

## Geleitwort

Der Einladung, dem vorliegenden Buch einige Worte voranzustellen, bin ich gern gefolgt – zumal mein heimischer Wahlkreis nicht ganz ohne mein Zutun Mitglied der „Gesundheitsregion KölnBonn e. V.“ ist.

Hintergrund bei diesem Vorhaben, bei dem es sich um eine die beiden Bundesländer Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen übergreifende Kooperation handelt, war primär die Sorge vor möglichen zukünftigen Engpässen in der Gesundheitsversorgung.

Auf Grundlage der demografischen Entwicklung sowie des anhaltenden urbanen Trends ist zu befürchten, dass in den kommenden Jahren die Hälfte der niedergelassenen Hausarztpraxen auf dem Land nicht erhalten bleiben können, ebenso wie kleinere Krankenhäuser. Durch eine Vernetzung der Gesundheitsakteure und mithilfe digitaler Unterstützungsmöglichkeiten sollen Lösungen entwickelt werden, die auf eine Optimierung des Einsatzes vorhandener Ressourcen abstellen.

Im Falle meiner engeren Heimat kooperieren auf diese Weise betont ländlich strukturierte Kreise zweier Bundesländer mit der Metropolregion Köln-Bonn, wobei die Lebenswissenschaftliche Fakultät der Universität Siegen mit einer Projektstudie „Patient-Focused Care – Digital unterstützte Patientenautonomie durch intersektorale Vernetzung“ die Grundlagen schafft, um Handlungsempfehlungen für die Region zu erarbeiten und anschließend in einem Entwicklungsprojekt umzusetzen.

Das geschieht übrigens im Rahmen der „Digitalen Modellregion Gesundheit Dreiländereck“, wodurch dann auch noch das Bundesland Hessen mit an Bord kommt.

Überdies fördert das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) mit dem Modellvorhaben „Smarte.Land.Regionen“ die Entwicklung digitaler Lösungen, mit denen die Daseinsvorsorge in ländlich geprägten Landkreisen verbessert werden soll. Durch ihre Teilnahme haben die Landkreise die Chance, sich langfristig zu „Smarten.Land.Regionen“ zu entwickeln.

Der Schlüssel für die Zukunft unseres Gesundheitswesens liegt in der Vernetzung. Deutschland muss die Chancen der Digitalisierung entschlossen nutzen. Die

Corona-Pandemie hat die Versäumnisse der Vergangenheit deutlich aufgezeigt. Es wurde uns schmerzlich bewusst, dass wir im internationalen Vergleich zurückliegen. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir unseren Rückstand aufholen werden.

Die Gesundheitswelt der Zukunft wird vernetzter, digitaler und schneller sein als heute. Kompetenzen werden über Telemedizin an vielen Orten verfügbar sein und Aufgaben der Medizin werden zunehmend an gut ausgebildete Gesundheitsberufe delegiert werden. Der Weg in diese digitale Welt ist nicht mehr aufzuhalten. Medizin, Pflege und andere Gesundheitsberufe werden stärker auf Augenhöhe zusammenarbeiten. In vielen anderen Ländern in Europa und in der Welt wird das heute schon praktiziert.

Jetzt geht es darum, den Durchbruch zu schaffen – für moderne Technik und intelligente Arbeitssteuerung, damit Ärzte, Pflegekräfte und Kliniken ihre Arbeitszeit nicht mit Formularen, Dokumentationen und immer mehr Bürokratie verbringen, sondern mehr Zeit für eine gute Versorgung haben.

Wir müssen den ständig wachsenden Ressourcenbedarf im Gesundheitswesen durch intelligente, digitale Kommunikations- und Informationsstrukturen effizient miteinander verbinden. Gerade in der häuslichen Versorgung stoßen wir schnell an Versorgungsgrenzen; deshalb ist es wichtig, digitale Kommunikations- und Informationsstrukturen intersektoral einzusetzen, um bei den Pflegebedürftigen, den Patienten und den Bürgern eine hohe Akzeptanz zu erreichen.

