten stellt die Überwindung des Präventionsdilemmas dar, das darin besteht, dass Präventionsmaßnahmen die eigentlich anvisierte Zielgruppe verfehlen und stattdessen Personengruppen mit stark ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein solche Präventionsprogramme nutzen, ohne dass der entsprechende Unterstützungsbedarf besteht.¹⁶⁰² Eine Krankenkasse kann hier durch die ihr zur Verfügung stehenden Informationen gegensteuern und Streuverluste vermeiden, beispielsweise indem sie anhand von Arbeitsunfähigkeitsdaten solche Versicherte ermittelt, die bedingt durch Rückenschmerzen längerfristiger arbeitsunfähig sind, um diese gezielt in tertiärpräventive Angebote zu steuern.¹⁶⁰³ Ein in diesem Indikationsbereich existierendes

¹⁵⁹⁸ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2012), S. 68-74; Schönbach, K.-H. (2008), S. 169-171; Straub, C. (2008), S. 161; Volmer, T., Kielhorn, A. (1999).

¹⁵⁹⁹ Vgl. Dietmaier, O., Schmidt, S., Laux, G. (2019), S. 29-30; Gulich, M., Gröber-Grätz, D. (2010), S. 307; Nolte, T. (2008), S. 51.

¹⁶⁰⁰ Vgl. Schürholz, T. (2007), S. 69-91.

¹⁶⁰¹ Vgl. Oberender, P., Haag, S., Götz, A. (2013), S. 286-293; Abraham, W., Gnutzmann, K.-H. (2007), S. 283-292.

¹⁶⁰² Vgl. Jordan, S., Lippe, E. von der (2013), S. 883.

¹⁶⁰³ Vgl. Bienek, K., Marnitz, U., Seidel, W. et al. (2019), S. 116.

Modell der Integrierten Versorgung setzt darauf, über eine interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie (IMS) sämtliche Teilaspekte des Erkrankungsbilds zu adressieren, indem Orthopäden, Physio- und Psychotherapeuten die Diagnostik und Therapie gemeinsam planen und umsetzen.¹⁶⁰⁴ Wenn man die Patientengruppen mit und ohne IMS miteinander vergleicht, macht sich die frühzeitige Steuerung insbesondere auch durch eine signifikante Kostenreduktion bemerkbar: in der Studie belief sich die Reduktion der direkten Kosten im Jahr nach der Intervention pro Fall zwar lediglich auf 192,28 Euro, aber die indirekten Kosten, vorrangig bedingt durch Arbeitsunfähigkeit, fielen in diesem Jahr pro Versicherten um 2.969,34 Euro geringer aus als in der Vergleichsgruppe.¹⁶⁰⁵

6.3.6 Rechtliche Grundlagen

Wie bereits in Kapitel 5 ausgeführt leistet die Gewährleistung von Vertragsfreiheit einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und zum Erfolg der Integrierten Versorgung, weswegen an dieser Stelle die rechtlichen Bedingungen eines Angebots der Integrierten Versorgung in Bezug auf Krankenkassen thematisiert werden.¹⁶⁰⁶

6.3.6.1 Allgemeiner Gestaltungsrahmen

Auch wenn der rechtliche Rahmen der Integrierten Versorgung weitreichende Gestaltungsfreiheiten bietet,¹⁶⁰⁷ gilt es gerade im Zusammenhang mit der Patientensteuerung, zentrale rechtliche Aspekte zu beachten. In diesem Sinne bringt der Gesetzgeber in § 140a Abs. 1 SGB V klar zum Ausdruck, dass er die Gestaltungshoheit und Federführung beim Abschluss von Integrationsverträgen bei den Krankenkassen verortet und ihnen einräumt „Verträge mit den in Abs. 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten“ abzuschließen,¹⁶⁰⁸ wobei in diesem Zusammenhang detaillierte Vertragsregelungen als verbindlichkeitsverleihende Grundlage eine Schlüsselrolle in Bezug auf den Erfolg der Integrierten Versorgung spielen.¹⁶⁰⁹ Die Gestaltungsfreiheit von Kran-

¹⁶⁰⁴ Vgl. Brömme, J., Mohokum, M., Disch, A. C., Marnitz, U. (2015), S. 196.

¹⁶⁰⁵ Vgl. Brömme, J., Mohokum, M., Disch, A. C., Marnitz, U. (2015), S. 199.

¹⁶⁰⁶ Vgl. Beck, K. (2009), S. 404-411.

¹⁶⁰⁷ Vgl. Ries, H.-P., Schnieder, K.-H., Papendorf, B. et al. (2017), S. 71.

¹⁶⁰⁸ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 6.

¹⁶⁰⁹ Vgl. Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016), S. 62; Voss, H. (2009), S. 297-299; Franz, S. (2008), S. 266; Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007), S. 327.

kenkassen ist in diesem Bereich aber insofern eingeschränkt, als dass § 140a Abs. 2 SGB V vorsieht, dass im Interesse der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) die Wirtschaftlichkeit des Versorgungsmodells nach vier Jahren Laufzeit nachweisbar sein muss. Im Vergleich zur vorherigen Regelung, nach der Verträge nach § 140a SGB V bereits bei Vertragsschluss den Aufsichtsbehörden zu Prüfung vorgelegt werden mussten, gibt die geltende Regelung in § 71 Abs. 6 SGB V einerseits mehr zeitlichen Entwicklungsspielraum, sieht aber andererseits auch hohe Strafzahlungen von bis zu 10 Millionen Euro vor, für den Fall, dass Rechtsverletzungen vorliegen.¹⁶¹⁰

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber in § 305a SGB V die Restriktionen, die in Bezug auf die Nutzung der Arzneimittelverordnungsdaten in der Regelversorgung gelten, für den Geltungsbereich des § 140a SGB V gelockert und erleichtert so Krankenkassen den Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Zusätzlich wird die Führung des Wirtschaftlichkeitsnachweises dadurch unterstützt, dass der Innovationsfonds den Regelungen des § 92a Abs. 2 und 3 SGB V entsprechend pro Jahr 75 Millionen Euro zur Förderung von Versorgungsforschung, unter anderem zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation von Verträgen nach § 140a SGB V bereitstellt. Welche Regelungen im Geltungsbereich der Integrierten Versorgung in Bezug auf die Einschreibung des Versicherten, die Einbindung von Leistungserbringern sowie die Leistungs- und Vergütungsgestaltung gelten, wird im Folgenden ausgeführt.

6.3.6.2 Vorgaben im Verhältnis zu Versicherten

Das Angebot der Integrierten Versorgung ist auch für Versicherte als freiwillig wählbare Alternative zur Regelversorgung konzipiert und in diesem Zusammenhang hat der Versicherte das Recht, von seiner Krankenkasse über Angebote der Integrierten Versorgung umfassend informiert zu werden.¹⁶¹¹ Aus dieser Regelung erwächst für die Krankenkasse die Verantwortung, die aus Versichertenperspektive relevanten Modellkomponenten zu vermitteln. In diesem Sinne wird in § 140a Abs. 4 SGB V festgelegt, dass es in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse fällt, insbesondere die Festlegung der Teilnahmedauer, die Beschränkung des Leistungserbringerkreises und die Folgen von Regelverstößen in der Teilnahmeerklärung des Versicherten zu konkretisieren. Des Weiteren müssen in der Teil-

¹⁶¹⁰ Vgl. Gaßner, M. (2017), S. 686 (Der Autor bezieht sich hier mit der zitierten Gesetzesgrundlage fälschlicherweise auf § 73 SGB V (Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung), wobei aus dem Inhalt des Textes klar wird, dass er eigentlich § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität) meint.).

¹⁶¹¹ Vgl. Blankart, C. B., Fasten, E., Schwintowski, H.-P. (2009), S. 135.

nahmeerklärung die Kündigungsmodalitäten genau beschrieben werden.¹⁶¹²

Der Austausch von Patientendaten bildet die Grundlage für eine intensivierte Zusammenarbeit unter den behandlungsbeteiligten Leistungserbringern. In § 140a Abs. 5 SGB V ist jedoch festgelegt, dass die „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Durchführung der Verträge nach Abs. 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Abs. 1 ... nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen“ darf. Daher stellt die Datenschutzerklärung, in der der Versicherte seine Daten für diesen Zweck freigibt, einen grundlegenden Bestandteil der Teilnahmeerklärung dar (siehe dazu auch Kapitel 6.1.6.2). Da der Gesetzgeber in § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V für den Geltungsbereich der Integrierten Versorgung die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten explizit erlaubt, eröffnet er an dieser Stelle gleichzeitig auch erweiterte Möglichkeiten der Patientensteuerung.

Das Angebot von Versichertentarifen im Rahmen der Integrierten Versorgung muss die Krankenkasse laut § 53 Abs. 3 SGB V in ihrer Satzung regeln, wobei diese Tarife auch Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen beinhalten können. Welche Gestaltungsmöglichkeiten hier im Einzelnen bestehen und welche Akzeptanz diese bei Versicherten genießen wird in Kapitel 6.1.1.2 näher beleuchtet.

6.3.6.3 Regelungen im Vertragsverhältnis zu Leistungserbringern

Die Gestalterrolle, die der Gesetzgeber in § 140a Abs. 1 SGB den Krankenkassen einräumt, beinhaltet unter anderem auch die Auswahl der geeigneten Vertragspartner auf Leistungserbringerseite. Um dabei eine rechts-sichere und langfristig ausgerichtete Patientensteuerung zu schaffen, muss diese auf transparenten Leistungs- und Finanzflüssen sowie einer sachlichen und medizinischen Angemessenheit basieren.¹⁶¹³ Die dabei geltenden Regeln werden im Folgenden beschrieben.

In § 140a Abs. 3 SGB V werden die zulässigen Vertragspartner, die eine Krankenkasse in einen Integrationsvertrag einbinden kann, abschließend definiert. Zu den unter Nr. 1 genannten „nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften“ gehören unter anderem auch niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser, deren Versorgungsbereich mit Bezug auf die Integrierte Versorgung in Kapitel 6.2 eingehend beschrieben wurde.

¹⁶¹² Vgl. Bundesversicherungsamt (2018b), S. 2; GKV Spitzenverband (2013), S. 2.

¹⁶¹³ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 3-6.

Die vollständige Auflistung findet sich im Gesetzestext des § 140a SGB V, der sich in der derzeitigen Fassung in Anhang A befindet. Die Regelungen, die diese Vertragspartner in Bezug auf die Abrechnung mit der Krankenkasse im Rahmen der Integrierten Versorgung zu beachten haben, finden sich in § 295 Abs. 1b und 2a sowie in § 295a SGV.

§ 140a Abs. 3 SGB V beschreibt für die Vertragspartner die Möglichkeit, sich darauf zu „verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist“. Vor dem Hintergrund des engmaschig regulierten deutschen Gesundheitssystems und bei oberflächlicher Betrachtung erweckt diese Option die Illusion nahezu grenzenloser Gestaltungsfreiheit.¹⁶¹⁴ Bei genauerer Betrachtung dieser Regelung wird jedoch klar, dass diesen Möglichkeiten der Abweichung enge Grenzen gesetzt sind. Zum einen sind diese Einschränkungen dadurch begründet, dass eine Krankenkasse nur mit solchen Leistungserbringern Verträge nach § 140a SGB V schließen darf, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, womit eine Abweichung von einem a priori nicht vorhandenen Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus entfällt.¹⁶¹⁵ Beispielsweise bei niedergelassenen Ärzten schließt dies solche aus, die zwar über eine ärztliche Approbation, aber über keinen Kassenarztsitz verfügen. Darüber hinaus ist ein Arzt auch im Rahmen der Integrierten Versorgung an seinen Zulassungsstatus gebunden und kann aus berufsrechtlichen Gründen keine fachgebietsfremden Leistungen erbringen.¹⁶¹⁶ Des Weiteren erlaubt das ärztliche Berufsrecht zwar die Anstellung von fachgebietsgleichen Ärzten, aber räumt die Möglichkeit der Anstellung bei fachgebietsfremden Ärzten ausschließlich im Fall eines gemeinsamen Behandlungsauftrags ein, nicht jedoch bei einem separaten Auftrag.¹⁶¹⁷ Dennoch erleichtert diese Regelung in den Fällen, in denen tatsächlich vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus abgewichen werden darf, beispielsweise wenn ein Krankenhaus im Interesse eines lückenlosen Prozesses in die Erbringung ambulanter Leistungen einbezogen wird, die Realisierung einer sektorübergreifende Versorgung.¹⁶¹⁸

¹⁶¹⁴ Vgl. Schlottmann, N. (2019).

¹⁶¹⁵ Vgl. Deutscher Bundestag (2015) S. 127; Thüringer Landessozialgericht (2007), S. 749.

¹⁶¹⁶ Vgl. Wigge, P., Kaiser, R., Fischer, J., Loose, R. (2010), S. 702; Rehborn, M. (2005), S. 8-9.

¹⁶¹⁷ Vgl. Pinnow, C. (2017), S. 6.

¹⁶¹⁸ Vgl. Leber, W.-D., Wasem, J. (2016), S. 13-14.

6.3.6.4 Vorschriften zur Leistungs- und Vergütungsgestaltung

Im Bereich der Leistungs- und Vergütungsgestaltung räumt § 140a Abs. 2 SGB V den Vertragspartnern der Integrierten Versorgung ein, sofern der G-BA keine ablehnende Entscheidung bezüglich der betreffenden Leistung getroffen hat und diese Leistung einen elementaren Bestandteil des betreffenden Versorgungsmodells bildet, „von den Vorschriften dieses Kapitels [Anm. d. Verf.: Viertes Kapitel des SGB V], des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen“ und „im Dritten Kapitel benannten Leistungen“ abzuweichen, um „die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern“. Die Vorteile einer intensivierten Zusammenarbeit im Rahmen dieses Versorgungsmodells anerkennend, erlaubt der Gesetzgeber den Vertragspartnern, Versorgungselemente wie das Angebot einer Zweitmeinung bei bestimmten Eingriffen (§ 27b Abs. 6 SGB V) oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 132d Abs. 3 SGB V) zum Gegenstand der Integrierten Versorgung zu machen. Allerdings sind auch in diesem Bereich bei der Ausgestaltung die Grundsätze der Beitragssatzstabilität aus § 71 Abs. 1 und 5 SGB V zu beachten und die Vergütung ist so zu festzulegen, dass sie nicht zu Beitragserhöhungen führt, „es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten“. Zusätzlich sieht § 140a Abs. 6 SGB V vor, dass die Gesamtvergütung um den Behandlungsbedarf, der statt von der Regelversorgung von der Integrierten Versorgung abgedeckt wird, gegenüber der zuständigen KV zu bereinigen ist, sofern der Bereinigungsaufwand nicht das zu bereinigende Vergütungsvolumen übersteigt.

Im Sinne eines wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesens sieht der Gesetzgeber auch für den Bereich der Integrierten Versorgung die Geltung der Grundsätze der Transparenz und der Gleichbehandlung vor, aber räumt den Vertragspartnern in § 69 Abs. 4 SGB V die Möglichkeit der Abweichung von den im Allgemeinen geltenden Regelungen zur Ausschreibungspflicht ein und überlässt den Vertragspartnern im Rahmen bestimmter Schwellenwerte ein Verfahren zu wählen, durch das diesen Grundsätzen entsprochen wird.

Nachdem in der Vergangenheit viele Integrationsverträge Regelungen enthielten, die für die beteiligten Leistungserbringer eine Honorierung für die Dokumentation bestimmter, in der Regel Morbi-RSA-relevanter Diagnosen vorsahen und damit den Anreiz zu einer Diagnosemanipulation

(Upcoding) beinhalteten,¹⁶¹⁹ finden sich mittlerweile im SGB V an mehreren Stellen Bestimmungen, die solche Vereinbarungen als unzulässig einstufen. In diesem Sinne verbietet § 140a Abs. 2 eine Zusatzvergütung für die Dokumentation bestimmter Diagnosen und laut § 71 Abs. 6 SGB V darf der Integrationsvertrag keine Vorgaben zur Vergabe bestimmter Diagnosen in elektronischer Form beinhalten. Darüber hinaus untersagt § 305a SGB V Krankenkassen oder von Krankenkassen beauftragten Dritten, Ärzte und Psychotherapeuten in Bezug auf die Dokumentation bestimmter Diagnosen zu beraten. Diese Regelung soll insbesondere die Bestrebungen von Krankenkassen unterbinden, durch eine sogenannte Kodierberatung in den Praxen die ärztliche Diagnosendokumentation zu ihren Gunsten zu beeinflussen.¹⁶²⁰ Auch wenn die Integrierte Versorgung eine enge Abstimmung zwischen Krankenkassen und Ärzten fördern soll, würden derartige Verflechtungen dem Kerngedanken einer evidenzbasierten Patientensteuerung zuwiderlaufen.¹⁶²¹

6.3.7 Zwischenfazit zur Rolle von Krankenkassen

Durch die größeren Gestaltungsfreiheiten in der Integrierten Versorgung ist diese durchaus dafür geeignet, die Handlungsmotive von Krankenkassen und deren Wandel vom Payer zum Player zu unterstützen (siehe Kapitel 6.3.1). Allerdings sind die für diesen Prozess notwendigen Strukturen aufseiten der Kostenträger, beispielsweise deren Informationsmanagement- und Controllingsysteme zur Kosten- und Qualitätsmessung, häufig noch unzureichend entwickelt, womit häufig die diesbezüglichen Steuerungsmöglichkeiten fehlen (siehe Kapitel 6.3.2). Auch wenn Krankenkassen über eine vergleichsweise hohe Vertragskompetenz verfügen, offenbart unter anderem deren häufig niedrige Beratungsqualität, dass sie ihre Versicherten im Versorgungsgeschehen aktuell oft noch nicht im Sinne einer Patientensteuerung unterstützen können (siehe Kapitel 6.3.3.1). Auch wenn Krankenkassen aus der Perspektive von Versicherten mit einer qualitätsorientierten Strategie derzeit noch zu wenig glaubwürdig sind, liegt es insbesondere in deren Hand, ihre Daten als Grundlage für eine Qualitätsstrategie und im Sinne einer höheren Wirtschaftlichkeit einzusetzen (siehe Kapitel 6.3.4 und 6.3.5). Der rechtliche Rahmen des § 140a SGB V räumt auch Krankenkassen eine Reihe von Freiheiten ein, beispielsweise bei der Auswahl von bestimmten Leistungserbringern, aber beschränkt sie auch, beispielsweise insoweit die Regelungen zur Beitrags-

¹⁶¹⁹ Vgl. Binder, A. (2015), S. 278-279.

¹⁶²⁰ Vgl. Schmegal, C. (2019), S. 61; Naundorf, F. (2016).

¹⁶²¹ Vgl. Vorberg, S. (2012), S. 3-6.

satzstabilität (§ 71 SGB V) nicht zulassen, dass die Ausgaben für ein Modell der Integrierten Versorgung zu einer Erhöhung des Beitragssatzes führen (siehe Kapitel 6.3.6).

6.4 Die Rolle weiterer Akteure

Da an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor nach wie vor die größten Effizienzreserven bestehen¹⁶²² und dementsprechend bisherige Verträge der Integrierten Versorgung vorrangig diesen Bereich abdecken,¹⁶²³ hat sich die Betrachtung in den vorangegangenen Kapiteln auf die besser verzahnte Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Bereichen konzentriert. Gleichzeitig ist festzustellen, dass die grundsätzlichen Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung deutlich über diesen Rahmen hinausgehen. Die potenziellen Vertragspartner hat der Gesetzgeber in §140a SGB V in Abs. 3 abschließend definiert. Danach können Krankenkassen mit

- Leistungserbringern des vierten Kapitels (laut § 69 SGB V Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstige Leistungserbringer),
- Managementgesellschaften,
- Pflegekassen und -einrichtungen,
- Praxiskliniken,
- Pharmaunternehmen,
- Medizinprodukteherstellern sowie
- Kassenärztlichen Vereinigungen

einen Vertrag zur Integrierten Versorgung schließen. Auf diesem Wege können ergänzend zu den in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Versorgungsbestandteilen weitere elementare Bereiche ins Versorgungsgeschehen integriert werden. Einen dieser Schlüsselbereiche stellt die Arzneimittelversorgung dar, weswegen im Folgenden beispielhaft die Gestaltungsmöglichkeiten eines integrationsbasierten Medikationsmanagements ausgeführt werden.

Mit dem Ziel eines optimierten Medikationsmanagements können unter anderem Apotheken einbezogen werden und durch eine auf diesem Wege realisierte multimodale Unterstützung die Compliance von Patienten besser gefördert werden.¹⁶²⁴ Um jedoch innerhalb eines Integrationsmodells

¹⁶²² Vgl. Spitzer, S. G. (2017), S. 116.

¹⁶²³ Vgl. Behrens-Potratz, A., Schmugge, J., Ulbrich, J. (2016), S. 23-25.

¹⁶²⁴ Vgl. Schäfer, C. (2017), S. 224-226; Waltering, I., Schwalbe, O., Hempel, G. (2015), S. 887-891; Rapke, C., Hofmann, G., Stedtfeld, H.-W., Scherbel, G. (2004), S. 1046-1049.

dem Anspruch eines optimierten Versorgungsangebots gerecht zu werden, müssen Apotheken bereit und in der Lage sein, Patienten einen wahrnehmbaren Mehrwert zu bieten, beispielsweise durch eine umfassende Medikamentenberatung, bei der durch einen entsprechenden Diskretionsbereich abgesichert wird, dass die Privatsphäre von Patienten ausreichend respektiert wird und in Beratungsgesprächen alle Behandlungsanlässe thematisiert werden können. Dass dies nicht zwingend der Realität entspricht, lässt sich dran ablesen, dass lediglich 12 % der Patienten eine solche Diskretionszone aus ihrer Apotheke kennen bzw. 65 % nicht wissen, ob dort eine solche existiert, obwohl Apotheken zur Einrichtung einer sogenannten Beratungsecke, die ein diskretes Patientengespräch in einem separierten Raum ermöglicht, gesetzlich verpflichtet sind.¹⁶²⁵

Ein möglicher weiterer potenzieller Vertragspartner in der Integrierten Versorgung im Bereich der Arzneimittellversorgung sind Pharmaunternehmen. Auch diese Vertragspartnerschaft muss jedoch so ausgerichtet sein, dass sie mit den Zielen der Integrationsversorgung vereinbar ist. Dies kann jedoch beispielsweise dann gefährdet sein, wenn einem als Vertragspartner beteiligten Arzneimittelhersteller die exklusive Arzneimittellversorgung in einem bestimmten Therapiegebiet eingeräumt und so der Wettbewerb mit anderen Herstellern unterbunden wird.¹⁶²⁶ Auf diesem Weg würden die Verordnungsmöglichkeiten der beteiligten Ärzte beschnitten und eine flexible Umstellung auf neu zugelassene Präparate anderer Herstellern mit höherem Nutzenpotenzial verhindert werden, was nicht zuletzt den Zielen einer gesteigerten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zuwiderlaufen kann. Darüber hinaus sind „Kooperationsformen“, bei denen Arzneimittelhersteller an Ärztenetze finanzielle Zuwendungen für die Netzwerkinfrastruktur fließen lassen, um dadurch das Ordnungsverhalten der Ärzte zu ihren Gunsten zu beeinflussen, nicht vereinbar mit einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung.¹⁶²⁷ Solche Vereinbarungen sind vor allem deshalb kritisch zu bewerten, weil finanzielle Zuwendungen der Pharmaindustrie entgegen der ärztlichen Selbstwahrnehmung¹⁶²⁸ nachweislich das ärztliche Ordnungsverhalten zugunsten des zuwendenden Herstellers beeinflussen¹⁶²⁹

¹⁶²⁵ Vgl. Glaeske, G., Dicheva, S., Sauer, K. (2015), S. 82-88.

¹⁶²⁶ Vgl. Koch, K. (2009), S. 209.

¹⁶²⁷ Vgl. Grill, M. (2011), S. 114-115.

¹⁶²⁸ Vgl. Steinman, M. A., Shlipak, M. G., McPhee, S. J. (2001), S. 555-556.

¹⁶²⁹ Vgl. DeJong, C., Aguilar, T., Tseng, C.-W. et al. (2016), S. 1120-1121; Grochowski Jones, R., Ornstein, C. (2016), S. 8-9; Lieb, K., Scheurich, A. (2014), S. 2-7; Spurling, G. K.,

und zu einer Unterschätzung potenzieller Nebenwirkungen von beworbenen Präparaten¹⁶³⁰ führen. Die Tatsache, dass in der Wahrnehmung der Allgemeinbevölkerung der Arzneimittelindustrie ein schlechter Ruf anhaftet¹⁶³¹ und Medikamentenhersteller in der Vergangenheit teilweise durch dubiose Geschäftspraktiken auffielen,¹⁶³² deutet bereits an, dass die Einbindung von pharmazeutischen Unternehmen in die Integrierte Versorgung als Vertragspartner grundsätzlich ein sensibles Feld darstellt.¹⁶³³ Um die Glaubwürdigkeit der Integrierten Versorgung in den Augen von Patienten nicht nachhaltig schädigen und das Vertrauensverhältnis zwischen dem teilnehmenden Patienten und dem behandelnden Arzt nicht zu gefährden, gilt es im Fall einer Einbindung von Pharmafirmen, die entsprechenden Vereinbarungen im Einklang mit den ethischen Richtlinien und Zielen der Integrationsversorgung auszugestalten.¹⁶³⁴ Auf der einen Seite kann dies durch Verhaltenskodizes, wie sie bereits üblich sind, gewährleistet werden,¹⁶³⁵ und auf der anderen Seite kann auch das flexible Instrument von Rabattverträgen, über die Pharmaunternehmen an der Integrierten Versorgung indirekt beteiligt und so Wirtschaftlichkeitspotenziale im Arzneimittelbereich genutzt werden können, angewandt werden.¹⁶³⁶

Analog dem hier beispielhaft beleuchteten Bereich der Arzneimittelversorgung, muss auch bei den anderen eingangs genannten potenziellen Vertragspartnern geprüft werden, wie diese zur Erreichung der Ziele der betreffenden Integrationsversorgung beitragen können und wie im Einklang damit deren Rolle im Integrationsvertrag gestaltet werden muss. Dies beinhaltet insbesondere auch die Definition der Teilkomponenten der Patientensteuerung (siehe Kapitel 2.2).

Mansfield, P. R., Montgomery, B. D. et al. (2010), S. 3-19; McFadden, D. W., Calvario, E., Graves, C. (2007), S. 4-5; Adair, R. F., Holmgren, L. R. (2005), S. 882-884; Halperin, E. C., Hutchison, P., Barrier, R. C., JR (2004), S. 1478-1483.

¹⁶³⁰ Vgl. Wang, A. T., McCoy, C. P., Murad, M. H., Montori, V. (2010), S. 5-6.

¹⁶³¹ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2019), S. 18.

¹⁶³² Vgl. bspw. Berndt, C. (2016a), S. 4; Berndt, C. (2016b), S. 16; DeJong, C., Aguilar, T., Tseng, C.-W. et al. (2016), S. 116-121; Pohlmann, S., Fraunhofer, A. (2016), S. 147-149; Schott, G., Dünneberger, C., Mühlbauer, B. et al. (2013), S. 575-583; Wang, A. T., McCoy, C. P., Murad, M. H., Montori, V. (2010), S. 3-6; Steinman, M. A., Shlipak, M. G., McPhee, S. J. (2001), S. 555-556.

¹⁶³³ Vgl. Glaeske, G. (2017), S. 235-239.

¹⁶³⁴ Vgl. Vashi, N. A., Latkowski, J.-A. M. (2012).

¹⁶³⁵ Vgl. Köbler, K. (2017), S. 785-786.

¹⁶³⁶ Vgl. Koch, K. (2009), S. 127.

7 Präferenzorientierung als Gestaltungselement der Integrierten Versorgung

Gegenstand aktueller Forschung ist nicht nur der Einfluss einer steuerungsunterstützenden Prozessstrukturierung auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern auch inwiefern sich eine solche auf die Zufriedenheit von Patienten und Leistungserbringern auswirkt.¹⁶³⁷ Daran anknüpfend beleuchtet dieses Kapitel ein Instrument zur Erzielung einer höheren Präferenzorientierung der Versorgung vertieft. Welcher Stellenwert den in den zurückliegenden Kapiteln vorgestellten Gestaltungselementen einer integrationsgestützten Patientensteuerung zukommt, muss insbesondere aus der Perspektive der unmittelbar versorgungsbeteiligten Patienten, Ärzte und Krankenkassen eruiert werden, denn dem Ansatz von Lancaster folgend, muss davon ausgegangen werden, dass sich nicht das Modell der Integrierten Versorgung in seiner Gesamtheit, sondern die einzelnen, darin eingesetzten Versorgungselemente nutzenstiftend auswirken.¹⁶³⁸ Wie aus den Kapiteln 6.1.1, 6.2.1 und 6.3.1 deutlich geworden ist, spielt eine präferenzorientierte Gestaltung von selektivvertraglichen Modellen insbesondere dann eine zentrale Rolle, wenn diese wie im Fall der Integrierten Versorgung für alle Beteiligten eine freiwillige Zusatzoption darstellen. Dabei muss zur Ermittlung der Präferenzen eine Methode gewählt werden, die die Möglichkeiten eines regionalen Modells der Integrierten Versorgung nicht übersteigt. Im Fall des Gesundheitsnetz Franken-Jura (GFJ), das sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Gründungsphase befand, wurde das Best-Worst Scaling gewählt, um Patientenpräferenzen im Hinblick auf die Gestaltung eines Modells der Integrierten Versorgung zu ermitteln. Welche Erwägungen zur Wahl dieser Methode geführt haben, wie die Erhebung durchgeführt wurde und welche Ergebnisse die Befragung erbrachte, ist Gegenstand der folgenden Kapitel.

¹⁶³⁷ Vgl. Hörtemöller, A., Eversmeyer, M. (2017), S. 353-355.

¹⁶³⁸ Vgl. Lancaster, K. J. (1966), S. 133.

7.1 Die Methode des Best-Worst Scaling

Grundsätzlich stehen zur Präferenzmessung die beiden Methodenklassen der kompositionellen (1) und dekompositionellen Verfahren (2) zur Verfügung, die sich wie folgt charakterisieren lassen.¹⁶³⁹

(1) **Kompositionelle Verfahren** sind im Marketing gängige Methoden zur Präferenzmessung, bei denen die Befragten isoliert jeweils den Nutzen einer einzelnen Produkteigenschaft angeben.¹⁶⁴⁰ Um im Anschluss die Gesamtbeurteilung des Betrachtungsobjekts zu ermitteln, werden die Teilnutzenwerte additiv durch die entsprechende Integrationsfunktion zu einem Gesamtnutzen kombiniert, was die Bezeichnung „kompositionelles Verfahren“ erklärt.¹⁶⁴¹ Die Hauptvorteile dieses Verfahrens bestehen vorrangig in einer geringen Komplexität und einfachen Handhabung, weil die Befragten nicht mit zu vielen Informationen auf einmal überfordert werden.¹⁶⁴² Diese Vereinfachung stellt gleichzeitig die entscheidende Schwachstelle dieser Methodenklasse dar, unter anderem weil Nutzen in der Realität nicht in Teilnutzenwerten, sondern als Gesamtnutzen wahrgenommen wird und die Probanden mit einer künstlich erzeugten Vielzahl von Teilaspekten überfordert werden, die sie so in der Realität nicht isoliert beurteilen würden, wodurch irrelevante Nutzendimensionen leicht überbewertet werden oder die einzelnen Attribute nicht differenziert werden können.¹⁶⁴³

(2) Während bei kompositionellen Verfahren der Nutzen einzelner Produktmerkmale isoliert abgefragt und aus den Teilbewertungen der Gesamtnutzen prognostiziert wird, läuft die Nutzenmessung bei **dekompositionellen Verfahren** umgekehrt ab. Am Anfang steht ein Präferenzurteil, das im Rahmen der Präferenzmessung in Teilnutzenwerte zerlegt bzw. „dekomponiert“ wird.¹⁶⁴⁴ Ein Analyseverfahren aus dem Feld der dekompositionellen Verfahren ist die Conjoint-Analyse.¹⁶⁴⁵ Die Conjoint-Analyse basiert auf der Annahme, dass sich Produkte und Dienstleistungen aus einer Vielzahl von Eigenschaften zusammensetzen, deren Relevanz je nach beurteilendem Individuum unterschiedlich gewichtet wird und die abhängig davon ihren jeweiligen Beitrag zum individuellen Ge-

¹⁶³⁹ Vgl. Bekmeier-Feuerhahn, S. (1998), S. 69-98.

¹⁶⁴⁰ Vgl. Agarwal, M. K., Green, P. E. (1991), S. 141-142.

¹⁶⁴¹ Vgl. Fabian, S. (2005), S. 119.

¹⁶⁴² Vgl. Srinivasan, V. S. (1988), S. 295; Schweickl, H. (1985), S. 33.

¹⁶⁴³ Vgl. Simon, A. (2010), S. 152; Voeth, M. (2000), S. 28.

¹⁶⁴⁴ Vgl. Hillig, T. (2006), S. 33.

¹⁶⁴⁵ Vgl. Gustafsson, A., Herrmann, A., Huber, F. (2007), S. 3; Luce, R. D., Tukey, J. W. (1964).

samtnutzen leisten.¹⁶⁴⁶ Auch wenn die Conjoint-Analyse der direkten Nutzenmessung in Bezug auf Faktoren wie Realitätsnähe der Entscheidungssituation oder Anfälligkeit für Verfälschungen und Fehlinterpretationen überlegen ist, ist es dennoch angebracht, das angewandte Messverfahren in Abhängigkeit vom jeweiligen Erhebungseinsatz zu wählen, da auch die Conjoint-Analyse Nachteile, wie beispielsweise die Anwendbarkeit auf eine beschränkte Anzahl von Attributen oder die Gefahr einer kognitiven Überforderung der Probanden, mit sich bringt.¹⁶⁴⁷

Wenn bisher die Wichtigkeit relativ ähnlicher Merkmale abgefragt wurde, gestaltete sich die Ermittlung verwertbarer Ergebnisse oft schwierig, da die häufig in der Marktforschung angewandten Ratingskalen, Rankings und Punktverteilungsskalen bedingt durch ihre Schwachstellen häufig nicht die gewünschten Ergebnisse lieferten.¹⁶⁴⁸ Bei Ratingskalen, über die Probanden Untersuchungsgegenstände auf einer Skala zwischen zwei Extrempunkten bewerten,¹⁶⁴⁹ werden in der Einzelabfrage die Bewertungsobjekte meist alle als wichtig eingestuft, was eine prioritätsbezogene Differenzierung erschwert.¹⁶⁵⁰ Zusätzlich verursachen Antwortmuster, wie soziale Erwünschtheit¹⁶⁵¹, die Akquieszenz (Ja-sage-Tendenz)¹⁶⁵² oder Tendenz zu Antwortextremen¹⁶⁵³ einen Verzerrungseffekt. Wenn Probanden um ein Ranking gebeten werden und Beurteilungsobjekte in die Reihenfolge bringen sollen, die ihrem persönlichen Wichtigkeitsempfinden entspricht, ist dies insbesondere bei einer großen Anzahl an Bewertungsmerkmalen häufig mit einer Überforderung der Probanden verbunden und darüber hinaus erlaubt die zugrundeliegende Ordinalskala nur eine begrenzte Möglichkeit an weiteren Auswertungen.¹⁶⁵⁴ Bei Punktverteilungsskalen müssen die Probanden eine feste Anzahl von Bewertungspunkten auf die Merkmale verteilen, was viele Befragungsteilnehmer einerseits als schwierig und andererseits als künstlich-starren Rahmen empfinden, wodurch sie sich meist stärker auf die Einhaltung der zu verteilenden Bewertungspunkte als die Wiedergabe ihrer Präferenzstruktur konzentrierten.¹⁶⁵⁵

¹⁶⁴⁶ Vgl. Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. et al. (2011), S. 457-506.

¹⁶⁴⁷ Vgl. Baier, D., Brusch, M. (2009), S. 10-11.

¹⁶⁴⁸ Vgl. Simon, A. (2010), S. 156.

¹⁶⁴⁹ Vgl. Malhotra, N. K., Birks, D. F., Wills, P. (2012), S. 407-448.

¹⁶⁵⁰ Vgl. Voeth, M. (2000), S. 28.

¹⁶⁵¹ Vgl. Cronbach, L. J. (1946), S. 479.

¹⁶⁵² Vgl. Edwards, A. L. (1957).

¹⁶⁵³ Vgl. Streiner, D. L., Norman, G. R. (2008), S. 115-120.

¹⁶⁵⁴ Vgl. Simon, A. (2010), S. 158.

¹⁶⁵⁵ Vgl. Simon, A. (2010), S. 158.

Im Fall der Präferenzerhebung unter den Patienten im Ärztenetz GFJ lag das Hauptaugenmerk auf der reliablen Darstellung der Präferenzstruktur bei einer größeren Anzahl von Merkmalen, um bei der Planung des Versorgungsmodells den Merkmalen mit dem größten Bewertungsgewicht die höchste Priorität einräumen zu können. Anders als bei den meisten Conjoint-Analyseverfahren sollte hier nicht die konkrete Ausprägung der jeweiligen Nutzendimension erhoben werden, beispielsweise in Form eines konkreten Geldbetrags, sondern ausschließlich die Priorität des entsprechenden Items dargestellt werden. Von den weiterentwickelten Formen der dekompositionellen Verfahren erlaubt keine sowohl die Abfrage einer größeren Anzahl von Merkmalen als auch die Erfassung von Auswahlabsichten. Dagegen vereint eine weiterentwickelte Form der Discrete-Choice-Analyse, die als Maximum-Difference oder auch als Best-Worst Scaling bezeichnet wird,¹⁶⁵⁶ die Vorteile von kompositionellen und dekompositionellen Verfahren.¹⁶⁵⁷

Das Best-Worst Scaling wurde von Louviere und Woodworth¹⁶⁵⁸ entwickelt und knüpft an die Paarvergleichsmethode von Thurstone¹⁶⁵⁹ und die theoretischen Grundüberlegungen zu Auswahlentscheidungen von McFadden¹⁶⁶⁰ an. Das Best-Worst Scaling, das eine Weiterentwicklung der klassischen Discrete Choice Analyse darstellt, überwindet eine eklatante Schwachstelle derselben: In traditionellen Discrete Choice Experimenten ist es methodisch nicht zulässig, die Wichtigkeit einzelner Merkmale ins Verhältnis zu anderen Merkmalen zu setzen, wogegen das Best-Worst Scaling dies ausdrücklich erlaubt.¹⁶⁶¹ Da im Fall der Datenerhebung bei GFJ das Ziel darin bestand, zu ermitteln, welche Priorität den verschiedenen Eigenschaften des Ärztenetzes bei den Patienten insbesondere auch im Verhältnis zueinander zukommt, empfiehlt sich das Best-Worst Scaling nicht zuletzt durch diese Eigenschaft. Das Best-Worst Scaling gleicht eine weitere Schwäche der aufgeführten Erhebungsmethoden aus, indem es mit Paarvergleichen arbeitet und den Bewertungsprozess auf kognitiv beherrschbare Einzelschritte aufteilt, denn im Regelfall können Probanden ohne große Probleme die Fragen in einem Best-Worst-Scaling-Fragebogen beantworten, gerade auch weil es generell leichter fällt jeweils das Element mit der niedrigsten und höchsten Priorität zu benennen, als

¹⁶⁵⁶ Vgl. Szeinbach, S. L., Barnes, J. H., McGhan, W. F. et al. (1999), S. 852.

¹⁶⁵⁷ Vgl. Simon, A. (2010), S. 155.

¹⁶⁵⁸ Vgl. Louviere, J. J., Woodworth, G. G. (1990).

¹⁶⁵⁹ Vgl. Thurstone, L. L. (1927).

¹⁶⁶⁰ Vgl. McFadden, D. (1974).

¹⁶⁶¹ Vgl. Flynn, T. N., Louviere, J. J., Peters, T. J., Coast, J. (2007), S. 172.

eine mittlere Relevanz einzustufen.¹⁶⁶² Jedes einzelne Set besteht dabei aus drei oder mehr Elementen und die Anforderung, dass die zwei ausgewählten Elemente gemessen an einem zugrundeliegenden Bewertungskontinuum den größtmöglichen Abstand zueinander haben sollen, erklärt die alternative Bezeichnung als Maximum-Difference Scaling.¹⁶⁶³ In der Studie, die im Kapitel 7.2 vorgestellt wird, lautet das Bewertungskontinuum „Persönliche Priorität“. Abbildung 15 zeigt ein Beispiel für ein Auswahlset mit vier Elementen.

AM WICHTIGSTEN		AM UNWICHTIGSTEN
x	1 Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	
	2 Freie Arztwahl	
	4 Kurze Wartezeit in der Praxis	x
	10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	

Abbildung 15: Beispiel Auswahlset Best-Worst-Scaling¹⁶⁶⁴

Das Best-Worst Scaling stellt im Vergleich zur klassischen Discrete Choice Analyse insofern eine Weiterentwicklung dar, als dass der Proband durch die Wahl der wichtigsten und der unwichtigsten Eigenschaft eine Reihe von Zusatzinformationen preisgibt. Im Beispiel aus Abbildung 15 hat sich der Befragte für „Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten“ als die wichtigste und für „Kurze Wartezeit in der Praxis“ als die unwichtigste Eigenschaft der Versorgung im Ärztenetz entschieden. Ausgehend von diesem Beispiel erhält man die in Tabelle 5 dargestellten Präferenzinformationen, womit nur die Angabe, wie die Eigenschaften „Freie Arztwahl“ und „Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ“ bei einem Paarvergleich eingestuft würden, fehlt.

Bei der Planung der Studiendesigns müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:¹⁶⁶⁵

- **Frequency balance:** Jedes Merkmal muss bei Berücksichtigung aller Auswahlsets gleich oft erscheinen.

¹⁶⁶² Vgl. Sawtooth Software (2013), S. 6.

¹⁶⁶³ Vgl. Auger, P., Devinney, T. M., Louviere, J. J. (2007), S. 321; Cohen, S. H. (2003), S. 5.

¹⁶⁶⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁶⁶⁵ Vgl. Sawtooth Software (2013), S. 7.

- **Orthogonality:** Jedes Merkmal muss mit jedem anderen Merkmal gleich oft kombiniert werden.
- **Connectivity:** Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn es nicht möglich ist, die untersuchten Merkmale in zwei Gruppen aufzuteilen, die jeweils nur untereinander kombiniert werden.
- **Position Balance:** Jedes Merkmal erscheint gleich oft an der jeweiligen möglichen Stelle in den Auswahlsets.

Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	>	Freie Arztwahl
Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	>	Kurze Wartezeit in der Praxis
Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	>	Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ
Freie Arztwahl	>	Kurze Wartezeit in der Praxis
Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	>	Kurze Wartezeit in der Praxis

Tabelle 5: Einzelinformationen aus Best-Worst Scaling

Für den Einsatz des Best-Worst-Scaling-Verfahrens bei der Erhebung der Patientenpräferenzen in einem Ärztenetz sprechen insbesondere die Eignung für eine größere Anzahl von Merkmalen, die trennscharfe und verzerrungsfreie Erhebung der Präferenzunterschiede in Bezug auf die interessierenden Merkmale sowie die verhältnismäßig geringen intellektuellen Anforderungen, die das Verfahren gerade im Vergleich zu anderen Conjoint-Analyse-Verfahren an die Probanden stellt.¹⁶⁶⁶ Nicht zuletzt

¹⁶⁶⁶ Vgl. Cohen, E. (2009), S. 19-20; Cohen, S. H. (2003), S. 5.

handelt es sich beim Best-Worst Scaling um ein etabliertes Verfahren, das sowohl theoretisch mathematisch fundiert ist als auch erfolgreich in der Praxis angewandt wurde.¹⁶⁶⁷ Eine Schwachstelle des Best-Worst Scaling liegt in der Erklärungsbedürftigkeit des im Vergleich zu anderen Methoden relativ unbekannten Verfahrens, was sich auch bei der Datenerhebung, die in Kapitel 7.2 vorgestellt wird, bestätigt hat. Auch wenn das Best-Worst Scaling im Vergleich zu anderen Verfahren der Conjoint-Analyse mit vergleichsweise geringen kognitiven Anforderungen an die Befragten verbunden ist, erfordert die Methode dennoch ein deutlich höheres Maß an kognitiver Beteiligung als die klassischen Rating-Skalen. Darüber hinaus gestaltet sich, wie bei Conjoint-Verfahren üblich, die Datenerhebung und -auswertung komplizierter als bei einfacheren Verfahren, wie den Rating-Skalen.¹⁶⁶⁸

7.2 Patientenpräferenzenerhebung im Ärztenetz GFJ

Die Gesundheit Franken-Jura (GFJ) GmbH & Co. KG, in dem 53 Haus- und Fachärzte in 37 Praxen im Gebiet Altlandkreis Nürnberger Land/ Region Altdorf organisiert sind, wurde am 27.12.2011 gegründet.¹⁶⁶⁹ Die GFJ schloss im Jahr 2013 einen indikationsübergreifenden Vollversorgungsvertrag mit der AOK Bayern ab, dessen Ziel die enge Verzahnung des haus- und fachärztlichen Bereichs ist.¹⁶⁷⁰ An den Strukturen von anderen regionalen Ärzteverbänden, mit denen die AOK Bayern im Rahmen von Integrationsverträgen bereits über mehrere Jahre zusammenarbeitet, lässt sich ablesen, dass hierbei insbesondere auch optimierten Kostenstrukturen und dem Anreiz für Ärzte, eingeschriebene Patienten wirtschaftlicher als in der Regelversorgung zu behandeln, ein hoher Stellenwert zukommt,¹⁶⁷¹ wodurch ein solcher Versorgungsvertrag auch auf eine effektive Patientensteuerung abzielt.¹⁶⁷²

Andererseits muss eine Teilnahme am Versorgungsmodell insbesondere auch für die Versicherten der AOK Bayern attraktiv sein; bedingt durch den Nicht-Markt im Bereich der GKV, in dem Patienten zwar medizinische Leistungen erhalten, aber diese, mit Ausnahmen von Selbstbeteili-

¹⁶⁶⁷ Vgl. Cohen, S., Markowitz, P. (2002).

¹⁶⁶⁸ Vgl. Simon, A. (2010), S. 162.

¹⁶⁶⁹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017), S. 12-13.

¹⁶⁷⁰ Vgl. AOK Bayern (2019), S. 1; Adelman, F. (2013); AOK Bayern (2013).

¹⁶⁷¹ Vgl. Stoschek, J. (2014), S. 9; Bahr, T. M. (2009), S. 68-71; Lindenthal, J. (2009), S. 217-220; Jedamzik, S. (2006), S. 86-87.

¹⁶⁷² Vgl. Kenn, K. (2007), S. 335.

gungen,¹⁶⁷³ nicht direkt bezahlen, kommt für Versicherte bzw. Patienten dem Argument eines optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnisses eine eher nachrangige Bedeutung zu.¹⁶⁷⁴ Daher ist für die Aufbauplanung eines Ärztenetzes sehr wichtig, die Präferenzen der Patienten zu kennen und bei der Leistungsgestaltung explizit zu berücksichtigen.

7.2.1 Konzeption des Fragebogens

Die Befragung sollte einen tiefergehenden Einblick in die Prioritätensetzung der Patienten im sich im Aufbau befindlichen Ärztenetz GFJ in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung gewähren, um eine unzureichende Nutzerorientierung, die häufig ein zentrales Umsetzungshindernis in der Integrierten Versorgung darstellt, zu vermeiden.¹⁶⁷⁵ Um die daraus gewonnenen Ergebnisse in die Planung der Patientensteuerung und des Netzaufbaus einbeziehen zu können, sollte die dazu gewählte Evaluationsmethode für ein möglichst breites Spektrum an Patienten geeignet sein und belastbare Daten als Planungsgrundlage liefern. Eine möglichst universelle Eignung für verschiedene Patientengruppen ist unter anderem deshalb wichtig, weil bisher häufig eine zu geringe Fallzahl in Integrationsmodellen ein Problem darstellt und dementsprechend die angewandte Befragungsmethode dazu geeignet sein muss, auch große, heterogene Patientengruppen damit zu adressieren.¹⁶⁷⁶ Daher fiel aus den in diesem Kapitel ausgeführten Gründen dabei die Entscheidung auf das Best-Worst Scaling und das Design des Fragebogens wurde nach dem von Malhotra empfohlenen Vorgehen entwickelt.¹⁶⁷⁷

Im Fragebogen, der sich in Anhang B findet, wurden zunächst ausgewählte soziodemographische Angaben zu Geschlecht, Geburtsjahr und Schulabschluss abgefragt. Außerdem waren die Kassenmitgliedschaft, Chronikerstatus, der letzte Besuch beim niedergelassenen Arzt, der letzte Krankenhausaufenthalt, die Entscheidungsfindung bei der medizinischen Behandlung und die Zufriedenheit mit dem niedergelassenen Arzt, bei dem die Befragung stattfand, Gegenstand dieses Teils. Dieser Bereich wurde so knapp wie möglich gehalten, um den Fragenumfang auf das Maß des tatsächlich Notwendigen zu beschränken, aber insbesondere um nicht durch einen großen Einleitungsteil Ermüdungserscheinungen vor dem Best-Worst-Scaling-Teil, der den Befragten ein höheres Maß an kognitiver Be-

¹⁶⁷³ Vgl. Faller, H., Neuderth, S. (2019), S. 358.