Wenn wir in der Praxis und in der Fläche Digitale Gesundheit gestalten wollen, dann müssen wir dies von Anfang an intersektoral ausrichten. Neben den Hausärztinnen und Hausärzten muss also auch die Mitwirkung der Krankenhäuser, der Pflegeeinrichtungen und der Apotheken gewährleistet sein.

Zentral sind aus meiner Sicht folgende Punkte:

- Netzwerke insbesondere im ländlichen Raum schaffen mit dem Ziel, den Erfahrungsaustausch zu fördern und die Versorgungssicherheit zu steigern;
- Netzwerke durch Digitalisierung stärken, damit nicht alle Leistungen jeweils vor Ort vorgehalten werden müssen;
- Abbau von Sektorengrenzen voranbringen;
- bessere Vernetzung der Leistungsanbieter auch mit den politischen Entscheidungsträgern und -gremien in den Regionen.

Die Finanzierung würde ich in den Händen der Selbstverwaltung belassen.

Ich wünsche dem vorliegenden Band viele aufmerksame Leserinnen und Leser – nicht nur aus den Reihen der Gesundheitspolitiker, sondern möglichst von allen Beteiligten, die für unser Gesundheitssystem Verantwortung tragen.

Wir haben immer davon gesprochen, dass wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben. Ungeachtet diverser Mängel hat nach meiner Überzeugung gerade die Corona-Krise bewiesen, dass es tatsächlich so ist. Damit sich

unser Gesundheitssystem auch in Zukunft bewährt, sind dessen beschleunigte Digitalisierung und die konsequente Vernetzung aller Akteure allerdings unerlässlich. Dabei wird der Kooperation in regionalen Gesundheitsnetzwerken mit Blick auf Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege besondere Bedeutung zukommen.

*Erwin Rüdgel, MdB (CDU), Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages*



## Geleitwort

Entscheidungen vor Ort sind „in“ – und das aus gutem Grund. Denn in einem örtlich und sachlich überschaubaren Raum ist es wahrscheinlicher, die geeigneten Entscheidungen zu treffen. Und für die ist dann auch die Kommunalpolitik den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber direkt und unmittelbar verantwortlich. Soweit möglich, sollten daher Aufgaben durch Landkreise, Städte und Gemeinden erfüllt werden. Das ist einer der Grundgedanken der kommunalen Selbstverwaltung. Nicht zuletzt 18 Monate Pandemie haben uns auch gezeigt, dass gerade das dezentrale Agieren in den deutschen Kommunen wichtige Erfolge gebracht hat.

So ist es nicht verwunderlich, dass schon vor der Pandemie Akteure im deutschen Gesundheitswesen auf eine starke örtliche bzw. überörtlich-kommunale Verantwortung im Gesundheitswesen setzten. Hierzu gehört auch der Deutsche Landkreistag und vor allem auch einzelne Landkreise, die sich dieser Aufgabe mit Nachdruck und viel Herzblut gestellt haben und weiter stellen.

Natürlich ist es angesichts der bundesweit geregelten und zunehmend auch weit überregional organisierten Krankenversicherung und dem einheitlichen Leistungsrecht im SGB V nicht nur sinnvoll, sondern auch zwingend erforderlich, dass Grundentscheidungen einheitlich und auf der Bundesebene getroffen werden. Auch sind bestimmte Formen der Versorgung nicht in jedem Ort und nicht in jedem Landkreis vorzuhalten. Das liegt daran, dass sie zu selten vorkommen, um dies wirtschaftlich und qualitativ hochwertig erfüllen zu können. Aber es gibt eine breite Palette an medizinischen Leistungen, die ambulant oder auch stationär erbracht werden und wohnortnah für die Menschen erreichbar sein müssen, ohne dass dies finanziell oder qualitativ problematisch wäre.