¹⁶⁷⁴ Vgl. Rüschemann, H.-H., Roth, A., Krauss, C. (2000), S. 4.

¹⁶⁷⁵ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 220-221.

¹⁶⁷⁶ Vgl. Gersch, M. (2010), S. 25.

¹⁶⁷⁷ Vgl. Malhotra, N. K. (2007), S. 300.

teilung abverlangt, zu fördern. Daran anschließend stand die Frage im Fokus, welche Prioritäten Patienten in Bezug auf die Merkmale ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung setzen. Das Best-Worst Scaling sollte den Stellenwert ausschließlich solcher Merkmale verdeutlichen, die die an einem Netzwerk beteiligten Ärzte und Krankenkassen tatsächlich beeinflussen können. Daher wurden die Merkmale, die in diesem Rahmen untersucht wurden, über eine Literaturrecherche zu Angeboten bereits bestehender Ärztenetze ausgewählt. Die Literatur wurde über eine Recherche anhand der Suchbegriffe „Integrierte Versorgung“ und „Leistungen“ in den in Kapitel 3 genannten Datenbanken vorselektiert und die Quellen, die sich mit dem Angebotsspektrum konkreter Integrationsmodelle in Deutschland befassten, wurden der im Folgenden aufgeführten Merkmalsauswahl zugrunde gelegt. Der Empfehlung von Cohen folgend, beschränkte sich die vorliegende Evaluation auf 13 ausgewählte Eigenschaften, die in 13 Auswahlsets von jeweils vier Merkmalen kombiniert wurden.¹⁶⁷⁸

Um sicherzustellen, dass die Probanden ein einheitliches Verständnis von den im Rahmen des Best-Worst Scaling zu bewertenden Merkmalen haben, wurden diese ihnen vor dem Interview wie folgt erläutert:

(1) Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten:¹⁶⁷⁹ Dieses Merkmal beschreibt die Abstimmung der behandelnden Ärzte eines Patienten und den elektronischen Austausch der Patientendokumentation untereinander, damit Therapieentscheidungen auf Basis möglichst aller zur Verfügung stehenden Behandlungsdaten getroffen werden können.

(2) Freie Arztwahl:¹⁶⁸⁰ Da die Einschreibung in das integrierte Versorgungsmodell des GFJ und der AOK Bayern nicht nur die Gewährung bestimmter Zusatzleistungen, sondern auch eine Einschränkung der Arztwahlfreiheit bedeutet,¹⁶⁸¹ sollte hier festgestellt werden, welche Priorität, die freie Arztwahl in Relation zu anderen Merkmalen hat. Die Priorität dieses Merkmals zeigt, ob potenzielle Ausgleichselemente zu einer solchen Einschränkung notwendig sind, beispielsweise ein Zweitmeinungsverfahren, das in bestimmten Situationen das Hinzuziehen eines weiteren

¹⁶⁷⁸ Vgl. Cohen, E. (2009), S. 12.

¹⁶⁷⁹ Vgl. Lindenthal, J. (2017), S. 69; Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013), S. 153; Bahr, T. M. (2009), S. 66-67; Lindenthal, J. (2011), S. 176-177; Wambach, V., Lindenthal, J. (2009), S. 40-41; Weimer, T. (2009), S. 113.

¹⁶⁸⁰ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 356; Amelung, V. E., Wagner, C. (2010), S. 191; Böcken, J. (2006), S. 264-266; Nolting, H.-D., Grabbe, Y., Loos, S. et al. (2006), S. 38; Braun, B., Greß, S., Höppner, K. et al. (2006), S. 28-29; Wasem, J. (2000), S. 432.

¹⁶⁸¹ Vgl. AOK Bayern (2013).

Arztes ermöglicht.

(3) Patientenbegleitung:¹⁶⁸² Die Patientenbegleitung bedeutet die Unterstützung durch einen Case Manager, der Patienten dabei hilft, ihre medizinische Versorgung zu koordinieren, beispielsweise durch die Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, die Hilfe bei der Einhaltung des Medikamentenplans oder die Organisation einer häuslichen Pflege nach einem stationären Aufenthalt.

(4) Kurze Wartezeit in der Praxis:¹⁶⁸³ Dieses Merkmal bezeichnet die Wartezeit in der Praxis bei einem im Vorfeld vereinbarten Arzttermin. Kurzfristig eingeräumte Notfalltermine waren hier ausgenommen.

(5) Schnelle Terminvereinbarung:¹⁶⁸⁴ Dieses Merkmal bezieht sich auf das möglichst kurze Zeitintervall zwischen dem Zeitpunkt der Terminvereinbarung und dem des Termins selbst.

(6) Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen:¹⁶⁸⁵ Damit sind im Vergleich zur Regelversorgung zusätzliche Leistungen gemeint, die in integrierten Versorgungsmodellen kostenfrei gewährt werden, beispielsweise bestimmte Vorsorgeuntersuchungen.

(7) Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin, etc.):¹⁶⁸⁶ Das Patientenmarketing beinhaltet in diesem Zusammenhang unter anderem das Angebot eines GfJ-Patientenmagazins, das über Gesundheitsthemen und Aktuelles aus dem Ärztenetz informiert. Außerdem sind regelmäßige Aufklärungsaktionen in den einzelnen Netzpraxen zu bestimmten Themen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall Bestandteil dieses Bereichs.

(8) Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten:¹⁶⁸⁷ Ein Bonusprogramm soll in diesem Zusammenhang in Anlehnung an bereits bestehende Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen gesundheitsbewusstes Verhalten der Netzpatienten, beispielsweise durch das regelmäßige Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen oder die Teil-

¹⁶⁸² Vgl. Bahr, T. M. (2009), S. 66-67; Wambach, V., Lindenthal, J. (2009), S. 41.

¹⁶⁸³ Vgl. Lindenthal, J. (2017), S. 69-70; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 210.

¹⁶⁸⁴ Vgl. Lindenthal, J. (2017), S. 71; Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 227; Stoschek, J. (2014), S. 8; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 210.

¹⁶⁸⁵ Vgl. Lindenthal, J. (2017), S. 70; AOK Bayern (2013); Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 210.

¹⁶⁸⁶ Vgl. Koch, T. (2017), S. 119; Wambach, V., Lindenthal, J. (2015), S. 378; Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 210.

¹⁶⁸⁷ Vgl. Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017), S. 192.

nahme an Sportangeboten, in Form von Geld- oder Sachleistungen belohnen.

(9) Verlängerte Sprechstunden:¹⁶⁸⁸ In diesem Zusammenhang sind längere Sprechstunden jeder einzelnen Praxis der GFJ gemeint. Dadurch soll beispielsweise in Vollzeit Berufstätigen die Möglichkeit gegeben werden, nach ihrer Arbeitszeit einen Arzttermin wahrnehmen.

(10) Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ:¹⁶⁸⁹ Um Patienten eine Grundlage für ihre medizinischen Entscheidungen zu bieten, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, ihnen konkrete Vergleichswerte zum bisherigen Behandlungserfolg der GFJ-Ärzte zur Verfügung zu stellen. In der Befragung wurde dies exemplarisch daran konkretisiert, dass bereits heute für die strukturierte Versorgung in den Disease-Management-Programmen (DMP) Daten zur Strukturqualität erhoben werden, die potenziell in diesem Sinne genutzt werden können.¹⁶⁹⁰

(11) Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen:¹⁶⁹¹ Da manche Diagnosen die Lebensgestaltung des Patienten massiv verändern bzw. einen risikobehafteten operativen Eingriff bedeuten, kann eine Zweitmeinung zusätzliche Sicherheit für den Patienten und den diagnostizierenden Arzt bieten, weswegen die Stärkung dieses Versorgungselements auch für die Umsetzung in der Integrierten Versorgung Potenzial besitzt.¹⁶⁹²

(12) Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden:¹⁶⁹³ Mit diesem Element ist ein Angebot des Gesamtnetzes gemeint, wie es bereits in anderen, länger bestehenden Netzen angeboten wird. Eine solche Bereitschaftspraxis bietet für Patienten die Möglichkeit, sich außerhalb der regulären Sprechstunden ambulant medizinisch versorgen zu lassen.

(13) Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden:¹⁶⁹⁴ Um bei Problemen mit dem behandelnden Arzt einen neutralen Schlichter einschalten

¹⁶⁸⁸ Vgl. Lindenthal, J. (2017), S. 69-70.

¹⁶⁸⁹ Bspw. Evaluation einer integrationsgestützten Versorgung bei depressiven Störungen, vgl. Paulzen, M., Müller, A., Akkus, T. et al. (2014), S. 858-863.

¹⁶⁹⁰ Am Beispiel DMP Brustkrebs in Nordrhein, vgl. Nitz, U., Frick, M., Tuschen, G. (2003), S. 761-766.

¹⁶⁹¹ Vgl. Haselhoff, V. J. (2016), S. 1-2.

¹⁶⁹² Vgl. Panten, J., Niehaus, A. (2016), S. 80; Zengerling, F., Schrader, A. J., Mohr, A., Schrader, M. (2013), S. 1293.

¹⁶⁹³ Vgl. Ärztegenossenschaft Mittelfranken eG (ÄGM) (2020); Oswald, A. (2013), S. 11.

¹⁶⁹⁴ Vgl. Wambach, V., Lindenthal, J. (2015), S. 378.

zu können, bieten manche Ärztenetze für solche Fälle einen Ombudsmann an.

7.2.2 Pretest und Ablauf der Befragung

Die Methode des Best-Worst Scaling liefert zwar in kurzer Zeit eine große Menge an Informationen, jedoch hängt die Verwertbarkeit eines Fragebogens, davon ab, ob sich der Befragte an die Regeln des Best-Worst Scaling hält. Dies heißt insbesondere, dass der Proband tatsächlich immer nur jeweils die eine wichtigste und die eine unwichtigste Eigenschaft benennt und beispielsweise nicht mehrere, die ihm am wichtigsten erscheinen. Daher erschien das persönliche Interview als die geeignetste Erhebungsform unter den zur Verfügung stehenden Befragungsformen.¹⁶⁹⁵

Am Anfang der Befragung stand der Pretest, bei dem das Design des Fragebogens durch die Befragung von 14 Patienten auf seine grundsätzliche Eignung getestet wurde. Insgesamt kamen die Probanden gut mit dem Bogen zurecht, lediglich die Benennung von zwei Merkmalen im Best-Worst Scaling bereitete Probleme: Das Merkmal 3 hieß ursprünglich „Patientencoach/ Case Manager“ und darunter konnten sich die mehrheitlich älteren Patienten nichts vorstellen. Aus diesem Grund wurde die Bezeichnung in „Patientenbegleitung“ geändert. Das Merkmal 10 hieß anfangs „Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Netz“ und dies wurde fälschlicherweise oft als medizinische Informationen, die im Internet zur Verfügung gestellt werden, aufgefasst. Daher wurde dieses Merkmal in „Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ“ umbenannt. In Anhang B findet sich der Fragebogen, der nach dem Pretest eingesetzt wurde.

Nach dem Abschluss des Pretests wurden im Zeitraum zwischen 14.11. und 06.12.2012 insgesamt 205 Patienten in sieben hausärztlichen, vier fachärztlichen, zwei haus- und fachärztlich gemischten Praxen sowie einer kinderärztlichen Praxis befragt (siehe Abbildung 16). Da die Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V ausschließlich gesetzlich Versicherten offensteht, wurden Versicherte von privaten Krankenversicherungen ausgeschlossen. Auf kurze Frist gesehen wäre es unter Umständen sinnvoller gewesen, ausschließlich AOK-Versicherte zu befragen, da zum Zeitpunkt der Befragung ein Integrationsvertrag nach §140a SGB V ausschließlich mit der AOK Bayern konkret verhandelt wurde. Vor dem Hintergrund einer langfristigen Planung und potenziellen Verträgen mit weiteren

¹⁶⁹⁵ Vgl. Malhotra, N. K. (2007), S. 184-193.

Krankenkassen war es aber angebracht, alle GKV-Versicherten in der jeweiligen Praxis einzubeziehen.

Während die Erhebung der soziodemographischen Daten im ersten Teil des Fragebogens bei praktisch allen Probanden problemlos ablief, verlangte der Best-Worst-Scaling-Teil des Fragebogens den Probanden ein spürbar höheres Maß an Konzentration ab. Um die Probanden in diesem Teil so gut wie möglich dabei zu unterstützen, sich auf die Auswahl des für sie wichtigsten bzw. unwichtigsten Merkmals konzentrieren zu können, erhielten die Befragten die jeweiligen Merkmale eines Auswahlsets auf einem Zettel in optimierter Leseschriftgröße, die die Texterfassung erleichtert.¹⁶⁹⁶

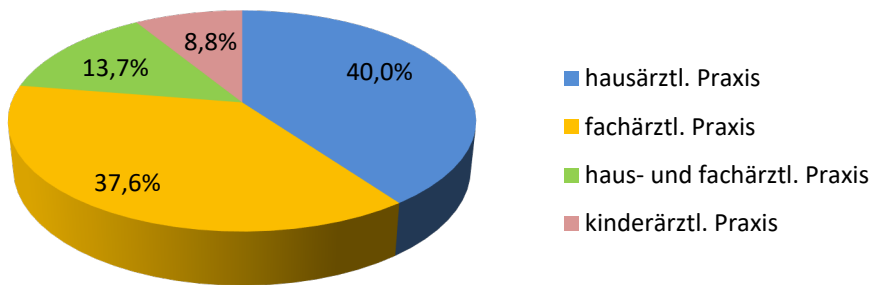


Abbildung 16: Verteilung der Befragten auf die Praxen (n = 205)¹⁶⁹⁷

In diesem Zusammenhang erwies sich die Empfehlung von Cohen zur maximal abzufragenden Anzahl von Merkmalen als sehr hilfreich. Er sieht 20 Auswahlsets als die von Befragten akzeptierte maximale Obergrenze, legt aber nahe, diese Akzeptanzgrenze nicht vollständig auszureizen und sich auf deutlich weniger Auswahlsets zu beschränken.¹⁶⁹⁸ In der hier durchgeführten Befragung wurden 13 Merkmale in 13 Auswahlsets mit je vier Merkmalen abgefragt. Diesen Umfang akzeptierte der Großteil der teilnehmenden Patienten sehr gut, aber insbesondere manche älteren

¹⁶⁹⁶ Vgl. Schmidt, T. (2016), S. 48.

¹⁶⁹⁷ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁶⁹⁸ Vgl. Cohen, E. (2009), S. 12.

Patienten stießen dabei an ihre kognitive Belastungsgrenze. Im Schnitt benötigten sie mehr Zeit für die Beantwortung und auch eine stärkere Motivation bis zum Ende des Fragebogens durchzuhalten als jüngere. Tendenziell waren ältere Patienten auch weniger bereit, sich auf das vorgegebene Befragungsschema einzulassen und hätten es teilweise offenbar vorgezogen, über die Eigenschaften, die ihnen bei ihrer Gesundheitsversorgung wichtig sind, im Freitextstil zu berichten. Es fiel auf, dass insbesondere innerhalb dieser Altersgruppe die Fähigkeit und Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, am stärksten divergierte.

Die Tatsache, dass der absolut überwiegende Teil der Befragten mit einer hohen Bereitschaft teilnahm, zeigte, dass es sich bei der persönlichen Gesundheitsversorgung um ein Thema von großem allgemeinem Interesse handelt. Probandenübergreifend ließ sich jedoch feststellen, dass ein Best-Worst-Scaling-Fragebogen nur sehr eingeschränkt dafür geeignet ist, von den Befragten alleine und ohne ausführliche Erläuterung ausgefüllt zu werden. Stellenweise war es für die Befragten nicht einfach, sich eindeutig auf das wichtigste und das unwichtigste Item festzulegen und dann war für viele der naheliegende Ausweg, mehrere wichtigste bzw. unwichtigste Merkmale anzukreuzen. Aus diesem Grund ist ausdrücklich festzuhalten, dass die Anwendung des Best-Worst Scaling vorzugsweise in einem persönlichen Interview durchgeführt werden sollte. Dabei ist es möglich, wie in der vorliegenden Befragung geschehen, den Befragten die Auswahlsets mit dem jeweiligen Itemset auf Papier als Gedankenstütze zur Verfügung zu stellen und im Zweifelsfall die Befragten zu bitten, sich tatsächlich auf ein einziges wichtigstes bzw. unwichtigstes Item pro Auswahlset festzulegen. Vor diesem Hintergrund erscheinen auch Telefoninterviews wenig geeignet, da die Tabellen jedes Mal vorgelesen werden müssten und das Risiko bestünde, dass sich die Befragten nicht alle Items merken und dementsprechend nicht vollständig in den Entscheidungsprozess aufnehmen können.

7.2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse des soziodemographischen Teils des Fragebogens sowie die Angaben zum letzten Arztbesuch und zu der innerhalb des zurückliegenden Jahrs in Anspruch genommenen Anzahl der Krankenhausnächte sind in Tabelle 6 zusammengestellt.

Von den Befragten waren 42 % männlich bzw. 58 % weiblich und hatten ein Durchschnittsalter von 54 Jahren. Der mit Abstand größte Teil der Patienten war bei der AOK Bayern versichert (41,5 %) und zusammenge-

nommen deckten AOK Bayern, Barmer GEK, DAK und TK über 80 % der Mitgliedschaften unter den Befragten ab. Über die Hälfte der Patienten (58,5 %) waren Chroniker. Der letzte Arztbesuch der befragten Patienten lag beim überwiegenden Teil erst kurze Zeit zurück, da 61,0 % von ihnen innerhalb der letzten vier Wochen bzw. 22,9 % von ihnen vor ein bis drei Monaten das letzte Mal beim Arzt waren. 73,2 % der Patienten hatten im zurückliegenden Jahr keinen Krankenhausaufenthalt, während 17,1 % der Patienten ein bis fünf Nächte bzw. 8,3 % sechs bis 15 Nächte stationär aufgenommen worden waren. Nur 1,5 % von ihnen waren in den zurückliegenden 12 Monaten über 15 Nächte stationär in Behandlung. Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Arzt ist in Abbildung 17 und die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihren Arzt einem Freund oder Kollegen empfehlen, ist in Abbildung 18 dargestellt. Abbildung 19 gibt wieder, wie die Anteile der Entscheidung über medizinische Maßnahmen zwischen Arzt und Patient aus der Sicht des Patienten verteilt sind.

7 Präferenzorientierung als Gestaltungselement der Integrierten Versorgung

	Frauen		Männer		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Anzahl (abs.)	118	57,6 %	87	42,4 %	205	100,0 %
Ø Alter (Jahre)	53,4		55,5		54,3	
Bildungsstand						
Hauptschule/ Volksschule	57	48,3 %	42	48,3 %	99	48,3 %
Realschule	39	33,1 %	21	24,1 %	60	29,3 %
Abitur	0	0,0 %	3	3,4 %	3	1,5 %
Fachoberschule (FOS)	2	1,7 %	5	5,7 %	7	3,4 %
Polytechnische Oberschule (POS)	19	16,1 %	15	17,2 %	34	16,6 %
anderer Schulabschluss	1	0,8 %	1	1,1 %	2	1,0 %
ohne Schulabschluss	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
noch kein Abschluss	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Mitgliedschaft Krankenkasse						
Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	43	36,4 %	42	48,3 %	85	41,5 %
Betriebskrankenkassen (BKK)	19	16,1 %	13	14,9 %	32	15,6 %
Innungskrankenkassen (IKK)	1	0,8 %	1	1,1 %	2	1,0 %
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	1	0,8 %	0	0,0 %	1	0,5 %
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Ersatzkassen (EK)	54	45,8 %	31	35,6 %	85	41,5 %
Chronikerstatus						
Chroniker	71	60,2 %	49	56,3 %	120	58,5 %
Nicht-Chroniker	47	39,8 %	38	43,7 %	85	41,5 %
Letzter Arztbesuch (ohne zum Zeitpunkt der Befragung stattfindenden Besuch)						
In den letzten 4 Wochen	68	57,6 %	57	65,5 %	125	61,0 %
Vor 1 - 3 Monaten	31	26,3 %	16	18,4 %	47	22,9 %
Vor 4 - 12 Monaten	15	12,7 %	13	14,9 %	28	13,7 %
Vor 12 Monaten - 5 Jahren	4	3,4 %	1	1,1 %	5	2,4 %
Vor mehr als 5 Jahren	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung						
0 Nächte	87	73,7 %	63	72,4 %	150	73,2 %
1 - 5 Nächte	18	15,3 %	17	19,5 %	35	17,1 %
6 - 15 Nächte	11	9,3 %	6	6,9 %	17	8,3 %
Über 15 Nächte	2	1,7 %	1	1,1 %	3	1,5 %

Tabelle 6: Beschreibung der Stichprobe

7.2 Patientenpräferenzenerhebung im Ärztenetz GFJ

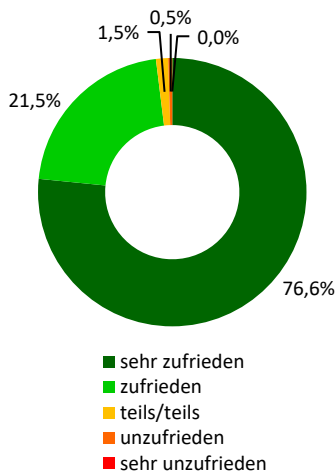


Abbildung 17: Zufriedenheit mit Arzt¹⁶⁹⁹

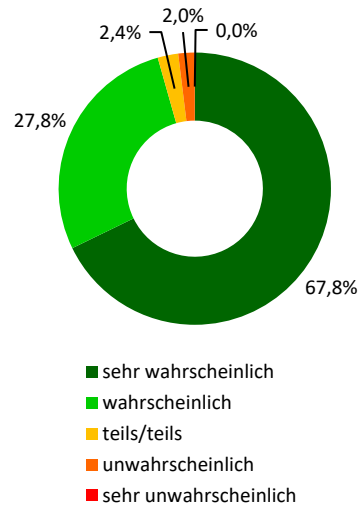


Abbildung 18: Wahrscheinlichkeit Arzt weiterzuempfehlen¹⁷⁰⁰

1 = Patient entscheidet vollständig selbst über medizinische Maßnahmen
2 - 6 = Abstufung der Entscheidungsanteile
7 = Arzt trifft vollständig die medizinischen Entscheidungen für den Patienten

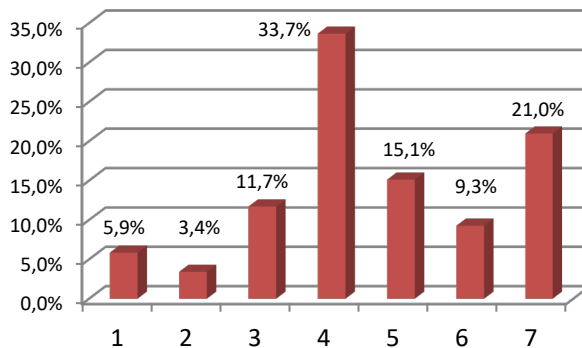


Abbildung 19: Modus Patientenentscheidung¹⁷⁰¹

¹⁶⁹⁹ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁷⁰⁰ Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁷⁰¹ Quelle: Eigene Darstellung.

Im zweiten Teil des Fragebogens wurden die in Abschnitt 7.2.1 beschriebenen Merkmale anhand der Best-Worst-Scaling-Methode abgefragt. Die ermittelten Werte wurden wie in Tabelle 7 dargestellt mit der folgenden Formel ausgewertet und in Abbildung 20 graphisch dargestellt:¹⁷⁰²

$$BW - Score = \frac{B - W}{n \cdot i}$$

Die Variablen in dieser Formel sind wie folgt definiert:

- B: Summe der „Am Wichtigsten“-Nennungen eines bestimmten Merkmals
W: Summe der „Am Unwichtigsten“-Nennungen eines bestimmten Merkmals
n: Anzahl der Befragten
i: Anzahl mit der jedes Merkmal im Design erscheint

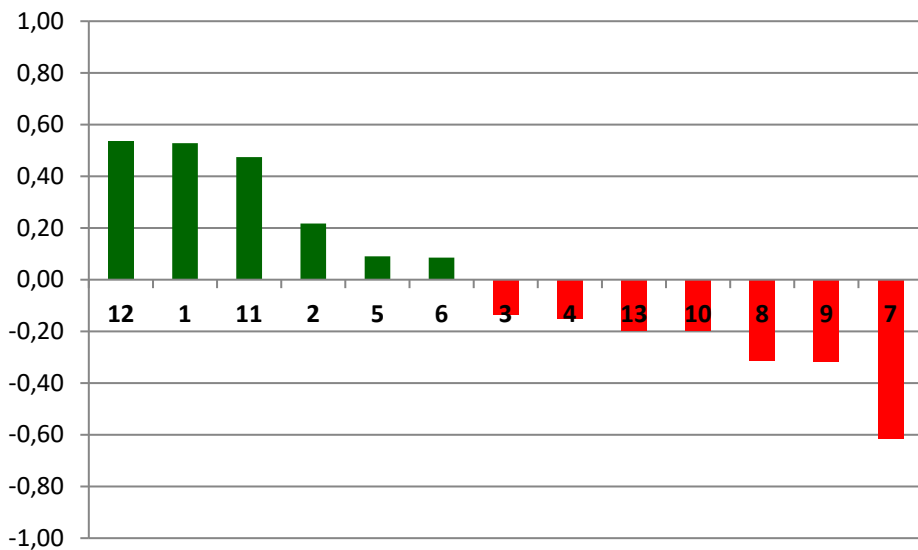


Abbildung 20: Darstellung Best-Worst-Scores aus Tabelle 7¹⁷⁰³

¹⁷⁰² Vgl. Cohen, E. (2009), S. 15.

¹⁷⁰³ Quelle: Eigene Darstellung.

Merkmal	Summe Best	Summe Worst	B-W	Ø B-W Score
12 Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden	462	23	439	0,54
1 Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	463	30	433	0,53
11 Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen	426	37	389	0,47
2 Freie Arztwahl	283	105	178	0,22
5 Schnelle Terminvereinbarung	208	134	74	0,09
6 Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen	189	119	70	0,09
3 Patientenbegleitung	120	232	-112	-0,14
4 Kurze Wartezeit in der Praxis	145	269	-124	-0,15
13 Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden	77	238	-161	-0,20
10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	110	273	-163	-0,20
8 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	90	347	-257	-0,31
9 Verlängerte Sprechstunden	79	339	-260	-0,32
7 Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin)	13	519	-506	-0,62

Tabelle 7: Best-Worst-Scores der einzelnen Merkmale

7.2.4 Diskussion

In Bezug auf die Altersverteilung weist die Stichprobe ähnliche Durchschnittswerte wie die der eingeschriebenen Netzpatienten in länger existierenden Ärztenetzen wie UGOM auf.¹⁷⁰⁴ In der Befragung waren 98 % der Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Arzt bzw. 96 % gaben an, dass sie ihren Arzt wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich einem Freund oder Kollegen empfehlen würden. Diese hohe Zufriedenheit überrascht insofern nicht, als dass Patienten in Fällen, in denen sie mit ihrem Arzt unzufrieden sind, häufig den Arzt wechseln.¹⁷⁰⁵ Dies legt im Umkehrschluss die Vermutung nahe, dass Patienten mit dem Arzt, bei dem sie regelmäßig in Behandlung sind, überwiegend zufrieden sind. Abbildung 19 gibt Auskunft darüber, inwiefern sich Arzt und Patient im Ärztenetz GFJ die Entscheidung über medizinische Maßnahmen teilen. Wie bereits in Kapitel 6.1.1.3 angesprochen, wollen rund 70 % der Patienten alleine oder zusammen mit dem Arzt Gesundheitsentscheidungen treffen und dieser Wert lag auch in der Befragung im Ärztenetz GFJ in einem ähnlichen Bereich.¹⁷⁰⁶

Die Merkmale aus Kapitel 7.2.1, die im zweiten Teil anhand der Methode des Best-Worst Scaling abgefragt wurden, finden sich in der Reihenfolge ihrer durchschnittlichen Gewichtung in der letzten Spalte von Tabelle 7. Insbesondere in der graphischen Darstellung dieser Ergebnisse in Abbildung 20 ist gut erkennbar, dass die Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden (Merkmal 12), die enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten (Merkmal 1) und die Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen (Merkmal 11) für die Patienten mit Abstand die größte Rolle spielen. Die Ärzte des GFJ waren insbesondere daran interessiert, die Relevanz, die für Patienten die enge Kooperation untereinander besitzt, einzuschätzen zu können, um eine Entscheidungsgrundlage für den Aufbau einer elektronischen Vernetzung zum Behandlungsdatenaustausch zu erhalten. Die freie Arztwahl hat zwar mit einem Wert von 0,22 ebenfalls einen positiven Score-Wert erhalten, rangiert damit aber nur an vierter Stelle. Da die Zweitmeinung im Fall einer lebensverändernden Diagnose mit einem Score-Wert von 0,47 deutlich vor der freien Arztwahl liegt, bietet ein in das Setting der Integrierten Versorgung eingebettetes Zweitmeinungsverfahren, das an den in § 27b SGB V verankerten Zweit-

¹⁷⁰⁴ Vgl. Bahr, T. M. (2010).

¹⁷⁰⁵ Vgl. Kahrs, M. (2002), S. 96-100; Schmid-Ott, G., Jäger, B., Künsebeck, H. W. et al. (1997), S. 550-554.

¹⁷⁰⁶ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 111-113.

meinungsanspruch anknüpft und dieses Versorgungselement nach medizinisch-evidenzbasierten Kriterien weiterentwickelt, in dieser Hinsicht Potenzial. In diesem Sinne leistet eine Zweitmeinung einen wichtigen Beitrag zu Shared Decision-Making und einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung.¹⁷⁰⁷ Auch im Hinblick auf eine evidenzbasierte Medizin leistet eine Zweitmeinung einen elementaren Beitrag, denn beispielsweise bei der Behandlung von Hodentumorph Patienten hat sich gezeigt, dass die Kongruenz der Erst- und Zweitmeinung in weniger als 60% der untersuchten Fälle gegeben war und durch das Zweitmeinungsverfahren die Leitlinienentreue deutlich gesteigert werden konnte.¹⁷⁰⁸ Im orthopädischen Bereich kann ein Zweitmeinungsverfahren das bessere Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen unterstützen.¹⁷⁰⁹ Die schnelle Terminvereinbarung (Merkmale 5) und kostenlose Zusatzleistungen (Merkmal 6) haben zwar beide jeweils mit 0,09 einen positiven Score-Wert erreicht, spielen aber offenbar für Patienten keine zentrale Rolle.

Die Patientenbegleitung im Rahmen eines Case Managements (Merkmal 3), die kurze Wartezeit in der Praxis (Merkmal 4) sowie der Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden (Merkmal 13) wurden zwar von einem Teil der Befragten als wichtig empfunden, aber in der Summe überwogen die Nennungen dieser Merkmale als unwichtigste Eigenschaften. Diese Angabe ist insbesondere deswegen für das Ärztenetz GFJ von Bedeutung, weil die Realisierung eines Großteils dieser Versorgungsangebote bereits durch die damit verbundenen Personalkosten relativ kostenintensiv wäre. Auch wenn manche länger bestehende Ärztenetze die Schlichtung über einen Ombudsmann anbieten,¹⁷¹⁰ sollte solchen Einrichtungen zumindest in der Gründungsphase noch keine hohe Priorität eingeräumt werden. Auch die Informationen über die medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ (Merkmal 10) erhielten mit einem Wert von -0,2 überwiegend einen niedrigen Prioritätswert. An dieser Stelle deutet sich eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit an. Wie in Abbildung 19 ersichtlich, wünscht sich die Mehrheit der im Ärztenetz befragten Patienten, Vorsorge- und Therapieentscheidungen gemeinsam mit dem Arzt zu treffen. Dies deckt sich weitgehend mit den Studienergebnissen, die in Kapitel 6.1.1.3 angesprochen wurden. An dieser Stelle macht sich offenbar

¹⁷⁰⁷ Vgl. Ernst, J., Schwarz, R., Krauß, O. (2004), S. 130.

¹⁷⁰⁸ Vgl. Rogenhofer, S., Zengerling, F., Schrader, M., Müller, S. (2012), S. 1074-1075.

¹⁷⁰⁹ An Beispielen aus dem orthopädischen Bereich, vgl. Höhl, R. (2018), S. 57; Panten, J., Niehaus, A. (2016), S. 74-76; Brömme, J., Mohokum, M., Disch, A. C., Marnitz, U. (2015), S. 195-196.

¹⁷¹⁰ Vgl. Wambach, V., Lindenthal, J. (2015), S. 378.

auch die in vielen Fällen unzureichende Gesundheitskompetenz bemerkbar (siehe 6.1.3.1.1), denn Qualitätsdaten im Sinne des Kapitels 6.1.4.3 bilden für Patienten die elementare Grundlage für eine aufgeklärte Entscheidung und ihre aktive Teilnahme am Versorgungsgeschehen, was viele davon offenbar nicht erkennen. Insofern besteht noch Nachholbedarf in Bezug auf die Schaffung der Voraussetzungen für ein Setting der partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne des Kapitels 6.1.3.1. Letztendlich konnte jedoch im Rahmen dieser Befragung nicht geklärt werden, warum den Qualitätsdaten eine derart geringe Priorität eingeräumt wurde. Insofern muss noch geprüft werden, in welchen Versorgungssettings Patienten welche Qualitätsdaten wünschen und wie diese aufbereitet sein müssen (siehe auch Kapitel 6.1.3.1.2).

Noch weniger Zuspruch fanden in der Befragung das Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten (Merkmal 8) und die verlängerten Sprechstunden (Merkmal 9). Am allerwenigsten Anklang fand mit einem Scorewert von -0,62 das Patientenmarketing (Merkmal 7) unter den teilnehmenden Patienten. Auch wenn manche Ärztenetze bereits Patientenmagazine anbieten¹⁷¹¹ und Aufklärungsaktionen zu bestimmten Krankheitsschwerpunkten in den Praxen durchführen¹⁷¹², trifft dies bei den befragten Patienten auf eine äußerst verhaltene Nachfrage. Ein Grund dafür könnte die Existenz anderer, fest etablierter und kostenfreier Produkte wie der Apotheken Umschau sein, die den diesbezüglichen Bedarf bereits ausreichend decken.¹⁷¹³

In der hier untersuchten Stichprobe hat sich das Best-Worst Scaling als grundsätzlich für ein breites Patientenspektrum geeignet erwiesen. Trotz der fehlenden Repräsentativität ist in dieser Befragung deutlich geworden, dass durch diese Methode differenzierte Priorisierungsdaten als Planungsgrundlage für die Gestaltung eines Integrationsmodells ermittelt werden können. Perspektivisch kann daher diese Befragungstechnik auch bei bestimmten Subgruppen von Patienten angewandt werden, beispielsweise einer bestimmten Chronikergruppe wie Diabetikern, um deren Versorgungserfordernisse besser berücksichtigen zu können. Darüber hinaus können auch die Präferenzen der beteiligten Ärzte und Krankenkassen ermittelt werden. Eine solche Evaluation ist nicht zuletzt notwendig, weil eine erfolgreiche Umsetzung der Integrierten Versorgung häufig an einer unzureichenden Nutzerorientierung scheitert, aber eine hohe Markt- und

¹⁷¹¹ Vgl. Koch, T. (2017), S. 119; Wambach, V., Lindenthal, J. (2015), S. 378.

¹⁷¹² Vgl. Steinbach, H., Schmidt, A. (2011), S. 211.

¹⁷¹³ Vgl. Schulz, R. (2012).

Kundenorientierung eines solchen Modells notwendig ist, um langfristig erfolgreich zu sein.¹⁷¹⁴

¹⁷¹⁴ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 225-227.

8 Zusammenfassung und Ausblick

In der Einleitung dieser Arbeit stand die Frage im Zentrum, worauf zurückzuführen ist, dass in Deutschland im Vergleich zu den Gesundheitssystemen anderer europäischer Länder das Instrumentarium der Patientensteuerung im Allgemeinen und im Besonderen im Rahmen der Integrierten Versorgung bisher nur in geringem Maße genutzt wird. Diese Arbeit hat aufgezeigt, dass sich das Ursachenspektrum vielschichtig und komplex gestaltet. Zunächst wurden in Kapitel 4 die elementaren Fragen in Bezug auf die Vereinbarkeit einer Patientensteuerung mit zentralen ethischen Grundsätzen beantwortet und geklärt, unter welchen Bedingungen diese mit den für die Gesundheitsversorgung geltenden Prinzipien in Einklang zu bringen ist.

Ausgehend von den Rahmenbedingungen, unter denen eine Patientensteuerung in der Integrierten Versorgung stattfindet, konnte in Kapitel 5 eine Reihe von gesundheitspolitischen Handlungsfeldern abgeleitet werden. Neben der Gewährleistung einer ausreichenden Gestaltungsfreiheit für die Integrierte Versorgung, kommen vor allem der Versorgungsforschung, die die Grundlagen für eine evidenzbasierte Patientensteuerung liefert, und der Etablierung von evidenzbasierten Mindeststandards, die als verbindliche Orientierung den Grundstein für eine gesteigerte Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit bilden, eine hohe Bedeutung zu. Damit Patienten selbstbestimmt über ihre Gesundheitsversorgung mitbestimmen können, müssen sie über eine ausreichende Patientenautonomie verfügen. Da diese zu großen Teilen vom Bildungsniveau des Einzelnen abhängt, wird die Patientenautonomie stark über die Gestaltung der Gesundheits- und Bildungspolitik beeinflusst und die Förderung der Patientenautonomie stellt deswegen in diesem Zusammenhang ein elementares politisches Handlungsfeld dar. Diese Patientenautonomie befähigt Patienten nicht zuletzt, die Handlungsmöglichkeiten in ihrem Bereich, insbesondere das präventive Potenzial, besser zu nutzen. Auch hier kann die Gesundheitspolitik Prävention besser fördern und incentivieren, beispielsweise indem der Gesetzgeber Nahrungsmittelhersteller verpflichtet, Inhaltsstoffangaben von Lebensmitteln in einer transparenten und intuitiv verständlichen Form aufzuführen. Auf diesem Weg können Patienten bei der Entscheidung für einen gesundheitsbewussten Lebensstil unterstützt werden.

In Kapitel 6 konnten bezogen auf das Umfeld der unmittelbar Versorgungsbeteiligten sowohl Faktoren eruiert werden, die eine Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung fördern, als auch solche, die diese noch hemmen. Im Bereich der Patienten ist auf der einen Seite festzustellen, dass viele von ihnen zwar bereit sind, im Interesse einer höheren Vorsorge- und Therapiecompliance eine autonomere Rolle in der Gesundheitsversorgung einzunehmen, aber auf der anderen Seite in vielen Fällen die dafür notwendige Gesundheitskompetenz fehlt und die Versorgungsstrukturen nicht auf eine aktive Patientenpartizipation ausgelegt sind, was beispielsweise durch den fehlenden Patientenzugang zur ePA deutlich wird. Zusätzlich senkt die in Deutschland gewährleistete Arztwahlfreiheit die Akzeptanz der Patienten von Managed-Care-Instrumenten. Im ärztlichen Bereich kann gerade ein Netzwerk der Integrierten Versorgung eine Reihe von motivationsbezogenen Anforderungen von Ärzten erfüllen, beispielsweise die Gewährleistung einer Kultur der Zusammenarbeit. Gleichzeitig stehen bei vielen Ärzten die Skepsis gegenüber Instrumenten wie SOPs, die ein besser strukturiertes Versorgungsgeschehen bewirken können, und Vorbehalte gegen eine aktivere Patientenbeteiligung dem hier skizzierten Konzept einer Patientensteuerung entgegen. Außerdem wird das Potenzial von Qualitätsdaten als Grundlagen von Steuerungsentscheidungen häufig von Ärzten nicht erkannt und dementsprechend nicht genutzt. Die Positionierung der Krankenkassen im Hinblick auf die Integrierte Versorgung lässt durchaus Ansätze erkennen, Steuerungselemente als unterstützendes Instrument im Wandel vom Payer zum Player zu nutzen, beispielsweise indem sie die Integrierte Versorgung als Instrument zur Erzielung einer gesteigerten Qualität und Serviceorientierung nutzen. Bestehende Defizite in deren Bereich verhindern aber die vollständige Nutzung des damit verbundenen Potenzials. Unter anderem bieten Krankenkassen ihren Versicherten häufig nur eine unzureichende Beratungsqualität und unterstützen sie damit nicht genügend im Vorsorge- und Therapiegeschehen. Außerdem lässt die strategische Ausrichtung der meisten Krankenkassen eine Wettbewerbsstrategie vermissen, über die das Differenzierungspotenzial der Integrierten Versorgung voll genutzt werden kann.

In Kapitel 2.3 wurden drei etablierte Modelle der Integrierten Versorgung vorgestellt, die aufzeigten, dass bereits eine Reihe von elementaren Instrumenten zur Patientensteuerung, die Kapitel 6 thematisierte, bereits angewandt werden. Gleichzeitig stellt eine unzureichende Nutzenorien-

tierung ein häufiges Defizit existierender Integrationsmodelle dar.¹⁷¹⁵ Um diese Schwachstelle auszugleichen, wurde in Kapitel 7 mit dem Best-Worst Scaling ein Instrument zur Erhebung und Priorisierung von Präferenzen der Versorgungsbeteiligten vorgestellt und in einer Studie im Rahmen einer Patientenbefragung im Ärztenetz GFJ praktisch erprobt. Die Anwendung dieser Methode zeigte eindrucksvoll, dass sich damit die Abstufung des Prioritätsprofils trennscharf darstellen lässt und somit eine effektive Planungsgrundlage für den Aufbau und die Ausgestaltung eines integrierten Versorgungsmodells liefert. Die Untersuchung zeigte darüber hinaus, dass bereits die vorhandenen Strukturen Patienten ins Zentrum des Versorgungsgeschehens rücken und die Patienten in weiten Teilen integrale Versorgungsbestandteile hoch priorisieren, beispielsweise die enge Zusammenarbeit unter den Ärzten oder die Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen. Gleichzeitig offenbarten bestimmte Aspekte, wie beispielsweise die niedrig eingestufte Relevanz von Informationen über die medizinische Ergebnisqualität, die in vielen Fällen niedrige Gesundheitskompetenz von Patienten, die in Kapitel 6.1.3.1.1 thematisierte wurde, da Patienten offenbar solche Daten nicht als Schlüssel zu einer höheren Versorgungsqualität erkennen. Diese unzureichende Kompetenz erschwert nicht zuletzt, dass Patienten sich als eigeninitiativer Ko-Produzent ihrer eigenen Gesundheit einbringen.

Im Hinblick auf die künftige Gesundheitsversorgung ist festzuhalten, dass der Sachverständigenrat Gesundheit die Notwendigkeit einer stärkeren sektorübergreifenden Orientierung sieht und eine Reihe von Weiterentwicklungsvorschlägen in Bezug auf die Gestaltung der Integrierten Versorgung entwickelt hat. In diesem Sinne hat diese Arbeit mit der Konzeption einer Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung Lösungsvorschläge, die zu dieser Zielsetzung beitragen, entwickelt. Allerdings ist auch festzustellen, dass noch grundlegende Hindernisse vorhanden sind, die die Umsetzung dieser Modellbestandteile hemmen und die Realisierung der damit verbundenen Potenziale verhindern. In diesem Sinne hat Deutschland, gerade auch im internationalen Vergleich, den Wandel hin zu einem digitalisierten Gesundheitswesen in nur unzureichendem Maße vollzogen und bleibt deshalb gerade auch in Bezug auf die Realisierung einer effektiven Patientensteuerung weit hinter seinen Möglichkeiten zurück.¹⁷¹⁶ Darüber hinaus werden Patienten häufig nicht so stark an der Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung beteiligt, wie es

¹⁷¹⁵ Vgl. Dietrich, M., Rau, N. (2017), S. 220-221.

¹⁷¹⁶ Vgl. Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D. et al. (2018), S. 224-249.

sich ein Großteil von ihnen wünscht, womit das Potenzial, das deren aktive Mitwirkung an einer Patientensteuerung bietet, ungenutzt bleibt.¹⁷¹⁷

Ausgehend von den in der Diskussion aufgezeigten Eckpunkten des Steuerungskonzepts wurden jedoch Ansatzpunkte entwickelt, die auch diese Defizite überwinden helfen und einen entscheidenden Beitrag zu einer Ausgestaltung der Integrierten Versorgung leisten können, die nicht nur durchgängige Versorgungsprozesse zum Ziel hat, sondern sich in höherem Maße als bisher an den Präferenzen und Prioritäten der beteiligten Patienten, Ärzte und Krankenkassen orientiert. Diese Methode verfügt über das Potenzial, durch eine fundierte und konkrete Gestaltungsrichtlinie der Integrierten Versorgung als Alternative zur Regelversorgung eine höhere Attraktivität zu verleihen und ihr damit insgesamt einen höheren Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen zu verschaffen.

¹⁷¹⁷ Vgl. Braun, B., Marstedt, G. (2014), S. 110-129; Kaulen, H. (2014), S. 55; Hait, B., Sitte, T. (2013), S. 268; Härter, M., Simon, D. (2013), S. 60.

Anhang

Anhang A § 140a SGB V

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

(abgerufen am 30.05.2020)

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist

§ 140a Besondere Versorgung

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b

sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmen,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern,

die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Absatz 1 Satz 2 ist nicht anzuwenden. In den Verträgen ist sicherzustellen, dass über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinausgehende diagnostische Feststellungen durch einen Arzt zu treffen sind. Bei dem einzubeziehenden Arzt muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln.

(5) Die Verarbeitung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabeinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

Quelle: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140a.html

Anhang B Forschungsstand Erfolgsfaktoren IV

Studie	Ermittelte Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung
Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017).	Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren von Disease-Management-Programmen (DMP)¹⁷¹⁸ Erfolgsfaktoren: 1. Auswahl von Krankheitsbildern, deren Versorgung evidenzbasiert ein Verbesserungspotenzial aufweist 2. Hausarzt als Koordinator 3. Langfristige Ausrichtung des Versorgungskonzepts 4. Anwendung evidenzbasierter Leitlinien 5. (Finanzielle) Anreizsetzung zur Verhaltensänderung bei Patienten 6. Ausgewogenheit zwischen wirtschaftlichen und qualitativen Zielen 7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess 8. Regelmäßige Ermittlung der Kosteneffektivität der Versorgung
Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M., Gröne, O. (2016).	Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren von Netzen und regionalen Gesundheitsorganisationen Erfolgsfaktoren: 1. Klare Definition der Versorgungspopulation 2. Vergütungsanreize für Verbesserung der Versorgungsqualität bzw. Senkung der Versorgungskosten 3. Vorhandensein eines Integrators, der sowohl für den einzelnen Patienten als auch für eine

¹⁷¹⁸ Aus organisatorischer Sicht sind Disease-Management-Programme (DMP) ebenfalls eine Form der Integrierten Versorgung, wobei der grundlegende Unterschied zur Integrierten Versorgung darin besteht, dass der Gesetzgeber für DMP deutlich konkretere Anforderungen, unter anderem durch die Festlegung eines bestimmten Indikationspektrums, definiert hat (Vgl. dazu bspw. Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017), S. 122-124.).

Patientenpopulation die Versorgung verbessert und darüber hinaus die Pro-Kopf-Versorgungskosten senkt

4. Organisationsmodell, über das die Koordination und Integration der Versorgung bewerkstelligt wird
5. Führung medizinische Leistungserbringer
6. Führung Patient als Ko-Produzent seiner Gesundheit
7. Führung mittelbar involvierter Leistungserbringer (MFA, Pflegekräfte, etc.)

Jäger, C.
(2016b).

Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren von Selektivverträgen in Ärztenetzen

Erfolgsfaktoren:

1. Frühzeitige Planungsbeteiligung aller Involvierten
2. Schaffung eines wahrnehmbaren Mehrwerts
3. Erweiterte Versorgungsstrukturen
4. Verbindliche Netzstrukturen und -prozesse
5. Einbindung mittelbar involvierter Leistungserbringer (MFA, Pflegekräfte, etc.)
6. Einsatz von Anreizsystemen
7. Controllingsysteme und Qualitätsmanagement

Müller, B. S.,
Leiferman, M.,
Wilke, D. et al.
(2016).

Forschungsgegenstand: Integrierte Versorgungsmodelle in Deutschland

Erfolgsfaktoren:

1. Vorhandensein einer Führungspersönlichkeit
2. Hohe Motivation zur Teilnahme
3. Gutes zwischenmenschliches Verhältnis unter den Beteiligten
4. Aktive Förderung einer intensiveren Zusammenarbeit und Kommunikation unter den Beteiligten
5. Verfügbarkeit ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen
6. Infrastruktur und regionale Gegebenheiten

Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013).

Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsnetzwerke zur Versorgung von Kriegsveteranen, sog. VISNs (Veterans Integrated Service Networks), im Rahmen der Veteran Health Administration (VHA) in den USA

Erfolgsfaktoren:

1. Starke informationstechnische Vernetzung
2. Finanzielle Anreizsetzung
3. Stetige Überprüfung und optimierende Neuordnung der Versorgungsprozesse
4. Integration der Bereiche Forschung und Ausbildung

Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012).

Forschungsgegenstand: Studie zu einem komplex-adaptiven System (CAD) zur erleichterten Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle in Ontario (Kanada)

Erfolgsfaktoren:

1. Gemeinsame Vergütungs- und IT-Systeme
2. Aktive Beteiligung der Ärzte
3. Interprofessionelle Kooperation
4. Anreizkompatible Vergütungssysteme
5. Integrationsorientierte Führungskultur
6. Controlling- und Berichtssysteme zur Leistungs-, Qualitäts- und Kostenmessung
7. Gemeinsame Budgetverantwortung

Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011).

Forschungsgegenstand: Untersuchung von fünf integrierten Versorgungsmodellen mit guter Bewertung in Bezug auf Qualität und Ressourcennutzung in fünf verschiedenen Staaten in den USA

Erfolgsfaktoren:

1. Starke Partnerschaft zwischen Arzt und IV-Organisation
2. Organisatorische Unterstützung der Ärzte
3. Bereitstellung von Qualitäts- und Kostendaten für Ärzte
4. Regionale Fokussierung

5. Bereitstellung Infrastruktur
6. Aktive Unterstützung der Zusammenarbeit
7. Abheben vom Angebot der anderen Wettbewerber

Bevan, G., Janus, K. (2011). i. V. m. Janus, K. (2003).

Forschungsgegenstand: Untersuchung von integrierten Versorgungsmodellen (IHCDS) in Kalifornien (USA)

Erfolgsfaktoren:

1. Hierarchische Führungsstruktur und Leadership
2. Vollständige Abdeckung des Versorgungsprozesses
3. Vergütung durch Capitation/ Budgetverantwortung
4. Verpflichtung zu Kostenkontrolle und qualitativ hochwertiger Versorgung
5. Effiziente Management- und IT-Strukturen
6. Langfristige Kontinuität und großes Versichertenkollektiv

Bartel, S., Bethge, M., Streibelt, M. et al. (2010).

Forschungsgegenstand: Studie zur Integration von Versorgungsprozessen in der Endoprothetik in Deutschland

Erfolgsfaktoren:

1. Zentrale Koordination
2. Regelmäßige Mitarbeiterinformation
3. Festlegung personeller Zuständigkeiten
4. Einheitliches Dokumentenmanagement
5. Patientengeeignetes, einheitliches Informationsmaterial
6. Kontinuierliche Qualitätsmessung

Beck, K. (2009).

Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren von Schweizer HMO und Hausarztmodellen

Erfolgsfaktoren auf Leistungserbringerebene:

1. Risikofreude und Offenheit gegenüber innovativen Behandlungsansätzen

2. Hohe intrinsische Motivation
3. Präferenz für Handlungsautonomie
4. Organisatorische Fähigkeiten und Netzwerk-kompetenz
5. Vertragsfreiheit
6. Umfassendes Controllingsystem
7. Attraktivere Vergütung gegenüber der Regelversorgung
8. Gemeinschaftspraxis mit hoher Auslastung und Vernetzungsinfrastruktur
9. Urbanes Umfeld
10. Berufsausübung als Selbständiger

Erfolgsfaktoren auf Kostenträgerebene:

11. Hohe Risiko- und Innovationsorientierung
12. Streben nach Kostenreduktion
13. Selbstverpflichtung zu einem Ethik-Kodex
14. Aufbau eines Controllingsystems zur Qualitätsmessung
15. Statistikkompetenz
16. Elektronischer Datenaustausch
17. Positionierung des Versorgungsmodells mit Qualitätsfokus
18. Gestaltungs- und Vertragsfreiheit, u.a. in Bezug auf Prämiengestaltung
19. Knapp bemessene Einzelleistungsvergütung in der Regelversorgung
20. Wettbewerb unter den Krankenkassen
21. Risikoadjustierte Prämien
22. Preisbewusste Versicherte
23. Vermeidung von Risikoselektion
24. Hohes Wirtschaftlichkeitspotenzial des Versorgungsmodells

Erfolgsfaktoren auf Patientenebene:

25. Hohe Preissensitivität
26. Hohe Gewichtung der Behandlungsqualität
27. Hohe Treue zum Versorgungsmodell
28. Offenheit gegenüber Neuem
29. Bereitschaft, Regeln einzuhalten
30. Freie Wahl des Versicherungsmodells
31. Assoziation des Versorgungsmodells mit

einem Qualitätsvorteil

Enthoven, A. C. (2009). **Forschungsgegenstand:** Integration von Versorgungsprozessen im US-amerikanischen Gesundheitssystem

Erfolgsfaktoren:

1. Gemeinsame Wertekultur und Ziele der beteiligten Leistungserbringer
2. Kohärente Organisationsstruktur und Führung
3. Patientenorientierung
4. Durchgängige Koordination der Versorgungsprozesse
5. Austausch von Informationen
6. Finanzielle Anreize
7. Evidenzbasierte Medizin
8. Verfügbarkeit der vollständigen Patientendokumentation
9. Bedarfsgerechte Planung der medizinischen Betreuung
10. Kontinuierliche Innovations- und Lernprozesse

Kodner, D. L. (2009). **Forschungsgegenstand:** Allgemeine konzeptionelle Einordnung der verschiedenen Definitionen von integrierter Versorgung und Bestimmung der Erfolgsfaktoren am Beispiel von geriatrischer Integrationsversorgung in Nordamerika

Erfolgsfaktoren:

1. Starke Organisationsstruktur
2. Case Management
3. Interprofessionelle Versorgung mit einem definierten Zugang und umfassendem Leistungsspektrum
4. Organisiertes Leistungserbringernetzwerk mit fest definierten Überweisungs- und Versorgungsprozessen
5. Informationssysteme
6. Zusammenführung der Finanzierungssysteme

Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009).

Forschungsgegenstand: Entwicklung von Reformvorschlägen für das US-amerikanische Gesundheitssystem zur Schaffung einer Integrierten Versorgung und dem besseren Einbezug alternativer Behandlungsansätze

Erfolgsfaktoren:

1. Gesundheitspolitische Ausrichtung der Anreize auf die Förderung von Gesundheit
2. Messsysteme auf Kostenträgerebene zur Erfassung der Gesamtkosten, auch in Nutzen- und Schadenseinheiten
3. Gesundheitspolitische Maßnahmen, die eine angemessene Vergütung für sprechende Medizin und Beziehungsaufbau zwischen Arzt und Patient sicherstellen
4. Ausbildungseinheiten für Leistungserbringer zur Entwicklung eines Verständnisses für andere Versorgungsbereiche und einer Kultur der Zusammenarbeit, inklusive effektiver Patientenkommunikation, Lebensstilintervention und angemessenem Überweisungsverhalten
5. Breit angelegtes Medizinverständnis, das auch die Möglichkeiten der Prävention einschließt
6. Bessere Integration alternativer Behandlungsansätze in die etablierte Versorgung
7. Finanzielle Förderung von Studien, die Kosten und Effektivität Integrierter Versorgung messen
8. Motivation von Patienten und deren sozialem Umfeld zur eigeninitiativen Gesundheitsförderung
9. Engagement der Kostenträger für eine kontinuierliche und gesundheitsunterstützende Arzt-Patienten-Beziehung
10. Stärkere Selbstfürsorge der Leistungserbringer

Murray, M.
(2009).

Forschungsgegenstand: Entwicklung einer Integrationsstrategie für das kanadische Gesundheitssystem

Erfolgsfaktoren:

1. Angebot einer patientenorientierten Versorgung
2. Reduktion von Schwankungen bei der Ergebnisqualität
3. Organisation lückenloser Versorgungsprozesse
4. Prozessverbesserungen

Smyth, L.
(2009).

Forschungsgegenstand: Ermittlung des zentralen Erfolgsfaktors integrierter Versorgungsmodelle zur Krebsbehandlung ausgehend von Projekten in Kanada

Erfolgsfaktor:

1. Umfassendes Führungs- und Kontrollsystem

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Armitage, G. (2009).

Forschungsgegenstand: Untersuchung von Modellen der Integrierten Versorgung in Kanada

Erfolgsfaktoren:

1. Vollständige Abdeckung des Versorgungsprozesses
2. Patientenorientierung und -partizipation
3. Regionale Fokussierung und Wahlfreiheit des Patienten
4. Standardisierte Leistungserbringung in interprofessionellen Teams
5. Qualitäts- und Leistungsorientierung/ -messung
6. Effiziente Informationssysteme
7. Organisationskultur und Leadership
8. Aktive Beteiligung der Ärzte
9. Infrastruktur zur Koordination des gesamten Versorgungsgeschehens
10. Anreizkompatible Vergütung

Azarmina, P.,
Prestwich, G.,
Rosenquist, J.,
Singh, D.
(2008).

Forschungsgegenstand: Eruierung erfolgskritischer Faktoren von US-amerikanischen Behandlungsprogrammen, die auf das Versorgungsgeschehen in Italien und dem Vereinigten Königreich übertragen werden sollen

Erfolgsfaktoren auf Kostenträgerebene:

1. Förderung funktionierender Partnerschaften
2. Sektorübergreifende Integration des Versorgungsgeschehens
3. Sicherstellung der Unterstützung von Interessengruppen und Führungskräften
4. Zusammenarbeit mit der Gesundheitspolitik
5. Schaffung von Kooperationsstrukturen
6. Ergebnisorientierte Vergütungsmodelle
7. Expliziter Einbezug der Faktoren, die über Therapiegeschehen bestimmen
8. Evaluation des gesamten Behandlungsverlaufs
9. Anerkennung der Notwendigkeit erheblicher Investitionen

Erfolgsfaktoren auf Leistungserbringerebene:

10. Fest etabliertes Projektmanagement
11. Anpassung der Falldokumentation an lokale Anforderungen
12. An lokal vorhandenen Anforderungen orientierte Leistungserbringung
13. Interkulturelle Kompetenz
14. Evidenzbasierte Versorgung
15. Nutzung des Technologiepotenzials

Erfolgsfaktoren auf Patientenebene:

16. Stärkung der Autonomie und Gesundheitskompetenz von Patienten und deren sozialem Umfeld
17. Motivation der Patienten zu Eigeninitiative
18. Offenheit für innovative Versorgungsmodelle
19. Anwendung neuer Technologien

Ernst, S. (2008). **Forschungsgegenstand:** Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland

Erfolgsfaktoren in Bezug auf Kooperationspartner:

1. Erfüllung Kooperationsanforderungen (wirtschaftliche Effizienz, Fach- und Sozialkompetenz, gute Reputation, Kooperationserfahrung und Lernfähigkeit der Organisation)
2. Ausreichende Kooperationsbereitschaft (Motivation und Engagement)
3. Qualifizierte Mitarbeiter
4. Konsens bei den Vertragsverhandlungen (Transparenz bzgl. Ziele, Handlungsmotive und Erwartungen, Schaffung einer Vertrauenskultur, Anerkennung der existierenden Beschränkungen)

Erfolgsfaktoren in Bezug auf laufende Kooperation:

5. Wahl der geeigneten Organisationsform
6. Aufbau von Informations- und Kommunikationssystem sowie Anwendung von Controllinginstrumenten
7. Weiterentwicklung der Mitarbeiterqualifikation (Kommunikationsfähigkeit, Festlegung der Verantwortungsbereiche und Definition von Deeskalationsstrategien für Konfliktfälle)
8. Beständiges Lernen in der Kooperation
9. Funktionierendes Konfliktmanagement

Erfolgsfaktoren in Bezug auf Modellanalyse und -anpassung:

10. Effiziente Anwendung von Informations- und Controllingsystemen
11. Permanente realitätsgemäße Ergebnisevaluation und davon abgeleitete Handlungsoptionen
12. Beständiger Austausch unter den Kooperationspartnern

Franz, S.
(2008).

Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland

Erfolgsfaktoren:

1. Pauschalierte Vergütung
2. Detaillierter Integrationsvertrag
3. Vorhaltung einer Managementgesellschaft
4. Relationales Sozialkapital als Grundlage für einen intensiven Austausch unter den Kooperationspartnern und als positiver Einfluss auf das kognitive Sozialkapital
5. Kognitives Sozialkapital als Basis für den Informationsaustausch unter den Kooperationspartnern
6. Koordination und Abstimmung unter den Kooperationspartnern
7. Evaluation der Versorgungsqualität
8. Modellübergreifende IT-Systeme und Informationsaustausch mit festen Regelungen
9. Standardisierung von Behandlungsprozessen
10. Individualisierungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Versorgung
11. Aktive Patienteneinbindung

Ahgren, B.,
Axelsson, R.
(2007).

Forschungsgegenstand: Vergleich von drei erfolgreichen mit drei nicht erfolgreichen Integrationsmodellen in Schweden

Erfolgsfaktoren:

1. Professionelle Hingabe
2. Einklang des Versorgungsmodells mit den Normen und Werten der beteiligten Leistungserbringer
3. Gegenseitiges Vertrauen der beteiligten Leistungserbringer

Kranzer, A.
(2007).

Forschungsgegenstand: Effekte und Erfolgsfaktoren von Disease Management im strukturellen Rahmen von Integrierter Versorgung

Erfolgsfaktoren:

1. Wahl der richtigen Indikationen
2. Einbindung und Aktivierung aller Beteiligten/
Nutzung von Anreizsystemen
3. Qualitätsmanagement
4. Datenmanagement und Ergebnismessung
5. Kooperation unter den beteiligten Leistungserbringern und Schnittstellenmanagement
6. Wissensmanagement und Schulungen

Theurl, T.,
Franz, S.
(2007).

Forschungsgegenstand: Analyse der Integrierten Versorgung in Deutschland

Erfolgsfaktoren:

1. Infrastruktur
2. Effiziente Informationsbeschaffung durch IT-Systeme
3. Patientenorientierung ohne exorbitante Kostensteigerung durch ausgewogenes Verhältnis von Individualisierung und Standardisierung
4. Starke Patienteneinbindung
5. Kultur der Zusammenarbeit (Sozialkapital)

Wagner, K.,
Ackerschott, S.,
Lenz, I. (2007).

Forschungsgegenstand: Befragung von Vertragspartnern in der Integrierten Versorgung zu Erfolgsfaktoren der Realisierung eines Integrationsvertrags (Faktoren sortiert nach Anzahl der Nennungen in absteigender Reihenfolge)

Erfolgsfaktoren:

1. Verhandlungskompetenz
2. Umfassende interne und externe Kommunikation
3. Intensive Kooperation
4. Sorgfältige Standortwahl
5. Gesteigerte Behandlungsqualität
6. Angemessener Leistungsumfang
7. Umfassende Koordination der Versorgungsgeschehens
8. Klare Modelldefinition

9. Vertrauensvolle Zusammenarbeit
10. Wettbewerbsfähige Preise
11. Spezialisiertes fachliches Versorgungsangebot
12. Langfristige Ausrichtung des Integrationsvertrags
13. Hohe Patientenzufriedenheit
14. Hohe Motivation aller Beteiligten
15. Ruf des beteiligten Leistungserbringer
16. Unterstützung von Verbänden oder KVen in den Vertragsverhandlungen
17. Einweiserbindung
18. Zertifiziertes Qualitätsmanagement
19. Kostenreduktion

Cheng, S. M.,
Thompson, L. J.
(2006).

Forschungsgegenstand: Analyse eines integrierten
Krebstherapieprogramms im stationären Bereich in
Ontario (Kanada)

Erfolgsfaktoren:

1. Verlässliche Qualitätsmessung
2. Zeitnahe Verfügbarkeit der qualitätskritischer
Daten
3. Engagierte Mitwirkung der gesamten Klini-
korganisation
4. Kritische Einschätzung der aktuellen Lei-
stungserbringung mit dem Ziel einer stetigen
Qualitätsverbesserung

Fries, V. (2006).
i. V. m. Stern,
T., Jaberg, H.
(2005).

Forschungsgegenstand: Erfolgsfaktoren integrierter
Versorgungsmodelle aus der Perspektive von Kran-
kenkassen

Erfolgsfaktoren:

1. Interdisziplinäres Team zur Projektentwick-
lung
2. Flexibilität der Projektorganisation
3. Ausreichende Motivation, Erfahrung und
Qualifikation des Projektteams
4. Verantwortungsübernahme des Projektteams
5. Angemessene Ressourcenausstattung
6. Internes Marketing und interdisziplinärer

Einbezug aller Beteiligten

7. Mitarbeiterschulung
8. Prozess der ständigen Verbesserung

Kent, P., Chalmers, Y. (2006).

Forschungsgegenstand: Einschätzung des Erfolgs der zehn Jahre zuvor in der schottischen Grafschaft Lanarkshire (Vereinigtes Königreich) eingeführten integrierten Versorgungspfade

Erfolgsfaktoren:

1. Kontinuierliche Qualitätsmessung und Reporting als Grundlage für Weiterentwicklungen
2. Standardisierung von Versorgungsprozessen
3. Führungspersönlichkeiten als Entwicklungstreiber

Janus, K., Amelung, V. E. (2004).

Forschungsgegenstand: Untersuchung von integrierten Versorgungsmodellen in Kalifornien

Erfolgsfaktoren:

1. Ausgewogene Kombination zentraler und dezentraler Organisationselemente
2. Beziehungsmanagement
3. Personalmanagement
4. Nutzung Informationstechnologie

Kirchner, J. E., Cody, M., Thrush, C. R. et al. (2004).

Forschungsgegenstand: Etablierung einer Integrierten Versorgung in einer psychiatrischen Ambulanz zur Veteranenversorgung in den USA

Erfolgsfaktoren:

1. Übereinstimmung des Versorgungsmodells mit der Normen und Werten des Personals
2. Übereinstimmung mit der Kultur der Klinik
3. Einbezug der örtlichen Gegebenheiten und Anforderungen
4. Führung in Bezug auf Veränderungsmanagement

- Kronhardt, M. (2004). **Forschungsgegenstand:** Erfolgsfaktoren des Managements von medizinischen Versorgungsnetzwerken in Deutschland
- Erfolgsfaktoren:**
1. Verbindliche strategische Führung zur Ziel- und Wettbewerbsorientierung
 2. Dezentrale Eigenverantwortlichkeit zur Motivation der Leistungserbringer und Flexibilisierung des Modells
 3. Zentralisierung von Kern- und Unterstützungsprozessen im Sinne einer gesteigerten Prozessoptimierung und Ressourceneffizienz
 4. Intensive und von Vertrauen geprägte Kommunikation zur Abstimmung der Leistungen im Netzwerk
- Leichsenring, K. (2004). **Forschungsgegenstand:** Realisierung einer besseren Integration der geriatrischen Versorgung in der Europäischen Union (EU)
- Erfolgsfaktoren:**
1. Integration verschiedener Versorgungsbereiche in Bezug auf Versicherungssysteme und Versorgungssektoren
 2. Bündelung der Bedarfsermittlung in der geriatrischen Versorgung
 3. Bedarfsgerechte Integrationsmodelle mit größerem Entscheidungsspielräumen für Patienten
 4. Staatliche Innovationsförderung
 5. Zentrale Patientenberatung
- Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., Madge, B. (2004). **Forschungsgegenstand:** Erfolgsfaktoren von Partnerschaften mit Fokus auf eine Zusammenarbeit verschiedener Organisationen im Gesundheitswesen
- Erfolgsfaktoren:**
1. Gemeinsame Vision
 2. Gegenseitiges Vertrauen
 3. Konsistente Kommunikation

4. Klare Verantwortlichkeiten in Entscheidungsprozessen
5. Professionelle Koordination von Veränderungsprozessen
6. Schnittstellenübergreifende Kooperationskompetenz

Clarke, D.,
Howells, J.,
Wellingham, J.,
Gribben, B.
(2003).

Forschungsgegenstand: Evaluation von insgesamt 30 Einzelprojekten zur Schaffung einer besseren Integration des Versorgungsgeschehens im Bezirk Manukau (Neuseeland)

Erfolgsfaktoren:

1. Engagierte und effektive Führung
2. Einbeziehung des medizinischen Personals
3. Frühzeitiger Einbezug der Bevölkerung
4. Sorgsame Auswahl der Interessensgruppen
5. Informationsmanagementsysteme
6. Engmaschige Überwachung des Projektfortschritts
7. Realistische Zeitplanung
8. Ausreichende Aufbaufinanzierung

Eijkelberg, I.
M., Spreewen-
berg, C.,
Mur-Veeman, I.
M., Wolff-
bittel, B.
(2001).

Forschungsgegenstand: Entwicklung eines theoretischen Rahmens für eine besser integrierte Chronikerversorgung auf Basis einer lernenden Organisation anhand zweier niederländischer Versorgungsmodelle zur Behandlung von Diabetes Typ 2

Erfolgsfaktoren:

1. Projektmanagement/ Change Management
2. Leistungsbereitschaft
3. Beachtung des lokalen Kontexts
4. Integration der obigen Schlüsselfaktoren im Gesamtkonzept

Lankers, C. H.
R. (1997).

Forschungsgegenstand: Einführung von Managed Care in Europa

Erfolgsfaktoren:

1. Beachtung der regulatorischen und versor-

- gungsstrukturellen Gegebenheiten
2. Realisierung und Messung von signifikanten Einsparungen gegenüber der bestehenden Versorgung
 3. Effektive Anreizsysteme für Ärzte und Patienten
 4. Partizipation der Versicherten an Einsparungen durch entsprechende Prämien- und Beitragsgestaltung
 5. Messung und Steuerung von Qualität durch die Entwicklung von Qualitätsparametern und Steuerungssystemen
 6. Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zur Steuerung von Qualität und Kosten
 7. Prozessübergreifende datenbasierte Kommunikation
 8. Aufbau von Systemen zur elektronischen Informationsverwaltung
 9. Aufbau der notwendigen medizinisch-organisatorischen Kompetenzen bei Kostenträgern und Leistungserbringern
 10. Know-How-Transfer aus Ländern mit etablierten Managed Care-Modellen durch strategische Allianzen
 11. Stufenweiser Ausbau von Managed Care-Projekten und Ausrollen bewährter Managed-Care-Instrumente

Shortell, S. M.,
Hull, K. E.
(1996).

Forschungsgegenstand: Restrukturierung des US-amerikanischen Gesundheitssystems und Schaffung stärker integrierter Versorgungseinheiten

Erfolgsfaktoren:

1. Führung der beteiligten Leistungserbringer
2. Beziehungsmanagement und Organisationskultur
3. Anreizsetzung zur Entscheidungsfindung unter Beachtung qualitativer und ökonomischer Aspekte
4. Informationssysteme

5. Flexible, bedürfniskompatibler Versicherungsmodelle
6. Ausreichende Größe der Leistungserbringergemeinschaften
7. Erfassung der vorhandenen Morbiditätsstruktur und Messung von Qualität, Kosten und Versorgungsleistung zur Versorgungssteuerung
8. Risikomanagement

Anhang C Fragebogen GFJ

Stand: 14.11.2012

Praxis: _____

Teil 1: Soziodemographische Daten

1) Geschlecht

☐ männlich☐ weiblich

2) Geburtsjahr

Jahr			

3) Krankenkasse

☐
 AOK
 Bayern

☐
 Barmer

☐
 TK

☐
 SBK

☐
 DAK

☐
 Weiß
 nicht

Sonstige: _____

4) Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten?

Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes oder Herzkrankungen.¹⁷¹⁹

☐
 ja

☐
 nein

☐
 weiß nicht

¹⁷¹⁹ Vgl. Robert Koch-Institut (2009), S. 3.

- 5) Wann haben Sie das letzte Mal für sich die Hilfe einer Ärztin/ eines Arztes (ausgenommen Zahnärztin/ Zahnarzt) bzw. dessen Personal in Anspruch genommen?¹⁷²⁰

☐	☐	☐	☐	☐
Während der letzten 4 Wochen	Vor 1 Monat bis zu 3 Monaten	Vor 4 bis zu 12 Monaten	Vor mehr als 12 Mona- ten bis zu 5 Jahren	Vor mehr als 5 Jahren

- 6) Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Behandlung bei Ihrem Arzt?

☐	☐	☐	☐	☐
sehr zufrieden	zufrieden	teils/teils	unzufrieden	sehr unzufrieden

- 7) Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihren Arzt einem Freund oder Kollegen empfehlen?¹⁷²¹

☐	☐	☐	☐	☐
sehr wahr- scheinlich	wahrschein- lich	teils/ teils	<u>un</u> wahr- scheinlich	sehr <u>un</u> wahr- scheinlich

- 8) Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?¹⁷²²

Ungefähr _____ Nächte

☐ Keine Nacht

¹⁷²⁰ Vgl. Robert Koch-Institut (2009), S. 4.

¹⁷²¹ Vgl. Reichheld, F. F. (2003), S. 4.

¹⁷²² Vgl. Robert Koch-Institut (2009), S. 8.

9) Bei Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung

*... entscheiden
Sie alleine.*

*... entscheidet
alleine Ihr Arzt.*

1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐**10) Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?¹⁷²³**

- ☐ Volks-, Hauptschulabschluss
- ☐ Realschule, Mittlere Reife oder Fachschulreife
- ☐ POS (Polytechn. Oberschule) bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- ☐ Fachhochschulreife/ Abschluss einer Fachoberschule
- ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
- ☐ Anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)
- ☐ Schule beendet ohne Schulabschluss
- ☐ Noch keinen Schulabschluss

Teil 2: Patientenpräferenzen Best-Worst Scaling¹⁷²⁴**11)**

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	1 Enge Zusammenarbeit unter den be- handelnden Ärzten	
	2 Freie Arztwahl	
	4 Kurze Wartezeit in der Praxis	
	10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	

¹⁷²³ Vgl. Robert Koch-Institut (2009), S. 51.

¹⁷²⁴ Vgl. Cohen, E. (2009), S. 14.

12)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	2 Freie Arztwahl	
	3 Patientenbegleitung	
	5 Schnelle Terminvereinbarung	
	11 Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen	

13)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	3 Patientenbegleitung	
	4 Kurze Wartezeit in der Praxis	
	6 Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen	
	12 Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden	

14)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	4 Kurze Wartezeit in der Praxis	
	5 Schnelle Terminvereinbarung	
	7 Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin, etc.)	
	13 Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden	

15)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	5 Schnelle Terminvereinbarung	
	6 Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen	
	8 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	
	1 Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	

16)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	6 Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen	
	7 Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin, etc.)	
	9 Verlängerte Sprechstunden	
	2 Freie Arztwahl	

17)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	7 Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin, etc.)	
	8 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	
	10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	
	3 Patientenbegleitung	

18)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	8 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	
	9 Verlängerte Sprechstunden	
	11 Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen	
	4 Kurze Wartezeit in der Praxis	

19)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	9 Verlängerte Sprechstunden	
	10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	
	12 Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden	
	5 Schnelle Terminvereinbarung	

20)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	10 Informationen über medizinische Ergebnisqualität im Ärztenetz GFJ	
	11 Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen	
	13 Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden	
	6 Kostenlose Zusatzleistungen/ Vergünstigungen	

21)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	11 Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen	
	12 Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden	
	1 Enge Zusammenarbeit unter den behandelnden Ärzten	
	7 Patientenmarketing (Patientenaktionen/ Patientenmagazin, etc.)	

22)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	12 Notfallpraxis für Probleme außerhalb der Sprechstunden	
	13 Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden	
	2 Freie Arztwahl	
	8 Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten	

23)

AM WICH- TIGSTEN		AM UNWICH- TIGSTEN
	13 Patientenvertreter für Probleme/ Beschwerden	
	1 Enge Zusammenarbeit unter den be- handelnden Ärzten	
	3 Patientenbegleitung	
	9 Verlängerte Sprechstunden	

Literatur

Aaron, D. G., Siegel, M. B. (2017)

Sponsorship of national health organizations by two major soda companies, in: American Journal of Preventive Medicine 52, 1, 20-30.

Abler, S. (2011)

Effect of the introduction of diagnosis related group systems on the distribution of admission weights in very low birthweight infants, in: Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition 96, 3, 186-189.

Abraham, W., Gnutzmann, K.-H. (2007)

Integrierte Versorgung auf Basis von Komplexpauschalen, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 280-293.

Achterfeld, C. (2014)

Die Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Leistungen, in: Achterfeld, C. (Hrsg.), Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen: Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 39-72.

Adair, R. F., Holmgren, L. R. (2005)

Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial, in: The American Journal of Medicine 118, 8, 881-884.

Adamczewski, H. (2016)

Einfluss der Gestationsdiabetes-Leitlinie der DDG auf die Versorgungsrealität. Analysen des Register GestDiab, in: Diabetologie und Stoffwechsel 11, 05, 341-349.

Adelmann, F. (2013)

AOK Versicherte profitieren vom neuen Versorgungsvertrag, in: Mein Mitteilungsblatt, 19.07.2013.

Adolph, T. (2017)

Leistungsvergleiche in der GKV als Wettbewerbskriterium und Schlüssel zum Vertrieb, in: Adolph, T., Everling, O., Metzler, M. (Hrsg.), Krankenversicherung im Rating: Leistungsbewertung und Management als Schlüsselfaktoren, Wiesbaden, Gabler Verlag, 181-212.

Afshin, A. (2019)

Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, in: *The Lancet* 393, 10184, 1958-1972.

Agarwal, M. K., Green, P. E. (1991)
Adaptive Conjoint Analysis versus self-explicated models: Some empirical results, in: *International Journal of Research in Marketing* 8, 2, 141-146.

Ahern, A. L. (2017)
Extended and standard duration weight-loss programme referrals for adults in primary care (WRAP). A randomised controlled trial, in: *The Lancet* 389, 10085, 2214-2225.

Ahlgren, B., Axelsson, R. (2007)
Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden, in: *The International Journal of Health Planning and Management* 22, 2, 145-157.

Ahn, R. (2017)
Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 356, 1-9.

Ahrens, W. (2017)
Cohort Profile: The transition from childhood to adolescence in European children - how I.Family extends the IDEFICS cohort, in: *International Journal of Epidemiology*, 1-12.

Aiken, L. H. (2017)
Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care, in: *BMJ Quality & Safety* 26, 7, 559-568.

Ait Ouakrim, D. (2015)
Trends in colorectal cancer mortality in Europe: retrospective analysis of the WHO mortality database, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 351, h4970.

Aitken, M., Rajagopal, S., Marinoni, G. (2016)
Improving type 2 diabetes therapy adherence and persistence in Germany, URL: https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Healthcare%20Briefs/Diabetes/IIHI_Diabetes_Germany_Report2016.pdf [Stand 13.05.2017].

Albers, P. (2017)
Translationale Netzwerke für Innovationen an der Schwelle zur Regelversorgung?, in: *Forum* 32, 1, 6.

Albert, U. S. (2012)

Das populationsbezogene Mammografie-Screening-Programm in Deutschland: Inanspruchnahme und erste Erfahrungen von Frauen in 10 Bundesländern, in: *Gesundheitswesen* 74, 2, 61-70.

Albrecht, M., Zich, K. (2016)

Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, URL: https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/IGES-Bericht-Ambulantes_Potential-Teil_II-final-2016_07_19.pdf [Stand 04.11.2017].

Albrecht, U.-V. (2016)

Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA), Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, URL: https://publikationsserver.tu-braunschweig.de/receive/dbbs_mods_00060000 [Stand 28.07.2017].

Albus, C., Herrmann-Lingen, C., Köllner, V., Titscher, G. (2020)

Weitere wichtige Krankheitsbilder und Interventionen in der Kardiologie, in: Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Titscher, G. (Hrsg.), *Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 119-182.

Alderfer, C. P. (1972)

Existence, relatedness, and growth. Human needs in organizational settings, New York, Free Press.

Allegranzi, B. (2016)

New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention. An evidence-based global perspective, in: *The Lancet Infectious Diseases* 16, 12, e288-e303.

Al-Saeed, A. H. (2016)

An inverse relationship between age of type 2 diabetes onset and complication risk and mortality: The impact of youth-onset type 2 diabetes, in: *Diabetes Care* 39, 5, 823-829.

Als-Nielsen, B. (2003)

Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events?, in: *JAMA* 290, 7, 921-928.

Alter, C., Hage, J. (1993)

Organizations Working Together, Newbury Park, CA, SAGE Publications.

Amanzio, M. (2001)

Response variability to analgesics. A role for non-specific activation of endogenous opioids, in: *Pain* 90, 3, 205-215.

Amelung, V., Wagner, C. (2010)

Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung, in: Brinkmann, V. (Hrsg.), *Case Management*, Wiesbaden, Gabler Verlag / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, 169-200.

Amelung, V., Wolf, S. (2011)

Gesundheitssystem im Umbruch, in: *Der Urologe* 50, 12, 1566-1572.

Amelung, V. E. (2012)

Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Aufl., Wiesbaden, Imprint Gabler Verlag.

Amelung, V. E. (2013)

Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?, in: *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 13, 2, 7-15.

Amelung, V., Gerlach, F., Gruhl, M. et al. (2017)

Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> [Stand 27.08.2017].

Ametsreiter, H. (2017)

Smartphone-Markt: Konjunktur und Trends, Bitkom - Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. (Hrsg.), Berlin, URL: <https://www.bitkom.org/Presse/Anhaenge-an-PIs/2017/02-Februar/Bitkom-Pressekonferenz-Smartphone-Markt-Konjunktur-und-Trends-22-02-2017-Praesentation.pdf> [Stand 22.07.2017].

Andersen, H., Schwarze, J. (2002)

Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle, in: Preuß, K.-J. et al. (Hrsg.), *Managed Care*, Stuttgart, Schattauer, 20-36.

Andersohn, F., Walker, J. (2016)

Faktencheck Rücken: Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik, URL: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FC_Ruecken_Behandlungsfaelle-Bildgebung.pdf [Stand 30.11.2018].

Anderson, E. S. (1999)

What is the point of equality?, in: *Ethics* 109, 2, 287-337.

- Anderson, P., Moller, L., Galea, G. (2012)
Alcohol in the European Union. Consumption Harm and Policy Approaches, Genf, World Health Organization (WHO).
- Andrén, S., Elmstahl, S. (2008)
Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia. A five-year follow-up study, in: International Psychogeriatrics 20, 6, 1177-1192.
- Andresh, J. (2013)
Schwer umworben, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 25 vom 23.06.2013, 2013, 54.
- Ankuda, C. K. (2017)
Association between spousal caregiver well-being and care recipient healthcare expenditures, in: Journal of the American Geriatrics Society 65, 10, 2220-2226.
- Annuß, R. (2016)
Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- AOK Bayern (2013)
Der AOK-Navigator für besondere Versorgungsformen, URL: <http://www.aok.de/bundesweit/gesundheitsprojekte-166281.php?action=detail&itemId=485&initToken=1> [Stand 12.10.2013].
- AOK Bayern (2019)
AOK Bayern zeichnet Arztnetze für herausragende Qualität aus. Pressemitteilung vom 04.04.2019, München.
- Arab-Kohlmeier, L. (Hrsg.) (1993)
Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Arnold, M., Milde, S. (2015)
Rückenwind für Qualität, in: G+G Gesundheit und Gesellschaft 18, 11, 15.
- Ärzte Zeitung (2016)
Kosten sparen: Patientensteuerung ja, aber nicht durch den Facharzt?, URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/907993/kosten-sparen-gehen-patienten-oft-arzt.html [Stand 24.10.2019].

Ärztegenossenschaft Mittelfranken eG (ÄGM) (2020)

Bereitschaftspraxis Fürth, URL: <https://www.gesundheit-in-fuerth.de/gesundheitsanbieter/bereitschaftspraxis-fuerth> [Stand 14.03.2020].

Asch, D. A. (2015)

Effect of financial incentives to physicians, patients, or both on lipid levels: A randomized clinical trial, in: JAMA 314, 18, 1926-1935.

Asgarov, E., Hansen, D. (2013)

Setzt der Morbi-RSA Anreize für Versorgungsmanagement?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 67, 1, 17-28.

Asha, S. E. (2013)

Impact from point-of-care devices on emergency department patient processing times compared with central laboratory testing of blood samples: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis, in: Emergency Medicine Journal : EMJ.

Asha, S. E., Ajami, A. (2014)

Improvement in emergency department length of stay using a nurse-led 'emergency journey coordinator': a before/after study, in: Emergency Medicine Australasia : EMA 26, 2, 158-163.

Ashcroft, R., Hope, T., Parker, M. (2001)

Ethical Issues and Evidence-based Patient Choice, in: Edwards, A. (Hrsg.), Evidence-based Patient Choice: Inevitable or impossible?, Oxford, Oxford University Press, 53-65.

Ashley, M. J. (1977)

Morbidity in alcoholics. Evidence for accelerated development of physical disease in women, in: Archives of Internal Medicine 137, 7, 883-887.

Atkins, D. (2004)

Grading quality of evidence and strength of recommendations, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 328, 7454, 1490-1497.

Atzeni, G., Schmitz, C., Berchtold, P. (2017)

Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW, Basel, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Auerbach, H. (2018)

Innovative Versorgungsformen in der Gesundheitsversorgung der Schweiz - Die Geschäftsmodelle ändern sich, in: Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P., Rasche, C. (Hrsg.), Entrepreneurship im Gesundheitswesen III: Digitalisie-

rung - Innovationen - Gesundheitsversorgung, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 175-196.

Auger, P., Devinney, T. M., Louviere, J. J. (2007)
Using best-worst scaling methodology to investigate consumer ethical beliefs across countries, in: *Journal of Business Ethics* 70, 3, 299-326.

Auraaen, A., Slawomirski, L., Klazinga, N. (2018)
The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind, URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/baf425aden.pdf?expires=1549658531&id=id&accname=guest&checksum=77E5BB08945903F31132D616547BD557> [Stand 08.02.2019].

Auras, S. (2014)
Qualitätsmanagement-Einführung und die Erfüllung von Qualitätsanforderungen in deutschen Arztpraxen, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 19, 03, 119-125.

Axelsson, R., Axelsson, S. B. (2006)
Integration and collaboration in public health -a conceptual framework, in: *The International Journal of Health Planning and Management* 21, 1, 75-88.

Azarmina, P. (2008)
Transferring disease management and health promotion programs to other countries: critical success factors, in: *Health Promotion International* 23, 4, 372-379.

Baas, J. (2017)
Kooperation und Integration, in: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W. (Hrsg.), *Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 303-316.

Back, A. L. (2015)
The myth of the demanding patient, in: *JAMA Oncology* 1, 1, 18-19.

Backhaus, K. (2011)
Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung, 13. Aufl., Berlin, Springer.

Bader, P., Boisclair, D., Ferrence, R. (2011)
Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8, 11, 4118-4139.

Bahr, T. (2009)

Finanzierung und Vergütung aus Sicht eines Modells der populationsbezogenen regionalen Vollversorgung - am Beispiel des Unternehmens Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co KG (UGOM), in: Braun, G. E. et al. (Hrsg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Deutscher Ärzte-Verlag, 65-73.

Bahr, T., Walberer, P., Albert, K. (2018)

Portalkliniken als optionale Zugänge der Krankenhäuser zu kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgungsformen, in: Hartweg, H.-R. et al. (Hrsg.), *Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern: Mit innovativen Versorgungsansätzen zur Erlösoptimierung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 91-114.

Bahr, T. M. (2010)

Arzneimittelmanagement bei UGOM. Forum Arzneimittelmanagement. Vortrag bei KBV-Versorgungsmesse vom 30.03.2010, Berlin.

Bahro, M., Kämpf, C., Strnad, J. (2001)

Die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen. Ein Beitrag zur Rationierungsdebatte aus wirtschaftsethischer Sicht, in: *Ethik in der Medizin* 13, 1-2, 45-60.

Baier, D., Brusch, M. (2009)

Erfassung von Kundenpräferenzen für Produkte und Dienstleistungen, in: Baier, D., Brusch, M. (Hrsg.), *Conjointanalyse: Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 3-17.

Bailey, S. C. (2015)

Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction, in: *BMJ Open* 5, 6.

Baker, D. W. (2002)

Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees, in: *American Journal of Public Health* 92, 8, 1278-1283.

Baker, G. P., Jensen, M. C., Murphy, K. J. (1988)

Compensation and incentives: Practice vs. theory, in: *The Journal of Finance* 43, 3, 593-616.

Baker, R. (2016)

Population characteristics, mechanisms of primary care and premature mortality in England. A cross-sectional study, in: *BMJ Open* 6, 2, 1-11.

- Balser, M., Ritzer, U. (2016)
Klebrige Kontakte, in: Süddeutsche Zeitung, 27 vom 03.02.2016, 72, 17.
- Balser, M., Ritzer, U. (2019)
Der süße Reiz des Lobbyismus, in: Süddeutsche Zeitung, 131
vom 07.06.2019, 75, 2.
- Bandy, L. K. (2020)
Reductions in sugar sales from soft drinks in the UK from 2015 to 2018, in:
BMC Medicine 18, 1 (20), 1-10.
- Bankart, M. J. G. (2011)
Characteristics of general practices associated with emergency admission
rates to hospital. A cross-sectional study, in: Emergency Medicine Journal:
EMJ 28, 7, 558-563.
- Bär, T. (2009)
Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in
der hausärztlichen Praxis, Berlin.
- Barker, I., Steventon, A., Deeny, S. R. (2017)
Association between continuity of care in general practice and hospital
admissions for ambulatory care sensitive conditions. Cross sectional study
of routinely collected, person level data, in: BMJ: British Medical Journal
(Clinical Research Ed.) 356, 1-9.
- Barnes, B., Kraywinkel, K., Nowossadeck, E. et al. (2016)
Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, URL: [https://edoc.
rki.de/bitstream/handle/176904/3264/280aKVmifowDk.pdf?sequence=1&
isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/280aKVmifowDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Stand 31.05.2020].
- Barr, C., Bouwman, D., Lobeck, F. (1997)
Disease state considerations, in: Todd, W. E., Nash, D. B. (Hrsg.), Disease
Management, Chicago, American Hospital Publishing, 137-155.
- Bartel, S. (2010)
Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik:
Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse, in: Die Rehabilitation 49, 3,
138-146.
- Barth, N., Linde, K., Schneider, A. (2017)
Niederlassungsmotive - Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener
Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für All-
gemeinmedizin, in: Gesundheitswesen 79, 8-09, 638-644.

Basch, E. (2017)

Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment, in: JAMA, 1-2.

Bauer, C. (2017)

Projekt zeigt: Landarzt-Leben geht auch zeitgemäß!, in: Ärzte Zeitung, 82-156D vom 16.08.2017, 2017, 7.

Bauer, H., Bergner, K., Hölzing, J. (2012)

Steigerung der Patientencompliance - Empirische Erkenntnisse der Marketingforschung, in: Hoffmann, S., Schwarz, U., Mai, R. (Hrsg.), Angewandtes Gesundheitsmarketing, Wiesbaden, Springer, 375-387.

Bauer, S., Okon, E., Meermann, R. (2011)

Nachsorge nach stationärer Psychotherapie für Essstörungen, in: Psychotherapeut 56, 6, 509-515.

Bauer, T. (2016)

Environment-induced epigenetic reprogramming in genomic regulatory elements in smoking mothers and their children, in: Molecular Systems Biology 12, 3, 861.

Baum, G. (2017)

Viele offene Baustellen, in: kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin 22, 07/08, 36-37.

Baumann, E., Czerwinski, F. (2015)

Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2015, 1. Aufl., Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 57-79.

Baumann, M. (2014)

Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset, in: BMC Neurology 14, 92-106.

Baumann, V. J., Koch, U. (2017)

Perinatal nicotine exposure impairs the maturation of glutamatergic inputs in the auditory brainstem, in: The Journal of Physiology 595, 11, 3573-3590.

Baumberger, J. (2001)

So funktioniert Managed Care: Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Stuttgart, Thieme.

- Baur, R., Heimer, A., Wiese, S. (2003)
Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.), Reformen im Gesundheitswesen, 3. Aufl., Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 23-150.
- Bayerischer Hausärzterverband (2019)
Medizinische Versorgung älterer Menschen: Hausärzte sind Spezialisten für gesundes Altern, München.
- Beauchamp, G. K., Mennella, J. A. (2009)
Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, in: Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 48 Suppl. 1, 25-30.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013)
Principles of Biomedical Ethics, Seventh edition, New York, Oxford, Oxford University Press.
- Beaver, K. (1996)
Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer, in: Cancer Nursing 19, 1, 8-19.
- Beck, K. (2009)
Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von Health Maintenance Organization (HMO) und Hausarztmodellen in der Schweiz - ein systematisierter Erfahrungsbericht, in: Amelung, V. E., Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen, Stuttgart, Kohlhammer, 399-416.
- Beck, T. F. (2008)
Managed Care in der stationären Leistungserbringung. Innovative Integrierte Versorgung als Chance für Krankenhäuser, Hamburg, Diplomica Verlag.
- Beckmann, M. (2016)
Dokumentationsaufwand und verbundene Ressourcen bei Patientinnen mit einem primären Mammakarzinom - von der Primärdiagnose bis zur Abschluss der Nachsorge - Ergebnisse der multizentrischen Erhebung, in: Gesundheitswesen 78, 7, 438-445.
- Beesdo-Baum, K. (2018)
Wie häufig werden Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erkannt?, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 61, 1, 52-64.

- Behar, B. I., Guth, C., Salfeld, R. (2018)
Modernes Krankenhausmanagement, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Behner, P., Klink, A., Visser, S. et al. (2012)
Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_36214_36215_2.pdf [Stand 05.11.2017].
- Behrens, G. (2018)
Krebs durch Übergewicht, geringe körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung, in: Deutsches Ärzteblatt International 115, 35-36, 578-585.
- Behrens-Potratz, A., Schmutge, J., Ulbrich, J. (2016)
Integrierte Versorgung: Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge, Arbeitspapier Nr. 14 der Leibniz-Fachhochschule Hannover, Hannover, URL: http://www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/Arbeitspapier_14_Integrierte_Versorgung_NEU.pdf [Stand 08.11.2019].
- Behrens-Potratz, A., Zerres, C. (2017)
Kundenmanagement in Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 180-196.
- Beiglböck, W., Feselmayer, S. (2006)
<F10> Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen — Störungen durch Alkohol, in: Beiglböck, W., Feselmayer, S., Honemann, E. (Hrsg.), Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung (German Ed.), Dordrecht, Springer, 101-126.
- Bekelman, J. E., Li, Y., Gross, C. P. (2003)
Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review, in: JAMA 289, 4, 454-465.
- Bekmeier-Feuerhahn, S. (1998)
Marktorientierte Markenbewertung. Eine konsumenten- und unternehmensbezogene Betrachtung, Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden, s.l., Deutscher Universitäts-Verlag.

Bellis, M. A. (2015)

Holidays, celebrations, and commiserations: measuring drinking during feasting and fasting to improve national and individual estimates of alcohol consumption, in: BMC Medicine 13, 113, 1-12.

Benedetti, F., Amanzio, M. (2011)

The placebo response. How words and rituals change the patient's brain, in: Patient Education and Counseling 84, 3, 413-419.

Beneker, C. (2016)

Studien: Hausarzt-Patienten sind meist außen vor, in: Ärzte Zeitung, 231D vom 29.11.2016, 2016, 4.

Berchtold, P., Hess, K. (2006)

Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz : Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität, Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Berenson, R. A., Coughlin, T. A. (2011)

Success Factors in Five High-Quality, Low-Cost Health Plans, URL: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-re-port/2011/mar/1482_berenson_success_factors_five_plans_final_disclaimer.pdf [Stand 06.06.2020].

Berenson, R. A., Rice, T. (2015)

Beyond measurement and reward: Methods of motivating quality improvement and accountability, in: Health Services Research 50 Suppl 2, 2155-2186.

Berge, J. (2016)

Role of parenting styles in adolescent substance use: Results from a Swedish longitudinal cohort study, in: BMJ Open 6, 1, 1-9.

Berger, A., Bock, S. (2014)

Datenschutz in der Medizin, in: Datenschutz und Datensicherheit - DuD 38, 3, 162-164.

Berndt, C. (2016a)

Ärzte: Dr. Müller-Pharma, in: Süddeutsche Zeitung, 59 vom 11.03.2016, 72, 4.

Berndt, C. (2016b)

Gutes Geld für Pseudo-Studien, in: Süddeutsche Zeitung, 58 vom 10.03.2016, 72, 16.

Bero, L. A. (1998)

Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group, in: *BMJ: British Medical Journal* 317, 7156, 465-468.

Berry, D. C., Knapp, P., Raynor, D. K. (2002)

Provision of information about drug side-effects to patients, in: *The Lancet* 359, 9309, 853-854.

Bertsche, T., Kaltschmidt, J., Haefeli, W. E. (2009)

Patientensicherheit durch computerbasierte Arzneimittelinformationen, in: *Der Internist* 50, 6, 748-756.

Besl, S. (2011)

Moderne, vernetzte Versorgungsformen, in: Kunhardt, H. (Hrsg.), *Systemisches Management im Gesundheitswesen*, 1. Aufl, Wiesbaden, Gabler.

Bes-Rastrollo, M. (2013)

Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews, in: *PLoS Medicine* 10, 12, e1001578; discussion e1001578.

Bethge, S. (2015)

Die Bedeutung des Kommunikators auf die Wahlentscheidung für ein Integriertes Versorgungsprogramm. Eine vergleichende Präferenzanalyse mittels Discrete Choice Experiment, Hannover.

Beule, C. (2003)

Rechtsfragen der integrierten Versorgung. (§§ 140a bis 140h SGB V), Berlin, Heidelberg, Springer.

Bevan, G., Janus, K. (2011)

Why hasn't integrated health care developed widely in the United States and not at all in England?, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 36, 1, 141-164.

Bhaskaran, K. (2014)

Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults, in: *The Lancet* 384, 9945, 755-765.

Bienek, K. (2019)

Interdisziplinär-multimodales sektorenübergreifendes Assessment und bedarfsorientierte Steuerung für Patienten mit Rückenschmerzen, in: *Schmerz* 33, 2, 116-127.

- Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C. et al. (2016)
Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015", URL:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html> [Stand 21.10.2017].
- Binder, A. (2015)
Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Birkmeyer, J. D. (2002)
Hospital volume and surgical mortality in the United States, in: The New England Journal of Medicine 346, 15, 1128-1137.
- Bittner, A. (2016)
Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2016, 1. Auflage, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 141-159.
- Bittner, A., Bittner, J., Jonietz, A. (2015)
"Was hab' ich?" Makes Medical Specialist Language Understandable for Patients, in: Gurtner, S., Soyezy, K. (Hrsg.), Challenges and Opportunities in Health Care Management, Cham, Springer International Publishing, 331-338.
- Bitzer, E. M., Spörhase, U. (2015)
Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation und die Bedeutung für die Patientenschulung, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 58, 9, 983-988.
- Björnberg, A. (2015)
Euro Health Consumer Index 2014 Report, Täby, Health Consumer Powerhouse (HCP).
- Blair, R. (2000)
Caring for orphans, in: Health Management Technology 21, 10, 6.
- Blank, M. B., Hennessy, M., Eisenberg, M. M. (2014)
Increasing quality of life and reducing HIV burden: The PATH+ intervention, in: AIDS and Behavior 18, 4, 716-725.
- Blankart, C. B., Fasten, E., Schwintowski, H.-P. (2009)
Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten: Patientenseite stärken - Reformunfähigkeit überwinden, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.

- Blanz, B. M. (2017)
High-Reliability-Entscheidungen. Evidenzbasierte Ansätze zur Entscheidungs-
forschung für Verantwortungsträger, Wiesbaden, Springer.
- Bleicher, R. J. (2016)
Time to surgery and breast cancer survival in the United States, in: JAMA
Oncology 2, 3, 330-339.
- Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016)
Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: Erfahrungen aus
Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Bonn.
- Bloch, M. (2008)
Freiberuflichkeit des Arztes - freie Arztwahl des Patienten, in: Der Urolo-
ge 47, 8, 926-929.
- Blum, K., Löffert, S. (2010)
Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen,
Deutsches Krankenhaus Institut, Düsseldorf, URL: [http://www.dkgev.de/
media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf) [Stand
05.01.2018].
- Blumenthal, D. (1996)
Part 1: Quality of care - What is it?, in: The New England Journal of Medi-
cine 335, 12, 891-894.
- Bobrow, K. (2016)
Mobile phone text messages to support treatment adherence in adults
with high blood pressure (StAR), in: Circulation, 592-600.
- Bock, C., Kerd, S. (2009)
Was Versicherte wissen und wollen - Wie beurteilen die gesetzlich Kran-
kenversicherten die "Neue Welt" des Gesundheitsfonds?, in: Repschläger,
U. (Hrsg.), BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2009: Beiträge und
Analysen, Berlin, Barmer GEK, 134-155.
- Böcken, J. (2006)
Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe
und die Koordination zum Facharzt, in: Böcken, J. et al. (Hrsg.), Gesund-
heitsmonitor 2006, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 247-271.
- Böcken, J., Kunstmann, W., Butzlaff, M. (2002)
Die freie Arztwahl - ein internationaler Vergleich, in: Das Gesundheitswe-
sen 64, 5, 267-271.

Böcken, J., Marstedt, G. (2014)

Wie gut ist die hausärztliche Versorgung? Patientenurteile und Einflussfaktoren, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2014, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 132-157.

Bock-Famulla, K., Keinert, K. (2014)

Qualitätsausbau in KiTas. 7 Fragen zum Qualitätsausbau in deutschen KiTas, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Bode, I. (2004)

Die Regulierung des Gesundheitssystems in Frankreich und Deutschland, in: Neumann, W. (Hrsg.), Welche Zukunft für den Sozialstaat?, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 87-118.

Bode, T. (2014)

Was der Kunde nicht weiß ..., URL: https://www.foodwatch.org/uploads/media/2014-09-12_foodwatch-Verbraucherreport_2014.pdf [Stand 19.01.2018].

Bode, T. (2015)

foodwatch-Studie Kindermarketing für Lebensmittel, URL: http://www.foodwatch.org/uploads/media/2015-08-24_foodwatch-Studie_Kindermarketing_EU_Pledge_auf_dem_Pruefstand_final_WEB_01.pdf [Stand 19.01.2018].

Bödeker, W., Moebus, S. (2015)

Normen- und Anreizkonflikte für die gesetzlichen Krankenkassen in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Gesundheitswesen 77, 6, 397-404.

Bodenheimer, T., Grumbach, K. (2009)

Understanding health policy: A clinical approach, 5th ed., New York, McGraw-Hill Medical.

Bohle, T. (2008)

Integrierte Versorgung. Rechtsfragen, Checklisten, Vertragsmuster, 2., aktualisierte und erw. Aufl, Heidelberg, Economica.

Böhlert, I., Adam, I., Robra, B. P. (1997)

Das Schweizer Gatekeepersystem - ein Modell zur Verbesserung der Leistungsentwicklung und Wirtschaftlichkeit, in: Das Gesundheitswesen 59, 8-9, 488-494.

Böhm, M., Rosenkranz, S., Laufs, U. (2004)

Alcohol and red wine: impact on cardiovascular risk, in: Nephrology Dialysis Transplantation 19, 1, 11-16.

- Böhmer, A. (2015)
Verfahren und Handlungsfelder der Sozialplanung, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bollinger, H., Hohl, J. (1981)
Auf dem Weg von der Profession zum Beruf: Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes, in: Soziale Welt 32, 4, 440-464.
- Bölter, R. (2010)
Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten, in: Medizinische Klinik 105, 1, 7-12.
- Bommersholdt, M. E. (2014)
Key Findings and Recommendations on Reporting and Learning Systems for Patient Safety Incidents across Europe, Europäische Kommission, Brüssel, URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_en.pdf [Stand 17.05.2018].
- Borgwart, J., Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2010)
Aus Fehlern lernen - Fehlermanagement in Gesundheitsberufen, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Bork, U. (2010)
Wie viel Betriebswirtschaft braucht der Chirurg?, in: Der Chirurg 81, 8, 694-700.
- Born, P. H., Simon, C. J. (2001)
Patients and profits. The relationship between HMO financial performance and quality of care, in: Health Affairs 20, 2, 167-174.
- Boroch, W., Matusiewicz, D. (2016)
Vierfelder-Matrix der Markenpositionierung von gesetzlichen Krankenkassen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 105, 2, 131-147.
- Bosworth, H. B. (2017)
Recommendations for providers on person-centered approaches to assess and improve medication adherence, in: Journal of General Internal Medicine 32, 1, 93-100.
- Böttcher, K., Herbarth, L., Reinke, S. (2011)
Evolution des Gesundheitscoachings bei der KKH-Allianz - Von den ersten Schritten bis zur Etablierung eines innovativen Versorgungsmodells, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versor-

gungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 361-368.

Botvinick, M., Braver, T. (2015)

Motivation and cognitive control: from behavior to neural mechanism, in: Annual Review of Psychology 66, 83-113.

Boy, O. (2013)

Curriculum Ärztliches Peer Review, 2., überarbeitete Auflage, Berlin, Bundesärztekammer.

Bragg, M. A. (2016)

Popular music celebrity endorsements in food and nonalcoholic beverage marketing, in: Pediatrics, 1-11.

Brauckhoff, G. (2009)

Mundgesundheit, Berlin.

Braun, B. (2006)

Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen: Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Braun, B., Greß, S., Höppner, K., Marstedt, G., Rothgang, H., Tamm, M., Wasem, J. (2006)

Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?, in: Böcken, J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 11-31.

Braun, B., Marstedt, G. (2012)

Non-Compliance bei der Arzneimitteltherapie: Umfang, Hintergründe, Veränderungswege, in: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2011, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 56-76.

Braun, B., Marstedt, G. (2014)

Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2014, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 107-131.

Braun, J.-P. (2005)

Klinischer Behandlungspfad "laparoskopische Prostatektomie". Anästhesiologische Prozessanalyse in einer randomisierten Studie, in: Der Anaesthesist 54, 12, 1186-1196.

Braun, T., Rau, F., Tuschen, K. (2007)

Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht, in: Klauber, J.,

Robra, B. P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007, 1. Aufl., s.l., Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, 3-22.

Bräutigam, C. (2017)

Arbeitsreport Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik - bessere Arbeit?, Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.

Brehm, J. (2012)

Control, its loss, and psychological reactance, in: Jenkins, T. (Hrsg.), Control Motivation and Social Cognition, Berlin, Springer, 3-30.

Breyer, F., Zweifel, P. S., Kifmann, M. (2005)

Gesundheitsökonomik, 1. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, Springer.

British Medical Association (2015)

Food for thought: promoting healthy diets among children and young people, URL: [http://www.actiononsugar.org/media/actiononsugar/news-centre/sugar-in-the-news/2015/PO-FoodForThoughtreport-09-07-2015-\(1\).pdf](http://www.actiononsugar.org/media/actiononsugar/news-centre/sugar-in-the-news/2015/PO-FoodForThoughtreport-09-07-2015-(1).pdf) [Stand 31.05.2020].

Brodaty, H. (2009)

The effects of counseling spouse caregivers of people with alzheimer disease taking Donepezil and of country of residence on rates of admission to nursing homes and mortality, in: The American Journal of Geriatric Psychiatry 17, 9, 734-743.

Brody, D. S. (1989a)

Patient perception of involvement in medical care, in: Journal of General Internal Medicine 4, 6, 506-511.

Brody, D. S. (1989b)

The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received, in: Medical Care 27, 11, 1027-1035.

Brody, H. (1989)

Transparency: Informed consent in primary care, in: The Hastings Center Report 19, 5, 5-9.

Brömme, J. (2015)

Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie vs. konventionelle Therapie. Eine Kostenanalyse bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, in: Schmerz 29, 2, 195-202.

Broström, A. (2017)

Communication between patients with obstructive sleep apnoea syn-

drome and healthcare personnel during the initial visit to a continuous positive airway pressure clinic, in: *Journal of Clinical Nursing* 26, 3-4, 568-577.

Brown, J., Weston, W., Stewart, M. (2007)

The first component: exploring both the disease and the illness experience, in: Stewart, M. et al. (Hrsg.), *Patient-centered medicine*, 2. ed., reprinted., Abingdon, Radcliffe Medical Press, 35-49.

Brown, M. (1994)

Managed care. Strategies, networks, and management, Gaithersburg, Md., Aspen Publishers.

Bruckenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.) (2006)

Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag.

Brucker, S. (2007)

Onkologie: Die elektronische Brustkrebs-Akte. Qualitätssicherung ohne Bürokratie, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 67, 8, 884-888.

Bucci, R. (2014)

Leadership and governance, in: Bucci, R. V. (Hrsg.), *Medicine and Business*, Cham, s.l., Springer International Publishing, 9-20.

Buchbinder, R. (2009)

A randomized trial of vertebroplasty for painful osteoporotic vertebral fractures, in: *The New England Journal of Medicine* 361, 6, 557-568.

Buchner, F., Wasem, J. (2017)

Finanzmanagement in Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 274-291.

Buddeberg-Fischer, B. (2008)

The new generation of family physicians -career motivation, life goals and work-life balance, in: *Swiss Medical Weekly* 138, 21-22, 305-312.

Budnitz, D. S. (2011)

Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans, in: *The New England Journal of Medicine* 365, 21, 2002-2012.

Bühning, P. (2014)

Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Chronisch kranke

und ältere Patienten profitieren, in: Deutsches Ärzteblatt International 13, 10, 443.

Bühning, P. (2017)

Der schwierige Patient: Kommunikation ist alles, in: Deutsches Ärzteblatt International 114, 6, 280-281.

Bührlen, B. (2014)

Aktive Teilhabe, in: Bührlen, B. et al. (Hrsg.), Gesundheit neu denken, Stuttgart, Fraunhofer Verlag, 39-45.

Bundesärztekammer (2016)

Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016, Bundesärztekammer, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/index.php?id=7018> [Stand 12.01.2018].

Bundesärztekammer (2015)

Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung), URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf [Stand 27.03.2019].

Bundesgerichtshof (2005)

Urteil vom 2. Februar 2005 (5 StR 168/04), 1-9.

Bundeskanzleramt (2016)

Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Berlin, URL: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/Bestellservice/Gut-leben-in-Deutschland_Abschlussbericht.pdf;jsessionid=BB31E234B3D94A8B3DEFF0F1E6E63F2B.s5t1?__blob=publicationFile&v=4 [Stand 11.02.2017].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014)

Aktionsplan Versorgungsforschung. Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin, URL: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/Aktionsplan_Versorgungsforschung_barrierefrei.PDF [Stand 08.11.2019].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015)

Förderkonzept Medizininformatik: Daten vernetzen - Gesundheitsversorgung verbessern, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin, URL: <https://www.bmbf.de/pub/Medizininformatik.pdf> [Stand 24.06.2018].

Bundesministerium für Gesundheit (2019)

Daten des Gesundheitswesens, URL: <https://www.bundesgesund>

heitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/
Gesundheit/Broschueren/BMG_DdGW_2019_bf.pdf [Stand 08.05.2020].

Bundesverfassungsgericht (1957)

Urteil des Ersten Senats vom 16. Januar 1957 (1 BvR 253/56), 1-36.

Bundesverfassungsgericht (1958)

Urteil des Ersten Senats vom 11. Juni 1958 (1 BvR 596/56), 1-170.

Bundesversicherungsamt (2012)

Selektivverträge nach §§ 73 c, 140 a ff. SGB V; hier: Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), URL: <https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Rundschreiben/Rundschreiben63.pdf> [Stand 24.08.2019].

Bundesversicherungsamt (2018a)

Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, URL: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht_web.pdf [Stand 19.10.2018].

Bundesversicherungsamt (2018b)

Vorgaben des § 140a Abs. 4 und 5 SGB V i. V. m. der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gemäß § 217f Abs. 4a SGB V zu der Abgabe der Teilnahmeerklärung von Versicherten bei Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, URL: <https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Rundschreiben/20180212RundschreibenTeilnahmeerklaerung.pdf> [Stand 09.10.2019].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2017)

Alkoholprobleme in Familien - wie Kinder darunter leiden, Köln.

Burkell, J. (2003)

What are the chances? Evaluating risk and benefit information in consumer health materials, in: Journal of the Medical Library Association 92, 2, 200-208.

Busse, R. (2016)

Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Halle (Saale), Nationale Akademie der Wissenschaften.

Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.) (2017)

Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.

- Busse, R., Tiemann, O., Schreyögg, J. (2013)
Leistungsmanagement in Krankenhäusern, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl, Berlin, Springer Berlin Heidelberg, 51-77.
- Butzlaff, M., Böcken, J., Kunstmann, W. (2002)
Risiken, Chancen und Perspektiven einer Beschränkung der freien Arztwahl, in: *Das Gesundheitswesen* 64, 6, 363-368.
- Buyx, A. (2005)
Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen, in: *Ethik in der Medizin* 17, 4, 269-283.
- Callahan, D. (1995)
Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society, Washington, D.C, Georgetown University Press.
- Callahan, D. (1998)
False hopes. Why America's quest for perfect health is a recipe for failure, New York, Simon & Schuster.
- Calman, K. C., Royston, G. H. (1997)
Risk language and dialects, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 315, 7113, 939-942.
- Campanella, P. (2016)
The impact of Public Reporting on clinical outcomes. A systematic review and meta-analysis, in: *BMC Health Services Research* 16, 1-14.
- Campbell, B. (2004)
Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters, in: *BMJ: British Medical Journal* 328, 7447, 1060-1061.
- Campbell, S. M. (2003)
Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care, in: *BMJ: British Medical Journal* 326, 7393, 816-819.
- Caplan, G. (1964)
Principles of preventive psychiatry, New York, Basic Books.
- Carvalho, C. (2016)
Open-label placebo treatment in chronic low back pain: A randomized controlled trial, in: *Pain* 157, 12, 2766-2772.

- Caspersen, L. A. (2015)
Plain language summary: Adult sinusitis (sinus infection), in: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 153, 2, 161-166.
- Cassel, C. K., Guest, J. A. (2012)
Choosing wisely: Helping physicians and patients make smart decisions about their care, in: *JAMA* 307, 17, 1801-1802.
- Caton, S. J. (2014)
Learning to eat vegetables in early life: the role of timing, age and individual eating traits, in: *PloS One* 9, 5, e97609.
- Caulkins, D. D. (1999)
Is Mary Douglas's grid/group analysis useful for cross-cultural research?, in: *Cross-Cultural Research* 33, 1, 108-128.
- Caumanns, J. (2013)
Datenschutz und Datennutz bei elektronischen Patientenakten, in: *Datenschutz und Datensicherheit - DuD* 37, 3, 137-142.
- Cavill, N., Biddle, S., Sallis, J. F. (2001)
Health enhancing physical activity for young people, in: *Pediatric Exercise Science* 13, 1, 12-25.
- Celis-Morales, C. A. (2017)
Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 357, 1-7.
- Chan, N.-Y., Choy, C.-C. (2016)
Screening for atrial fibrillation in 13 122 Hong Kong citizens with smartphone electrocardiogram, in: *Heart* 103, 1, 24-31.
- Chaney, E. (2011)
Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: A cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign, in: *Implementation Science* 6, 1, 1-15.
- Cheng, S. M., Thompson, L. J. (2006)
Cancer Care Ontario and integrated cancer programs: portrait of a performance management system and lessons learned, in: *Journal of Health Organization and Management* 20, 4, 335-343.
- Chenot, J.-F. (2009)
Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen, in: *Der Schmerz* 23, 2, 173-179.

Chenot, J.-F. (2010)

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen, in: Schmerz 24, 3, 213-220.

Chernev, A. (2011)

The Dieter's Paradox, in: Journal of Consumer Psychology 21, 2, 178-183.

Childress, J. F., Bernheim, R. G. (2008)

Public health ethics. Public justification and public trust, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 2, 158-163.

Chiou, W.-B. (2011)

A randomized experiment to examine unintended consequences of dietary supplement use among daily smokers: taking supplements reduces self-regulation of smoking, in: Addiction (Abingdon, England) 106, 12, 2221-2228.

Christian, M. S. (2013)

Family meals can help children reach their 5 a day: a cross-sectional survey of children's dietary intake from London primary schools, in: Journal of Epidemiology and Community Health 67, 4, 332-338.

Claassen, D. (2007)

Money for medication. Financial incentives to improve medication adherence in assertive outreach, in: Psychiatric Bulletin 31, 01, 4-7.

Clark, E. (2009)

The PACT Project: Improving communication at handover, in: The Medical Journal of Australia 190, 11 Suppl, 125-127.

Clarke, A. M., Kuosmanen, T., Barry, M. M. (2015)

A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions, in: Journal of Youth and Adolescence 44, 1, 90-113.

Clarke, D. (2003)

Integrating healthcare: the Counties Manukau experience, in: The New Zealand Medical Journal 116, 1169, 1-13.

Claßen, G. (2012)

Wie effektiv sind Bonusprogramme der Krankenkassen? Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Einschätzung der Bonusprogrammteilnehmer hinsichtlich einer gesundheitsbewussteren Lebensführung, Lengerich, Pabst Science Publishers.

- Cleverley, W. O., Cleverley, J. O. (2018)
Essentials of Health Care Finance, Eighth edition, Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning.
- Cobb, L. K. (2016)
Changes in body mass index and obesity risk in married couples over 25 years: The ARIC cohort study, in: *American Journal of Epidemiology* 183, 5, 435-443.
- Cobiac, L. J. (2017)
Taxes and subsidies for improving diet and population health in Australia: A cost-effectiveness modelling study, in: *PLoS Medicine* 14, 2, 1-18.
- Cohen, D. A., Rice, J. (1997)
Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement, in: *Journal of Drug Education* 27, 2, 199-211.
- Cohen, E. (2009)
Applying best-worst scaling to wine marketing, in: *International Journal of Wine Business Research* 21, 1, 8-23.
- Cohen, G. A. (1989)
On the currency of egalitarian justice, in: *Ethics* 99, 4, 906-944.
- Cohen, S., Markowitz, P. (2002)
Renewing market segmentation. Some new tools to correct old problems, in: *ESOMAR 2002 Congress Proceedings, Barcelona*, 595-612.
- Cohen, S. H. (2003)
Maximum difference scaling: Improved measures of importance and preference for segmentation, URL: <https://www.sawtoothsoftware.com/downloadPDF.php?file=maxdiff.pdf> [Stand 19.01.2018].
- Colchero, M. A. (2016)
Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 352, 1-9.
- Coleman, C. A., Hudson, S., Maine, L. L. (2013)
Health literacy practices and educational competencies for health professionals: A consensus study, in: *Journal of Health Communication* 18 Suppl 1, 82-102.
- Collins, B. (2015)
Modelling the health impact of an English sugary drinks duty at national and local levels, in: *PloS One* 10, 6, 1-13.

Colombo, C. (2012)

Patient organizations' funding from pharmaceutical companies: is disclosure clear, complete and accessible to the public? An Italian survey, in: *PloS One* 7, 5, e34974.

Colquitt, J. A., Scott, B. A., LePine, J. A. (2007)

Trust, trustworthiness, and trust propensity: a meta-analytic test of their unique relationships with risk taking and job performance, in: *The Journal of Applied Psychology* 92, 4, 909-927.

Connor, J. (2016)

Alcohol consumption as a cause of cancer, in: *Addiction* (Abingdon, England), 1-7.

Cook, J. (2011)

The socio-economic contribution of older people in the UK, in: *Working with Older People* 15, 4, 141-146.

Cooke, L., Carnell, S., Wardle, J. (2006)

Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children, in: *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 3, 14, 1-6.

Cooper, R. (2014)

Physical capability in mid-life and survival over 13 years of follow-up: British birth cohort study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 348, 1-13.

Cornel, H. (2014)

Berliner JDH-Studie: Jugend - Drogen - Hintergründe. Ergebnisse einer Befragung junger Menschen in Berlin zu Einstellungen und Haltungen zum Drogenkonsum, Berlin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin.

Coulter, A. (1999)

Paternalism or partnership?, in: *BMJ: British Medical Journal* 319, 7212, 719-720.

Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999a)

Informing patients. An assessment of the quality of patient information materials, Reprinted, London, King's Fund.

Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1999b)

Sharing decisions with patients: is the information good enough?, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 318, 7179, 318-322.

Covey, J. (2007)

A meta-analysis of the effects of presenting treatment benefits in different formats, in: *Medical Decision Making* 27, 5, 638-654.

Cram, P., Ettinger, W. H. (J.) (1998)

Generalists or specialists - Who does it better?, in: *Physician Executive* 24, 1, 40-45.

Crawford, M. J. (2002)

Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 325, 7375/1263, 1-5.

Crawford, R. (1977)

You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming, in: *International Journal of Health Services* 7, 4, 663-680.

Creemers, S., Lambrecht, M. (2011)

Modeling a hospital queueing network, in: Boucherie, R. J., van Dijk, Nico M (Hrsg.), *Queueing Networks*, 154, Springer US, 767-798.

Cronbach, L. J. (1946)

Response sets and test validity, in: *Educational and Psychological Measurement* 6, 4, 475-494.

Dahm, F.-J. (2005)

Vertragsgestaltung bei Integrierter Versorgung am Beispiel "Prosper - Gesund im Verbund", in: *Medizinrecht* 23, 3, 121-126.

Dahm, F.-J., Möller, K.-H., Ratzel, R. (2005)

Rechtshandbuch medizinische Versorgungszentren. Gründung, Gestaltung, Arbeitsteilung und Kooperation, Berlin, Springer.

DAK Forschung (2015)

Pflege-Report 2015, DAK-Gesundheit, Hamburg, URL: <https://www.dak.de/dak/download/pflegereport-2015-1701160.pdf> [Stand 11.08.2017].

Dalén, M. (2015)

Household disposable income and long-term survival after cardiac surgery, in: *Journal of the American College of Cardiology* 66, 17, 1888-1897.

Dam, M. K. (2016)

Five year change in alcohol intake and risk of breast cancer and coronary heart disease among postmenopausal women: prospective cohort study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 353, 1-10.

Darmann-Finck, I. (2012)

Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien, in: *Pflege & Gesellschaft* 17, 3, 216-231.

Davis, F. D. (1987)

Coordination of Cardiac Transplantation: Patient Processing and Donor Organ Procurement, in: *Circulation* 75, 1, 29-39.

Davis, K. (2009)

Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction, in: *Health Policy* 90, 2-3, 239-246.

Dawis, R. V., Lofquist, L. H. (1981)

Job satisfaction and work adjustment: implications for vocational education, Columbus, Ohio, National Center for Research in Vocational Education.

de Meester, K. (2013)

SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study, in: *Resuscitation* 84, 9, 1192-1196.

de Moraes, A. C. F. (2015)

Incidence of high blood pressure in children - Effects of physical activity and sedentary behaviors: The IDEFICS study: High blood pressure, life-style and children, in: *International Journal of Cardiology* 180, 165-170.

de Vries, E. N. (2010)

Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes, in: *The New England Journal of Medicine* 363, 20, 1928-1937.

de Zwaan, M. (2017)

Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients, in: *JAMA Psychiatry* 74, 10, 987-995.

Deber, R. B. (2005)

Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?, in: *Health Expectations* 8, 4, 345-351.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985)

Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior, Springer.

Deckers, L. (2014)

Motivation, 4. ed., Harlow, Pearson Prentice Hall.

Deimel, D. (2011)

Case Management in der regionalen Versorgung - Organisation und IT-Strategie, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 355-360.

DeJong, C. (2016)

Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for Medicare beneficiaries, in: *JAMA Internal Medicine* 176, 8, 1114-1122.

Del Canale, S. (2012)

The relationship between physician empathy and disease complications, in: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 87, 9, 1243-1249.

Delnoij, D. (2000)

Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?, in: *Journal of Health Services Research & Policy* 5, 1, 22-26.

Deming, W. E. (1986)

Out of the Crisis, 5. print, Cambridge, MA, Massachusetts Inst. of Technology Center for Advanced Engineering Study.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (1984)

Ernährungsbericht 1984, Frankfurt a. M., Deutsche Gesellschaft für Ernährung.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2010)

Prävention durch moderaten Alkoholkonsum? (Pressemitteilung vom 02.02.2010), Bonn.

Deutscher Bundestag (1999)

Beschlussempfehlung des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschusses): Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), in: *Deutscher Bundestag Drucksache* 1999, 14/2369, 1-36.

Deutscher Bundestag (2003)

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG), in: *Deutscher Bundestag Drucksache* 2003, 15/1525, 1-176.

Deutscher Bundestag (2006)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), in: Deutscher Bundestag Drucksache 2006, 16/3100, 1-216.

Deutscher Bundestag (2015)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: Deutscher Bundestag Drucksache 2015, 18/4095, 1-224.

Deutscher Bundestag (2016a)

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Schutz vor Nadelstichverletzungen in Gesundheitsversorgung und Pflege, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2016, 18/9654, 1-12.

Deutscher Bundestag (2016b)

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Beate Walter-Rosenheimer, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Alkoholprävention in Deutschland, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2016, 18/8465, 1-16.

Deutscher Bundestag (2018)

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2018, 19/1544, 1-8.

Deutsches Ärzteblatt (2014a)

Ökonomisierung in Kliniken geht zulasten der Kranken, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60592/Oekonomisierung-in-Kliniken-geht-zulasten-der-Kranken> [Stand 30.10.2014].

Deutsches Ärzteblatt (2014b)

Raffelhüschchen: Gesundheitswesen muss sich den ökonomischen Gesetzen stellen, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57455/Raffelhueschen-Gesundheitswesen-muss-sich-den-oekonomischen-Gesetzen-stellen> [Stand 15.03.2014].

Deutsches Ärzteblatt (2015a)

Ärztekammer Berlin fordert mehr Transparenz bei Pharmastudien, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63590/Aerztekammer-Berlin-fordert-mehr-Transparenz-bei-Pharmastudien> [Stand 01.08.2015].

Deutsches Ärzteblatt (2015b)

Diabetes-Fachgesellschaft streitet mit der Zuckerindustrie, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64850> [Stand 18.11.2015].

Deutsches Ärzteblatt (2015c)

Forschungsgemeinschaft empfiehlt Förderung wissenschaftlich arbeitender Ärzte, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62555/Forschungsgemeinschaft-empfoehlt-Foerderung-wissenschaftlich-arbeitender-Aerzte> [Stand 11.07.2015].

Deutsches Ärzteblatt (2015d)

„Wir brauchen mehr Versorgungsforschung zur Umsetzung von Leitlinien!“, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61910/Wir-brauchen-mehr-Versorgungsforschung-zur-Umsetzung-von-Leitlinien> [Stand 15.03.2015].

Deutsches Ärzteblatt (2016)

BVA-Jahresbericht: Mehr Versicherten-beschwerden, Kasse übt Selbstkritik, in: Deutsches Ärzteblatt, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70591/BVA-Jahresbericht-Mehr-Versichertenbeschwerden-Kasse-uebt-Selbstkritik> [Stand 26.02.2020].

Dhar, R., Simonson, I. (1999)

Making complementary choices in consumption episodes, in: Journal of Marketing Research 36, 1, 29-44.

Di Castelnuovo, A. (2006)

Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies, in: Archives of Internal Medicine 166, 22, 2437-2445.

Dibbelt, S., Greitemann, B. (2015)

Optimierung der pflegerischen Patientenkontakte - Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines bedarfsgerechten Kommunikationstrainings für Pflegende in der Rehabilitation. Abschlussbericht, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V, Bad Rothenfelde, URL: https://muensterland.deutsche-rentenversicherung-reha-zentren.de/Muensterland/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Projekt_AB_Optippar.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Stand 03.01.2018].

Diehl, A., Mann, K. (2005)

Zertifizierte medizinische Fortbildung: Früherkennung von Alkoholabhängigkeit - Probleme identifizieren und intervenieren, in: Deutsches Ärzteblatt International 102, 33, 2244-2250.

Diehl, V. (2006)

Definition von Arzt und Patient aus Sicht der Medizin, in: Schumpelick, V., Vogel, B. (Hrsg.), *Arzt und Patient*, Orig.-Ausg., Freiburg im Breisgau, Herder, 168-213.

Dierks, M.-L., Martin, S., Schienkiewitz, A. (2001)

Der informierte Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens - Partner oder Störfaktor?, in: Dierks, M.-L. et al. (Hrsg.), *Patientensouveränität: Der autonome Patient im Mittelpunkt*, Stuttgart, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, 89-118.

Dieterich, A. (2007)

Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 104, 37, 2489-2491.

Dietmaier, O., Schmidt, S., Laux, G. (2019)

Pflegewissen Psychopharmaka, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.

Dietrich, M., Rau, N. (2017)

Kundenmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 220-233.

DiMatteo, M. R. (2004)

Variations in patients' adherence to medical recommendations. A quantitative review of 50 years of research, in: *Medical Care* 42, 3, 200-209.

Ding, D. (2016)

The economic burden of physical inactivity: A global analysis of major non-communicable diseases, in: *The Lancet* 388, 10051, 1311-1324.

Dirmaier, J. (2016)

psychnet.de - Empowerment zur Selbsthilfe, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 15, 3, 121.

Dobson, R. (2017)

The use of mobile health to deliver self-management support to young people with type 1 diabetes, in: *JMIR Diabetes* 2, 1, 1-9.

Doherty, C., Doherty, W. (2005)

Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences, in: *Journal of Nursing Management* 13, 2, 119-127.

Dohle, S., Wansink, B. (2013)

Fit in 50 years: participation in high school sports best predicts one's physical activity after age 70, in: *BMC Public Health* 13, 1100, 1-6.

Domenighetti, G. (2003)

Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries, in: *International Journal of Epidemiology* 32, 5, 816-821.

Domhardt, M., Baumeister, H. (2018)

Psychotherapy of adjustment disorders: Current state and future directions, in: *The World Journal of Biological Psychiatry* 19, sup1, S21-S35.

Donabedian, A. (1980)

Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Volume I, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor, Mich., Health Administration Press.

Donabedian, A. (2005)

Evaluating the quality of medical care. 1966, in: *The Milbank Quarterly* 83, 4, 691-729.

Donker, G. A. (2016)

Determinants of general practitioner's cancer-related gut feelings-a prospective cohort study, in: *BMJ Open* 6, 9, 1-8.

Donzé, J. D. (2016)

International validity of the HOSPITAL score to predict 30-day potentially avoidable hospital readmissions, in: *JAMA Internal Medicine* 176, 4, 496-502.

Doran, T. (2013)

Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities. Longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework, in: *BMJ: British Medical Journal* 347, 2, 1-12.

Douglas, M. (1982a)

In the Active Voice, London, Routledge & Kegan Paul.

Douglas, M. (1982b)

Introduction to grid/group analysis, in: Douglas, M. (Hrsg.), *Essays in the sociology of perception*, London, Routledge & Kegan Paul, 1-8.

Drago, R., Garvey, G. T. (1998)

Incentives for helping on the job, in: *Journal of Labor Economics* 16, 1, 1-25.

Dreier, M. (2012)

Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs--ein systematischer Review zu Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten der Frauen in Deutschland, in: Gesundheitswesen 74, 11, 722-735.

Dreier, M., Krüger, K., Walter, U. (2016)

Die Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs - Erfahrungen und Informationsbedürfnisse der Versicherten, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2016, 1. Auflage, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 222-252.

Dreier-Wolfgramm, A., Michalowsky, B. N., Hertel, J. et al. (2017)

Arbeitsteilung von Hausärzten und Pflegefachpersonen in der ambulanten Demenzversorgung. Ergebnisse zum Dementia Care Management der Delphi-M-V Studie, Vortrag bei 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Drey, M. (2014)

Motoneuron loss is associated with sarcopenia, in: Journal of the American Medical Directors Association 15, 6, 435-439.

Drop, L. (2011)

Der unbekannte Patient: Methodischer Ansatz zur Gewinnung von Teilnehmern für Patienten-Betreuungsprogramme, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 379-385.

Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J. et al. (2017)

Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, URL: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf [Stand 03.06.2019].

Dryden, W.-A. (2018)

Kann ein gutes System wirklich ungerecht sein?, in: MMW - Fortschritte der Medizin 160, 3, 26.

Duchman, K. R. (2015)

The effect of smoking on short-term complications following total hip and knee arthroplasty, in: The Journal of Bone and Joint Surgery 97, 13, 1049-1058.

Dudley, R. A. (1998)

The impact of financial incentives on quality of health care, in: The Milbank Quarterly 76, 4, 649-686.

Dumas, M. B. (1985)

Hospital bed utilization: an implemented simulation approach to adjusting and maintaining appropriate levels, in: *Health Services Research* 20, 1, 43-61.

Dunphy, D. C. (1972)

The Primary Group: A Handbook for Analysis and Field Research, New York, Appleton-Century-Crofts.

Dür, W., Grossmann, W., Mravlag, K. et al. (2001)

Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluß der Schule und des Elternhauses, URL: <http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/hbsc14.pdf> [Stand 05.03.2016].

Dworkin, R. (1981)

What is equality? Part 2: Equality of resources, in: *Philosophy and Public Affairs* 10, 4, 283-345.

EB (2013)

Allgemeinmedizin: Neue Leitlinien für die Hausarztpraxis, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 110, 48, 2294.

EB (2015)

Patientenvideos: Positiv für die Arzt-Patienten-Kommunikation, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 112, 48, 2051.

Ebell, M. H. (2004)

Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature, in: *American Family Physician* 69, 3, 548-556.

Eberhard, S. (2013)

Lassen sich GKV-Routinedaten nutzen, um auf leitliniengerechte Versorgung zu schließen?, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 67, 1, 29-36.

Eble, S., Maier, P. (2009)

Neue Versorgungsstrukturen erfordern professionelles Netzmanagement, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen*, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 15-32.

Eckert, F., Rüsenberg, R. (2018)

Im Dauerclinch mit dem KV-System, in: Spier, T., Strünck, C. (Hrsg.), *Ärzteverbände und ihre Mitglieder: Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 217-237.

Eckert, N. (2016)

Arzt-Patienten-Kommunikation: Bessere Adhärenz mit digitaler Unterstützung, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 9, 390.

Eckrich, F. (2016)

Einfluss einer elektronischen Patientenakte (EPA) auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Eine systematische Übersicht der medizinethischen Implikationen, in: Ethik in der Medizin 28, 4, 295-310.

Edelmann, K. (2018)

Neues Qualitätsverständnis in der GKV: Versicherte nicht mehr ausblenden, in: Betriebskrankenkassen - Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen 2018, 5, 22-27.

Edwards, A. (2001)

Presenting risk information - a review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes, in: Journal of Health Communication 6, 1, 61-82.

Edwards, A. L. (1957)

The social desirability variable in personality assessment and research, New York, Holt.

Effertz, T., Verheyen, F., Linder, R. (2014)

Die medizinischen Kosten schädlichen Alkohol- und Tabakkonsums in Deutschland - eine Analyse mittels GKV-Routinedaten, in: SUCHT 60, 4, 203-213.

Effertz, T., Viarisio, V. (2015)

Die Kosten des Rauchens in Deutschland, URL: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Die_Kosten_des_Rauchens_in_Deutschland.pdf [Stand 13.11.2017].

Effertz, T. (2017)

Kindermarketing für Lebensmittel im Internet. Eine Studie im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, AOK Bundesverband, Berlin, URL: http://aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2017/index_18508.html [Stand 04.05.2017].

Eggins, S., Slade, D. (2015)

Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience, in: Journal of Public Health Research 4, 3, 197-199.

Egnell, M. (2019)

Modelling the impact of different front-of-package nutrition labels on

mortality from non-communicable chronic disease, in: *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16, 1, 1-11.

Egualé, T. (2016)

Association of Off-label Drug Use and Adverse Drug Events in an Adult Population, in: *JAMA Internal Medicine* 176, 1, 55-63.

Ehret, Reinhard, Marzinzik, Frank, Wahl, M., Klostermann, F. (2010)

Parkinson-IV-Video-Projekt, in: Amelung, V. E. (Hrsg.), *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 139-148.

Eichler, K. (2010)

The provision of out-of-hours care and associated costs in an urban area of Switzerland. A cost description study, in: *BMC Family Practice* 11, 99, 1-9.

Eijkelberg, I. M. (2001)

From shared care to disease management: key-influencing factors, in: *International Journal of Integrated Care* 1, e17.

Eisenreich, R. (2016)

Vor der Kippe steht der Schock, in: *Süddeutsche Zeitung*, 115 vom 20.05.2016, 72, 5.

Eisenthal, S. (1979)

"Adherence" and the negotiated approach to patienthood, in: *Archives of General Psychiatry* 36, 4, 393-398.

Ek, A., Ekblom, Ö., Kallings, L., Hambræus, K., Börjesson, M. (2017)

Association between physical activity level and risk of all-cause mortality after myocardial infarction, in: *European Journal of Preventive Cardiology* (Hrsg.), *Abstract Book EuroPrevent*, 24, Malaga, 9.

Ekelund, U. (2015)

Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC), in: *The American Journal of Clinical Nutrition* 101, 3, 613-621.

Ekelund, U. (2016)

Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women, in: *The Lancet* 388, 10051, 1302-1310.

- Ellert, U., Neuhauser, H., Roth-Isigkeit, A. (2007)
Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 5-6, 711-717.
- Ellingsen, O. (2017)
High-intensity interval training in patients with heart failure with reduced ejection fraction, in: Circulation 135, 9, 839-849.
- Elliott, A. F., Burgio, L. D., Decoster, J. (2010)
Enhancing caregiver health. Findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention, in: Journal of the American Geriatrics Society 58, 1, 30-37.
- Ellis, A. A., Nixon, R. D. V., Williamson, P. (2009)
The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and adolescents, in: The British Journal of Clinical Psychology 48, Pt 4, 347-361.
- Ellrott, T. (2007)
Wie Kinder essen lernen, in: Ernährung - Wissenschaft und Praxis 1, 4, 167-173.
- Elmore, N. (2016)
Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross-sectional study in primary care, in: The British Journal of General Practice 66, 653, 896-903.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. (2003)
Shared decision-making in der medizinischen Grundversorgung, in: Scheibler, F., Pfaff, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making, Weinheim, Juventa Verlag, 55-68.
- Emmert, M. (2008)
Pay for performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung?, Burgdorf, HERZ, Health Economics Research Zentrum.
- Emmert, M. (2009)
Arzt-Bewertungsportale im Internet - Geeignet zur Identifikation guter Arztpraxen?, in: Gesundheitswesen 71, 4, 18-27.
- Emmert, M. (2012)
Public Reporting im Gesundheitswesen: Die Auswirkungen veröffentlich-

ter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung, in: Gesundheitswesen 74, 6, 25-41.

Emmert, M. (2014)

Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care?, in: Health Policy 118, 3, 386-395.

Emmert, M. (2017)

Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results, in: Health Policy 121, 1, 17-26.

Emmert, M., Meszmer, N., Sander, U. (2017)

Public Reporting zu Krankenhäusern in den USA und in Großbritannien, in: Dormann, F. et al. (Hrsg.), Qualitätsmonitor 2017, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 65-83.

Engelhardt, H. T. (1996)

The foundations of bioethics, New York, Oxford University Press.

Engström, S., Foldevi, M., Borgquist, L. (2001)

Is general practice effective? A systematic literature review, in: Scandinavian Journal of Primary Health Care 19, 2, 131-144.

Enthoven, A. C. (2009)

Integrated delivery systems: the cure for fragmentation, in: The American Journal of Managed Care 15, 10 Suppl, S284-90.

Entwistle, V. A. (1998)

Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers. The experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care 14, 1, 47-70.

Ernst, J., Schwarz, R., Krauß, O. (2004)

Shared decision making bei Tumorpatienten, in: Journal of Public Health 12, 2, 123-131.

Ernst, J., Weißflog, G. (2013)

Gemeinsam stark — Angehörige als Unterstützung, in: Heilberufe 65, 7, 56-59.

Ernst, K. F. (2014)

Surgical palliative care consultations over time in relationship to systemwide frailty screening, in: JAMA Surgery 149, 11, 1121-1126.

Ernst, S. (2008)

Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Erfolgs-

faktoren und Strategien, 1. Aufl., Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

Ernstmann, N. (2017)

Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy - a longitudinal multilevel analysis, in: BJU International 119, 3, 396-405.

Esch, T. (2016)

Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods, in: BMJ Open 6, 1, 1-12.

Esch, T., Walker, J., Delbanco, T. (2016)

Open Notes: Transparenz in der Arzt-Patienten-Kommunikation, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 39, 1700-1703.

Eschner, M. (2001)

Disease Management: Kooperation statt Konfrontation, in: Gesundheit und Gesellschaft 4, 11, 18-19.

Esser, E. (2014)

KVen werben bei jungen Ärzten für Niederlassung, in: Der niedergelassene Arzt 2014, 7, 22-23.

Ettrich, C., Ettrich, K. U. (2007)

Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, Springer Berlin Heidelberg.

Euler, S., Böcken, J. (2016)

Wissen und Wahrnehmung von Patientenrechten in Deutschland 2010 bis 2015, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2016, 1. Auflage, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 86-112.

Europäische Kommission (2009)

Guideline on Summary of Product Characteristics, URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-2/c/smcp_guideline_rev2_en.pdf [Stand 05.06.2020].

Europäische Kommission (2017)

Bericht der Kommission an das europäische Parlament und den Rat gemäß Artikel 59 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0135&from=de> [Stand 15.07.2017].

- European Advertising Standards Alliance (2015)
EU Pledge Nutrition White Paper, URL: <http://www.eu-pledge.eu/> [Stand 05.06.2020].
- European Advertising Standards Alliance (2017)
EU Pledge Monitoring Report 2016, URL: http://www.eu-pledge.eu/sites/eu-pledge.eu/files/reports/EU_Pledge_2016_Monitoring_Report.pdf [Stand 04.05.2017].
- Eurostat (2016)
The EU in the World. 2016 Edition, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Evans, A. (2001)
Can differences in management processes explain different outcomes between stroke unit and stroke-team care?, in: The Lancet 358, 9293, 1586-1592.
- Evans, G. W. (2004)
The environment of childhood poverty, in: The American Psychologist 59, 2, 77-92.
- Ewert, B. (2013)
Modernisierungsdimensionen und Antriebskräfte im Gesundheitssystem, in: Ewert, B. (Hrsg.), Vom Patienten zum Konsumenten?, Wiesbaden, Springer VS, 59-118.
- Fabian, S. (2005)
Wettbewerbsforschung und Conjoint-Analyse. Bestimmung der Präferenzen von Managern mittels Conjoint-Analyse zur Erklärung ihres Verhaltens im Wettbewerb, insbesondere ihres Reaktionsverhaltens bei Konkurrenzaktionen, 1. Auflage, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.
- Faller, H., Neuderth, S. (2019)
Patient und Gesundheitssystem, in: Faller, H., Lang, H. (Hrsg.), Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 339-359.
- Faltermaier, T., Brütt, A. (2014)
Krankheitsmodelle, in: Dorsch, F., Wirtz, M. A., Strohmmer, J. (Hrsg.), Dorsch - Lexikon der Psychologie, 17., vollst. überarb. Aufl., Bern, Huber, 946.
- Fekete, C., Weyers, S. (2015)
Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59, 2, 197-205.

Fekjær, H. O. (2013)

Alcohol - a universal preventive agent? A critical analysis, in: *Addiction* 108, 12, 2051-2057.

Felder, S., Werblow, A. (2008)

A physician fee that applies to acute but not to preventive care. Evidence from a German deductible program, in: *Schmollers Jahrbuch* 128, 2, 191-212.

Feufel, M., Antes, G., Steurer, J., Gigerenzer, G., Muir Gray, J., Mäkelä, M., Mulley Jr., A., Nelson, D., Schulkin, J., Schünemann, H., u. a. (2013)

Wie verbessern wir die Gesundheitsversorgung: durch bessere Systeme, bessere Patienten oder beides?, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 117-134.

Fildes, A. (2014)

Nature and nurture in children's food preferences, in: *The American Journal of Clinical Nutrition* 99, 4, 911-917.

Fiolet, T. (2018)

Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 360, 1-11.

Firth-Cozens, J., Greenhalgh, J. (1997)

Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care, in: *Social Science & Medicine* (1982) 44, 7, 1017-1022.

Fischer, S. (2015)

Project "Weisse Liste": A German best practice example for online provider ratings in health care, in: Gurtner, S., Soye, K. (Hrsg.), *Challenges and Opportunities in Health Care Management*, Cham, Springer International Publishing, 339-346.

Flaig, C. (2002)

Selbsteinweisungen ins Spital. Eine Untersuchung des Qualitätszirkels Brugg in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden (KSB) und dem Bezirksspital Brugg (BSB), in: *Primary Care* 2002, 2, 280-283.

Fleckenstein, J. (2013)

Der Weg ist das Ziel - Mit Coaching zur Gesundheitskompetenz, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 351-369.

Fleischmann, R. (2015)

Tablet computers with mobile electronic medical records enhance clinical routine and promote bedside time. A controlled prospective crossover study, in: *Journal of Neurology* 262, 3, 532-540.

Flintrop, J., Maibach-Nagel, E. (2015)

Interview mit Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery und Dr. med. Andreas Gassen: Angriff auf die freie Arztwahl, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 112, 1-2, 9-12.

Flohr, J., Klein, S., Kemerle, S. (2016)

QM für die Netzarbeit - Struktur und Implementierung eines Netz-Qualitätsmanagments, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke*, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 269-281.

Flynn, T. N. (2007)

Best-worst scaling: What it can do for health care research and how to do it, in: *Journal of Health Economics* 26, 1, 171-189.

Ford, E. S., Dietz, W. H. (2013)

Trends in energy intake among adults in the United States: findings from NHANES, in: *The American Journal of Clinical Nutrition* 97, 4, 848-853.

Ford, G., Compton, M., Millett, G., Tzortzis, A. (2017)

The role of digital disruption in healthcare service innovation, in: Pfannstiel, M. A., Rasche, C. (Hrsg.), *Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management*, Cham, Springer, 57-70.

forsa-Institut (2020)

Meinungen der gesetzlich Krankenversicherten zur Krankenhausversorgung in Deutschland: Ergebnisbericht. Pressemitteilung zur Forsa-Umfrage zum Krankenhausstrukturwandel vom 16.01.2020, Berlin.

Fowler, Sharon P. G., Williams, K., Hazuda, H. P. (2015)

Diet soda intake is associated with long-term increases in waist circumference in a biethnic cohort of older adults: the San Antonio longitudinal study of aging, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, 1-8.

Foxcroft, D. R. (2015)

Social norms information for alcohol misuse in university and college students, in: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1-143.

Fraenkel, L., McGraw, S. (2007)

What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making?, in: *Journal of General Internal Medicine* 22, 5, 614-619.

- Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (2014)
Was muss sich ändern?, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 24 vom 15.06.2014, 2014, 20.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (1999)
Bewährungsstrafe im Herzklappen-Skandal, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 124 vom 01.06.1999, 11.
- Franks, P., Clancy, C. M., Nutting, P. A. (1992)
Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment, in: The New England Journal of Medicine 327, 6, 424-429.
- Franks, P., Fiscella, K. (1998)
Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience, in: The Journal of Family Practice 47, 2, 105-109.
- Franz, S. (2008)
Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse, Aachen, Shaker.
- Freund, T. (2011)
Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508], in: Trials 12, 1-9.
- Freund, T. (2013)
Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, in: Annals of Family Medicine 11, 4, 363-370.
- Freund, T. (2015)
Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce. Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?, in: International Journal of Nursing Studies 52, 3, 727-743.
- Freytmuth, A. K., Ronan, G. F. (2004)
Modeling patient decision-making: The role of base-rate and anecdotal information, in: Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 11, 3, 211-216.
- Fricke, A. (2017)
Entlassmanagement krankt an Kommunikationsdefiziten, in: Ärzte Zeitung, 21-38D vom 24./25.02.2017, 2017, 1.
- Friedemann, J., Schubert, H.-J., Schwappach, D. (2009)
Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser:

Systematische Auswertung und Handlungsbedarf, in: Gesundheitswesen 71, 1, 3-9.

Frielingsdorf, O. (2017)

Teamführung: Mit wenigen Bausteinen zu mehr Effizienz, in: Ärzte Zeitung, 61-107D vom 07.06.2017, 2017, 14.

Fries, V. (2006)

Erfolgsfaktoren der integrierten Versorgung aus der Sicht der Krankenkassen. Diplomarbeit, Hamburg, Diplom.de Diplomica.

Friis, K. (2016)

Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens, in: BMJ Open 6, 1, 1-11.

Frisch, J. (2016)

Digital Health: Ärzte wünschen sich Lotsen im Daten-Dickicht, in: Ärzte Zeitung, 231D vom 29.11.2016, 2016, 8.

Fritsche, L. (2007)

Kosten-Nutzen-Abwägungen in der Beurteilung von IV-Projekten, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 47-56.

Froböse, I., Wallmann-Sperlich, B. (2016)

Der DKV Report „Wie gesund lebt Deutschland?“, Zentrum für Gesundheit durch Sport und Bewegung der Deutschen Sporthochschule Köln, DKV Deutsche Krankenversicherung, Düsseldorf, URL: <http://www.ergo.com/de/Presse/Overview/Presseinformationen/Alle-Meldungen/PM-2016/2016/20160808-AM-DKV-Deutschland-bleibt-sitzen-im-Job> [Stand 08.08.2016].

Fröck, M. (2004)

Die GKV im Wettbewerb: Eine Analyse ausgewählter Aktionsparameter, Berlin, WVB Wiss. Verl. Berlin.

Frodl, A. (2016)

Praxisführung für Ärzte: Kosten senken, Effizienz steigern, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

Frohnhofen, H., Wehling, M. (2018)

Das FORTA-Prinzip in vier Schritten anwenden, in: Geriatrie-Report 13, 2, 18-20.

Fuchs, F., Winter, S. (2011)

Pro-Aktive Reha Steuerung pars - Fallbezogene, sektorenübergreifende Vernetzung zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Leistungserbringern, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 411-449.

Fuhrmann, F., Müller, H., Meier, F. (2011)

Durch Software Assisted Medicine (SAM) Leitlinien zum Leben erwecken, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 431-440.

Furuya-Kanamori, L. (2016)

Prevalence of differentiated thyroid cancer in autopsy studies over six decades: A meta-analysis, in: *Journal of Clinical Oncology* 34, 30, 3672-3679.

Füssel, S. (2010)

Klinischer Behandlungspfad - konservative Wirbelsäulenbehandlung, in: *Der Orthopäde* 39, 8, 764-770.

Gabriel, J. (2017)

Praxisnetze im Wandel - Chancen und Stärken eines Versorgungsmodells, in: Pfannstiel, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen III: Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 13-24.

Gaebel, W., Kowitz, S., Zielasek, J. (2012)

The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines, in: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262, S2, 51-55.

Gaissmaier, W., Gigerenzer, G. (2013)

Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Gesundheitsentscheidungen zu treffen, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 29-44.

Galbraith-Emami, S., Lobstein, T. (2013)

The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review, in: *Obesity Reviews* 14, 12, 960-974.

- Galef, B. G., JR., Henderson, P. W. (1972)
Mother's milk: a determinant of the feeding preferences of weaning rat pups, in: Journal of Comparative and Physiological Psychology 78, 2, 213-219.
- Galesic, M., Garcia-Retamero, R. (2010)
Statistical numeracy for health: a cross-cultural comparison with probabilistic national samples, in: Archives of Internal Medicine 170, 5, 462-468.
- Galle, P. (2014)
Das Dilemma des medizinischen Fortschritts: Die finanzkräftige Allianz von Pharmaindustrie und Universitätsklinika dient nicht immer dem Wohl des Patienten, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 216 vom 17.09.2014, 2014, N1.
- Gassen, A. (2019)
Rede von Dr. Andreas Gassen zur Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 15. März 2019, URL: <https://www.kbv.de/html/39590.php> [Stand 08.11.2019].
- Gaßner, M. (2017)
Korruptionsprävention durch Aufsicht über die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Medizinrecht 35, 9, 677-688.
- Gausepohl, L., Hoffmann, S., Keine, J. T. et al. (2016)
360°Studie: Digitalisierung im Gesundheitsmarkt, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG, Düsseldorf, URL: <http://360grad.apobank.de/Studie/> [Stand 01.09.2016].
- Geberth, S., Nowack, R. (2014)
Praxis der Dialyse, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Geiger, B., Wolf, T. (2011)
IT-Strategien für sektorübergreifende Versorgungskonzepte, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 341-345.
- Geiß, T., Raich, M., Peters, M. (2013)
Motivation und Einflussfaktoren auf unternehmerisches Handeln, in: HeilberufeScience 4, 2, 63-72.
- Geis-Thöne, W. (2019)
Kinderbetreuung - Fast 320.000 Plätze für unter Dreijährige fehlen, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, URL: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/IW-Kurzbericht_2019_Betreuungsluecke.pdf [Stand 30.12.2019].

- Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (2017)
FAQ-Liste für Antragsteller zu den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss, URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/68/2017-02-20_FAQ_Internet-final.pdf [Stand 08.11.2019].
- General Medical Council (2008)
Consent. Patients and Doctors Making Decisions Together, London, General Medical Council.
- George, J. M., Jones, G. R. (2008)
Understanding and Managing Organizational Behavior, 5th edition, Upper Saddle River, NJ, Pearson Prentice Hall.
- Geraedts, M. (2014)
Das Krankenhaus als Risikofaktor, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2014, Stuttgart, Schattauer, 3-12.
- Gerber, M. (2016)
Fitness moderates the relationship between stress and cardiovascular risk factors, in: Medicine and Science in Sports and Exercise 48, 11, 2075-2081.
- Gerlach, F., Szecsenyi, J. (2018)
Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, URL: https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/hzv-evaluation_2018.pdf [Stand 26.01.2019].
- Gerlinger, T. (2013)
Umsetzungshindernisse, URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156103/umsetzungshindernisse> [Stand 25.05.2015].
- Germano, G. (2016)
"Same-patient processing" for multiple cardiac SPECT studies. 2. Improving quantification repeatability, in: J Nucl Cardiol (Journal of Nuclear Cardiology) 23, 6, 1442-1453.
- Gersch, M. (2010)
Monitoring-IV: Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenversicherungen. Vortrag bei 7. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V., Berlin.
- Gerst, T., Rieser, S. (2014)
Selektivverträge: Nüchterne Bilanz zum Vertragsgeschehen, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 13, 530-531.

Gerstein, H. C. (2008)

Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes, in: *The New England Journal of Medicine* 358, 24, 2545-2559.

Gerstung, M. (2017)

Precision oncology for acute myeloid leukemia using a knowledge bank approach, in: *Nature Genetics* 49, 332-340.

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (2015) vom 22. Juli 2015 (BGBl. I, 1211).

Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (2016) vom 3. Juni 2016 (BGBl. I, 1254).

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (2015) vom 22. Juli 2015 (BGBl. I, 1211).

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2015) vom 22. Juli 2015 (BGBl. I, 1211).

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (2014) vom 22. Juli 2015 (BGBl. I, 1211).

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) (2014) vom 24. Juli 2014 (BGBl. I, 1133).

Giaimo, S. (2002)

Markets and medicine. The politics of health care reform in Britain, Germany, and the United States, Ann Arbor, University of Michigan Press.

Gießelmann, K. (2016)

Adipositas und Diabetes Typ 2. Digitale Unterstützung für Arzt und Patient, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 113, 44, 1996.

Gießelmann, K. (2017)

Gesundheit im Internet: Krank gegoogelt, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 114, 8, 382-384.

Gigerenzer, G. (2014)

Risk savvy. How to make good decisions, New York, NY, Viking.

Gigerenzer, G., Edwards, A. (2003)

Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 327, 7417, 741-744.

- Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009)
Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe, in: Journal of the National Cancer Institute 101, 17, 1216-1220.
- Gigerenzer, G., Muir Gray, J. (2013)
Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-28.
- Gilbert-Diamond, D. (2017)
Television food advertisement exposure and FTO rs9939609 genotype in relation to excess consumption in children, in: International Journal of Obesity 41, 1, 23-29.
- Gilbride, T. J., Inman, J. J., Stilley, K. M. (2015)
The role of within-trip dynamics in unplanned versus planned purchase behavior, in: Journal of Marketing 79, 3, 57-73.
- Giles, E. L. (2014)
The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis, in: PloS One 9, 3, 1-16.
- Gilfrich, C. (2017)
Kommentar zur Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur Pressemeldung des AOK-Bundesverbandes, in: Der Urologe 56, 1, 72-74.
- Giuffrida, A., Torgerson, D. J. (1997)
Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance, in: BMJ: British Medical Journal 315, 7110, 703-707.
- GKV Spitzenverband (2013)
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V - Allgemeine Vorgaben zu den Regelungen nach § 73b Abs. 3 Satz 8 SGB V, § 73c Abs. 2 Satz 7 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 5 SGB V, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/richtlinien_und_vertraege/2013-08-26_Richtlinie_des_GKV-SV__217f_Abs_4a_SGB_V.pdf [Stand 15.11.2017].
- Glaeske, G. (2017)
Apotheken und Pharmaindustrie, in: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W. (Hrsg.), Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 231-243.

- Glaeske, G., Dicheva, S., Sauer, K. (2015)
Apotheke - ein moderner Supermarkt?, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2015, 1. Aufl., Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 80-97.
- Glasziou, P., Vandenbroucke, J. P., Chalmers, I. (2004)
Assessing the quality of research, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 328, 7430, 39-41.
- Glock, G., Sohn, S., Schöffski, O. (2004)
IT-Unterstützung für den medizinischen Prozess in der integrierten Versorgung, Burgdorf, HERZ, Health Economics Research Zentrum.
- Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001)
Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration, in: Health Care Management Review 26, 1, 70-86.
- Goetz, S. M. (2000)
Ein multidimensionaler Fragebogen als Bestandteil eines präventiven geriatrischen Assessments: Vergleich der Selbstausfüllerversion mit der Interviewversion, in: Sozial- und Präventivmedizin 45, 3, 134-146.
- Gogineni, K. (2015)
Patient Demands and Requests for Cancer Tests and Treatments, in: JAMA Oncology 1, 1, 33-39.
- Goldstein, A. P., Shipman, W. G. (1961)
Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview, in: Journal of Clinical Psychology 17, 2, 129-133.
- Gonyea, J. G., O'Connor, M. K., Boyle, P. A. (2006)
Project CARE: A randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers, in: The Gerontologist 46, 6, 827-832.
- Goodman, D. C. (1997)
The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer always better?, in: American Journal of Public Health 87, 7, 1144-1150.
- Göpffarth, D. (2012)
Zweites Jahr Morbi-RSA - Stabilität und Bestätigung, in: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 66, 1, 8-15.

- Göpffarth, D. (2013)
Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich - Verständnis und Missverständnisse, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 67, 1, 10-16.
- Gottschling, J. (2019)
Socioeconomic status amplifies genetic effects in middle childhood in a large German twin sample, in: Intelligence 72, 20-27.
- Graalmann-Scheerer, K. (2017)
Das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen vom 30.5.2016 (BGBl. I, 1254): Eine Einführung in die neue Rechtslage, in: Medizinrecht 35, 8, 601-611.
- Graf, J. P. (2015)
Die infizierte Knieprothese - Eine Dreijahresstudie aus neun Berliner Krankenhäusern, Berlin.
- Graf, M., Annaheim, B. (2006)
Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen, Lausanne, SFA Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Gräf, M. (2007)
Die volkswirtschaftlichen Kosten der Non-Compliance: Eine entscheidungsorientierte Analyse, Bayreuth, Verlag P.C.O.
- Graff, L. G., Chern, C.-H., Radford, M. (2014)
Emergency physicians' acute coronary syndrome testing threshold and diagnostic performance: acute coronary syndrome critical pathway with return visit feedback, in: Critical Pathways in Cardiology 13, 3, 99-103.
- Granger, B. B. (2005)
Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme. Double-blind, randomised, controlled clinical trial, in: The Lancet 366, 9502, 2005-2011.
- Green, L. (2006)
Queueing Analysis in Healthcare, in: Hall, R. W. (Hrsg.), Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, 91, Springer US, 281-307.
- Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. e. a. (1993)
The economic burden of depression in 1990, in: Journal of Clinical Psychiatry 54, 405-418.
- Greenfield, S. (1995)
Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent dia-

betes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study, in: JAMA 274, 18, 1436-1444.

Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J. E. (1985)
Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes, in: Annals of Internal Medicine 102, 4, 520-528.

Greiling, M., Quint, U. (2010)
Klinische Behandlungspfade aus betriebswirtschaftlicher Sicht, in: Der Orthopäde 39, 8, 752-757.

Greiner, W. (2006)
Gesundheitsökonomische Bewertung von Disease-Management-Programmen, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49, 1, 34-39.

Greß, S., Schnee, M. (2017)
Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung, in: G+G Wissenschaft 17, 3, 7-15.

Greve, G. (2006)
Das Integrierte Versorgungssystem Prosper, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3 - 4, 23-28.

Greve, G., Müller, H., Hörter, S. (2009)
Prosper-Modelle der Knappschaft, in: Braun, G. E. et al. (Hrsg.), Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Deutscher Ärzte-Verlag, 75-91.

Griffey, R. T. (2014)
Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism?, in: Academic Emergency Medicine 21, 10, 1109-1115.

Griffin, S., Kinmonth, A. L. (2000)
Diabetes Care. The Effectiveness of Systems for Routine Surveillance for People with Diabetes, in: The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.

Grill, M. (2011)
„Klarheit schaffen!“. Viele Mediziner verbünden sich, um die Versorgung ihrer Patienten zu verbessern. Doch mittlerweile haben sich Arzneimittelhersteller in diese Netzwerke eingekauft - mit ganz anderen Zielen., in: Der Spiegel 2011, 5, 114-115.

- Grimes, C. A. (2013)
Dietary salt intake, sugar-sweetened beverage consumption, and obesity risk, in: *Pediatrics* 131, 1, 14-21.
- Grimm, K. A. (2014)
Fruit and vegetable intake during infancy and early childhood, in: *Pediatrics* 134 Suppl 1, 9.
- Grimshaw, J. M. (2004)
Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, in: *Health Technology Assessment* 8, 6, 1-72.
- Grochowski Jones, R., Ornstein, C. (2016)
Matching Industry Payments to Medicare Prescribing Patterns: An Analysis, URL: <https://static.propublica.org/projects/d4d/20160317-matching-industry-payments.pdf?22> [Stand 22.02.2020].
- Groene, O., Hildebrandt, H. (2017)
Germany: Evolution and Scaling Up of the Population-Based Integrated Health Care System “Healthy Kinzigtal”, in: Amelung, V. et al. (Hrsg.), *Handbook Integrated Care*, Cham, Springer International Publishing, 511-524.
- Grontved, A. (2016)
Bicycling to work and primordial prevention of cardiovascular risk: A cohort study among Swedish men and women, in: *Journal of the American Heart Association* 5, 11, 1-16.
- Gross, P. A. (2001)
Optimal methods for guideline implementation: Conclusions from Leeds castle meeting, in: *Medical Care* 39, 8, 85-92.
- Groß, S. E. (2014)
Can a stressed oncologist be good in a consultation? A qualitative study on the oncologists' perception, in: *European Journal of Cancer Care* 23, 5, 594-606.
- Grothaus, F.-J. (2009)
Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung,
- Grumbach, K. (1999)
Resolving the gatekeeper conundrum, in: *JAMA* 282, 3, 261.

- Grundke, S., Kudela, G., Klement, A. (2013)
Verkürzte Liegezeiten und Probleme hausärztlicher Anschlussversorgung, in: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 67, 4, 47-51.
- Guirguis-Blake, J. M. (2017)
Interventions to prevent falls in older adults, in: JAMA, 1-12.
- Gulbrandsen, P., Hjortdahl, P., Fugelli, P. (1997)
General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: Multipractice questionnaire survey, in: BMJ: British Medical Journal 314, 7086, 1014-1018.
- Gulich, M., Gröber-Grätz, D. (2010)
Auswirkungen der Medikamenten- Rabattverträge auf die Arzneitherapie im hausärztlichen Setting, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2010, 07+08, 305-311.
- Gulliford, M. C. (2016)
Safety of reduced antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: cohort study using electronic health records, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 354, 1-10.
- Gunkel, C., Rohe, J., Sanguino Heinrich, A., Hahnenkamp, C., Thomeczek, C. (2013)
CIRS - Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme, in: Herbig, N., Poppelreuter, S., Thomann, H. (Hrsg.), Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Köln, TÜV Media.
- Güntert, B. (2017)
Personalmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 404-411.
- Gupta, A. (2017)
Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA). A randomised double-blind placebo-controlled trial and its non-randomised non-blind extension phase, in: The Lancet, 1-9.
- Gupta, P. (2017)
Risk factors for nonadherence to antihypertensive treatment, in: Hypertension 69, 6, 1113-1120.

- Gurillo, P. (2015)
Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis, in: *The Lancet Psychiatry* 2, 8, 718-725.
- Güssow, J. (2007)
Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, 1. Aufl., s.l., DUV Deutscher Universitäts-Verlag.
- Gustafsson, A., Herrmann, A., Huber, F. (2007)
Conjoint Measurement. Methods and Applications, 4. Aufl., Berlin, Heidelberg, Springer.
- Guthoff-Hagen, S. (2009)
Kennzahlengesteuertes Versorgungsmanagement, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen*, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 259-267.
- Guthoff-Hagen, S. (2013)
Patientensteuerung: Navigationshilfe oder beherzter Griff ins Lenkrad?, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 333-342.
- Guthold, R. (2019)
Global trends in insufficient physical activity among adolescents. A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants, in: *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1-13.
- Haaf, A., Halsband, E. (2011)
Leistungsindividualisierung als Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit - Zusammenführung internationaler Projekterfahrung im Patientencoaching, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 387-394.
- Häckl, D., Weinold, I., Kossack, N. et al. (2016)
Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA. Gutachten für den IKK e. V. Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen und seine Mitglieder, WIG2 GmbH - Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig, URL: https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Downloads/Morbi-RSA-2016/2016_03_30_Gutachten_zu_Anreizen_fuer_Praevention_im_Morbi-RSA.pdf [Stand 23.06.2018].

Hagelüken, A. (2017)

Rente mit 70: Länger arbeiten? Ja, in: *Süddeutsche Zeitung*, 206 vom 07.09.2017, 73, 15.

Hahn, E. (2017)

Die aktuelle Entwicklung des Fernbehandlungsverbots zwischen Berufs-, Vergütungs- und Arzneimittelrecht, in: Duesberg, F. (Hrsg.), *e-Health 2017*, 6.000, Solingen, Medical Future Verlag, 140-143.

Hair, N. L. (2015)

Association of child poverty, brain development, and academic achievement, in: *JAMA Pediatrics* 169, 9, 822-829.

Hait, B., Sitte, T. (2013)

Teamarbeit und Selbstreflexion, in: Thöns, M., Sitte, T. (Hrsg.), *Repetitorium Palliativmedizin*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 267-280.

Hakkarainen, K. M. (2012)

Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions--a meta-analysis, in: *PloS One* 7, 3, 1-9.

Hall, D. E. (2017a)

Association of a frailty screening initiative with postoperative survival at 30, 180, and 365 days, in: *JAMA Surgery* 152, 3, 233-240.

Hall, D. E. (2017b)

Development and initial validation of the risk analysis index for measuring frailty in surgical populations, in: *JAMA Surgery* 152, 2, 175-182.

Hall, K. D. (2019)

Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An in-patient randomized controlled trial of ad libitum food intake, in: *Cell Metabolism*.

Halperin, E. C., Hutchison, P., Barrier, R. C., JR (2004)

A population-based study of the prevalence and influence of gifts to radiation oncologists from pharmaceutical companies and medical equipment manufacturers, in: *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 59, 5, 1477-1483.

Halpern, S. D. (2015)

Randomized trial of four financial-incentive programs for smoking cessation, in: *The New England Journal of Medicine* 372, 22, 2108-2117.

Hamer, M. (2012)

Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: the role of physical activity, in: *Psychosomatic Medicine* 74, 9, 896-903.

Hamprecht, A. (2016)

Colonization with third-generation cephalosporin-resistant Enterobacteriaceae on hospital admission. Prevalence and risk factors, in: *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 71, 10, 2957-2963.

Hannawa, A., Jonitz, G. (2017)

Phase 3: Behandlungsplanung, in: Hannawa, A. F., Jonitz, G. (Hrsg.), *Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation*, Berlin, Boston, De Gruyter, 142-171.

Hanneken, J. (2020)

Systempartnerschaften im Gesundheitswesen - Was ist drin für die Versorgung?, in: Pfannstiel, M. A., Jaeckel, R., Da-Cruz, P. (Hrsg.), *Market Access im Gesundheitswesen: Hürden und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 327-342.

Hans-Böckler-Stiftung (2012)

Pflege und Job - mehr Unterstützung nötig, in: *Böckler Impuls*, 17, 7.

Hansis, M. L. (2001)

Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 98, 31-32, 2035-2040.

Harding-Zentrum für Risikokompetenz (2015)

Nutzen und Risiken der Brustkrebs-Früherkennung, URL: <https://www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen/mammographie> [Stand 12.12.2015].

Hardy, B. (1999)

Inter-agency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery, in: *Health Policy* 48, 2, 87-105.

Hardy, J. C. (1986)

Patient administration: one-step patient processing, in: *Healthcare Financial Management* 40, 12, 27-32.

Harrold, L. R., Field, T. S., Gurwitz, J. H. (1999)

Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists, in: *Journal of General Internal Medicine* 14, 8, 499-511.

- Hart, R. (2006)
Minimalinvasive und navigierte Implantation von Knieendoprothesen, in: *Der Orthopäde* 35, 5, 552-557.
- Härter, M., Simon, D. (2013)
Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung und wie wird das gemessen?, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 55-60.
- Hartmannbund (2014)
Assistenzarzt (m/w) 2014: Online-Umfrage unter den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Hartmannbund, URL: <http://www.hartmannbund.de/Zielgruppen/angestellte-aerzte/assistenzarzt-m-w-2014/> [Stand 10.03.2015].
- Harvey, M. (2008)
Correlation of physician seniority with increased emergency department efficiency during a resident doctors' strike, in: *The New Zealand Medical Journal* 121, 1272, 59-68.
- Haselhoff, V. (2016)
„Vertrauen, aber...“ - Die medizinische Dienstleistung, Rollen und Beziehungsmodelle von Patienten und Ärzten und das komplexe Konstrukt Patientenvertrauen, in: Nürnberg, V. (Hrsg.), *Die ärztliche Zweitmeinung: Fehler, Vertrauen und Qualität in der Medizin*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 1-20.
- Hasford, J. (2007)
Persistence with antihypertensive treatments: results of a 3-year follow-up cohort study, in: *European Journal of Clinical Pharmacology* 63, 11, 1055-1061.
- Hauerwas, S. (1994)
God, Medicine, and Suffering, Grand Rapids, MI, William B. Eerdmans Publishing Company.
- Haumann, W. (2017)
Leben mit Demenz. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung, in: Storm, A. (Hrsg.), *DAK Pflegereport 2017*, 1. Auflage, Heidelberg, Neckar, medhochzwei Verlag, 18-49.
- Haun, J. N. (2015)
Association between health literacy and medical care costs in an integrat-

ed healthcare system. A regional population based study, in: BMC Health Services Research 15, 249.

Hauser, K. (2015)

Outcome-relevant effects of shared decision making, in: Deutsches Ärzteblatt International 112, 40, 665-671.

Häuser, W., Hansen, E., Enck, P. (2012)

Nocebophänomene in der Medizin, in: Deutsches Ärzteblatt International 109, 26, 459-465.

Hauss, F. (2004)

Disease-Management-Programme. Ein anderer Umgang mit den Versicherten wird nötig, in: Journal of Public Health 12, 1, 43-49.

Hautz, W. E. (2015)

Diagnostic performance by medical students working individually or in teams, in: JAMA 313, 3, 303-304.

Havighurst, C. C. (2001)

Consumers versus managed care: The new class actions, in: Health Affairs 20, 4, 8-27.

Haynes, A. B. (2009)

A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, in: The New England Journal of Medicine 360, 5, 491-499.

Haynes, R. B. (Hrsg.) (1982)

Compliance Handbuch, München, Oldenbourg.

Health Quality & Safety Commission New Zealand (2014)

Three Steps to Better Health Literacy - a Guide for Health Professionals, URL: <http://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/health-literacy-booklet-3-steps-Dec-2014.pdf> [Stand 29.09.2018].

Heidenreich, G., Blobel, B. (2009)

IT-Standards für telemedizinische Anwendungen. Der Weg zum effizienten Datenaustausch in der Medizin, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 52, 3, 316-323.

Heilert, D., Kaul, A. (2017)

Smoking Behaviour in Germany: Evidence from the SOEP, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW), Berlin, URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.563343.de/diw_sp0920.pdf [Stand 13.04.2018].

Heilmann, K. (2015)

Risikoeinschätzung der Deutschen 2015. TNS Emnid-Umfrage im Auftrag von Canada Life Januar 2015, Köln.

Heimeshoff, M., Schreyögg, J., Kwietniewski, L. (2014)

Cost and technical efficiency of physician practices: A stochastic frontier approach using panel data, in: Health Care Management Science 17, 2, 150-161.

Heimpel, H. (2003)

Zur Bedeutung nationaler und lokaler Leitlinien für ärztliche Entscheidungen, in: Medizinische Klinik 98, 4, 226-230.

Hein, S. (2009)

Wie wirkt sich die Einführung des Qualitätsmanagements auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung aus? Exemplarische Untersuchung in einer Klinik, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103, 4, 219-227.

Heinrich, D. (2011)

Customer Relationship Management im Krankenhaus: Empirische Überprüfung eines Kundenwertmodells für niedergelassene Ärzte, Wiesbaden, Gabler.

Hell, D., Schüpbach, D. (2016)

Anleitung und Unterstützung für Angehörige im Umgang mit schizophren erkrankten Familienmitgliedern, in: Hell, D., Schüpbach, D. (Hrsg.), Schizophrenien: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 119-129.

Heller, G. (2014)

Qualitätsmessung mit Routinedaten in der gesetzlichen Qualitätssicherung am Beispiel Dekubitusprophylaxe, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 108, 8-9, 465-469.

Hellmann, W. (2009)

Klinische Pfade als Schlüsselfaktor für erfolgreiche Netzarbeit, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke managen, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 89-103.

Helmert, U., Voges, W. (2002)

Einflussfaktoren für die Mortalitätsentwicklung bei 50- bis 69-jährigen Frauen und Männern in Westdeutschland im Zeitraum 1984-1998, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35, 5, 450-462.

- Hemschemeier, M., Bittkowski, M., Stollorz, V. (2019)
Mindestmengen im Krankenhaus - Bilanz und Neustart, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Analyse_Mindestmengen_final.pdf [Stand 04.06.2019].
- Henderson, A. C. (2013)
Patient assessment in emergency medical services: complexity and uncertainty in street-level patient processing, in: *Journal of Health and Human Services Administration* 35, 4, 505-542.
- Henke, Klaus-Dirk, Reimers, L. (2006)
Finanzierung, Vergütung und Integrierte Versorgung im medizinisch-technischen Leistungsgeschehen, Berlin, ZiG.
- Hensen, P., Wollert, S., Luger, T. (2009)
Prozess- und Wartezeitenanalyse in einer Hochschulambulanz, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 14, 04, 184-190.
- Heran, B. S. (2011)
Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease, in: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-92.
- Herber, O. R., Rieger, M. A., Schnepf, W. (2008)
Die Bedeutung des Tandempraxen-Konzeptes für die Professionalisierung der Pflege, in: *Pflege & Gesellschaft* 13, 3, 234-245.
- Herold, N. (2019)
Medizinische Autorität und Interessenkonflikt: Content is King, in: Kölbel, R. (Hrsg.), *Institutionelle Korruption und Arzneimittelvertrieb*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 209-241.
- Herrmann, T., Köster, C., Seyderhelm, A. et al. (2017)
Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten: Bestandsaufnahme und Konzeptentwicklung für die kassenärztliche Notfallversorgung, URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/676_Ersteinschaetzung_Notfallpatienten/Projektbericht_Ersteinschaetzung_von_Notfallpatienten.pdf [Stand 08.11.2019].
- Herrmann, W. J. (2013)
Patients' subjective concepts about primary healthcare utilisation: The study protocol of a qualitative comparative study between Norway and Germany, in: *BMJ Open* 3, 6, 1-7.
- Hersch, J. (2015)
Use of a decision aid including information on overdetection to support

informed choice about breast cancer screening. A randomised controlled trial, in: *The Lancet* 385, 9978, 1642-1652.

Hertling, T. (2008)

Jungen und Männer heute. Die erschwerte männliche Sozialisation in der modernen Gesellschaft und ihre Folgen, Berlin, Münster, LIT.

Herxheimer, A., Goodare, H. (1999)

Who are you, and who are we? Looking through some key words, in: *Health Expectations* 2, 1, 3-6.

Herzberg, F. (1965)

The new industrial psychology, in: *Industrial and Labor Relations Review* 18, 3, 364-376.

Hess, E. P. (2016)

Shared decision making in patients with low risk chest pain. Prospective randomized pragmatic trial, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 355, 1-11.

Hessel, F. (2019)

Die Preisgestaltung von Arzneimittel aus internationaler Perspektive, in: Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P., Schulte, V. (Hrsg.), *Internationalisierung im Gesundheitswesen: Strategien, Lösungen, Praxisbeispiele*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 303-316.

Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R. (2005)

Motivational interviewing, in: *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 1, 91-111.

Heuer, J. (2016)

Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte, Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Heuer, T., Hoffmann, I. (2011)

Wie isst Deutschland? Ernährungsverhalten und Ernährungskompetenz, in: *Politische Studien: Zweimonatsschrift für Politik und Zeitgeschehen* 62, 437, 27-38.

Heuser-Kempff, B., Heuser, D. (2012)

Markt & Warentest: Wie der informierte Käufer das Marktgeschehen beeinflusst, 3. aktualisierte Aufl., Berlin, Stiftung Warentest.

Heyen, N. B. (2016)

Digitale Selbstvermessung und Quantified Self - Potenziale, Risiken und

Handlungsoptionen, Fraunhofer ISI, Karlsruhe, URL: http://www.isi.fraunhofer.de/isi-wAssets/docs/t/de/publikationen/Policy-Paper-Quantified-Self_Fraunhofer-ISI.pdf [Stand 28.07.2017].

Hibbeler, B. (2011)

Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt, in: Deutsches Ärzteblatt International 108, 41, 2138-2144.

Hibbeler, B. (2016)

Packungsbeilagen: Auch für Ärzte unverständlich, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 3, 72-73.

Hilbert, S. (2011)

Tablet-PC im Praxisalltag: Unterstützung bei der Anamnese, in: Deutsches Ärzteblatt International 108, 45, 2417-2419.

Hildebrandt, H., Dold, H., Schmitt, G., Tillack, D., Zimmer, P. (2016)

Delegieren, Substituieren und neue Aufgabendefinitionen als Chance in Netzen und regionalen Gesundheitsorganisationen, in: Eble, S., Kursescheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 297-309.

Hildebrandt, H., Erdweg, A., Roth, M. (2013)

Fallstudie zum Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl, Berlin, Springer Berlin Heidelberg, 149-158.

Hildebrandt, H., Gröne, O., Schulte, T., Meyer, I., Melle, C., Brüwer, O. (2017)

Fallstudie zum Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 149-157.

Hildebrandt, H., Michalek, H., Roth, M. (2011)

Integriertes Management auf Augenhöhe - Anforderungen an eine konsistente Führungsphilosophie in IV-Systemen am Beispiel von Gesundes Kinzigtal, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 215-226.

Hildebrandt, H., Stunder, B., Wetzels, M., Gröne, O. (2016)

Erfolgsfaktoren für Netze und regionale Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung, in: Eble, S., Kur-

scheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 60-73.

Hillig, T. (2006)

Verfahrensvarianten der Conjoint-Analyse zur Prognose von Kaufentscheidungen, 1. Auflage, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.

Hirschowitz, R. G. (1975)

The pace of patient processing in the mental health system, in: Community Mental Health Journal 11, 2, 179-183.

Hiss, R. G., Greenfield, S. (1996)

Forum Three: changes in the U.S. health care system that would facilitate improved care for non-insulin-dependent diabetes mellitus, in: Annals of Internal Medicine 124, 1 Pt 2, 180-183.

Hjortdahl, P., Borchgrevink, C. F. (1991)

Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations, in: BMJ: British Medical Journal 303, 6811, 1181-1184.

Ho, P. M. (2006)

The association between processes, structures and outcomes of secondary prevention care among VA ischemic heart disease patients, in: BMC Cardiovascular Disorders 6, 1, 1-8.

Hoch, S. (2016)

Controlling in kleinen und großen Netzwerken, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 155-169.

Hoffmann, B., Heinrich, A. S. (2014)

Qualitätssicherung: CIRS-Plattform - ein etabliertes Instrument, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 45, 1946-1950.

Hoffmann, T. C., Del Mar, C. (2015)

Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review, in: JAMA Internal Medicine 175, 2, 274-286.

Hoffmann, T. C., Del Mar, C. (2017)

Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: A systematic review, in: JAMA Internal Medicine 177, 3, 407-419.

Hoffmann, W., van den Berg, N., Dreier, A. (2013)

Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tä-

tigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56, 4, 555-561.

Hoffrage, U. (2000)

Medicine. Communicating statistical information, in: Science 290, 5500, 2261-2262.

Höhl, R. (2014)

Therapiebooster Zielvereinbarung, in: Ärzte Zeitung, 165D vom 27.09.2014, 2014, 11.

Höhl, R. (2015a)

Delegation: Die Haftung liegt beim Praxischef, in: CME 12, 6, 38.

Höhl, R. (2015b)

Delegation: Die Haftung liegt beim Praxischef, in: Ärzte Zeitung, 16-30D vom 13./14.02.2015, 2015, 16.

Höhl, R. (2016)

Jetzt verteilen die Ärzte selbst das Honorar, in: MMW - Fortschritte der Medizin 158, 10, 36-37.

Höhl, R. (2018)

Rückenschmerzen - ein Fall für 140er-Verträge, in: Orthopädie & Rheuma 21, 5, 57.

Hollands, G. J. (2015)

Portion, Package or Tableware Size for Changing Selection and Consumption of Food, Alcohol and Tobacco, in: The Cochrane Database of Systematic Reviews 9, 1-387.

Hollmann, J. (2013)

Führungskompetenz für Leitende Ärzte. Motivation, Teamführung, Konfliktmanagement im Krankenhaus, 2. Aufl. 2013, Berlin, Heidelberg, Springer.

Homagk, L., Deml, O., Hofmann, G. O. (2012)

Der IT-gestützte Behandlungspfad als Routinearbeitsinstrument in der Unfallchirurgie, in: Der Unfallchirurg 115, 12, 1076-1082.

Homann, K. (1988)

Rationalität und Demokratie, Tübingen, Mohr Siebeck.

Homann, K., Suchanek, A. (2005)

Ökonomik, 2., überarb. Aufl., Tübingen, Mohr Siebeck.

- Hombrecher, M., Borgerding, K., Wolters, S. (2016)
 Beweg Dich, Deutschland! TK-Bewegungsstudie 2016, Techniker Krankenkasse, Hamburg, URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/819848/Datei/163832/TK-Bewegungsstudie-2016-Beweg-dich-Deutschland.pdf> [Stand 20.08.2016].
- Hönig, K., Gündel, H. (2016)
 Angehörige auf der Intensivstation, in: *Der Nervenarzt* 87, 3, 269-275.
- Hörtemöller, A., Eversmeyer, M. (2017)
 Der Behandlungspfad im G-DRG System. Auswirkungen durch die Einführung eines Behandlungspfades im Rahmen einer sektorenübergreifenden Patientensteuerung auf die Patienten und Mitarbeiter, dargestellt am Beispiel benigne Prostatahyperplasie, Osnabrück.
- Hourigan, S. R. (2008)
 Positive effects of exercise on falls and fracture risk in osteopenic women, in: *Osteoporosis International* 19, 7, 1077-1086.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., Parker, R. M. (2005)
 The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees, in: *The American Journal of Medicine* 118, 4, 371-377.
- Howard, R. L. (2007)
 Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review, in: *British Journal of Clinical Pharmacology* 63, 2, 136-147.
- Hu, M. H., Woollacott, M. H. (1994)
 Multisensory training of standing balance in older adults: I. Postural stability and one-leg stance balance, in: *Journal of Gerontology* 49, 2, M52-61.
- Huber, L. (2006)
 Patientenautonomie als nichtidealisierte „natürliche Autonomie“, in: *Ethik in der Medizin* 18, 2, 133-147.
- Hudson, B. (2012)
 Patients' expectations of screening and preventive treatments, in: *Annals of Family Medicine* 10, 6, 495-502.
- Huffman, J. C. (2015)
 Effects of Optimism and Gratitude on Physical Activity, Biomarkers, and Readmissions After an Acute Coronary Syndrome: The Gratitude Research in Acute Coronary Events Study, in: *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 1-17.

- Hupperts, H., Hermann, K.-G. A. (2014)
Kein Informationsaustausch ohne Technik. Moderne Infrastruktur einer Radiologie, in: *Der Radiologe* 54, 1, 32-39.
- Hurrelmann, K., Leppin, A. (Hrsg.) (2001)
Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Bern, Hans Huber.
- Hyman, D. J. (2017)
Hypertension: Does polypharmacy lead to nonadherence or nonadherence to polypharmacy?, in: *Hypertension* 69, 6, 1017-1018.
- Iezzoni, L. I. (1996)
100 apples divided by 15 red herrings. A cautionary tale from the mid-19th century on comparing hospital mortality rates, in: *Annals of Internal Medicine* 124, 12, 1079-1085.
- Inchley, J. (2016)
Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey, Kopenhagen, World Health Organization (WHO).
- infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2016)
Tabellenband Ärztemonitor 2016: Ergebnisse für Haus- und Fachärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Bonn, URL: http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Fachae_rzte.pdf [Stand 17.01.2018].
- Inoue-Choi, M. (2016)
Association of long-term, low-intensity smoking with all-cause and cause-specific mortality in the national institutes of health-AARP diet and health study, in: *JAMA Internal Medicine*, 1-9.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2016)
MLP Gesundheitsreport 2016, Wiesloch.
- IQWiG (2015)
Allgemeine Methoden: Version 4.2, Köln, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Ismail, F., Busse, R. (2013)
Die Herausforderungen für gesetzliche Krankenkassen bei der Steuerung der Versorgung von Hochkostenfällen, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und*

Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 447-463.

Jachertz, N., Rieser, S. (2007)

Rationierung im Gesundheitswesen: Grenzen für den Fortschritt, in: Deutsches Ärzteblatt International 104, 1-2, 21-25.

Jackson, S. E., Steptoe, A., Wardle, J. (2015)

The influence of partner's behavior on health behavior change: The English Longitudinal Study of Ageing, in: JAMA Internal Medicine 175, 3, 385-392.

Jacob, G., Bengel, J. (2000)

Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme, in: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 48, 280-301.

Jacobi, F. (2002)

Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen, in: Der Nervenarzt 73, 7, 651-658.

Jacobs, K., Schulze, S. (Hrsg.) (2011)

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Neue Konzepte für Stadt und Land, Berlin, KomPart Verlags-Gesellschaft.

Jacobus, J., Tapert, S. F. (2013)

Neurotoxic effects of alcohol in adolescence, in: Annual Review of Clinical Psychology 9, 703-721.

Jäger, C. (2016a)

Personalstrukturen in Netzwerken, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 310-320.

Jäger, C. (2016b)

Selektivverträge in Ärztenetzen - Erfolgsfaktoren, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 125-134.

Jäger, C. (2017)

Auswirkungen sozial- und berufsrechtlicher Regelungen auf Unrechtsvereinbarungen nach §§299a ff. StGB, in: Medizinrecht 35, 9, 694-701.

Jahn, J. (2015)

Kein Geld bei Kita-Mangel. Leipzig muss Verdienstaufschlag laut Urteil nicht ersetzen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 198 vom 27.08.2015, 2015, 4.

- Jähne, A., Schulz, C., Rüther, T. (2015)
Evidenzbasierte Tabakentwöhnung, in: CME 12, 10, 7-14.
- Jähnke, A., Stäudle, J. (2016)
Beitrag der Pflege bei der Unterstützung von Angehörigen, in: Der Onkologe 22, 9, 638-644.
- Janus, K. (2003)
Managing Health Care in Private Organizations. Transaction Costs, Cooperation and Modes of Organization in the Value Chain, Frankfurt am Main, Lang.
- Janus, K. (2008)
Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers. Insights from a cross-national study, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 33, 6, 1133-1167.
- Janus, K. (2010)
Das Verhalten ist entscheidend: Monetäre Anreizsysteme reichen für eine erfolgreiche Integration nicht aus, in: Managed Care 3, 3, 12-15.
- Janus, K. (2011)
Pay-for-Performance does not always pay - Risks and side effects of incentives in healthcare, in: Eurohealth 2011, 17 (4), 31-34.
- Janus, K. (2014)
The effect of professional culture on intrinsic motivation among physicians in an academic medical center, in: Journal of Healthcare Management 59, 4, 287-304.
- Janus, K., Amelung, V., Voss, H. (2007)
Innovative Vergütungsmodelle auf dem Prüfstand - Ansätze zur Erhöhung der Behandlungsqualität und der Kosteneffizienz in der Integrierten Versorgung, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 78-98.
- Janus, K., Amelung, V. E. (2004)
Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien - Erfolgs- und Misserfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland, in: Gesundheitswesen 66, 10, 649-655.
- Jarvik, J. G. (2015)
Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults, in: JAMA 313, 11, 1143-1153.

- Järvinen, T. L. N. (2016)
Labelling people as 'High Risk': A tyranny of eminence?, in: *British Journal of Sports Medicine* 50, 2, 77-78.
- Jean, Y. A. (2004)
Inclusive intake screening: shaping medical problems into specialist-appropriate cases, in: *Sociology of Health & Illness* 26, 4, 385-410.
- Jedamzik, S. (2006)
Einführung und Überblick am Fallbeispiel eines Praxisnetzes, in: Eberspächer, J., Braun, G., Picot, A. (Hrsg.), *eHealth: Innovations- und Wachstumsmotor für Europa*, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 79-103.
- Jeong, S.-W. (2019)
Mortality reduction with physical activity in patients with and without cardiovascular disease, in: *European Heart Journal* 9, 1-9.
- Jernigan, D. (2017)
Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008, in: *Addiction* (Abingdon, England) 112 Suppl 1, 7-20.
- Jerosch, J. (2016)
Patientenschulungen, in: Jerosch, J., Linke, C. (Hrsg.), *Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie: Lösungen für Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 125-126.
- Jeschke, E. (2017)
Follow-up-Qualitätsindikatoren für Hüft- und Kniegelenkersatz, in: Dorman, F. et al. (Hrsg.), *Qualitätsmonitor 2017*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 101-116.
- Jeschke, E., Heyde, K., Günster, C. (2013)
Der Zusammenhang von Komplikationen im Krankenhaus und im Follow-up und Implikationen für die Qualitätsmessung bei Hüftgelenksendoprothesen - Eine Analyse von AOK-Routinedaten, in: *Gesundheitswesen* 75, 5, 288-295.
- Jha, A. K. (2008)
The use of health information technology in seven nations, in: *International Journal of Medical Informatics* 77, 12, 848-854.

- Johannes, S., Hellweg, S. (2010)
Motivation als Grundlage für den Therapieerfolg, in: *Neuroreha* 2, 02, 72-78.
- Johnson, M. S. (2014)
A frailty index identifies patients at high risk of mortality after tracheostomy, in: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 150, 4, 568-573.
- Johnson, S., Müller, T. (Hrsg.) (2002)
Interdisziplinäre Versorgungspfade. Pathways of care, 1. Aufl., Bern, Huber.
- Johnson, S. L. (2015)
Young children's food neophobia characteristics and sensory behaviors are related to their food intake, in: *The Journal of Nutrition* 145, 11, 2610-2616.
- Jollis, J. G. (1996)
Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician, in: *The New England Journal of Medicine* 335, 25, 1880-1887.
- Jordan, S., Lippe, E. von der (2013)
Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56, 5, 878-884.
- Jørgensen, A. W., Hilden, J., Gøtzsche, P. C. (2006)
Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 333, 7572, 1-5.
- Jørgensen, K. J. (2017)
Breast cancer screening in denmark: A cohort study of tumor size and overdiagnosis, in: *Annals of Internal Medicine*.
- Jousilahti, P. (2016)
Leisure time physical activity reduces the risk of cardiovascular death and an acute CVD event also among older adults, in: *European Heart Journal* 2016, 37/ Abstract 390.
- Juhnke, C., Mühlbacher, A. C. (2013)
Patient-centredness in integrated healthcare delivery systems - needs, expectations and priorities for organised healthcare systems, in: *International Journal of Integrated Care* 13, 1-14.

- Julian-Reynier, C. (2015)
General practitioners and breast surgeons in France, Germany, Netherlands and the UK show variable breast cancer risk communication profiles, in: *BMC cancer* 15, 243, 1-9.
- Jung, K. (2010)
The impact of information disclosure on quality of care in HMO markets, in: *International Journal for Quality in Health Care* 22, 6, 461-468.
- Jungbauer, J., Krieger, T., Floren, M. (2017)
Konzeption und erste Evaluation eines rehabilitationsbegleitenden Beratungsangebots für Angehörige von Schlaganfallpatienten, in: *Die Rehabilitation*, 1-7.
- Juraschek, S. P. (2017)
Effects of sodium reduction and the DASH diet in relation to baseline blood pressure, in: *Journal of the American College of Cardiology* 70, 23, 2841-2848.
- Jürgens, U. (2009)
Arzneimitteltherapie: Empathie fördert die Motivation, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 106, 51-52, 115.
- Kaag, M. E., Wijkel, D., Jong, D. de (1996)
Primary health care replacing hospital care: The effect on quality of care, in: *International Journal for Quality in Health Care* 8, 4, 367-373.
- Kähm, K. (2018)
Health care costs associated with incident complications in patients with type 2 diabetes in Germany, in: *Diabetes Care* 41, 5, 971-978.
- Kahneman, D., Tversky, A. (1979)
Prospect theory: An analysis of decision under risk, in: *Econometrica* 47, 2, 263-292.
- Kahrs, M. (2002)
Ansprüche an medizinische Versorgung im Spannungsfeld zwischen Angebotsstruktur und individuellen Bedürfnissen: Quantitative Befunde zur Artikulation von Ansprüchen an medizinische Versorgung und deren Befriedigung, Bremen.
- Kaiser, T. (2004)
Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt?, in: *Arznei-Telegramm* 35, 1-7.

Kallmes, D. F. (2009)

A randomized trial of vertebroplasty for osteoporotic spinal fractures, in: *The New England Journal of Medicine* 361, 6, 569-579.

Kalogeraki, E. (2016)

Physical exercise preserves adult visual plasticity in mice and restores it after a stroke in the somatosensory cortex, in: *Frontiers in Aging Neuroscience* 8, 212, 1-15.

Kam-Hansen, S. (2014)

Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks, in: *Science Translational Medicine* 6, 218, 1-8.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1993)

Putting the balanced scorecard to work, in: *Harvard Business Review* 9, 1, 134-147.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1996a)

Knowing the score, in: *Financial Executive* 12, 6, 30-34.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1996b)

Using the balanced scorecard as a strategic management system, in: *Harvard Business Review*, 75-85.

Kaplan, R. S., Norton, D. P., Horváth, P. (1997)

Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen, Stuttgart, Schäffer-Poeschel.

Karasek, R. A. (1979)

Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, in: *Administrative Science Quarterly* 24, 2, 285-308.

Karbach, U. (2011)

Ärztliches Leitlinienwissen und die Leitliniennähe hausärztlicher Therapien: Eine explorative Studie am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 108, 5, 61-69.

Karkucak, M. (2016)

Education and visual information improves effectiveness of ultrasound-guided local injections on shoulder pain and associated anxiety level: A randomized controlled study, in: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 95, 1, 9-14.

Kartte, J., Neumann, K. (2015)

Strukturen der Prävention, URL: <http://www.rolandberger.de/media/pdf/>

Roland_Berger_Strukturen_der_Praevention_20150429.pdf [Stand 18.08.2015].

Kasper, J., Geiger, F. (2007)

Der evidenzbasiert informierte Multiple-Sklerose-Patient - Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient, in: Der Klinikarzt 36, 1, 43-47.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014)

Positionierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD zum Abschnitt Gesundheit und Pflege (18. Legislaturperiode), URL: http://www.kbv.de/media/sp/2014_03_24_KBV_Positionierung_Koalitionsvertrag.pdf [Stand 24.03.2014].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2016)

Richtig kooperieren: Mit Praxisbeispielen und Informationen zum Antikorruptionsgesetz, URL: https://www.kbv.de/media/sp/Broschuere_Kooperation.pdf [Stand 27.02.2020].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (2016)

Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 38, 1669-1674.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2017)

Bericht zur Förderung der anerkannten Praxisnetze nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V durch die KVB im Jahr 2016, URL: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-Foerderbericht-2016-Praxisnetze.pdf> [Stand 12.03.2020].

Katzenmeier, C. (2019)

Big Data, E-Health, M-Health, KI und Robotik in der Medizin, in: Medizinrecht 37, 4, 259-271.

Kaufman, C. S., Landercasper, J. (2011)

Can we measure the quality of breast surgical care?, in: Annals of Surgical Oncology 18, 11, 3053-3060.

Kaulen, H. (2014)

Und was will ich?, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 4 vom 26.01.2014, 2014, 55.

Kearns, C. E., Schmidt, L. A., Glantz, S. A. (2016)

Sugar industry and coronary heart disease research: A historical analysis of internal industry documents, in: JAMA Internal Medicine 176, 11, 1680-1685.

Kellnhauser, E. (2010)

Ein Blick über den Tellerrand - Fehlervermeidung durch Qualitätssicherung in den USA, in: Borgwart, J., Kolpatzik, K. (Hrsg.), *Aus Fehlern lernen - Fehlermanagement in Gesundheitsberufen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 146-155.

Kemperman, J., Geelhoed, J., op 't Hoog, J. (2017)

Brilliant Business Models in Healthcare. Get Inspired to Cure Healthcare, Cham, Springer.

Kenn, K. (2007)

Integrierte Versorgung bei Asthma bronchiale und COPD, in: Lingner, H., Schwartz, F.-W., Schultz, K. (Hrsg.), *Volkskrankheit Asthma/COPD*, Berlin, Heidelberg, Springer.

Kent, P., Chalmers, Y. (2006)

A decade on: has the use of integrated care pathways made a difference in Lanarkshire?, in: *Journal of Nursing Management* 14, 7, 508-520.

Khan, U., Dhar, R. (2006)

Licensing effect in consumer choice, in: *Journal of Marketing Research* 43, 2, 259-266.

Kickbusch, I., Maag, D. (2008)

Health literacy, in: Heggenhougen, K. (Hrsg.), *International Encyclopedia of Public Health* (1st Ed.), Amsterdam, Elsevier, 204-211.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D. (Hrsg.) (2013)

Health literacy. The solid facts, Genf, World Health Organization.

Kiesler, D. J., Auerbach, S. M. (2006)

Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior. Evidence, models and interventions, in: *Patient Education and Counseling* 61, 3, 319-341.

Kinnafick, F.-E., Thogersen-Ntoumani, C., Duda, J. (2016)

The effect of need supportive text messages on motivation and physical activity behaviour, in: *Journal of Behavioral Medicine* 39, 4, 574-586.

Kirchner, J. E. (2004)

Identifying factors critical to implementation of integrated mental health services in rural VA community-based outpatient clinics, in: *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 31, 1, 13-25.

- Kirschner, M. H. (2013)
Rechtliche Stellung nichtärztlichen Personals im Krankenhaus, in: *Der Anaesthesist* 62, 5, 396-404.
- Klakow-Franck, R. (2015)
Nationaler Strategiebericht. Qualitätsstrategie für das deutsche Gesundheitswesen, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 109, 9-10, 647-649.
- Klakow-Franck, R. (2016)
Patientensteuerung und Koordinierung der Versorgung - Ein Einsatzgebiet für Qualitätswettbewerb?, in: Repschläger, U., Schulte, C., Osterkamp, N. (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell* 2016, 1. Auflage, neue Ausgabe, Wuppertal, Barmer GEK, 36-53.
- Klapper, B. (2000)
Interprofessionelle Kommunikation: Zusammenarbeit im Krankenhaus, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 97, 51-52, 3482-3483.
- Klazinga, N. (2010)
The Dutch health care system, in: *The Commonwealth Fund (Hrsg.), International Profiles of Health Care Systems*, 36-38.
- Kleber, M. E. (2016)
Trans-fatty acids and mortality in patients referred for coronary angiography: the Ludwigshafen Risk and Cardiovascular Health Study, in: *European Heart Journal* 37, 13, 1072-1078.
- Klemperer, D. (2009)
Qualitätssicherung durch informierte Patienten, in: Klusen, N., Fließgarten, A., Nebling, T. (Hrsg.), *Informiert und selbstbestimmt*, 1. Aufl. 2009, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 139-155.
- Klemperer, D., Dierks, M.-L. (2012)
Evidenzbasierte Medizin und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen: Erfahrungen und Einschätzungen der Bürger, in: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2011*, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 32-55.
- Klenk, T. (2006)
Selbstverwaltung - ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit? Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung, in: *Zeitschrift für Sozialreform (ZSR)* 52, 2, 273-291.

Klingenberg, A. (2010)

Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte, in: Medizinische Klinik 105, 2, 89-95.

Klinkhammer, G., Krüger-Brand, H. E. (2015)

Kommunikative Kompetenz: Mut zum Beziehungsaufbau, in: Deutsches Ärzteblatt International 112, 21-22, 966-972.

Kluckhohn, C. (1951)

Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification, in: Allport, G. W. et al. (Hrsg.), Toward a General Theory of Action, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 388-433.

Knappschaft (2018)

Immer für mich da. Mein Gesundheitsnetz, URL: https://www.knappschaft.de/SharedDocs/Downloads/DE/BroschuerenListenBerichte/Prosper/BroschuereProsper.pdf;jsessionid=2E982A7BEAE390BD59F50830591D893B?__blob=publicationFile&v=9 [Stand 10.04.2020].

Knöfler, M., Möllmann, C. (2016)

Rationale Pharmakotherapie im Netz, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 205-216.

Knöppler, K., Neisecke, T., Nölke, L. (2016)

Digital-Health-Anwendungen für Bürger. Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive - Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf [Stand 28.07.2017].

Knorr, B. (2009)

Berufsbild Netzmanager: Qualifikationen und Anforderungen, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke managen, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 129-136.

Köbler, K. (2017)

Angemessene ärztliche Vergütung am Beispiel von Referenten-/Beraterverträgen, in: Medizinrecht 35, 10, 783-789.

Koch, K. (2009)

Integrierte Versorgung und die Rolle der Pharmaindustrie, Mannheim.

- Koch, K. (2015)
Gute Praxis Gesundheitsinformation, URL: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/gpgi> [Stand 29.11.2015].
- Koch, M., Marx, S., Elmer, A. (2013)
Informationelle Selbstbestimmung und Patientensouveränität in einem vernetzten Gesundheitswesen, in: Datenschutz und Datensicherheit - DuD 37, 3, 131-136.
- Koch, T. (2017)
eArztbrief - elektronische Kommunikation in einem Praxisnetz, in: Pfannstiel, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen III: Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 117-135.
- Kocher, K. E. (2014)
Emergency department hospitalization volume and mortality in the United States, in: Annals of Emergency Medicine 64, 5, 446.
- Kochskämper, S. (2017)
Alternde Bevölkerung - Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, IW-Report 8/2017, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, URL: https://www.iwkoeln.de/_storage/asset/330671/storage/master/file/12400497/download/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf [Stand 08.11.2019].
- Kodner, D. L. (2009)
All together now: a conceptual exploration of integrated care, in: Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.) 13 Spec No, 6-15.
- Koletzko, B. (2013)
Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 161, 12, 1187-1200.
- Koller, U. (2016)
YouTube provides irrelevant information for the diagnosis and treatment of hip arthritis, in: International Orthopaedics 40, 10, 1995-2002.
- Kollock, P. (1998)
Social dilemmas. The anatomy of cooperation, in: Annual Review of Sociology 24, 1, 183-214.
- Kolstad, J. (2013)
Information and quality when motivation is intrinsic: Evidence from surgeon report cards, in: American Economic Review 103, 7, 2875-2910.

Komrad, M. S. (1983)

A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy, in: *Journal of Medical Ethics* 9, 1, 38-44.

Kondylakis, H. (2014)

Development of interactive empowerment services in support of personalised medicine, in: *Ecancermedicalscience* 8, 400.

Kongstvedt, P. R. (Hrsg.) (2013)

Essentials of managed health care, 6th ed., Burlington, MA, Jones and Bartlett Learning.

Kongstvedt, P. R. (2016)

Health insurance and managed care. What they are and how they work, Fourth edition, Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning.

König, H.-H., Lupp, M., Riedel-Heller, S. (2010)

Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung, in: *Psychiatrische Praxis* 37, 5, 213-215.

Korczak, D. (2012)

Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen, München, DIMDI.

Korff, U. (Hrsg.) (2012)

Patient Krankenhaus: Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt, Wiesbaden, Gabler Verlag.

Korte, S. (2007)

Rauschkonstruktionen. Eine qualitative Interviewstudie zur Konstruktion von Drogenrauschwirklichkeit, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Kosnik, L. (2006)

Breakthrough demand-capacity management strategies to improve hospital flow, safety, and satisfaction, in: Hall, R. W. (Hrsg.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery*, 91, Springer US, 101-122.

Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T. et al. (2016)

Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, URL: https://www.vdek.com/presse/bildarchiv/_jcr_content/par/download/file.res/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf [Stand 05.01.2016].

- Kötter, J. (2016)
Klinikqualität: "Viele fühlen sich bedroht", in: *Ärzte Zeitung*, 126-229D vom 25./26.11.2016, 2016, 11.
- Kötter, P., Dorn, T. (2017)
Personalmanagement in Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 358-368.
- Kotz, D., Böckmann, M., Kastaun, S. (2018)
Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie), in: *Deutsches Ärzteblatt International* 115, 14, 235-242.
- Kotz, D., West, R. (2009)
Explaining the social gradient in smoking cessation: It's not in the trying, but in the succeeding, in: *Tobacco Control* 18, 1, 43-46.
- Koukouli, F. (2017)
Nicotine reverses hypofrontality in animal models of addiction and schizophrenia, in: *Nature Medicine* 23, 3, 347-354.
- Kranzer, A. (2007)
Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management. Versorgungsansätze für chronisch kranke Patienten am Beispiel von Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Kraus, L. (2019)
Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: A register-based study, in: *BMC Medicine* 17, 1/ 59, 1-9.
- Kreder, H. J. (2003)
Provider volume and other predictors of outcome after total knee arthroplasty: a population study in Ontario, in: *Canadian Journal of Surgery* 46, 1, 15-22.
- Kreiser, B. (2014)
Neuniederlassung von Hausärzten im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern - Eine qualitative Studie, in: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 90, 4, 158-164.
- Kremer, G., Sibum-Kremer, C.-M. (2009)
Problematischer Alkoholkonsum - das motivierende Gespräch in der ärzt-

lichen Praxis, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 134, 47, 2394-2396.

Krempel, S., Siebel, A. (2018)

Organisationsverschulden im Krankenhaus, in: Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie 32, 1, 41-47.

Krey, J. (2007)

Triage durch Pflegekräfte in der ZNA, in: Notfall + Rettungsmedizin 10, 5, 329-335.

Kripalani, S. (2008)

Clinical research in low-literacy populations: Using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information, in: IRB 30, 2, 13-19.

Krivoshei, L. (2017)

Smart detection of atrial fibrillation, in: Europace 19, 5, 753-757.

Krolop, S. (2013)

Healthcare-IT gehört für Ärzte in Deutschland bereits zum Alltag, URL: https://www.accenture.com/t20150722T214351_w_/de-de/_acnmedia/Accenture/Conversion-Assets/DotCom/Documents/Local/de-de/PDF/Accenture-Healthcare-IT-geh%C3%B6rt-f%C3%BCr-%C3%84rzte-in-Deutschland-bereits-zum-Alltag.pdf [Stand 19.01.2018].

Krones, T., Richter, G. (2006)

Die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Schulz, S. et al. (Hrsg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Orig.-Ausg., 1. Aufl., Frankfurt am Main, Suhrkamp, 94-116.

Krones, T., Richter, G. (2008)

Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 8, 818-826.

Kronhardt, M. (2004)

Erfolgsfaktoren des Managements medizinischer Versorgungsnetze, Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.

Krüger-Brand, H. E. (2014a)

Gesundheitstelematik: Wann ist Fernbehandlung zulässig?, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 43, 1846.

Krüger-Brand, H. E. (2014b)

Telemedizin: Gute Studien sind nötig, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 47, 2052-2053.

- Krüger-Brand, H. E. (2016)
Apps in der Medizin: Viele Sicherheitsrisiken, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 5, 174-175.
- Kruse Gujer, A. (2013)
Leitlinien, in: Kruse Gujer, A., Jacobsen, C., Grätz, K. W. (Hrsg.), Facharztwissen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Springer Berlin Heidelberg, 333-336.
- Küfner, H. (2000)
Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapie bei Alkoholismus - ein Überblick, in: Suchtmedizin 2, 181-192.
- Kul, S. (2012)
Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review, in: BMC Cardiovascular Disorders 12, 1, 1-9.
- Kumpmann, I. (2012)
Mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung?, in: WSI-Mitteilungen 2012, 4, 262-271.
- Kuntsche, P., Borchers, K. (2017)
Basissysteme des Qualitäts- und Risikomanagements, in: Kuntsche, P., Borchers, K. (Hrsg.), Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen: Basis- und integrierte Systeme, Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 119-269.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. (2003)
Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment, in: Journal of Nursing Care Quality 18, 3, 184-192.
- Kursawe, H. K., Guggenberger, H. (2013)
Neu im Klinikalltag - wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Lachenmeier, D. W., Rehm, J. (2015)
Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach, in: Scientific Reports 5, 1-7.
- Lacher, S. (2016)
Medikamenteneinnahme optimieren bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen, in: Pflege 29, 3, 150-158.

- Lakhani, P., Sundaram, B. (2017)
Deep learning at chest radiography: Automated classification of pulmonary tuberculosis by using convolutional neural networks, in: *Radiology* 284, 2, 574-582.
- Lamerz, A. (2005)
Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany, in: *International Journal of Obesity* 29, 4, 373-380.
- Lamparter, D. H. (2019)
Zuckerstreit: Vertritt die Ernährungsministerin einseitig die Interessen der Industrie?, in: *Die Zeit*, 25 vom 13.06.2019, 2019, 18.
- Lampert, T. (2013)
Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56, 5-6, 814-821.
- Lampert, T. (2014)
Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1), in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57, 7, 762-770.
- Lampert, T. (2016)
Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59, 2, 153-165.
- Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B., Ziese, T. (2013)
Gesundheitliche Ungleichheit, in: *Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hrsg.), Datenreport 2013*, Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung, 259-271.
- Lampert, T., Kroll, L. E. (2014)
Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, Berlin.
- Lancaster, K. J. (1966)
A new approach to consumer theory, in: *Journal of Political Economy* 74, 2, 132-157.
- Landers, G. M., Zhou, M. (2011)
An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization, in: *Community Mental Health Journal* 47, 1, 106-112.

- Landgericht München I, 11. Kammer für Handelssachen (2009)
Urteil vom 17. Juni 2009 (11 HKO 6351/09). Wettbewerbsverstoß eines Ärz-
teverbandes: Rechtsweg bei Werbung für Krankenkassenwechsel; Aus-
übung eines unangemessenen unsachlichen Einflusses, in: Datenbank
Bayern-Recht/ Bayerische Staatsregierung, 1-62.
- Lang, B., Zok, K. (2017)
Informationsbedürfnisse und -verhalten von Hausärzten, in: WIdO-
Monitor 14, 1, 1-12.
- Lange, A., Braun, S., Greiner, W. (2012)
Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung, in: Bundesgesund-
heitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55, 5, 643-651.
- Lange, C., Ziese, T. (2014)
Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland
aktuell 2012", Berlin, Robert Koch-Institut.
- Lange, R., Steinorth, P. (2012)
Using experiences from the U.S. to implement health savings accounts in
German statutory health insurance, in: Schmollers Jahrbuch 132, 1, 27-52.
- Langner, D. (2016)
Qualität: Die Patientenperspektive. Eine repräsentative Befragung gesetz-
lich Versicherter, Hamburg, Techniker Krankenkasse.
- Lankers, C. H. R. (1997)
Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten, 1. Aufl.,
Bonn.
- Lansky, D. (1998)
Perspective. Measuring what matters to the public, in: Health Affairs 17, 4,
40-41.
- Laschet, H. (2012)
Gesundes Kinzigital ist gesünder, in: Ärzte Zeitung, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/825541/erfolg-nach-sechs-jahren-gesundes-kinzigital-gesuender.html
[Stand 30.10.2012.].
- Laschet, H. (2015)
Daumenschrauben für die Selbstverwaltung, in: Ärzte Zeitung, URL:
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/versorgungsgesetz2014/article/887535/vsg-verabschiedung-daumenschrauben-selbstverwaltung.html [Stand 10.06.2015].

Lauby-Secretan, B. (2016)

Body fatness and cancer - Viewpoint of the IARC working group, in: *The New England Journal of Medicine* 375, 8, 794-798.

Laufer, R. (2010)

Selektiv statt kollektiv? Warum Selektivverträge dem Gesundheitssystem nicht helfen, in: *Das Krankenhaus* 102, 10, 921-931.

Lauterbach, K. (1997)

Zum Verhältnis von Disease Management und Managed Care, in: Arnold, M., Lauterbach, K. W., Preuss, K.-J. (Hrsg.), *Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart, Schattauer, 169-178.

Layard, R. (2014)

What predicts a successful life? A life-course model of well-being, in: *Economic Journal* (London, England) 124, 580, F720-F738.

Layard, R., Clark, D. M. (2015)

Why more psychological therapy would cost nothing, in: *Frontiers in Psychology* 6, 1713, 1-3.

Lear, S. A. (2017)

The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: The PURE study, in: *The Lancet* 390, 10113, 2643-2654.

Leber, W.-D., Wasem, J. (2016)

Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016*, Stuttgart, Schattauer, 3-28.

Lederer, H. D. (1957)

How the sick view their world, in: *Pastoral Psychology* 8, 4, 41-49.

Lee, D.-C. (2014)

Leisure-time running reduces all-cause and cardiovascular mortality risk, in: *Journal of the American College of Cardiology* 64, 5, 472-481.

Lee, I.-M. (2012)

Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, in: *The Lancet* 380, 9838, 219-229.

Leichsenring, K. (2004)

Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, in: *International Journal of Integrated Care* 4, 1-15.

- Leining, I. (2014)
Einweiserorientierung von Krankenhäusern. Messung der Einweiserpräferenzen mittels einer internetbasierten Conjoint Analyse, Wiesbaden, Springer Gabler.
- Lelgemann, M., Ollenschläger, G. (2006)
Evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungspfade, in: *Der Internist* 47, 7, 690-698.
- Lenz, R. (2005)
Informationsintegration in Gesundheitsversorgungsnetzen, in: *Informatik-Spektrum* 28, 2, 105-119.
- Lenzen-Schulte, M. (2016)
Selbstzahlerleistungen: IGeL: Angebot und Nachfrage, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 113, 17, 806-807.
- Lenzer, J. (2013)
Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: A tool for protecting patients, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 347, 1-10.
- Lerman, C. E. (1990)
Patients' perceived involvement in care scale, in: *Journal of General Internal Medicine* 5, 1, 29-33.
- Lesinski, M. (2015)
Effects of balance training on balance performance in healthy older adults: A systematic review and meta-analysis, in: *Sports Medicine* 45, 12, 1721-1738.
- Levesque, Roger J. R. (2011)
Intrinsic and extrinsic motivation, in: Levesque, Roger J. R. (Hrsg.), *Encyclopedia of adolescence*, New York, Springer, 1478-1479.
- Levinson, W. (2015)
'Choosing Wisely'. A growing international campaign, in: *BMJ Quality & Safety* 24, 2, 167-174.
- Levy, A. G. (2018)
Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians, in: *JAMA Network Open* 1, 7, 1-8.
- Li, K., Hüsing, A., Kaaks, R. (2014)
Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40. A German cohort study, in: *BMC Medicine* 12, 1, 1-10.

- Libuda, L., Kersting, M., Alexy, U. (2012)
Consumption of dietary salt measured by urinary sodium excretion and its association with body weight status in healthy children and adolescents, in: *Public Health Nutrition* 15, 3, 433-441.
- Lieb, K., Scheurich, A. (2014)
Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions, and the effects on prescribing habits, in: *PloS One* 9, 10, e110130.
- Liebl, A. (2001)
Costs of type 2 diabetes in Germany. Results of the CODE-2 study, in: *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 126, 20, 585-589.
- Lilie, H., Reuter, M. (2016)
Anti-Korruptionsgesetz: Die Auslegungsspielräume müssen sich noch zeigen, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 113, 41, 1790-1797.
- Lim, S. S. (2012)
A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, in: *The Lancet* 380, 9859, 2224-2260.
- Lindahl-Jacobsen, R. (2016)
Rise, stagnation, and rise of Danish women's life expectancy, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1-6.
- Lindau, S. T. (2002)
The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women, in: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186, 5, 938-943.
- Lindenthal, J. (2009)
Netzwerkinterne Vergütungsstrukturen, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen*, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 217-226.
- Lindenthal, J. (2011)
Wissensmanagement in medizinischen Praxisnetzen - Erfahrungen aus dem Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz - QuE Nürnberg, in: Kunhardt, H. (Hrsg.), *Systemisches Management im Gesundheitswesen*, 1. Aufl, Wiesbaden, Gabler, 159-185.
- Lindenthal, J. (2017)
Das Gesundheitsnetz QuE e.G. Nürnberg - Stand, Erfahrungen und Perspektiven, in: Pfannstiel, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.), *Manage-*

ment von Gesundheitsregionen III: Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 65-74.

Lindsay, M. (2006)

Continuum of care program, in: Hall, R. W. (Hrsg.), Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, 91, Springer US, 357-391.

Lingner, H. (2013)

Wissen von Hausärzten und Ärzten in Weiterbildung über nationale Asthmaleitlinien, in: Pneumologie 67, 6, 335-339.

Little, P. (2001)

Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study, in: BMJ: British Medical Journal 322, 7284, 1-7.

Littlejohns, P., Rawlins, M. D. (2009)

Patients, the public and priorities in healthcare, Oxford, Radcliffe Publishing.

Liu, V. X. (2017)

Enhanced recovery after surgery program implementation in 2 surgical populations in an integrated health care delivery system, in: JAMA Surgery 152, 7, 1-9.

Lloyd, A. (2016)

Pronounced increase in risk of acute ST-segment elevation myocardial infarction in younger smokers, in: Heart, 1-7.

Loeb, R. G., Dekker, S. W. A. (2015)

Postanesthesia care handovers: Context and controversy around communication and consistency, in: Anesthesia and Analgesia 121, 4, 854-856.

Löffler, C. (2015)

Multimorbidität aus Hausarzt- und Patientensicht. Qualitative Studie, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48, 5, 452-456.

Löffler, C. (2015)

Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern - eine repräsentative Querschnittsstudie, in: Gesundheitswesen 77, 12, 927-931.

Lohmann, U. (2019)

Gesundheit und Soziales (Public Health): Beiträge zur Grundlagendiskussion 1974 - 2009, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

Lomas-Vega, R. (2017)

Tai chi for risk of falls. A meta-analysis, in: Journal of the American Geriatrics Society, 1-7.

Longtin, Y. (2010)

Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety, in: Mayo Clinic Proceedings 85, 1, 53-62.

Loos, S., Albrecht, M., Schiffhorst, G. et al. (2016)

Faktencheck Krankenhausstruktur: Spezialisierung und Zentrenbildung, Faktencheck Gesundheit, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/FC_Krankenhausstruktur_Studie_final.pdf [Stand 04.06.2019].

Loos, S., Möllenkamp, M., Albrecht, M., Igl, G. (2016)

Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes, IGES Institut, Berlin, URL: http://www.patientenbeauftragter.de/images/veranstaltungen/2016/patientenrechtegesetz/20161109_IGES-Studie_Wirkungen_Patientenrechtegesetz.pdf [Stand 15.07.2017].

Louviere, J. J., Woodworth, G. G. (1990)

Best-worst scaling: A model for largest difference judgments, Edmonton, Canada.

Lubner, S. (2019)

Fortbildungssponsoring, in: Kölbel, R. (Hrsg.), Institutionelle Korruption und Arzneimittelvertrieb, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 243-260.

Luborsky, L. (1971)

Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research, in: Psychological Bulletin 75, 3, 145-185.

Luce, R. D., Tukey, J. W. (1964)

Simultaneous conjoint measurement: A new type of fundamental measurement, in: Journal of Mathematical Psychology 1, 1, 1-27.

Ludwig, D. S., Peterson, K. E., Gortmaker, S. L. (2001)

Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis, in: The Lancet 357, 9255, 505-508.

Ludwig, W.-D. (2015)

Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende - wann kann weniger mehr sein?, in: Frankfurter Forum: Diskurse 2015, 11, 36-45.

- Lundahl, A., Kidwell, K. M., Nelson, T. D. (2014)
Parental underestimates of child weight: A meta-analysis, in: *Pediatrics*, 1-17.
- Lundahl, B. (2013)
Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, in: *Patient Education and Counseling* 93, 2, 157-168.
- Lüngen, M., Lauterbach, K. (2002)
Definitionen, in: Lüngen, M., Lauterbach, K. (Hrsg.), *Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG: Qualitätssicherung bei pauschalierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 11-15.
- Lüring, C., Grifka, J. (2010)
Klinische Behandlungspfade in Orthopädie und Traumatologie. Ein Überblick, in: *Der Orthopäde* 39, 8, 745.
- Lustig, R. H., Schmidt, L. A., Brindis, C. D. (2012)
Public health: The toxic truth about sugar, in: *Nature* 482, 7383, 27-29.
- Lütticke, J., Schellschmidt, H. (2004)
Qualitätsberichte nach § 137 SGB V-Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung, in: Klauber, J., Robra, B. P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, Schattauer, 197-211.
- Ma, J. (2012)
Widening educational disparities in premature death rates in twenty six states in the United States, 1993-2007, in: *PloS One* 7, 7, 1-10.
- Ma, Y. (2013)
Obesity and risk of colorectal cancer: a systematic review of prospective studies, in: *PloS One* 8, 1, 1-16.
- Macinko, J., Starfield, B., Shi, L. (2003)
The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998, in: *Health Services Research* 38, 3, 831-865.
- Madan, J. C. (2016)
Association of Cesarean Delivery and Formula Supplementation With the Intestinal Microbiome of 6-Week-Old Infants, in: *JAMA Pediatrics* 170, 3, 212-219.

Maier, A. (2007)

Food-related sensory experience from birth through weaning: contrasted patterns in two nearby European regions, in: *Appetite* 49, 2, 429-440.

Maio, G. (2014)

Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft, 1. Aufl., Berlin, Suhrkamp.

Maizes, V., Rakel, D., Niemiec, C. (2009)

Integrative medicine and patient-centered care, in: *Explore* (New York, N.Y.) 5, 5, 277-289.

Makarova-Rusher, O. V. (2016)

Population attributable fractions of risk factors for hepatocellular carcinoma in the United States, in: *Cancer* 122, 11, 1757-1765.

Malhotra, N. K. (2007)

Marketing Research. An Applied Orientation, 5. edition, Upper Saddle River, NJ, Pearson Prentice Hall.

Malhotra, N. K., Birks, D. F., Wills, P. (2012)

Marketing Research. An Applied Approach, 4. edition, Harlow, Financial Times Prentice Hall.

Mansky, T. (2010)

Qualitätsorientierte Vergütung: Was wäre machbar?, in: *Der Chirurg BDC* 2010, 1, 6-9.

Mansky, T., Drogan, D., Nimptsch, U., Günster, C. (2017)

Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland, in: Dormann, F. et al. (Hrsg.), *Qualitätsmonitor* 2017, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 165-215.

Mansky, T., Nimptsch, U. (2014)

Medizinische Qualitätsmessung im Krankenhaus - Worauf kommt es an?, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108, 8-9, 487-494.

Man-Son-Hing, M. (1999)

A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: A randomized controlled trial, in: *JAMA* 282, 8, 737-743.

Marckmann, G. (2007)

Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen

aus ethischer Perspektive, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 12, 2, 96-100.

Marckmann, G. (2009)

Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung, in: Salomon, F. (Hrsg.), Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 107-114.

Marckmann, G. (2015)

Kostensensible Leitlinien, 1., Auflage, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Marckmann, G., in der Schmitt, Jürgen (2011)

Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell, in: Ethik in der Medizin 23, 4, 303-314.

Marckmann, G., Strech, D. (2011)

Kostensensible Leitlinien als Priorisierungsinstrument, in: Diederich, A. et al. (Hrsg.), Priorisierte Medizin, Wiesbaden, Gabler, 75-98.

Marijon, E. (2016)

Warning symptoms are associated with survival from sudden cardiac arrest, in: Annals of Internal Medicine 164, 1, 23-29.

Markar, S. R. (2016)

Surgical proficiency gain and survival after esophagectomy for cancer, in: Journal of Clinical Oncology 34, 13, 1528-1536.

Markaritz, K. (2009)

Dokumentationsassistenten: Gute Erfahrungen in der Grünen Mark, in: Österreichische Ärzte Zeitung, 5 vom 10.03.2009, 2009, 8.

Markson, L. E. (1994)

Implications of generalists' slow adoption of Zidovudine in clinical practice, in: Archives of Internal Medicine 154, 13, 1497-1504.

Marstedt, G., Buitkamp, M., Braun, B. (2007)

Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem, in: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 231-256.

Marstedt, G., Klemperer, D. (2009)

Lesen Sie den Beipackzettel? Patientenwünsche zur Arzneimittelinformation, Gesundheitsmonitor 2/2009, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL:

http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/200915-NL_Bei-trag.pdf [Stand 15.07.2017].

Marstedt, G., Landmann, J. (2009)

Qualitätssicherung im Versorgungssystem: Patienten fordern weit reichende Veränderungen, Gesundheitsmonitor 4/2009, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/200917-NL_Bei-trag_01.pdf [Stand 04.08.2018].

Marstedt, G., Reiners, H. (2016)

Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive, in: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2016, 1. Auflage, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 15-39.

Martenstein, I., Wienke, A. (2016)

Aktuelle Gesetzgebung im Gesundheitswesen 2015/2016, in: Der Pneumologe 13, 3, 203-208.

Martin, M. (2012)

A pivot nurse at triage, in: Journal of Emergency Nursing 38, 1, 104-105.

Martin-Diener, E. (2014)

The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases, in: Preventive Medicine 65, 148-152.

Marx, G., Püsche, K., Ahrens, D. (2009)

Polypharmazie: ein hausärztliches Dilemma? Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, in: Gesundheitswesen 71, 6, 339-348.

Marx, N. (2012)

Sind Hypoglykämien bei Typ-2-Diabetes ein bedeutsames Risiko? Pro, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 137, 19, 1007.

Marzi, C., Abholz, H. H. (1999)

Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystemes, in: ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 75, 736-743.

Maslow, A. H. (1943)

A theory of human motivation, in: Psychological Review 50, 4, 370-396.

Mathes, P. (2012)

Ratgeber Herzinfarkt. - Vorbeugung - Früherkennung - Behandlung - Nachsorge - Rehabilitation, 7., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, Springer.

- Matusiewicz, D., Wasem, J., Lux, G. (2013)
 Patienteninformation und -kommunikation im Versorgungsmanagement - eine kritische Abhandlung, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 207-226.
- Maus, J. (2011)
 Wartezeiten. Der Nächste, bitte, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 108, 24, 1360.
- Maywald, U., Fuchs, A. (2008)
 Einfluss der Einführung der Praxisgebühr auf Art und Umfang der ambulanten Versorgung der Hypertonie, in: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung*, Berlin, Heidelberg, Springer, 655-668.
- Mazar, N., Zhong, C.-B. (2010)
 Do green products make us better people?, in: *Psychological Science* 21, 4, 494-498.
- McFadden, D. (1974)
 Conditional logit analysis of qualitative choice behavior, in: *Frontiers in Econometrics*, 105-142.
- McFadden, D. W., Calvario, E., Graves, C. (2007)
 The devil is in the details: The pharmaceutical industry's use of gifts to physicians as marketing strategy, in: *The Journal of Surgical Research* 140, 1, 1-5.
- McInnes, G. T. (1999)
 Integrated approaches to management of hypertension: Promoting treatment acceptance, in: *American Heart Journal* 138, 3 Pt 2, 252-255.
- Mechanic, D. (2003)
 Physician discontent. Challenges and opportunities, in: *JAMA* 290, 7, 941-946.
- Meckel, A.-K. (2010)
 Strategisches Management bei gesetzlichen Krankenkassen, Wiesbaden, Gabler.
- Meer, A. (2003)
 Einfluss der medizinischen computerassistenten Telefontriage auf das Patientenverhalten. Erste Erfahrungen in der Schweiz, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 84, 41, 2160-2165.

Mehring, M., Donnachie, E., Tauscher, M., Gerlach, R., Mielck, A., Maier, W., Linde, K., Schneider, A. (2014)

Kostenunterschiede von gesteuerten versus ungesteuerten Patienten - eine Analyse von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, in: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.), 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Düsseldorf, German Medical Science GMS Publishing House.

Meier, F. (2015)

Adverse drug events in patients admitted to an emergency department. An analysis of direct costs, in: *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 24, 2, 176-186.

Meier, T. (2015)

Healthcare costs associated with an adequate intake of sugars, salt and saturated fat in Germany. A health econometrical analysis, in: *PloS One* 10, 9, 1-21.

Meißner, M. (2012)

Elektronische Patientenakte in Arztnetzen. Praxen müssen gut vernetzt sein, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 109, 39, 19-21.

Melamed, R. J. (2014)

Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit koronarer Herzkrankheit, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 111, 47, 802-808.

Melin, A. A. (2015)

Preoperative frailty risk analysis index to stratify patients undergoing carotid endarterectomy, in: *Journal of Vascular Surgery* 61, 3, 683-689.

Mennella, J. A., Jagnow, C. P., Beauchamp, G. K. (2001)

Prenatal and postnatal flavor learning by human infants, in: *Pediatrics* 107, 6, 1-6.

Mensink, G., Heseker, H., Richter, A. et al. (2007)

Forschungsbericht: Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bonn, URL: <http://www.bmel.de/cae/servlet/contentblob/378624/publicationFile/25912/EsKiMoStudie.pdf> [Stand 08.11.2019].

Mergenthal, K. (2016)

Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein?, in: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 92, 1, 36-40.

Mergenthal, K., Güthlin, C. (2018)

Umsetzung von Delegationskonzepten - So klappt es in der Hausarztpraxis, in: Pfannstiel, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 89-100.

Merkle, T., Hecht, J. (2011)

Gesundheit ist das wichtigste im Leben, in: Pharma Marketing Journal 36, 6, 22-24.

Merlin, T. (2013)

The "linked evidence approach" to assess medical tests: a critical analysis, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care 29, 3, 343-350.

Meshkat, B. (2013)

Elective surgery: a comparison of in-patient versus day surgery practices in Ireland, in: Irish Journal of Medical Science 182, 2, 267-275.

Messer, M., Reilley, J. T. (2015)

Qualitätsberichte als Vermittlungsinstanz im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern. Patienten als rationale Akteure, in: Berliner Journal für Soziologie 25, 1, 61-81.

Messier, S. P. (2000)

Long-term exercise and its effect on balance in older, osteoarthritic adults: results from the Fitness, Arthritis, and Seniors Trial (FAST), in: Journal of the American Geriatrics Society 48, 2, 131-138.

Methfessel, B. (2009)

Special-Interview: Ernährungsprävention - ein Thema unserer Gesellschaft?, in: Ernährungs Umschau 2009, 8, 474-475.

Metzenmacher, J., Schäfer, C. (2011)

Studie zur DRG-Abrechnung: Aufwand und Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln, URL: http://www.bdo.de/uploads/media/Studie_DKG-Krankenhaus_Befragung.pdf [Stand 23.02.2014].

Mihm, A. (2011)

Gerangel um den Zusatzbeitrag: DAK-Vorhaben, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 248 vom 25.10.2011, 2011, 12.

Milde, S., Arnold, M. (2014)

Ambulante Versorgung: Qualitätsvergleich für Arztnetze, in: G+G Gesundheit und Gesellschaft 17, 3, 14-15.

Miller, D. P. (2016)

Primary care providers' views of patient portals: Interview study of perceived benefits and consequences, in: Journal of Medical Internet Research 18, 1, 1-11.

Miller, M. J. (2008)

Promoting health communication between the community-dwelling well-elderly and pharmacists: The Ask Me 3 program, in: Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA 48, 6, 784-792.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2009)

Ten things that motivational interviewing is not, in: Behavioural and Cognitive Psychotherapy 37, 2, 129-140.

Mirelman, A. (2016)

Addition of a non-immersive virtual reality component to treadmill training to reduce fall risk in older adults (V-TIME). A randomised controlled trial, in: The Lancet, 1-13.

Moessner, M. (2008)

Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung, in: Psychotherapeut 53, 4, 277-283.

Mohrmann, M. (2009)

Elektive Endoprothetik - Patientensteuerung nach Qualitätsergebnissen: Projekte der AOK Rheinland/Hamburg, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 134, S 08, S318.

Mokdad, A. H. (1999)

The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998, in: JAMA 282, 16, 1519.

Mokdad, A. H. (2000)

Diabetes trends in the U.S. 1990-1998, in: Diabetes Care 23, 9, 1278-1283.

Moll, R., Schulze, A., Rusch-Rodosthenous, M. et al. (2017)

Wearables, Fitness-Apps und der Datenschutz: Alles unter Kontrolle?, URL: <http://www.marktwaechter.de/digitale-welt/marktbeobachtung/wearables-und-fitness-app> [Stand 17.11.2017].

- Möller, R. (2019)
Finanzierung und Organisation des Sozialstaates, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Mons, U. (2018)
Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt International 115, 35-36, 571-577.
- Montalto, M., Harris, P., Rosengarten, P. (1993)
Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals, in: The British Journal of General Practice 43, 372, 277-280.
- Moore, S. C. (2016)
A rank based social norms model of how people judge their levels of drunkenness whilst intoxicated, in: BMC Public Health 16, 798, 1-8.
- Moos, G., Brüggemann, F. (2017)
Informationsmanagement und Controlling in Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 341-447.
- Moosburger, R. (2020)
Fast Food-Konsum der Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus EsKiMo II, in: Journal of Health Monitoring 2020, 1, 3-19.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., Foxcroft, D. (2009)
Social Norms Interventions to Reduce Alcohol Misuse in University or College Students, in: The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-76.
- Morgan, M. (2009)
The TrueBlue study: Is practice nurse-led collaborative care effective in the management of depression for patients with heart disease or diabetes?, in: BMC Family Practice 10, 1, 1-8.
- Morgan, M. (2013)
The TrueBlue model of collaborative care using practice nurses as case managers for depression alongside diabetes or heart disease: a randomised trial, in: BMJ Open 3, 1, 1-12.
- Morgenstern, M., Hanewinkel, R. (2017)
Rauschtrinken im frühen Erwachsenenalter. 9-Jahres-Follow-up - Befragung einer Kohorte von ehemaligen Siebtklässlern., Institut für Therapie-

und Gesundheitsforschung, Kiel, URL: https://www.dak.de/dak/download/Langzeitstudie_IFT-Nord-1879250.pdf [Stand 16.02.2017].

Morgenstern, M., Valenta, R., Hanewinkel, R. (2018)
Forschungsbericht: Effekt bildlicher Warnhinweise auf die Einstellung Jugendlicher zum Zigarettenrauchen, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel, URL: <https://www.dak.de/dak/download/studie-1983438.pdf> [Stand 16.06.2018].

Morreim, E. H. (1991)
Balancing Act. The New Medical Ethics of Medicine's New Economics, Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers.

Morrison, W. G. (1990)
The general practitioner's use and expectations of an accident and emergency department, in: Journal of the Royal Society of Medicine 83, 4, 237-240.

Mortler, M. (2015)
Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, URL: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_optimiert_010715.pdf [Stand 30.07.2016].

Mortsiefer, A. (2014)
Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMeD-OSCE, in: Patient Education and Counseling 95, 3, 348-355.

Moyer, A. (2002)
Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations, in: Addiction (Abingdon, England) 97, 3, 279-292.

Moynihan, R., Bero, L. (2017)
Toward a healthier patient voice: More independence, less industry funding, in: JAMA Internal Medicine 177, 3, 350-351.

Mozaffarian, D. (2014)
Global sodium consumption and death from cardiovascular causes, in: The New England Journal of Medicine 371, 7, 624-634.

Mühlbacher, A. (2006)
Informationsmanagement und Controlling in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Gericke, C. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, Springer Berlin Heidelberg, 375-389.

- Mühlbacher, A. (2017a)
Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 326-335.
- Mühlbacher, A. (2017b)
Informationsmanagement und Controlling in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 471-483.
- Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2007)
Die Integrierte Versorgung, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 17-46.
- Mühlbacher, A., Berhanu, S., Happich, M. (2003)
Alternative Vergütungskonzepte zur Finanzierung der integrierten Versorgung, in: ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79, 11, 559-562.
- Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Eble, S. (2015)
Eigenschaften von integrierten Versorgungsprogrammen und deren Einfluss auf den Patientennutzen. Ein Discrete-Choice Experiment für Versorgungsnetzwerke, in: Das Gesundheitswesen 77, 05, 340-350.
- Mühlhauser, I. (2016)
Unter-, Über- und Fehlinformation im Gesundheitswesen, in: G+G Wissenschaft 16, 4, 23-30.
- Mühlhauser, I., Meyer, G. (2016)
Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 11, 486-489.
- Müller, B. S. (2016)
Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland - Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 115-116, 49-55.
- Müller, H., Vössing, C., Amelung, V. (2007)
Das Verbundsystem Knappschaft, in: Weatherly, J. N., Beckmann, H.-J. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 131-138.
- Müller, M. (2014)
Arbeitsmotivation von Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus - Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Implikationen für das Per-

sonalmanagement. Theoretische Grundlagen und eine empirische Studie in Kooperation mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Berlin.

Müller, S., Groß, D. (2010)

Zur Akzeptanz von Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen: Strategien, Kriterien und Finanzierungsmodelle unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, in: Böcken, J., Braun, B., Landmann, J. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2009, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 258-279.

Müller, S., Kissling, W., Stiegler, M. (2009)

Finanzielle Anreize zur Complianceförderung, in: Psychiatrische Praxis 36, 6, 258-260.

Müller-Jentsch, E. (2015)

Mit Risiken und Nebenwirkungen: Das Arztportal Jameda wegen gekaufter Bewertungen vor Gericht, in: Süddeutsche Zeitung, 238 vom 16.10.2015, 71, 42.

Müller-Jung, J. (2010)

Die Giftpfeile des Dr. Hood. Der Gesundheitsminister pfeift auf die Zukunft, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 49 vom 27.02.2010, 2010, 35.

Murray, H. A. (2008)

Explorations in personality, 70th anniversary ed., Oxford, New York, Oxford University Press.

Murray, M. (2009)

Process improvement and supply and demand: the elements that underlie integration, in: Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.) 13 Spec No, 37-42.

Murray, R. (2017)

Cologne Consensus Conference 2016: Assessment in accredited CME/CPD. 16 and 17 September 2016, Cologne, Germany, in: Journal of European CME 6, 1, 1-13.

Muscari, A. (2016)

Physical activity and other determinants of survival in the oldest adults, in: Journal of the American Geriatrics Society, 1-5.

Naegler, H., Wehkamp, K.-H. (2018)

Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview, 1. Auflage, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., Schulte, G. (2017)

Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambu-

lanten und stationären Versorgung in Deutschland, URL: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_Mai_2017.pdf [Stand 04.12.2018].

Nahlinger, S. (2015)

Berufliche Pläne und Motive hessischer Absolventen der Ärztlichen Prüfung von 2009 bis 2014, in: Hessisches Ärzteblatt 2015, 5, 270-276.

Naidech, A. M. (2017)

Evolving use of seizure medications after intracerebral hemorrhage: A multicenter study, in: Neurology 88, 1, 52-56.

Nash, D. B., Nash, I. S. (1997)

Building the best team, in: Annals of Internal Medicine 127, 1, 72-74.

Nash, I. S., Nash, D. B., Fuster, V. (1997)

Do cardiologists do it better?, in: Journal of the American College of Cardiology 29, 3, 475-478.

National Institutes of Health (2013)

Plain Language: Getting Started or Brushing Up, URL: <http://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication/plain-language/plain-language-getting-started-or-brushing> [Stand 27.01.2016].

Nationaler Normenkontrollrat, Statistisches Bundesamt, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) et al. (2015)

Mehr Zeit für Behandlung: Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?__blob=publicationFile [Stand 06.10.2019].

Naundorf, F. (2016)

KVNO kämpft für Sie: Praxisbetreuung durch DAK unerwünscht, URL: https://www.kvno.de/10praxis/30honorarundrecht/30recht/99kvno_kaempft/13_06_kvno_kaempft/index.html [Stand 09.10.2019].

NAV-Virchow-Bund (2017)

CDU-Vorschlag zur Delegation: Ärzte lassen sich nicht an den Rand drängen (Pressemitteilung vom 30.03.2017), Berlin.

Nawroth, P. P. (2018)

Gebt der Medizin ihren Sinn zurück!: Aufruf zu einer radikalen Umkehr im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.

- Naylor, C. D., Chen, E., Strauss, B. (1992)
Measured enthusiasm: Does the method of reporting trial results alter perceptions of therapeutic effectiveness?, in: *Annals of Internal Medicine* 117, 11, 916-921.
- Nelson, D. (2013)
Forschung und die Vergabe von Fördermitteln im Gesundheitssektor, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin*, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 63-83.
- Neuberger, J. (1999)
Do we need a new word for patients? Lets do away with "patients", in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 318, 7200, 1756-1757.
- Neuffer, A. (1996)
Disease Management - Definitionen, Konzepte und Umsetzung, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management*, Witten, 52-65.
- Neugebauer, F. (2013)
Evaluation einrichtungsinterner Effekte nach Durchführung eines Zertifizierungsverfahrens im Krankenhaus, in: *Gesundheitswesen* 75, 8-9, e108-e112.
- Neumann, A., Menn, K. (2012)
Ökonomische Aspekte, in: Standl, T., Lussi, C. (Hrsg.), *Ambulantes Operieren: Rahmenbedingungen - Organisation - Patientenversorgung*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 21-34.
- Neumann, K., Gierling, P., Peters, B., Dietzel, J. (2013)
Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus, URL: https://www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/download_7/file.res/iges_qualitaetsmessung_im_krankenhaus.pdf [Stand 06.10.2017].
- Ng, S. W., Slining, M. M., Popkin, B. M. (2014)
Turning point for US diets? Recessionary effects or behavioral shifts in foods purchased and consumed, in: *The American Journal of Clinical Nutrition* 99, 3, 609-616.
- Ngo, S. N. T. (2010)
Appropriate use of non-prescription ibuprofen: A survey of patients' perceptions and understanding, in: *The International Journal of Pharmacy Practice* 18, 1, 63-65.

- NHS Digital/ Department of Health (United Kingdom) (2017)
NHS Choices, URL: <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx> [Stand 02.10.2017].
- Nicklaus, S. (2011)
Children's acceptance of new foods at weaning. Role of practices of weaning and of food sensory properties, in: *Appetite* 57, 3, 812-815.
- Niemann, C. (2013)
Behandlungsplanung in der Notaufnahme von Krankenhäusern. Hybride Entscheidungsunterstützung in partiell automatisierbaren Entscheidungssituationen, Wiesbaden, Springer.
- Niemeyer, P. (2014)
Bedeutung von Selbsthilfegruppen (SHG), in: Vom Dahl, S. (Hrsg.), *Angeborene Stoffwechselkrankheiten bei Erwachsenen*, Berlin, Springer, 65-72.
- Nimptsch, U., Peschke, D., Mansky, T. (2017)
Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit - Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013, in: *Gesundheitswesen* 79, 10, 823-834.
- Nink, J. (2016)
Datenschutz in Gesundheitsnetzwerken, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke*, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 195-204.
- Nitz, U., Frick, M., Tuschen, G. (2003)
Disease-Management-Programm Mammakarzinom, in: *Der Gynäkologe* 36, 9, 761-766.
- Noll, B., Wolf, S. (2017)
Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive, in: *Wirtschaftsdienst* 97, 4, 272-278.
- Nolte, T. (2008)
Die Auswahl von Opioiden muss dem Arzt überlassen bleiben!, in: *MMW - Fortschritte der Medizin* 150, 42, 49-51.
- Nolting, H.-D. (2006)
Nutzen, Kosten, Präferenzen - Wissen was der Bürger will! 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens, Neuss, Janssen-Cilag.
- Norman, J. (2018)
Sustained impact of energy-dense TV and online food advertising on children's dietary intake. A within-subject, randomised, crossover, counter-

balanced trial, in: *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 15, 1/37, 1-11.

Nsangi, A. (2017)

Effects of the informed health choices primary school intervention on the ability of children in Uganda to assess the reliability of claims about treatment effects. A cluster-randomised controlled trial, in: *The Lancet*, 1-15.

Nylén, P., Wigren, N. (1978)

Einführung in die Stöchiometrie, 17. Auflage, Heidelberg, Steinkopff.

Nyssen, A.-S. (2007)

Coordination in hospitals: organized or emergent process?, in: *Cognition, Technology & Work* 9, 3, 149-154.

Oberender, P., Haag, S., Götz, A. (2013)

Herausforderungen und Strategien für das Versorgungsmanagement von Krankenversicherungen, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 285-295.

Obermann, K., Müller, P. (2016)

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2016: Digitalisierung des Arztberufs, URL: https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2016.pdf [Stand 29.04.2018].

Obermeyer, Z., Emanuel, E. J. (2016)

Predicting the future - Big data, machine learning, and clinical medicine, in: *The New England Journal of Medicine* 375, 13, 1216-1219.

O'Donovan, G. (2017)

Association of "weekend warrior" and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality, in: *JAMA Internal Medicine* 177, 3, 335-342.

Oduncu, F. S. (2012)

Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung - das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, in: *Medizinrecht* 30, 6, 359-367.

OECD (2009a)

Health at a Glance 2009. OECD indicators, Paris, OECD Publishing.

OECD (2009b)

National Accounts at a Glance 2009, Paris, OECD Publishing.

OECD (2012)

Health at a Glance: Europe 2012, Paris, OECD Publishing.

OECD (2013)

Health at a Glance 2013. OECD Indicators, 1. Auflage, Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development OECD.

OECD (2014)

Health at a Glance: Europe 2014, 1. Auflage, Paris, OECD Publishing.

OECD (2015)

Health at a Glance: Europe 2015, OECD Publishing.

OECD (2016a)

Health at a Glance: Europe 2016, OECD Publishing.

OECD (2016b)

OECD Economic Surveys: Germany 2016, in: OECD Economic Surveys 2016,

OECD (2017)

Obesity Update 2017, Paris, OECD Publishing.

OECD, Europäische Union (2018)

Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle, Paris, Brüssel, OECD Publishing.

Ogden, C. L. (2014)

Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012, in: JAMA 311, 8, 806-814.

Ollenschläger, G., Kirchner, H., Fiene, M. (2001)

Leitlinien in der Medizin - scheitern sie an der praktischen Umsetzung?, in: Der Internist 42, 4, 473-483.

O'Neill, O. (1984)

Paternalism and partial autonomy, in: Journal of Medical Ethics 10, 4, 173-178.

Ong, L. M. (1995)

Doctor-patient communication. A review of the literature, in: Social Science & Medicine (1982) 40, 7, 903-918.

Onur, O. A. (2012)

Overnight deprivation from smoking disrupts amygdala responses to fear, in: Human Brain Mapping 33, 6, 1407-1416.

- Osterloh, F. (2012)
Ärztemonitor: Ärzten macht ihre Arbeit Spaß, in: Deutsches Ärzteblatt International 109, 24, 1212-1213.
- Osterloh, F. (2019)
Notfallversorgung: Wege zu mehr Patientensteuerung, in: Deutsches Ärzteblatt International 116, 3, 61-63.
- Osterloh, F., Stüwe, H. (2014)
Ambulant vor Stationär: Wie groß ist das Potenzial?, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 38, 1545-1546.
- Ostermann, D. (2010)
Gesundheitscoaching, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- O'Sullivan, J. W. (2018)
Overtesting and undertesting in primary care. A systematic review and meta-analysis, in: BMJ Open 8, 2, 1-10.
- Oswald, A. (2013)
Bereitschaftspraxis öffnet Pforte, in: Fränkischer Tag Forchheim, 04.01.2013, 2013, 11.
- Ottewill, R. (1996)
The Netherlands, in: Wall, A. L. (Hrsg.), Health care systems in liberal democracies, London, New York, Routledge & Kegan Paul, 76-103.
- Otto-Lambertz, C. (2017)
Periprothetische Infektionen beim Gelenkersatz, in: Deutsches Ärzteblatt International 114, 20, 347-353.
- Pabst, A. (2013)
Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012, in: SUCHT 59, 6, 321-331.
- Page, R. S. (1980)
Ambulatory surgery patient processing, in: Journal of patient account management, 14-17.
- Panten, J., Niehaus, A. (2016)
Zweitmeinung ja, aber bitte richtig, in: Nürnberg, V. (Hrsg.), Die ärztliche Zweitmeinung: Fehler, Vertrauen und Qualität in der Medizin, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 65-82.
- Papenhoff, M., Platzköster, C. (2010)
Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken: Marktorientierung &

- Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Parnell, S. J., Zalin, A. M., Clarke, C. W. (1993)
Care of diabetic patients in hospital clinics and general practice clinics: A study in Dudley, in: *The British Journal of General Practice* 43, 367, 65-69.
- Parsons, T., Fox, R. (1952)
Illness, therapy and the modern urban American family, in: *Journal of Social Issues* 8, 4, 31-44.
- Partridge, A. H. (2002)
Adherence to therapy with oral antineoplastic agents, in: *JNCI Journal of the National Cancer Institute* 94, 9, 652-661.
- Pascoe, G. C. (1983)
Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis, in: *Evaluation and Program Planning* 6, 3-4, 185-210.
- Paulzen, M. (2014)
Integrierte Versorgung bei depressiven Störungen, in: *Der Nervenarzt* 85, 7, 856-864.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C. (2015)
Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58, 9, 989-995.
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012)
Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States, URL: <http://www.health-literacy.eu> [Stand 26.09.2015].
- Perrine, C. G. (2014)
Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years, in: *Pediatrics* 134 Suppl 1, S50-S55.
- Peters, M., Löwenberg, H. (1993)
Erwartungen an die Behandlung in einer Psychosomatischen Klinik, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 39, 1, 38-50.
- Peters, O., Langenegger, M., Grolimund, T., Schneider, T. (2017)
Public Reporting in der Schweiz: Stand der Umsetzung, in: Dormann, F. et al. (Hrsg.), *Qualitätsmonitor 2017*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 85-99.
- Peters, T. (2015)
Leadership, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Pflügel, R., Kreibeck, H., Keil, J.-P. (2009)
Erfahrungen mit dem Changemanagement: Die Einführung von Fallmanagement im Krankenhaus, in: Behrendt, I., König, H.-J., Krystek, U. (Hrsg.), Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Springer Berlin Heidelberg, 357-385.
- Pilgrim, T., Kittlick, C. (2011)
Innovative Finanzierung und Vergütung von wirksamen Versorgungsmanagement-Lösungen, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 411-420.
- Pimperl, A. (2015)
Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen - Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell, in: Gesundheitswesen 77, 12, 184-193.
- Pinnow, C. (2017)
Der (fachfremde) angestellte Arzt, Vortrag am 14.10.2017 bei 17. Herbsttagung Medizinrecht, 13. - 14. Oktober 2017, Berlin.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2006)
Helping caregivers of persons with dementia. Which interventions work and how large are their effects?, in: International Psychogeriatrics 18, 4, 577-595.
- Pitschas, R. (2015)
Innovative Versorgungsstrukturen im Lichte der Grundrechte und verfassungsrechtlichen Kompetenznormen, in: Medizinrecht 33, 3, 154-161.
- Plahl, S. (2018)
Bildung für alle: Wie man arme Kinder fördern kann, URL: <https://www.swr.de/swr2/programm/download-swr-4506.pdf> [Stand 17.01.2020].
- Pliner, P. (1982)
The effects of mere exposure on liking for edible substances, in: Appetite 3, 3, 283-290.
- Pocsay, A., Distler, O. (2009)
Geschäftsprozessmanagement im Gesundheitswesen - Organisation und IT wachsen zusammen, in: Behrendt, I., König, H.-J., Krystek, U. (Hrsg.), Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Springer Berlin Heidelberg, 215-231.
- Pohlmann, S., Fraunhofer, A. (2016)
Prävention von Medikationsfehlern im Alter, in: Pohlmann, S. (Hrsg.),

Alter und Prävention, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 131-167.

Popova, S. (2017a)

Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis, in: The Lancet Global Health 5, 3, e290-e299.

Popova, S. (2017b)

Supplement to: Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis, in: The Lancet Global Health, 1-55.

Porter, M. E. (1980)

Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors, 52. printing, New York, Free Press.

Porter, M. E. (2010)

What is value in health care?, in: The New England Journal of Medicine 363, 26, 2477-2481.

Porter, M. E., Guth, C. (2012)

Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin, Heidelberg, Springer.

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006)

Redefining Health Care, Boston, MA, Harvard Business School Press.

Pössl, J., Kühne, W. (2010)

Angehörige in der Rehabilitation, in: Frommelt, P., Lösslein, H. (Hrsg.), Neuro-Rehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 439-457.

Pötschke-Langer, M. (2015)

Tabakatlas Deutschland 2015, Lengerich, Westf, Pabst Science Publishers.

Pourie, R. (2011)

Zukunftsmodell Patientencoaching: Erfahrung und Ergebnisse aus der praktischen Umsetzung, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 395-409.

Pourie, R. (2017)

Managed Care versus Versorgungsmanagement - Versuch einer Abgrenzung, in: Weatherly, J. N. (Hrsg.), Versorgungsmanagement in der Praxis

des Deutschen Gesundheitswesens: Konkrete Projekte, Theoretische Aufarbeitung, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 43-47.

Powell, E. S. (2010)

Volume of emergency department admissions for sepsis is related to inpatient mortality: results of a nationwide cross-sectional analysis, in: Critical Care Medicine 38, 11, 2161-2168.

Praetorius, F. (2005)

Evidence-based medicine and clinical guidelines in cardiology. Promoting science, practice, or bureaucracy?, in: Meulen, R. et al. (Hrsg.), Evidence-based Practice in Medicine and Health Care, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 45-60.

Preedy, V. R., Watson, R. R. (Hrsg.) (2010)

Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures, New York, NY, Springer New York.

Preisler, M., Goerling, U. (2016)

Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen, in: Der Onkologe 22, 5, 336-341.

Preuß, K., Rübiger, J., Roski, J. (2007)

Über die Integrierte Versorgung zu mehr Transparenz, Patientenautonomie und echtem Qualitätswettbewerb, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 125-143.

PricewaterhouseCoopers (2015)

Wechselbereitschaft gesetzlich Krankenversicherter: Befragung 2015, URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/gkv-zusatzbeitraege-2015.pdf> [Stand 27.07.2019].

PricewaterhouseCoopers (2019)

Healthcare Barometer 2019, URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-healthcare-barometer-2019-bevoelkerungsbefragung-v2.pdf> [Stand 08.11.2019].

Pritchard, R. D., Ashwood, E. L. (2008)

Managing Motivation. A Manager's Guide to Diagnosing and Improving Motivation, New York, NY, Routledge & Kegan Paul.

Purucker, J. (2009)

Praxisnetz-Studie 2009. Management - Prozesse - Informationstechnologie Status quo, Trends und Herausforderungen, Nürnberg.

- Quednow, B. B. (2012)
Schizophrenia risk polymorphisms in the TCF4 gene interact with smoking in the modulation of auditory sensory gating, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109, 16, 6271-6276.
- Rabovsky, K., Stoppe, G. (2006)
Prävention und Behandlung von Non-Compliance und Gesamtbehandlungsabbruch, in: *Psychoneuro* 32, 6, 313-318.
- Raczek, K., Bölscher, J., von der Schulenburg, J.-M. (2000)
Disease Management bei Diabetes mellitus, 1. Aufl., Göttingen, Cuvillier.
- Rader, C. P., Henssler, J. F., Rolf, O. (2014)
Gründe und Risikofaktoren für die Revision von Knie-totalendoprothesen, in: *Orthopädische Unfallchirurgische Praxis (OUP)* 2014, 7, 370-375.
- Radford, E. J. (2014)
In utero undernourishment perturbs the adult sperm methylome and intergenerational metabolism, in: *Science*, 1-14.
- Rance, C., Richards, S. K., Jones, A. E. (2016)
Front Door Surgeons: The Rise of Consultant-Delivered Acute Surgical Care, in: *The British Journal of General Practice* 66, 646, 234-235.
- Randmaa, M. (2016)
Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers. A prospective interventional study of postoperative handovers, in: *European Journal of Anaesthesiology* 33, 3, 172-178.
- Rapke, C. (2004)
Erfassung und Revision von Fehlern bei der extern verordneten Begleitmedikation unfallchirurgischer Patienten durch Kooperation von Arzt und Apotheker: Eine Studie zur Qualitätssicherung, in: *Der Unfallchirurg* 107, 11, 1041-1049.
- Rasella, D. (2014)
Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil. A nationwide analysis of longitudinal data, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 349, 1-10.
- Raspe, H.-H. (2012)
Rückenschmerzen, Berlin, Robert Koch-Institut.

- Ratzel, R., Lippert, H.-D. (Hrsg.) (2015)
Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Rau, R., Mensing, M., Brand, H. (2006)
„Medizinische Notfalldienste aus Nutzersicht“, in: Medizinische Klinik 101, 1, 37-47.
- Rawls, J. (1999)
A theory of justice, Rev. ed., Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press.
- Rebscher, H. (2013)
Versorgungsmanagement von Krankenkassen - Prädiktion, Implementation, Evaluation, in: Burger, S. (Hrsg.), Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 297-314.
- Rehborn, M. (2005)
Integrierte Versorgung, URL: <http://www.uni-koeln.de/wiso-fak/eekhoff/pub/versorg.pdf> [Stand 08.10.2019].
- Reichheld, F. F. (2003)
The one number you need to grow, in: Harvard Business Review 12/2003, 1-9.
- Reiners, H. (2013)
Integrierte Versorgungsstrukturen. Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen, in: G+G Wissenschaft 13, 3, 15-21.
- Reinhold, H. (2019)
Das Menschenrecht auf Gesundheit, in: Im Dialog: Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit 2019, 2, 4-8.
- Reitsma, M. B. (2017)
Smoking prevalence and attributable disease burdens in 195 countries and territories, 1990-2015. A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, in: The Lancet, 1-22.
- Reuschenbach, B., Darmann-Finck, I. (2018)
Pflege studieren - Intentionen, Strukturen und Erfahrungen, in: Sahmel, K.-H. (Hrsg.), Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 63-75.

- Reyna, V. F. (2009)
How numeracy influences risk comprehension and medical decision making, in: *Psychological Bulletin* 135, 6, 943-973.
- Richter, M., Mielck, A. (2000)
Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8, 3, 198-215.
- Richter, M., Pfortner, T.-K., Lampert, T. (2012)
Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland, in: *Gesundheitswesen* 74 Suppl., 42-48.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015a)
Kommunikation von Ärzten: Renaissance eines Nischenthemas, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 112, 19, 850-852.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015b)
Lernzielkatalog Medizin. Mehr als Faktenwissen, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 112, 33-34, 1366-1367.
- Richter-Kuhlmann, E., Schmitt-Sausen, N. (2015)
Ärztliche Kommunikation - Wie sag' ich es?, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 11, 2, 16-17.
- Riecke, J. (Hrsg.) (2014)
Duden - das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache, 5., neu bearbeitete Auflage, Berlin, Dudenverlag.
- Riedel, O., Wittchen, H.-U. (2017)
Nutzer und Nutzung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige von Alzheimer-Patienten, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50, 1, 14-20.
- Rief, W. (2017)
Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients. Results of the randomized controlled PSY-HEART trial, in: *BMC Medicine* 15, 1, 1-13.
- Riehle, M., Hoffmann, R. (2005)
Strukturierter Qualitätsbericht in Krankenhäusern, in: *Der Unfallchirurg* 108, 8, 693-696.
- Riens, B. (2010)
Bildung einer Kontrollgruppe mithilfe von Matched-Pairs auf Basis von

GKV-Routinedaten zur prospektiven Evaluation von Einschreibemodellen, in: Gesundheitswesen 72, 6, 363-370.

Ries, H.-P. (2017)

Arztrecht: Praxishandbuch für Mediziner, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.

Ries, N. M. (2012)

Financial incentives for weight loss and healthy behaviours, in: Healthcare Policy 7, 3, 23-28.

Rieser, S. (2009)

Qualitätssicherung. Neben „AQUIK“ wird „QISA“ entwickelt, in: Deutsches Ärzteblatt International 106, 28-29, 1438.

Rieser, S. (2018)

Orthopädie-EFA sind gestartet, in: Orthopädie und Unfallchirurgie 8, 2, 36-37.

Rinauer, S. (2013)

Absatzwirtschaftliche Geschäftsmodelle in der pharmazeutischen Industrie, in: Rinauer, S. (Hrsg.), Key Account Controlling in der pharmazeutischen Industrie, Springer Fachmedien Wiesbaden, 89-120.

Ring, G. (2016)

Die ärztliche Pflicht zur Qualitätssicherung, in: Medizinrecht 34, 6, 423-428.

Rischer, R., Emmert, M., Palmowski, S., Meszmer, N. (2017)

Arztbewertungen: Patientenerfahrungen sind für Public Reporting im ambulanten Sektor zentral, Spotlight Gesundheit 3, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Arztbewertung_dt_web.pdf [Stand 21.07.2017].

Robert Koch-Institut (2007)

Gesundheit in Deutschland, 2. Aufl., Berlin.

Robert Koch-Institut (2009)

Gesundheitsfragebogen 18 bis 64 Jahre. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Berlin.

Robert Koch-Institut (2015)

Gesundheit in Deutschland, Berlin.

- Roberts, C. (2005)
Assessing communication between oncology professionals and their patients, in: *Journal of Cancer Education* 20, 2, 113-118.
- Robinson, J. C. (2001)
The end of managed care, in: *JAMA* 285, 20, 2622-2628.
- Robinson, R., Steiner, A. (1998)
Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service, Buckingham, Open University Press.
- Rodriguez, F. (2019)
Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease, in: *JAMA Cardiology* 4, 3, 206-213.
- Roebuck, M. C. (2011)
Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending, in: *Health Affairs* 30, 1, 91-99.
- Roeder, N., Bunzemeier, H., Franz, D. (2017)
Vereinbarkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: *Der Pneumologe* 322, 10, 1-8.
- Roehr, B. (2015)
FDA committee recommends approval for "female Viagra", in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 350,
- Rogausch, A. (2007)
Erhebung der Lebensqualität in der Hausarztpraxis: Patientenbefragung per Tablet-PC, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 104, 42, 2857-2860.
- Rogenhofer, S. (2012)
Leitlinien: Realität und Qualität, in: *Der Urologe* 51, 8, 1074-1077.
- Rogers, E. M. (1983)
Diffusion of Innovations, 3. ed., New York, NY, Free Press.
- Roick, C. (2012)
Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, in: *Gesundheitswesen* 74, 1, 12-20.
- Rollnick, S., Allison, J. (2004)
Motivational interviewing, in: Heather, N., Stockwell, T. (Hrsg.), *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*, Chichester, Wiley, 105-116.

Romaguera, D. (2015)

Pre-diagnostic concordance with the WCRF/AICR guidelines and survival in European colorectal cancer patients: a cohort study, in: *BMC Medicine* 13, 1, 1-12.

Romeyke, T., Stummer, H. (2010)

Kosteneffizienz und Qualitätssicherung durch „Klinische Behandlungspfade“, in: *HeilberufeScience* 1, 1, 2-7.

Rongen, A. (2014)

The contribution of work engagement to self-perceived health, work ability, and sickness absence beyond health behaviors and work-related factors, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 56, 8, 892-897.

Rose, C. (2000)

Schnittstelle zwischen Controlling und Knowledge Management, in: *Controlling* 12, 4-5, 231-241.

Rose, S. L. (2017)

Patient advocacy organizations, industry funding, and conflicts of interest, in: *JAMA Internal Medicine* 177, 3, 344-350.

Rosemann, T., Joos, S., Szecsenyi, J. (2008)

Wie leitliniengerecht ist die Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen in der hausärztlichen Praxis? Ein Vergleich internationaler Leitlinien mit selbst berichtetem Vorgehen, in: *Der Orthopäde* 37, 1, 69-74.

Rosenblatt, R. A. (2000)

The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly, in: *American Journal of Public Health* 90, 1, 97-102.

Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S. (2015)

Clinical practice guideline (update): adult sinusitis, in: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 152, 2 Suppl, S1-S39.

Rosenquist, J. N. (2010)

The spread of alcohol consumption behavior in a large social network, in: *Annals of Internal Medicine* 152, 7, 426-433.

Rosery, H., Schönfelder, T. (2017)

Akteure der Versorgung, in: Bleß, H.-H., Kip, M. (Hrsg.), *Weißbuch Gelenkersatz: Versorgungssituation bei endoprothetischen Hüft- und Knieoperationen in Deutschland*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 95-109.

- Roski, R. (2008)
Kommunikation der Verträge mit den Stakeholdern: Direktverträge und Kommunikation: Initiatoren, Netzwerk- und Systempartner, Versicherte und Patienten, Öffentlichkeit., in: Ecker, T., Preuß, K.-J., Roski, R. (Hrsg.), Handbuch Direktverträge, 1. Aufl., Düsseldorf, Verlagsgruppe Handelsblatt, 171-189.
- Rosog, T. (2014)
Pfadabhängigkeiten vertragsärztlicher Leistungserbringung, Wiesbaden, Hamburg, Springer Gabler.
- Roßbach-Wilk, E., Beivers, A., Dodt, C. (2019)
Patientensteuerung von Notfallpatienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko, in: Notfall + Rettungsmedizin 22, 7, 561-567.
- Rossnagel, A. (2005)
Verantwortung für Datenschutz, in: Informatik-Spektrum 28, 6, 462-473.
- Rossow, I., Kuntsche, E. (2013)
Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood - a 13-year prospective study, in: Alcoholism, Clinical and Experimental Research 37 Suppl 1, 297-304.
- Røsstad, T. (2013)
Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study, in: BMC Health Services Research 13, 1, 1-9.
- Roter, D. L. (1977)
Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance, in: Health Education Monographs 5, 4, 281-315.
- Roth, K., Roth, C. (2009)
Entwicklung koordinativer Fähigkeiten, in: Baur, J., Klenk, C., Alfermann, D. (Hrsg.), Handbuch motorische Entwicklung, 2., komplett überarb. Aufl, Schorndorf, Hofmann, 197-225.
- Rottenkolber, D., Hasford, J., Stausberg, J. (2012)
Costs of adverse drug events in German hospitals - a microcosting study, in: Value in Health 15, 6, 868-875.
- Röttger, K., Grimminge, E., Kreuser, F. et al. (2014)
Qualitative und Quantitative Analyse der körperlichen Aktivität von Vorschulkindern im Dreiländervergleich, Freiburg, URL: <http://www.oerrheinkonferenz.org/de/sport/koerperlicheAktivitaet.html?file=files/>

assets/Sport/docs_de/2012/DE-Abschlussbericht-koerperliche-Aktivitaet.pdf [Stand 20.08.2016].

Rozin, P. (1976)

The selection of foods by rats, humans, and other animals, in: Rosenblatt, J. S. et al. (Hrsg.), *Advances in the Study of Behavior*, Volume 6, Academic Press, 21-76.

Rubak, S. (2005)

Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis, in: *British Journal of General Practice* 55, 513, 305-312.

Ruff, W., Werner, H. (1987)

Der Wunsch der Patienten nach Behandlung - untersucht am Beispiel stationärer Psychotherapie, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 37, 355-360.

Rummer, A., Scheibler, F. (2016)

Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt, in: *Deutsches Ärzteblatt* 113, 8, 322-324.

Rüping, S. (2015)

Big Data in Medizin und Gesundheitswesen, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58, 8, 794-798.

Rürup, B. (2005)

Perspektiven im Gesundheitswesen, in: *Der Urologe* 44, 5, 477-484.

Rüschmann, H.-H., Roth, A., Krauss, C. (2000)

Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care? Aufbau, Ergebnisse, Zukunftsvision, Berlin u.a, Springer.

Rusnak, J. E. (1981)

Impact of Hospital Information Systems on Emergency Patient Processing, in: *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Application in Medical Care*, 984-988.

Rybak, C. (2016)

Kooperative Versorgungsformen und Netzwerke - rechtliche Rahmenbedingungen im Überblick, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke*, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 13-29.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001)

Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Ak-

tion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2001, Drucksache 14/6871, 1-616.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003)

Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2003, Drucksache 15/530, 1-316.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007)

Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2007, Drucksache 16/6339, 1-464.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009)

Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, in: Deutscher Bundestag Drucksache 2009, Drucksache 16/13770, 1-520.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012)

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, 1. Auflage, Bern, Huber.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018)

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf [Stand 13.07.2018].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2014)

Mehr Vertrauen in Marktprozesse, Wiesbaden, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017)

Jahresgutachten des Sachverständigenrats 2017/18: Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik, Wiesbaden, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Sadlier, M. (2011)

A preliminary study into the effectiveness of multi-convergent therapy in the treatment of heterogeneous patients with chronic fatigue syndrome, in: *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 7, 1, 93-101.

Saha, S., Beach, M. C. (2011)

The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians. A randomized study using video vignettes, in: *Patient Education and Counseling* 84, 3, 386-392.

Şahin, C. (2018)

Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51, 3, 322-328.

Sailer, R., Wienke, A. (2016)

Telemedizin: Ja, aber!, Köln, URL: <http://www.egms.de/static/en/journals/awmf/2016-13/awmf000314.shtml> [Stand 27.03.2019].

Saleem, T. M., Basha, S. D. (2010)

Red wine: A drink to your heart, in: *Journal of Cardiovascular Disease Research* 1, 4, 171-176.

Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2009)

Patientenzentrierte Behandlungsabläufe - Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität, in: Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (Hrsg.), *Moderne Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 49-107.

Salmon, P. (2007)

Primary care consultations about medically unexplained symptoms. Patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention, in: *Psychosomatic Medicine* 69, 6, 571-577.

Sander, M., Albrecht, M., Stengel, V. et al. (2017)

Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen, URL: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_objs20506/Studiezuleistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf [Stand 19.10.2018].

Sander, U. (2016)

Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen, in: *Gesundheitswesen* 78, 12, 828-834.

Sänger, S. (2007)

Patientenbeteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien -

Stand und Konsequenzen, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101, 2, 109-116.

Santé Publique France (2019)

Nutri-Score: Retrouvez dans cette rubrique tout ce qu'il faut savoir sur le logo et sur la procédure à suivre pour obtenir le droit d'usage de la marque Nutri-Score, URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score> [Stand 23.08.2019].

Sarfati, D. (1998)

Does the frame affect the picture? A study into how attitudes to screening for cancer are affected by the way benefits are expressed, in: Journal of Medical Screening 5, 3, 137-140.

Sass, H.-M. (2003)

Patienten- und Bürgeraufklärung über genetische Risikofaktoren, in: Sass, H.-M., Schröder, P. (Hrsg.), Patientenaufklärung bei genetischem Risiko, Münster, LIT, 41-56.

Savage, J. S., Fisher, J. O., Birch, L. L. (2007)

Parental influence on eating behavior: conception to adolescence, in: The Journal of Law, Medicine & Ethics 35, 1, 22-34.

Sawtooth Software (2013)

The MaxDiff System Technical Paper, URL: <http://www.sawtoothsoftware.com/support/technical-papers/maxdiff-best-worst-scaling/maxdiff-technical-paper-2013> [Stand 29.09.2013].

Sawyer, B. J. (2015)

Predictors of fat mass changes in response to aerobic exercise training in women, in: Journal of Strength and Conditioning Research 29, 2, 297-304.

Sayer, A. A. (2008)

The developmental origins of sarcopenia, in: The Journal of Nutrition, Health & Aging 12, 7, 427-432.

Schaaber, J., Kochen, M., Müller-Oerlinghausen, B., Niebling, W. (2011)

Warum unabhängige Arzneimittelzeitschriften und Fortbildungsveranstaltungen wichtig sind, in: Lieb, K., Klemperer, D., Ludwig, W.-D. (Hrsg.), Interessenkonflikte in der Medizin: Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 237-252.

Schachinger, A. (2016)

Pressemappe Fachmedien: 5. EPatient Survey, URL: <http://epatient->

rsd.com/wp-content/uploads/2016/09/Pressemappe_EPatient
Survey2016.pdf [Stand 03.06.2016].

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017)
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, in: Deutsches
Ärzteblatt International 114, 4, 53-60.

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. et al. (2017)
Health Literacy in Deutschland, in: Schaeffer, D., Pelikan, J. M. (Hrsg.),
Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven, 1. Auflage, Bern, Ho-
greffe, 129-144.

Schäfer, C. (2017)
Patientencompliance: Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im
Versorgungsalltag, Wiesbaden, Springer Science and Business Media;
Springer Gabler.

Schäfers, R., Kolip, P. (2015)
Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder
Geschäft mit der Unsicherheit?, URL: [https://www.bertelsmann-
stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/
Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf)
[Stand 30.11.2018].

Schaller, K., Kahnert, S., Mons, U. (2017)
Alkoholatlas Deutschland 2017, Lengerich, Westfalen, Pabst Science Pub-
lishers.

Schang, L., Schüttig, W., Sundmacher, L. (2016)
Unterversorgung im ländlichen Raum - Wahrnehmung der Versicherten
und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle, in: Böcken, J.,
Braun, B., Meierjürgen, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2016, 1. Auflage,
Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 58-85.

Scheibler, F. (2004)
Shared decision-making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen
Entscheidungsfindung, 1. Aufl., Bern, Huber.

Schellein, O., Ludwig-Pistor, F., Bremerich, D. H. (2009)
Manchester Triage System: Prozessoptimierung in der interdisziplinären
Notaufnahme, in: Der Anaesthesist 58, 2, 163-170.

Scherenberg, V. (2003)
Patientenorientierung, Compliance and Disease-Management-
Programme: Praxisbeispiel Diabetes mellitus Typ 2, Stuttgart, Berlin, Ver-
lag für Wissenschaft und Kultur.

- Scherenberg, V. (2012)
Potenziale des Neuromarketings für die Gestaltung von Gesundheitskampagnen, in: Hoffmann, S., Schwarz, U., Mai, R. (Hrsg.), *Angewandtes Gesundheitsmarketing*, Wiesbaden, Springer, 147-160.
- Schierjott, L.-M. (2016)
Revision bei einliegender Knieendoprothese - Ursachenanalyse und Ergebnisqualität, Göttingen.
- Schiermeier, Q. (2018)
Gigantic review of German science recommends more data and diversity, in: *Nature* 560, 7717, 153-154.
- Schiff, G. D. (2008)
Minimizing diagnostic error: The importance of follow-up and feedback, in: *The American Journal of Medicine* 121, 5 Suppl, S38-42.
- Schiff, G. D. (2009)
Diagnostic error in medicine: Analysis of 583 physician-reported errors, in: *Archives of Internal Medicine* 169, 20, 1881-1887.
- Schillinger, D. (2003)
Closing the loop. Physician communication with diabetic patients who have low health literacy, in: *Archives of Internal Medicine* 163, 1, 83-90.
- Schlegel, T. (2016)
Selektivverträge - Inhalte und Umsetzung, in: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke*, 1. Aufl., s.l., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Co. KG, 30-39.
- Schlegel, T., Wallhäuser, M. (2008)
Verträge in der integrierten Versorgung. Mit umfangreicher Einführung und ausführlichen rechtlichen Erläuterungen, 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl., Heidelberg, Frankfurt, M., Müller; MedizinRecht.de.
- Schlenker, R.-U. (2011)
Versorgungsmanagement der Krankenkassen, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 31-37.
- Schlösser, R., Schreyögg, J. (2005)
Die Balanced Scorecard als Kennzahlensystem für Krankenkassen, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 94, 2, 323-345.

- Schlottmann, N. (2019)
Überregulierung und Misstrauensbürokratie in den Krankenhäusern, in: Pädiatrie 31, 2, 62-65.
- Schlüchtermann, J. (1990)
Patientensteuerung am Beispiel der Radiologie eines Krankenhauses, Bergisch Gladbach, Eul.
- Schmacke, N., Richter, P., Stamer, M. (2016)
Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis, 1. Auflage, Bern, Hogrefe.
- Schmedt, M. (2016)
Gesundheitsinformationen: Vermittlerrolle gefragt, in: Deutsches Ärzteblatt International 113, 26, 1233.
- Schmergal, C. (2019)
Krankenkassen beraten Ärzte illegal, in: Der Spiegel 2019, 19, 61.
- Schmid, R. (2016)
Hausärzte bei innovativen Projekten zu skeptisch?, in: Ärzte Zeitung, 104-192D vom 05.10.2016, 2016, 4.
- Schmid-Ott, G. (1997)
Krankheitserleben und Therapieanspruch-nahmeverhalten bei Psoriasispatienten, in: Der Hautarzt 48, 8, 547-555.
- Schmidt, A. (2015)
Informationsbedürfnisse und Informationsprozesse aus Sicht von Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf, in: Das Gesundheitswesen 77, 08/09.
- Schmidt, K. (2009)
Kassenärztliche Bundesvereinigung kämpft für den Kollektivvertrag - Köhler fordert klares Bekenntnis der Politik für das KV-System, in: Notfall & Hausarztmedizin 35, 6, 289.
- Schmidt, T. (2016)
Praxisleitfaden Management Reporting. Aufbau und Gestaltung als unternehmerisches Entscheidungstool, Wiesbaden, Springer.
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.-M. et al. (2017)
Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz, URL: <http://www.uni->

bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methoden
sammlung.pdf [Stand 28.09.2018].

Schmiedhofer, M. H. (2017)

Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen. Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf, in: Gesundheitswesen 79, 10, 835-844.

Schmilgus, A. (2015)

„Lange Tradition guter Qualitätssicherung“, in: Der Freie Zahnarzt 59, 4, 7.

Schmitt, S. (2017)

Bürokratie auf dem Prüfstand, in: Der Freie Zahnarzt 61, 12, 34-35.

Schmitz, J. (2008)

Die Strategien der gesetzlichen Krankenkassen im Versicherungsmarkt und die Gesundheitsreform 2007, URL: <http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2013/4235/pdf/16.pdf> [Stand 18.05.2019].

Schmitz-Luhn, B. (2017)

Explikation im Gesundheitswesen - Priorisierung, Rationierung, Kostendruck und Standard, in: Katzenmeier, C., Ratzel, R. (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm: Glück auf! Medizinrecht gestalten, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 437-449.

Schmöller, M. (2008)

Neue Patienten - Neue Ärzte? Selbst- und Rollenverständnis niedergelassener Ärzte in Deutschland, in: Gellner, W., Schmöller, M. (Hrsg.), Neue Patienten - Neue Ärzte?, 1. Auflage, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 15-59.

Schnabel, M. (2003)

Von der Leitlinie zum Behandlungspfad, in: Der Chirurg 74, 12, 1156-1166.

Schnack, D. (2017a)

Austausch zwischen Ärztenetz und Klinik, in: Ärzte Zeitung, 10-19D vom 30.01.2017, 2017, 6.

Schnack, D. (2017b)

Die Gesundheitsakte auf dem Smartphone. Mit der "LifeTime"-App können Ärzte ihren Patienten deren komplette Krankengeschichte bereitstellen - einfach auf dem Smartphone. Ein Hamburger Gynäkologen-MVZ zählt zu den ersten Nutzern, in: Ärzte Zeitung, 132D vom 13.07.2017, 2017, 9.

Schneeweiss, S. (2002)

Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals. A longitudinal population-based study, in: *European Journal of Clinical Pharmacology* 58, 4, 285-291.

Schneider, N., Egidi, G., Jonitz, G. (2011)

Interessenkonflikte in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung und Vorschläge zu deren Minimierung, in: Lieb, K., Klemperer, D., Ludwig, W.-D. (Hrsg.), *Interessenkonflikte in der Medizin: Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 205-221.

Schneiderman, L. J. (2003)

Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial, in: *JAMA* 290, 9, 1166-1172.

Schoch, C. (2012)

Wuchtiges Nein zur Managed-Care-Vorlage, in: *Neue Zürcher Zeitung*, Onlineausgabe vom 17.06.2012.

Schoen, C. (2008)

In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008, in: *Health Affairs* 28, 1, 16.

Schoeneberg, C. (2014)

Reduction in mortality in severely injured patients following the introduction of the "Treatment of patients with severe and multiple injuries" guideline of the German society of trauma surgery-a retrospective analysis of a level 1 trauma center (2010-2012), in: *Injury* 45, 3, 635-638.

Schoeneberg, C. (2017)

Traumanetzwerk, TraumaRegister der DGU®, Weißbuch, S3-Leitlinie Polytrauma - ein Versuch der Validierung durch eine retrospektive Analyse von 2304 Patienten (2002-2011) an einem überregionalen (Level 1) Traumazentrum, in: *Zentralblatt für Chirurgie* 142, 2, 199-208.

Schöffski, O. (1999)

Non-Compliance - Ein kostenauslösender Faktor?, in: *Aktuelle Rheumatologie* 24, 5, 135-139.

Schöffski, O. (2012)

Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen, in: Schöffski, O., von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 43-70.

- Schöffski, O., von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.) (2012)
Gesundheitsökonomische Evaluationen, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Scholl, I. (2011)
Measurement of shared decision making - a review of instruments, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105, 4, 313-324.
- Schönbach, K.-H. (2008)
Die Rolle der Krankenkassen bei der selektiven Vertragsgestaltung im Arzneimittelbereich, in: Wille, E., Knabner, K. (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen, Frankfurt am Main, Lang, 163-174.
- Schönermark, M. P., Greif, K. (2008)
Herausforderung Prävention. Von der kurativen zur präventiven Medizin - strategische und operative Herausforderungen, in: HNO 56, 4, 389.
- Schönfelder, T., Kugler, J., Schaal, T. (2012)
Erwartungen älterer Patienten an einen Krankenhausaufenthalt, in: Das Gesundheitswesen 74, 08/09, 107.
- Schott, G. (2013)
Besteht ein Einfluss pharmazeutischer Unternehmen auf Leitlinien? Zwei Beispiele aus Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 110, 35-36, 575-583.
- Schramm, A., Kugler, J., Klewer, J. (2012)
Diagnosekodierung der Krankheit Depression in der hausärztlichen Praxis - Analyse der Abrechnungsdaten der AOK PLUS, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 137, S 03, A310.
- Schrappe, M. (2002)
Internes Qualitätsmanagement, institutionelle Leitlinien und "Infection Control" - Ein umfassendes Konzept zur Steuerung im Krankenhaus, Germany, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 127, 5, 217-221.
- Schrappe, M. (2005)
Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Risikomanagement, in: Kirch, W. (Hrsg.), Fehldiagnosen und Patientensicherheit, Springer Berlin Heidelberg, 161-205.
- Schratter-Sehn, A. U. (2011)
Interdisziplinäre Psychoedukation für Hirntumorpatienten und deren Angehörige, in: Wiener medizinische Wochenschrift 161, 1, 3-5.

- Schreer, I. (2007)
Optimale Früherkennung von Brustkrebs, in: *Der Gynäkologe* 40, 6, 418-423.
- Schreyögg, J., Busse, R. (2017)
Leistungsmanagement von Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 24-50.
- Schreyögg, J., Busse, R., Buchner, F. et al. (2017)
Finanzmanagement, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 269-352.
- Schreyögg, J., Grabka, M. M. (2010)
Copayments for ambulatory care in Germany: A natural experiment using a difference-in-difference approach, in: *The European Journal of Health Economics* 11, 3, 331-341.
- Schreyögg, J., Kwietniewski, L. (2015)
Messung der Wirtschaftlichkeit von ambulanten Arztpraxen: Methodische Konzeption und Messung im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), URL: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/Zi_Gutachten_Wirtschaftlichkeit_final_151125.pdf [Stand 12.02.2019].
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013)
Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., Berlin, Springer Berlin Heidelberg, 106-127.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2017)
Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 106-127.
- Schröder, M., Telschow, C. (2017)
Der GKV-Arzneimittelmarkt 2016: Trends und Marktsegmente, in: Schwabe, U. et al. (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2017: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 137-166.

Schröder, P. (2006)

A separation of public health ethics from medical ethics, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 1, 103-111.

Schröder, S., Haupt, J., Pieper, C. (2014)

Evidence-based lifestyle interventions in the workplace - an overview, in: Occupational Medicine (Oxford, England) 64, 1, 8-12.

Schuller, S. (2002)

Steigerung der Patienten-Compliance. Grundlagen - Einflussfaktoren - Lösungsansätze, Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden, s.l., Deutscher Universitäts-Verlag.

Schulman, B. A., Swain, M. A. (1980)

Active patient orientation, in: Patient Counselling and Health Education 2, 1, 32-37.

Schulte, T., Siegel, A., Pimperl, A. et al. (2015)

Patientenorientierung und -aktivierung: Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal, in: Amelung, V. E. et al. (Hrsg.), Patientenorientierung, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 123-130.

Schultz, C., Zippel-Schultz, B., Gemünden, H. (2006)

Determinanten der Akzeptanz der Integrierten Versorgung - Empirische Ergebnisse, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 11, 3, 176-183.

Schulz, R. (2012)

Die Packungsbeilage, URL: <http://sz-magazin.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/37731/Die-Packungsbeilage> [Stand 23.11.2013].

Schumacher, J. R. (2013)

Potentially preventable use of emergency services. The role of low health literacy, in: Medical Care 51, 8, 654-658.

Schumm-Draeger, P.-M. (2016)

Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 141, 16, 1183-1185.

Schünemann, H. J. (2003)

Letters, numbers, symbols and words: How to communicate grades of evidence and recommendations, in: CMAJ : Canadian Medical Association Journal/ Journal de l'Association Médicale Canadienne 169, 7, 677-680.

Schürholz, T. (2007)

Daten für Taten - was kann die GEK zur Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen beitragen?, in: Glaeske, G., Trittin, C. (Hrsg.), Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung, St. Augustin, Asgard Verlagsservice, 67-94.

Schurig, A. M. (2018)

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) in der Krankenhausnotaufnahme, in: Deutsches Ärzteblatt International 115, 15, 251-258.

Schütze, M. (2011)

Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 342, d1584.

Schwartz, L. M. (1997)

The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography, in: Annals of Internal Medicine 127, 11, 966-972.

Schwartz, L. M., Woloshin, S., Welch, H. G. (1999)

Risk communication in clinical practice: Putting cancer in context, in: Journal of the National Cancer Institute. Monographs, 25, 124-133.

Schwarzbach, C., Krummaker, S., Graf v. d. Schulenburg, J.-M. (2012)

Chancen und Herausforderungen der Rückversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 101, 2, 209-222.

Schweigkofler, U. (2011)

Web-basierter Versorgungskapazitätsnachweis, in: Der Unfallchirurg 114, 10, 928.

Schweikl, H. (1985)

Computergestützte Präferenzanalyse mit individuell wichtigen Produktmerkmalen, Berlin, Duncker & Humblot.

Schwenk, U., Schmidt-Kaehler, S. (2016)

Public Reporting, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf [Stand 08.10.2017].

Schwering, A., Roevekamp-Wattendorf, J. (2012)

Angehörige als Pflege-Partner, in: Heilberufe 64, 6, 14-16.

Seale, C., Rivas, C., Kelly, M. (2013)

The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes

care: A mixed methods study, in: *The British Journal of General Practice* 63, 607, 125-133.

Seegenschmiedt, M. H. (2012)

Möglichkeiten und Perspektiven des Qualitätsmanagements in der Radioonkologie, in: *Der Urologe* 51, 11, 1546-1557.

Seeger, D. G. (2013)

Qualitätsorientierte Anreiz- und Vergütungssysteme in der stationären Versorgung, Berlin.

Seeger, I. (2019)

Ambulante Notfallversorgung in Deutschland: verloren zwischen den Sektoren, Oldenburg.

Seekamp, A. (2010)

Patientenströme und -steuerung in der zentralen Notaufnahme, in: *Trauma und Berufskrankheit* 12, 4, 405-409.

Segaloff, H. E. (2019)

Influenza vaccine effectiveness against hospitalization in fully and partially vaccinated children in Israel: 2015-2016, 2016-2017, and 2017-2018, in: *Clinical Infectious Diseases* 69, 12, 2153-2161.

Seiler, R. (2007)

Die Schwarzwaldformel - das Modell "Gesundes Kinzigtal", in: Weatherly, J. N., Beckmann, H.-J. (Hrsg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren*, Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 139-149.

Seitz, H. (2010)

Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. Dargestellt am Beispiel operativ und nicht operativ tätiger Krankenhausärzte, Wien, Facultas WUV.

Selby, J. (2012)

Improving treatment intensification to reduce cardiovascular disease risk: A cluster randomized trial, in: *BMC Health Services Research* 12, 1, 1-10.

Semigran, H. L. (2016)

Comparison of physician and computer diagnostic accuracy, in: *JAMA Internal Medicine* 176, 12, 1860-1861.

Serumaga, B. (2011)

Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study, in: *BMJ: British Medical Journal* 342, d108, 1-7.

Shah, B. R. (2011)

Association between physician billing and cardiac stress testing patterns following coronary revascularization, in: *JAMA* 306, 18, 1993-2000.

Shah, R. V. (2016)

Association of fitness in young adulthood with survival and cardiovascular risk: The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study, in: *JAMA Internal Medicine* 176, 1, 87-95.

Shaya, G. E. (2016)

High exercise capacity attenuates the risk of early mortality after a first myocardial infarction: The Henry Ford exercise testing (FIT) project, in: *Mayo Clinic Proceedings* 91, 2, 129-139.

Sheridan, S., Pignone, M., Lewis, C. (2003)

A randomized comparison of patients' understanding of number needed to treat and other common risk reduction formats, in: *Journal of General Internal Medicine* 18, 11, 884-892.

Sheu, R. (2020)

Human transport of thirdhand tobacco smoke. A prominent source of hazardous air pollutants into indoor nonsmoking environments, in: *Science Advances* 6, 10, 1-14.

Shi, L., Singh, D. A. (2017)

Delivering Health Care in America: A Systems Approach, Seventh edition, Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning.

Shojania, K. G. (2007)

How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis, in: *Annals of Internal Medicine* 147, 4, 224.

Shortell, S., Hull, K. (1996)

The new organization of the health care delivery system, in: Altman, S. H., Reinhardt, U. E. (Hrsg.), *Strategic Choices for a Changing Health Care System*, Chicago, Ill., Health Administration Press, 101-148.

Shortell, S. M., Casalino, L. P., Fisher, E. S. (2010)

How the center for Medicare and Medicaid innovation should test accountable care organizations, in: *Health Affairs* 29, 7, 1293-1298.

Sidorkiewicz, S. (2016)

Discordance between drug adherence as reported by patients and drug importance as assessed by physicians, in: *Annals of Family Medicine* 14, 5, 415-421.

- Siebert, S. (2013)
Die PRISCUS-Liste im klinischen Test, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, 1, 35-47.
- Siegel, A. (2016)
Evaluation einer regionalen integrierten Vollversorgung mit GKV-Routinedaten - Probleme und Herausforderungen, in: Public Health Forum 24, 1, 17-21.
- Siegel, R. L. (2015)
Deaths due to cigarette smoking for 12 smoking-related cancers in the United States, in: JAMA Internal Medicine 175, 9, 1574-1576.
- Sihvonen, R. (2013)
Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear, in: The New England Journal of Medicine 369, 26, 2515-2524.
- Simon, A. (2010)
Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen, Wiesbaden, Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Simon, D., Härter, M. (2009)
Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbsthilfe, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 52, 1, 86-91.
- Simon, J. (2015)
'Not yet' and 'Just ask': barriers and facilitators to advance care planning - a qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families, in: BMJ Supportive & Palliative Care 5, 1, 54-62.
- Simpson, A. (2008)
Informed Consent, in: Loue, S. J., Sajatovic, M. (Hrsg.), Encyclopedia of Aging and Public Health, Boston, MA, Springer Science+Business Media LLC, 464-466.
- Singer, M., Teyssen, S. (2005)
Allgemeine ärztliche Aspekte bei der Erkennung der Alkoholkrankheit und alkoholassoziierter Organschäden, in: Singer, M. V., Agarwal-Kozlowski, K. (Hrsg.), Alkohol und Alkoholfolkrankheiten, 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl., Heidelberg, Springer Medizin, 143-148.

Siqueira, L., Smith, V. C. (2015)

Binge drinking, in: *Pediatrics* 136, 3, 718-726.

Sismondo, S. (2008)

Pharmaceutical company funding and its consequences: A qualitative systematic review, in: *Contemporary Clinical Trials* 29, 2, 109-113.

Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. (2017)

The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5a9858cd-en.pdf?expires=1549659820&id=id&accname=guest&checksum=1BDCA372AEbB2C45FDF8A8C91CoED1BC> [Stand 08.02.2019].

Sluik, D. (2016)

Associations of alcoholic beverage preference with cardiometabolic and lifestyle factors: The NQplus study, in: *BMJ Open* 6, 6, 1-10.

Smith, D. E. (1997)

Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study, in: *Diabetes Care* 20, 1, 52-54.

Smyth, L. (2009)

Making integration work requires more than goodwill, in: *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont.) 13 Spec No, 43-48.

Snow, R., Humphrey, C., Sandall, J. (2013)

What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study, in: *BMJ Open* 3, 11, e003583.

Sobolev, B., Levy, A., Kuramoto, L. (2006)

Access to surgery and medical consequences of delays, in: Hall, R. W. (Hrsg.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery*, 91, Springer US, 79-100.

Sohn, S. (2006)

Integration und Effizienz im Gesundheitswesen. Instrumente und ihre Evidenz für die integrierte Versorgung, Burgdorf, HERZ, Health Economics Research Zentrum.

Sohn, S., Schöffski, O., Voss, H. (2006)

Informationsmanagement und Controlling in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Gericke, C. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, Springer Berlin Heidelberg, 366-374.

- Somasundaram, R. (2016)
Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen - Ergebnisse einer Patientenbefragung, in: Gesundheitswesen, 1-6.
- Sozialgericht Darmstadt (2014)
Urteil vom 29. August 2014 (S 13 KR 344/14). Zur Frage des Bestehens des Apothekenwahlrechts der Versicherten gem. § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB 5, wenn Krankenkassen auf Landesebene mit Apotheken Verträge gem. § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abschließen, 1-68.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (1988). vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I, 3214) geändert worden ist.
- Speed, C. A., Crisp, A. J. (2005)
Referrals to hospital-based rheumatology and orthopaedic services: Seeking direction, in: Rheumatology 44, 4, 469-471.
- Spencer, A. M. (2015)
Effect of Human Papillomavirus vaccination of daughters on the cervical screening uptake of their non-vaccinated mothers, in: The European Journal of Public Health 25, 6, 1097-1100.
- Spießl, H. (2004)
Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung, in: Der Nervenarzt 75, 5, 475-482.
- Spitzer, S. G. (2017)
Integrierte Versorgung: Positionspapier zur Bundestagswahl 2017, in: kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin 22, 07/08, 116-118.
- Spurling, G. K. (2010)
Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing. A systematic review, in: PLoS Medicine 7, 10, 1-22.
- Spycher, S. (2006)
Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), Bern, URL: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2006/Gesundheitskompetenzen_Bericht.pdf [Stand 21.10.2017].
- Srinivasan, V. S. (1988)
A conjunctive-compensatory approach to the self-explication of multiattributed preferences, in: Decision Sciences 19, 2, 295-305.

Stacey, D. (2014)

Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions, in: The Cochrane Database of Systematic Reviews 1, 1-332.

Staender, J. (2019)

Stationäre Versorgungsleistungen, in: Haring, R. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 1-10.

Stähr, H. (2009)

Begriffliche und theoretische Grundlagen, in: Stähr, H. F. (Hrsg.), Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung: Das Beispiel der künstlichen Ernährung, Wiesbaden, Gabler, 19-73.

Starmer, A. J. (2014)

Changes in medical errors after implementation of a handoff program, in: The New England Journal of Medicine 371, 19, 1803-1812.

Starostzik, C. (2016)

Leitlinien zu implementieren gleicht einem Hürdenlauf, in: Uro-News 20, 1, 12-14.

Statistisches Bundesamt (2013)

Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD10) 2002 - 2008, URL: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online.jsessionid=oA42FCBE07B5680EEFB59A47DD52FF.tomcat_GO_2_2?operation=previous&levelindex=2&levelid=1370788566512&step=2 [Stand 09.06.2013].

Statistisches Bundesamt (2014)

Gesundheit: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, in: Fachserie 12 2014, 6.4.

Statistisches Bundesamt (2016)

Gesundheit: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), in: Fachserie 12 2016, 6.2.1, 1-7.

Statistisches Bundesamt (2017)

Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, in: Fachserie 2 2017, 1.6.1, 1-323.

Staudt, F. (2020)

Ökonomie in der Medizin - ethische Aspekte, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, 1-6.

- Staufer, F., Staufer, A. (2011)
Verwaltungsarbeit in Klinik und Praxis, in: *Der Gynäkologe* 44, 5, 368-374.
- Stausberg, J., Hasford, J. (2011)
Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: A longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data, in: *BMC Health Services Research* 11, 134, 1-9.
- Steckelberg, A. (2005)
Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99, 6, 343-351.
- Stefan, N. (2016)
Phenotypes of prediabetes and stratification of cardiometabolic risk, in: *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 4, 9, 789-798.
- Steffens, D. (2018)
Preoperative exercise halves the postoperative complication rate in patients with lung cancer. A systematic review of the effect of exercise on complications, length of stay and quality of life in patients with cancer, in: *British Journal of Sports Medicine* 52, 5, 1-9.
- Steiber, N. (2016)
Strong or Weak Handgrip? Normative Reference Values for the German Population across the Life Course Stratified by Sex, Age, and Body Height, in: *PloS One* 11, 10, 1-14.
- Steinbach, H. (2009)
Betriebswirtschaftliche Kennzahlen von Gesundheitsnetzen, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen*, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 235-247.
- Steinbach, H., Schmidt, A. (2011)
Das UGOM-Prinzip - neue stabile Strukturen und generische Netzleistungsprozesse in regionaler Verantwortung, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 205-213.
- Steinbach, H., Sohn, S., Schöffski, O. (2004)
Möglichkeiten der Kalkulation von sektorenübergreifenden Kopfpauschalen (Capitation), Burgdorf, HERZ, Health Economics Research Zentrum.
- Steinbrück, R. (2007)
Integrierte Versorgungsmodelle, in: *Der Urologe* 46, 8, 879-887.

- Steingrimsdóttir, O. A. (2012)
Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009, in: *European Journal of Epidemiology* 27, 3, 163-171.
- Steinhäuser, J. (2011)
Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land: Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung, in: *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136, 34-35, 1715-1719.
- Steinhäuser, J. (2013)
Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?, in: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 89, 10-15.
- Steinman, M. A., Shlipak, M. G., McPhee, S. J. (2001)
Of principles and pens: Attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions, in: *The American Journal of Medicine* 110, 7, 551-557.
- Steller, J. (2016a)
Ist »besser« wirklich gut? Qualitätsmanagement für Chefärzte, in: Deichert, U., Höppner, W., Steller, J. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum - Chefarzt m/w: Ein Rat- und Perspektivgeber*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 95-117.
- Steller, J. (2016b)
Trend zur ökonomischen Ausrichtung? Klinische Führung unter betriebswirtschaftlichen Aspekten, in: Deichert, U., Höppner, W., Steller, J. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum - Chefarzt m/w: Ein Rat- und Perspektivgeber*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 119-144.
- Sterly, C., Hasseler, M. (2015)
Integrierte Versorgung, in: Thielscher, C. (Hrsg.), *Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden, 663-684.
- Stern, T., Jaberg, H. (2005)
Erfolgreiches Innovationsmanagement, 2., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden, Gabler.
- Stevenson, F. A. (2007)
Information from the Internet and the doctor-patient relationship: The patient perspective - a qualitative study, in: *BMC Family Practice* 8, 47.
- Stiftung Warentest (2009)
Qualität verordnet, in: *Test* 2009, 11, 86-89.

Stiftung Warentest (2015)

Einsicht in die Patientenakte: Wie Sie Ihr Recht durchsetzen, in: Test 2015, 08, 84-88.

Stiftung Warentest (2019)

Test Depression: Hilfreiche Onlineprogramme, in: Test 2019, 7, 90-95.

Stockwell, T. (2016)

Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality, in: Journal of Studies on Alcohol and Drugs 77, 2, 185-198.

Stolle, M., Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009)

Binge drinking in childhood and adolescence: Epidemiology, consequences, and interventions, in: Deutsches Ärzteblatt International 106, 19, 323-328.

Stoschek, J. (2014)

Effizienter geht's ohne KV-Korsett, in: MMW - Fortschritte der Medizin 156, 14, 8-9.

Stoschek, J. (2016)

Patientendaten: Im Ärztenetz immer alles im Blick, in: Ärzte Zeitung, 81-138D vom 20.07.2016, 2016, 13.

Stovitz, S. D. (2010)

Child height and the risk of young-adult obesity, in: American Journal of Preventive Medicine 38, 1, 74-77.

Strandberg-Larsen, M. (2007)

Denmark: Health system review, Copenhagen.

Strandberg-Larsen, M. (2011)

Measuring integrated care, in: Danish Medical Bulletin 58, 2, B4245.

Stratmann, L., Rose, I., Philipp, R., Kottmair, S. (2011)

Der Beitrag des Patientencoachings zum erfolgreichen Versorgungsmanagement, in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 369-377.

Straub, C. (2008)

Die Rolle der Krankenkassen bei selektiver Vertragsgestaltung, in: Wille, E., Knabner, K. (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen, Frankfurt am Main, Lang, 159-161.

Straub, C., Beyrle, B. (2006)

Anforderungen an strategische Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, in: Albrecht, M. D., Töpfer, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, Springer Berlin Heidelberg, 247-267.

Strech, D. (2008)

Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit, in: Ethik in der Medizin 20, 2, 94-109.

Strech, D. (2009)

Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 134, 24, 1261-1266.

Strech, D., Marckmann, G. (2010)

Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein sollte, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 135, 30, 1498-1502.

Streibelt, M., Bethge, M. (2010)

Patientenpräferenzen bei der Ausgestaltung Integrierter Versorgungsprogramme: ein Discrete Choice Experiment, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 15, 288-295.

Streich, W. (2004)

Der informierte Patient - Hinweise zum praktischen Nutzen seines Wissens in der ambulanten Versorgung, URL: [http://gesundheitsmonitor.de/studien/detail/?tx_itaoarticles_pi1\[article\]=298&tx_itaoarticles_pi1\[action\]=show&tx_itaoarticles_pi1\[controller\]=Article&cHash=afa73aed21bb69a94a020ccb4f70be8d](http://gesundheitsmonitor.de/studien/detail/?tx_itaoarticles_pi1[article]=298&tx_itaoarticles_pi1[action]=show&tx_itaoarticles_pi1[controller]=Article&cHash=afa73aed21bb69a94a020ccb4f70be8d) [Stand 21.01.2017].

Streiner, D. L., Norman, G. R. (2008)

Health measurement scales. A practical guide to their development and use, 4th Edition, Oxford, Oxford University Press.

Stub, T. (2016)

Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies. A literature review, in: BMC Complementary and Alternative Medicine 16, 353, 1-14.

Stunder, W. A. (2004)

Spontane Redezeit von Patienten zu Beginn der Konsultation in einer Hausarztpraxis, in: ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 80, 2, 49-52.

- Sturm, R., An, R. (2014)
Obesity and economic environments, in: *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 1-14.
- Sullivan, H. W., O'Donoghue, A. C., Aikin, K. J. (2015)
Communicating benefit and risk information in direct-to-consumer print advertisements, in: *Therapeutic Innovation & Regulatory Science* 49, 4, 493-502.
- Sundmacher, L., Schüttig, W. (2016)
Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2016*, Stuttgart, Schattauer, 149-164.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. et al. (2009)
Ten key principles for successful health systems integration, in: *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont.) 13, Spec No, 16-23.
- Swart, E. (2005)
GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), in: *Das Gesundheitswesen* 67, 6, 416-421.
- Szecsényi, J. (2010)
QISA - Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 64, 1, 52-58.
- Szecsényi, J., Stock, J., Chenot, R. (2009)
QISA stellt sich vor, in: Szecsényi, J., Broge, B., Stock, J. (Hrsg.), *QISA - Das Qualitätssystem für die ambulante Versorgung*, 1., Aufl., Bonn, KomPart Verlags-Gesellschaft, 27.
- Szeinbach, S. L. (1999)
Using conjoint analysis to evaluate health state preferences, in: *Therapeutic Innovation & Regulatory Science* 33, 3, 849-858.
- Szmitko, P. E., Verma, S. (2005)
Cardiology patient pages. Red wine and your heart, in: *Circulation* 111, 2, 10-11.
- Taché, S. V., Sönnichsen, A., Ashcroft, D. M. (2011)
Prevalence of adverse drug events in ambulatory care. A systematic review, in: *Annals of Pharmacotherapy* 45, 7-8, 977-989.

- Tael-Öeren, M., Naughton, F., Sutton, S. (2019)
The relationship between parental attitudes and children's alcohol use. A systematic review and meta-analysis, in: *Addiction* (Abingdon, England) 114, 9, 1527-1546.
- Taillie, L. S. (2020)
An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017. A before-and-after study, in: *PLoS Medicine* 17, 2, 1-22.
- Tallon, D., Chard, J., Dieppe, P. (2000)
Relation between agendas of the research community and the research consumer, in: *The Lancet* 355, 9220, 2037-2040.
- Tang, Y., Liu, C., Zhang, X. (2016)
Public reporting as a prescriptions quality improvement measure in primary care settings in China. Variations in effects associated with diagnoses, in: *Scientific Reports* 6, 1-8.
- Tappin, D. (2015)
Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 350, 1-12.
- Taylor, C. M. (2015)
Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes, in: *Appetite* 95, 349-359.
- Taylor, R. D. (2017)
Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects, in: *Child Development* 88, 4, 1156-1171.
- Terlutter, R., Spielvogel, J. (2010)
Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Werbekompetenz bei Kindern, in: *Der Markt* 49, 1, 17-41.
- Terris, J. (2004)
Making an IMPACT on emergency department flow: Improving patient processing assisted by consultant at triage, in: *Emergency Medicine Journal : EMJ* 21, 5, 537-541.
- Tétreault, P. (2016)
Brain connectivity predicts placebo response across chronic pain clinical trials, in: *PLoS Biology* 14, 10, 1-22.

Teuber, I. (2017)

Patient Engagement: So binden Sie Ihre Patienten langfristig, in: kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin 22, 07/08, 69-71.

The Joint Commission (2007)

Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2007, URL: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2007_Annual_Report.pdf [Stand 05.10.2018].

Theurl, T., Franz, S. (2007)

"Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen". Erste empirische Ergebnisse, Münster.

Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D. et al. (2018)

#SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf [Stand 03.02.2020].

Thole, L. (2013)

Das Patientenrechtegesetz - Ziele der Politik, in: Medizinrecht 31, 3, 145-149.

Thomas, L., Cullum, N., McColl, E. et al. (2000)

Guidelines in Professions Allied to Medicine, URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000349/full> [Stand 18.01.2019].

Thombansen, E. (2007)

Qualitätsmanagement und qualitätsgesicherte Behandlungspfade in der Integrierten Versorgung, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 57-77.

Thompson, M., Ellis, R., Wildavsky, A. (1990)

Cultural Theory, Boulder, Colorado, Westview Press.

Thomsen, L. A. (2007)

Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care, in: The Annals of Pharmacotherapy 41, 9, 1411-1426.

Thomson, C. A. (2018)

Association between dietary energy density and obesity-associated cancer. Results from the women's health initiative, in: Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 118, 4, 617-626.

Thormählen, J., Gröbner, M., Kühn, S. et al. (2011)
Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern durch kooperatives Versorgungsmanagement: "SeGel - Versorgungsprogramm Seelische Gesundheit leben", in: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement*, Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 313-320.

Thornton, J. (2013)
Introducing GRADE across the NICE clinical guideline program, in: *Journal of Clinical Epidemiology* 66, 2, 124-131.

Thüringer Landessozialgericht (2007)
Voraussetzungen für das Vorliegen einer Integrierten Versorgung (sog. „Barmer-Hausarztvertrag“), Urteil vom 24.1.2007 – L 4 KA 362/06 (SG Gotha), in: *Medizinrecht* 25, 12, 746-753.

Thurstone, L. L. (1927)
A law of comparative judgment, in: *Psychological Review* 34, 4, 273-286.

Thyen, U., Fegert, J., Resch, F. (2012)
Wachstum und somatische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter - typische und untypische Verläufe, in: Fegert, J. M., Eggers, C., Resch, F. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 3-34.

Tikkanen, E., Gustafsson, S., Ingelsson, E. (2018)
Associations of fitness, physical activity, strength, and genetic risk with cardiovascular disease. Longitudinal analyses in the UK biobank study, in: *Circulation* 137, 24, 2583-2591.

Timpel, P., Schwarz, P. E. H. (2016)
Diabetesprävention im hausärztlichen Bereich: Machbar, aber ausgebremst, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 113, 17, 30-32.

Topiwala, A. (2017)
Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: Longitudinal cohort study, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 357, 1-12.

Torda, P., Han, E. S., Scholle, S. H. (2010)
Easing the adoption and use of electronic health records in small practices, in: *Health Affairs* 29, 4, 668-675.

Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A. et al. (2012)
Public Reporting as a Quality Improvement Strategy: Closing the Quality

Gap: Revisiting the State of the Science., URL: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. [Stand 01.10.2017].

Travasso, C. (2013)

Lifestyle advice by text messages helps prevent type 2 diabetes in high risk men, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 347, 1.

Trebbles, T. M. (2010)

Process mapping the patient journey: an introduction, in: BMJ: British Medical Journal 341, c4078, 394-401.

Trojan, A., Nickel, S., Werner, S. (2002)

Mitarbeiter(innen)orientierung und -gesundheit im Krankenhaus, in: Das Gesundheitswesen 64, 4, 207-213.

Truelsen, T. (1998)

Intake of beer, wine, and spirits and risk of stroke. The copenhagen city heart study, in: Stroke 29, 12, 2467-2472.

Tsasis, P., Evans, J. M., Owen, S. (2012)

Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective, in: International Journal of Integrated Care 12, 1-11.

Tsugawa, Y. (2017)

Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: Observational study, in: BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.) 357, 1-9.

Turan, T. N. (2017)

Relationship between risk factor control and vascular events in the SAMMPRIS trial, in: Neurology 88, 4, 379-385.

Überall, M. A. (2016)

Das DGS-PraxisRegister Schmerz — eine elektronische Erfolgsgeschichte, in: Schmerzmedizin 32, 1, 48-50.

UGeF (2014)

Über UGeF, URL: <http://www.ugef.com/83/> [Stand 07.06.2014].

UGHO (2014)

UGHO - Ihre Rund-um-Versorgung aus einer Hand!, URL: <http://www.ugho.de/index.php/die-ugho> [Stand 07.06.2014].

Uhlmann, B. (2019)

Zeichensprache, in: Süddeutsche Zeitung, 188 vom 16.08.2019, 75, 14.

Újhelyi, M. (2016)

Does breast screening offer a survival benefit? A retrospective comparative study of oncological outcomes of screen-detected and symptomatic early stage breast cancer cases, in: *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 1-7.

Ulrich, V. (2004)

Verwaltungskosten der GKV: Janusköpfige Bürokratie oder staatlich verordnete Ausgabenfalle?, in: *Hessisches Ärzteblatt* 2004, 3, 118-121.

Umscheid, C. A. (2011)

Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs, in: *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2011, 32 (2), 101-114.

Vach, W., Gerke, O. (2015)

Nutzenbewertung diagnostischer Maßnahmen - quo vadimus?, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58, 3, 256-262.

Valero-Aguilera, B. (2014)

Information needs and Internet use in urological and breast cancer patients, in: *Supportive Care in Cancer* 22, 2, 545-552.

van Bremen, T. (2012)

Interdisziplinäre Notfallzentren, in: *HNO* 60, 12, 1060-1066.

van den Bussche, Hendrik (2013)

Umfang und Typologie der Häufignutzung in der vertragsärztlichen Versorgung der älteren Bevölkerung - Eine Analyse auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107, 7, 435-441.

van den Bussche, H., Schön, G., Koller, D. et al. (2013)

Multimorbidität in der älteren Bevölkerung: Prävalenz, Krankheitsmuster und Inanspruchnahme in der vertragsärztlichen Versorgung, in: Burger, S. (Hrsg.), *Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt*, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 125-150.

van der Vaart, R. (2014)

Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression. Content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study, in: *BMC Psychiatry* 14, 355, 1-10.

- van Schoten, S. M. (2015)
Hospital Quality Systems: Unraveling Working Mechanisms, Utrecht, NIVEL.
- van Scoyoc, E. E., DeWalt, D. A. (2010)
Interventions to improve diabetes outcomes for people with low literacy and numeracy. A systematic literature review, in: *Diabetes Spectrum* 23, 4, 228-237.
- Vandevijvere, S. (2015)
Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic. A global analysis, in: *Bulletin of the World Health Organization* 93, 7, 446-456.
- Vashi, N. A., Latkowski, J.-A. M. (2012)
The ethics of the medical-pharmaceutical relationship, in: *Clinics in Dermatology* 30, 2, 188-191.
- Velji, K. (2008)
Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting, in: *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)* 11, 3 Spec No, 72-79.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2015)
Konkrete Vorgaben zur Umsetzung von E-Health: Schnellen und umfassenden Datenzugang für Verbraucher gewährleisten, URL: <http://www.vzbv.de/pressemitteilung/e-health-gesetz-freiwilligkeit-der-nutzung-hat-oberste-prioritaet> [Stand 10.02.2015].
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2017)
Gesundheits-Apps: Produktinformationen von kostenlosen Gesundheits-Apps zum gesundheitlichen Nutzen, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, URL: <https://www.verbraucherzentrale.nrw/media248961A.pdf> [Stand 22.07.2017].
- Vernon, J. (2007)
Low Health Literacy: Implications for National Health Policy, in: *Health Policy and Management Faculty Publications*, 1-12.
- Viciano, A. (2017)
Unanständige Nähe, in: *Süddeutsche Zeitung*, 15 vom 19.01.2017, 73, 12.
- Viethen, G. (1995)
Qualität im Krankenhaus: Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements, Stuttgart, Schattauer.

Vinatzer, I. M. (2010)

Was motiviert uns gute Ärztinnen und Ärzte zu sein?, URL: <http://www.apollis.it/download/19dextlhb3Cq.pdf> [Stand 03.01.2018].

Vinen, J. (2000)

Incident monitoring in emergency departments: An Australian model, in: Academic Emergency Medicine 7, 11, 1290-1297.

Vishwanath, A., Singh, S. R., Winkelstein, P. (2010)

The impact of electronic medical record systems on outpatient workflows: A longitudinal evaluation of its workflow effects, in: International Journal of Medical Informatics 79, 11, 778-791.

Visschers, V. H. M. (2009)

Probability information in risk communication: A review of the research literature, in: Risk Analysis 29, 2, 267-287.

Voeth, M. (2000)

Nutzenmessung in der Kaufverhaltensforschung. Die Hierarchische Individualisierte Limit Conjoint-Analyse (HILCA), Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.

Vogel, B., Helmes, A., Bengel, J. (2006)

Arzt-Patienten-Kommunikation in der Tumorbehandlung: Erwartungen und Erfahrungen aus Patientensicht, in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 15, 149-161.

Vogel, J., Schaaf, W. (2016)

Patientenaufklärung mit Aufklärungsfilmen aus ärztlicher Sicht: Eine Anwenderbefragung, URL: https://thieme-compliance.de/fileadmin/user_upload/Download/Informationsmaterialien/Flyer_Anwenderbefragung_Aufklaerungsfilme_Klinikum_St._Elisabeth_Straubing.pdf [Stand 22.07.2017].

Voigt, K.-I. (1998)

Strategien im Zeitwettbewerb. Optionen für Technologiemanagement und Marketing, Wiesbaden, Gabler.

Volmer, T., Kielhorn, A. (1999)

Kosten der Non-Compliance, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 1999, 4, 55-61.

Volpp, K. G. (2009)

A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation, in: The New England Journal of Medicine 360, 7, 699-709.

- Volpp, K. G. (2017)
Effect of electronic reminders, financial incentives, and social support on outcomes after myocardial infarction. The HeartStrong Randomized Clinical Trial, in: JAMA Internal Medicine.
- von Dossow, V., Zwißler, B. (2016)
Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR-Konzept, in: Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie : AINS 51, 2, 136-137.
- von Eiff, W., Stachel, K. (Hrsg.) (2007)
Unternehmenskultur im Krankenhaus, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.
- von Reibnitz, C. (2015)
Praxisassistenten und Pflege - Chancen für die Zusammenarbeit, in: Heilberufe 67, 12, 52-54.
- von Stillfried, D., Czihal, T., Erhart, M. (2017)
Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf, URL: <https://www.zi.de/cms/presse/2017/29-november-2017/> [Stand 09.06.2018].
- von Stillfried, D., Czihal, T., Jansen, K. (2011)
Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten - Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung, in: Gesundheitswesen 73, 3, 124-133.
- von Stillfried, D., Erhart, M., Czihal, T. (2015)
Ambulante Versorgung, in: Thielscher, C. (Hrsg.), Medizinökonomie 1, 2., aktualisierte u. erw. Aufl. 2015, Wiesbaden, Springer Gabler, 295-349.
- von Wendt, K.-L. (1987)
Patientensteuerung an Computer-Tomographen, Münster.
- Voogt, C. (2017)
Alcohol-related cognitions in children (aged 2-10) and how they are shaped by parental alcohol use. A systematic review, in: Drug and Alcohol Dependence 177, 277-290.
- Vorberg, S. (2009)
Rechtliche Umsetzung von Gesundheitsnetzwerken in der Praxis, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), Gesundheitsnetzwerke managen, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 107-118.

Vorberg, S. (2012)

Sachliche und legale Patientensteuerung, Hamburg.

Vorberg, S., Kanschik, J. (2016)

Fernbehandlung. AMG-Novelle und Ärztekammer verfehlen die Realität!, in: *Medizinrecht* 34, 6, 411-415.

Vormfelde, S. V. (2014)

Schulung oral antikoagulierter Patienten zur Arzneimitteltherapiesicherheit, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 111, 37, 607-614.

Vos, T. (2015)

Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, in: *The Lancet* 386, 9995, 743-800.

Voss, H. (2009)

Vertragsmanagement und Verbindlichkeit als Erfolgsfaktor im Unternehmen Gesundheit, in: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen*, 1. Aufl., Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 297-306.

Voss, H., Amelung, V. (2007)

Capitation umsetzen - UGOM Unternehmen Oberpfalz Mitte, in: Weatherly, J. N., Beckmann, H.-J. (Hrsg.), *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren*, Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges, 151-162.

Vosshagen, A. (1996)

Männeralkoholismus - Das starke Geschlecht und seine Abhängigkeit, in: Fett, A. (Hrsg.), *Männer-Frauen-Süchte*, Freiburg im Breisgau, Lambertus, 82-107.

Voßhoff, A., Raum, B., Ernestus, W. (2015)

Telematik im Gesundheitswesen. Wo bleibt der Schutz der Gesundheitsdaten?, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 1-7.

Vroomen, J., Zweifel, P. (2011)

Preferences for health insurance and health status: Does it matter whether you are Dutch or German?, in: *The European Journal of Health Economics* 12, 1, 87-95.

Vuik, F. E. (2019)

Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years, in: *Gut*, 1-7.

- Vukovic, V. (2017)
Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review, in: *European Journal of Public Health* 27, 6, 972-978.
- Wagner, K., Ackerschott, S., Lenz, I. (2007)
Effekte und Potenziale der Integrierten Versorgung - Ergebnisse einer Evaluationsstudie, in: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.), *Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung*, 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer, 308-333.
- Wallenfels, M. (2018)
Stressfaktor Nummer eins: Die Bürokratie, in: *HNO Nachrichten* 48, 2, 47.
- Wallis, K. A., Andrews, A., Henderson, M. (2017)
Swimming against the tide: Primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice, in: *Annals of Family Medicine* 15, 4, 341-346.
- Waltering, I., Schwalbe, O., Hempel, G. (2015)
Discrepancies on medication plans detected in German community pharmacies, in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21, 5, 886-892.
- Wambach, V., Lindenthal, J. (2009)
Finanzierung und Vergütung aus Sicht der Ärztegenossenschaft Qualität und Effizienz - QuE Nürnberg, in: Braun, G. E. et al. (Hrsg.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Deutscher Ärzte-Verlag, 39-48.
- Wambach, V., Lindenthal, J. (2015)
Den Kinderschuhen entwachsen - Arztnetze in Deutschland leisten wertvollen Beitrag zur Optimierung der lokalen Versorgungssituation, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58, 4, 374-382.
- Wang, A. T. (2010)
Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone. Cross sectional systematic review, in: *BMJ: British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 340, 1-6.
- Wang, S. (2017)
School breakfast and body mass index. A longitudinal observational study of middle school students, in: *Pediatric Obesity* 12, 3, 213-220.
- Wang, Z. (2015)
Effects of secondhand smoke exposure on asthma morbidity and health

care utilization in children: A systematic review and meta-analysis, in: *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 115, 5, 396.

Wansink, B. (2012)

Attractive names sustain increased vegetable intake in schools, in: *Preventive Medicine* 55, 4, 330-332.

Wardle, J. (2003)

Modifying children's food preferences: The effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable, in: *European Journal of Clinical Nutrition* 57, 2, 341-348.

Warner, M. (2006)

Personnel staffing and scheduling, in: Hall, R. W. (Hrsg.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery*, 91, Springer US, 189-209.

Wartolowska, K. (2014)

Use of placebo controls in the evaluation of surgery: Systematic review, in: *BMJ: British Medical Journal* 348, 1-15.

Wasem, J. (2000)

Die Zukunft der Gesundheitspolitik. Was erwartet die Bevölkerung?, in: *Der deutsche Sozialstaat : Bilanzen - Reformen - Perspektiven*, 427-438.

Wasem, J., Greß, S., Hessel, F. (2003)

Hausarztmodelle in der GKV: Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen, Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Standort Essen.

Wasserman, R. C. (1984)

Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction, in: *Pediatrics* 74, 6, 1047-1053.

Watzl, H., Singer, M. (2005)

Alkohol und Alkoholismus: Kulturgeschichtliche Anmerkungen, in: Singer, M. V., Agarwal-Kozłowski, K. (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*, 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl., Heidelberg, Springer Medizin, 3-12.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (2017)

Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, 13., unveränderte Auflage, Bern, Hogrefe.

Weber, D., Kaltheuner, M. (2018)

Komorbiditäten bei Typ-2-Diabetes, in: *Der Diabetologe*, 1-6.

- Weber, J., Schäffer, U., Ahn, H. (2000)
Balanced Scorecard & Controlling: Implementierung - Nutzen für Manager und Controller - Erfahrungen in deutschen Unternehmen, 3., überarb. Aufl., Wiesbaden, Gabler.
- Weger, U. W., Loughnan, S. (2015)
Using participant choice to enhance memory performance, in: Applied Cognitive Psychology 29, 3, 345-349.
- Wegwarth, O., Gigerenzer, G. (2013)
Mangelnde Statistikkompetenz bei Ärzten, in: Gigerenzer, G. et al. (Hrsg.), Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin, Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-151.
- Wehling, M. (2016)
VALFORTA: A randomised trial to validate the FORTA (Fit fOR The Aged) classification, in: Age and Ageing 45, 2, 262-267.
- Weick, K. E. (1993)
The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster, in: Administrative Science Quarterly 38, 4, 628-652.
- Weick, K. E. (2009)
Sensemaking in Organizations, [Nachdr.], Thousand Oaks, CA, SAGE Publications.
- Weimer, T. (2009)
Integrierte Versorgung, in: Medizinrecht 27, 2, 110-113.
- Weinbrenner, S. (2013)
Kundenmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl, Berlin, Springer Berlin Heidelberg, 200-210.
- Weinbrenner, S., Ollenschläger, G. (2008)
Leitlinien - Grundlage neuer, zukunftsweisender Versorgungsformen, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 5, 558-564.
- Weinger, M. B. (2015)
A multimodal intervention improves postanesthesia care unit handovers, in: Anesthesia and Analgesia 121, 4, 957-971.
- Weiser, T. G. (2010)
Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population, in: Annals of Surgery 251, 5, 976-980.

Weisse Liste (2017a)

AOK Gesundheitsnavigator Krankenhaus, URL: https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/ergebnisliste/?searchHospital=Operatives+Einsetzen+eines+k%C3%BCnstlichen+Kniegelenks&searchKey=5-822&searchType=OPS_THERAPY&searchPlz=80331+M%C3%BCnchen+%28Zentrum%2C+Altstadt%2C+Isarvorstadt%2C+Lehel%2C+Ludwigsvorstadt%29&searchDistance=KM_50&minRecommendationPercentage=0&treatmentCaseFrequency=0&treatmentRelevantEquipmentPercentageMinimum=0&minPatientSafetyPercentage=0&roomTypes=0# [Stand 02.10.2017].

Weisse Liste (2017b)

Arztsuche, URL: https://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztsuche/ergebnisliste/?searchMedic=Hausarzt+%2F+Haus%C3%A4rztin&searchType=ORIENTATION&searchKey=26&searchPlz=13357+Berlin+%28Wedding%29&searchDistance=KM_5 [Stand 07.10.2017].

Weißer, M., Rosery, H., Schönfelder, T. (2017)

Gesundheitsökonomische Aspekte, in: Bleß, H.-H., Kip, M. (Hrsg.), Weißbuch Gelenkersatz: Versorgungssituation bei endoprothetischen Hüft- und Knieoperationen in Deutschland, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 111-126.

Weißflog, G. (2014)

Patientenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge - differentielle Befunde zur Geschlechtsspezifität in Arzt-Patient-Dyaden, in: Gesundheitswesen 76, 5, 306-311.

Welslau, M. (2017)

Mehr Zeit für die Patientenbetreuung durch Delegation, in: Info Onkologie 20, 3, 3.

Wen, C. P. (2011)

Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: A prospective cohort study, in: The Lancet 378, 9798, 1244-1253.

Wenckel, H.-M. (2018)

MRSA - Teil 1: Hygiene und Prophylaxe, in: Info Onkologie 21, 2, 50-54.

Werblow, A. (2002)

Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 4, 427-436.

Werner, S. (2016)

Kinder-Ernährung: Muttis Halbwissen, in: Ärzte Zeitung, 76-130D vom 08.07.2016, 2016, 16.

Werner, T. (2018)

Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse, in: Jandali, Z., Müller, K., Jiga, L. (Hrsg.), Wiederherstellungsoperationen nach starker Gewichtsabnahme: Ein Patientenratgeber, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 127-139.

Wetzel, M., Hildebrandt, H., Kleudgen, S. (2014)

AQUIK: Qualitätsindikatoren im Praxistest, in: Deutsches Ärzteblatt International 111, 13, 548-549.

White, M. (2013)

Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?, in: The Journal of Cardiovascular Nursing 28, 2, 137-146.

Whitman, I. R. (2017)

Alcohol abuse and cardiac disease, in: Journal of the American College of Cardiology 69, 1, 13-24.

Wiechmann, M. (2003)

Die wichtigsten Grundlagen von Managed Care, in: Wiechmann, M. (Hrsg.), Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag, 49-71.

Wienecke, A. (2013)

Präventionspotenziale für Darm- und Brustkrebs in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56, 3, 439-446.

Wiese, C. R. (2009)

Quality of out-of-hospital palliative emergency care depends on the expertise of the emergency medical team: A prospective multi-centre analysis, in: Supportive Care in Cancer 17, 12, 1499-1506.

Wiesing, U., Marckmann, G. (2009)

Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit, Orig.-Ausg., Freiburg, Alber.

Wigge, P. (2010)

Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Ärzten anderer Fachgebiete, in: Medizinrecht 28, 10, 700-710.

- Wigge, P., Harney, A. (2008)
Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG, in: *Medizinrecht* 26, 3, 139-149.
- Wikler, D. (2004)
Personal and Social Responsibility for Health, in: Anand, S., Peter, F., Sen, A. (Hrsg.), *Public health, ethics, and equity*, Oxford, Oxford University Press, 109-134.
- Wildridge, V. (2004)
How to create successful partnerships: A review of the literature, in: *Health Information and Libraries Journal* 21 Suppl 1, 3-19.
- Wilke, T. (2016)
Non-persistence and non-adherence of patients with type 2 diabetes mellitus in therapy with GLP-1 receptor agonists. A retrospective analysis, in: *Diabetes Therapy* 7, 1, 105-124.
- Wille, E. (2013)
Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung, in: Wille, E. (Hrsg.), *Wettbewerb im Arzneimittel- und Krankenhausbereich*, Frankfurt, M, PL Acad. Research, 79-106.
- Williams, B. (1997)
Forward to basics, in: Franklin, J. (Hrsg.), *Equality*, London, Institute for Public Policy Research, 49-58.
- Williams, E. S. (2002)
Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health. Results from the physician worklife study, in: *Health Services Research* 37, 1, 119-141.
- Wilm, S. (2004)
Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?, in: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 80, 2, 53-57.
- Winandy, M. (2012)
Informationssicherheit in der Arztpraxis, in: *Datenschutz und Datensicherheit - DuD* 36, 6, 419-424.
- Windthorst, K. (2002)
Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gefahr oder Chance für die Gesundheitsversorgung?, 1. Aufl., Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

Winkler, E. C. (2010)

Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar?, in: Ethik in der Medizin 22, 2, 89-102.

Wippermann, C. (2009)

Lebensstile und Milieus: Einflüsse auf die Gesundheit, in: Schumpelick, V., Vogel, B. (Hrsg.), Volkskrankheiten, Freiburg, Herder, 143-156.

Wippermann, C. (2010)

Was erwarten die Menschen vom Gesundheitswesen?, in: Schumpelick, V., Vogel, B. (Hrsg.), Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen, Freiburg im Breisgau, Herder, 95-113.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (1975)

Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeit, Möglichkeiten, Grenzen. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975, Köln, Bund-Verlag.

Wittberg, V., Kluge, H.-G., Rottmann, H. et al. (2018)

BIX 2018 - Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung, URL: https://www.kbv.de/media/sp/BIX2018_Projektbericht.pdf [Stand 05.10.2019].

Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A. et al. (2011)

Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Abschlussbericht, URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf [Stand 06.10.2019].

Wohlers, K. (2016)

#SmartHealth. Wie smart ist Deutschland?, Techniker Krankenkasse, Hamburg, URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/915488/Datei/176216/TK-Pressemappe-TK-Studie-SmartHealth-2016.pdf> [Stand 10.11.2016].

Wolf, M. S. (2013)

Example: Adherence to medication, in: Kickbusch, I. et al. (Hrsg.), Health literacy, Genf, World Health Organization, 54-55.

Wolf, T. (2020)

Was bringt die professionelle Zahnreinigung?, in: der junge zahnarzt 11, 2, 8-9.

Wolf-Ostermann, K. (2017)

Nutzer und Nutzerinnen regionaler Demenznetzwerke in Deutschland, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50, 1, 21-27.

- Woloshin, S., Schwartz, L. M., Welch, H. G. (2002)
Risk charts. Putting cancer in context, in: JNCI Journal of the National Cancer Institute 94, 11, 799-804.
- Wood, A. M. (2018)
Risk thresholds for alcohol consumption. Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies, in: The Lancet 391, 10129, 1513-1523.
- World Economic Forum (2015a)
Maximizing Healthy Life Years, URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Maximizing_Healthy_Life_Years.pdf [Stand 19.01.2018].
- World Economic Forum (2015b)
World Report on Ageing and Health, Genf, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013)
Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1 [Stand 05.03.2016].
- World Health Organization (WHO) (2015)
Antibiotic Resistance: Multi-Country Public Awareness Survey, URL: <https://www.who.int/drugresistance/documents/baselinesurveynov2015/en/> [Stand 12.01.2019].
- World Health Organization (WHO) (2016)
Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, Genf, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2018)
Global Status Report on Alcohol and Health 2018, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2019)
WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025, 3rd Ed., URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1263754/retrieve> [Stand 19.12.2019].
- Wright, J., Hill, P. (2003)
Clinical Governance, Edinburgh, New York, Churchill Livingstone.
- Yamagishi, K. (1997)
When a 12.86% mortality is more dangerous than 24.14%. Implications for risk communication, in: Applied Cognitive Psychology 11, 6, 495-506.

Yates, L. B. (2008)

Exceptional longevity in men: Modifiable factors associated with survival and function to age 90 years, in: Archives of Internal Medicine 168, 3, 284-290.

Yu, G., Beresford, R. (2010)

Implementation of a chronic illness model for diabetes care in a family medicine residency program, in: Journal of General Internal Medicine 25, 4, 615-619.

Zamora, P. (2014)

Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie (PACOCT), in: Forum 29, 1, 42-45.

Zeeh, J. (2018)

Wege aus der Polypharmazie, in: MMW - Fortschritte der Medizin 160, 5, 38-41.

Zeevi, D. (2015)

Personalized nutrition by prediction of glycemic responses, in: Cell 163, 5, 1079-1094.

Zelman, W. A., Berenson, R. A. (1998)

The Managed Care Blues and How to Cure Them, Washington, D.C., Georgetown University Press.

Zengerling, F. (2013)

Nationales Zweitmeinungsnetzwerk testikuläre Keimzelltumoren, in: Der Urologe 52, 9, 1290-1295.

Zens, M., Steinhagen-Thiessen, E. (2013)

Alter und Multimorbidität - Herausforderungen für die Versorgungssteuerung, in: Burger, S. (Hrsg.), Alter und Multimorbidität - Herausforderungen an die Gesundheitswirtschaft und die Arbeitswelt, Heidelberg, medhochzwei-Verlag, 89-98.

Zentner, A., Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2008)

Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin.

Zhang, Y., Koch, S. (2015)

Mobile health apps in Sweden. What do physicians recommend?, in: Studies in Health Technology and Informatics 210, 793-797.

Ziegler, A. (2013)

Verständnis von Nebenwirkungsrisiken im Beipackzettel. Eine Umfrage unter Ärzten, Apothekern und Juristen, in: Deutsches Ärzteblatt International 110, 40, 669-673.

Ziegler, S. (2017)

Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vier jähriger fachärztlicher Weiterbildung, in: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 142, 12, 74-82.

Zielke, M. (2004)

Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotenziale durch verhaltensmedizinische Interventionen, in: Vogel, H., Wasem, J., Ahrens, D. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie, Stuttgart, Schattauer, 215-238.

Zinkant, K. (2018)

Raus aus dem Labor, in: Süddeutsche Zeitung, 208 vom 10.09.2018, 74, 14.

Zipkin, D. A. (2014)

Evidence-based risk communication: A systematic review, in: Annals of Internal Medicine 161, 4, 270-280.

Zippel-Schultz, B., Bogenstahl, C., Schultz, C. (2005)

Akzeptanz der Integrierten Versorgung, in: Schultz, C., Gemünden, H. G., Salomo, S. (Hrsg.), Akzeptanz der Telemedizin, 1. Aufl., Darmstadt, Minerva, 215-244.

Zitter, M. (1997)

A new paradigm in health care delivery: Disease management, in: Todd, W. E., Nash, D. B. (Hrsg.), Disease Management, Chicago, American Hospital Publishing, 1-26.

Zok, K. (2008)

Versorgungsgeschehen aus der Versichertenperspektive: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten, in: WIdO-Monitor 2008, 5 (2), 1-7.

Zok, K. (2014)

Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, in: WIdO-Monitor 11, 2, 1-12.

Zok, K. (2016)

Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV, in: WIdO-Monitor 2016, 13 (1), 1-12.

Zong, G. (2015)

Abstract 17285: Frequent consumption of meals prepared at home and risk of type 2 diabetes among American men and women, in: *Circulation* 132, Suppl 3, A17285.

Zühlsdorf, A., Spiller, A. (2012)

Grauzone Lebensmittelkommunikation. Empirische Studie zur Verbraucherwahrnehmung im Spannungsfeld von Informationsanforderungen und Aufmerksamkeitsregeln, Göttingen, https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/9ea090d1d4e42367f8e8fa35f519e318.pdf/Studie%20Grauzone%20Lebensmittelkommunikation_final_25.06.2012.pdf [Stand 08.11.2019].

Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009)

Interprofessional Collaboration: Effects of Practice-Based Interventions on Professional Practice and Healthcare Outcomes, in: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-29.

Zweifel, P. (1982)

Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, Berlin, Heidelberg, New York, Springer.

Die Gewährleistung einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung und die diskriminierungsfreie Teilhabe der Bevölkerung daran gehören zu den zentralen politischen Zielen in Deutschland. Dabei sind sich Vertreter von Leistungserbringern, Kostenträgern, Politik und Wissenschaft weitgehend einig, dass in diesem Zusammenhang eine funktionierende Patientensteuerung notwendig ist, um die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems langfristig zu erhalten, auch wenn insbesondere Patienten Vorbehalte gegen die stärkere Anwendung von versorgungssteuernden Managed-Care-Instrumenten haben. Daher stellt sich die Frage, welche Faktoren im deutschen Kontext die Umsetzung solcher Strukturen befördern können und welche Faktoren diese derzeit noch verhindern. Die vorliegende Dissertationsschrift zeigt Möglichkeiten solcher Patientensteuerung im Rahmen der Integrierten Versorgung auf, wobei Ansätze im Einflussbereich von Ärzten und Krankenkassen, aber insbesondere auch in dem von Patienten beleuchtet werden.