Eine solche Versorgungsrealität erfordert eine tatsächliche Verlagerung von Teilen der Verantwortung von Bund und Bundesinstitutionen auf Länder und die kommunale Ebene. Hier sind die Landkreise (und kreisfreien Städte) in besonderer Weise gefordert. Die Landkreise sind schon jetzt gemeinsam mit den Ländern Träger des Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung, sie sind verantwortlich für den Rettungsdienst und betreiben den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Hieran lassen sich sinnvoll weitere Aufgaben auch innerhalb des medizinischen und auch pflegerischen Versorgungssystems knüpfen.

Bisher schotten sich die Systeme ab. Erst seit etwa 2010 gelingt es nach und nach, in Formen der Kooperation der Landkreise mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu kommen; und auch dies nur in geringer Intensität. Jeder Zuwachs an kommunalem Einfluss wird von der ärztlichen Selbstverwaltung als Verlust ihrer Steuerungskompetenz aufgefasst. Und um ehrlich zu sein: Das muss auch das Ziel sein, denn es ist zwingend erforderlich. Die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung hat uns zu der bestehenden Situation gebracht: zunehmende Versorgungsprobleme in strukturschwachen, überwiegend ländlichen Gebieten. Fest steht für uns daher: Ein „Weiter so“ kann es nicht geben.

Auch bei der stationären Versorgung liegt einiges im Argen. Die Investitionsmittel der Länder sind seit vielen Jahren nicht annähernd ausreichend, die Finanzierung der Behandlungskosten über die Fallpauschalen führt zu massiven Problemen in so manchem Haus. Daran kann auch die Ausgliederung der Pflegekosten wenig ändern. Zugleich gibt es Probleme, die Mitarbeitenden zu gewinnen, die man dringend braucht. Und zugleich wird einem vor allem in der (bundesweiten) Presse vorgehalten, Landrätinnen und Landräte würden an ihren Krankenhäusern zu sehr „kleben“. Richtig ist: Die Landkreise hängen sehr wohl an einer guten medizinischen Versorgung in ihrem Landkreis – sie sind dafür schließlich verantwortlich. Hierfür sind auch stationäre Angebote erforderlich, aber in erster Linie muss das Gesamtpaket stimmen. Und dieses medizinisch-versorgerische Gesamtpaket sollte – gesteuert auch durch die Akteure der kommunalen Selbstverwaltung – das Ziel einer guten Gesundheits- und Versorgungspolitik sein.

Eine solche Reform bedarf eines ausgewogenen Verhältnisses und solcher Steuerungsmechanismen, die kommunale Entscheidungen tatsächlich für die Menschen im Landkreis spürbar machen, zugleich aber nicht in unzulässiger Weise in Entscheidungen der Nachbarreise und -städte eingreifen. Zudem sind Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität in jedem Fall sicherzustellen. Die Verantwortung der gesetzlichen wie auch der privaten Krankenversicherung für ihre Versicherten ist ebenso zu wahren wie die wirtschaftliche Eigenständigkeit der Erbringer entsprechender medizinischer Dienstleistungen.

Dies alles stellt eine erhebliche Herausforderung dar, der sich die Autoren dieses Vorschlags für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems gestellt haben. Allein hierfür verdienen sie Dank und Anerkennung. Der Deutsche Landkreistag und die deutschen Landkreise stellen sich der Diskussion gerne und erhoffen sich hierdurch auch weitere Verbesserungen für die Menschen – gerade in den ländlich und kleinstädtisch geprägten Räumen in Deutschland.

*Reinhard Sager, Landrat des Kreises Ostholstein und Präsident des Deutschen Landkreistages*

# Vorwort der Herausgeber

## Was uns antreibt

Die nun schon im zweiten Jahr anhaltende Corona-Pandemie hat uns deutlich vor Augen geführt, wie existenziell das Thema Gesundheit für Wirtschaft und Gesellschaft, für alle Bereiche unseres Zusammenlebens ist. Die richtungweisende Lösung „Health in all Policies“, die uns immerhin über 40 Jahre zur WHO-Deklaration von Alma-Ata<sup>1</sup> mit der ersten formellen Anerkennung der Bedeutung sektorenübergreifender Maßnahmen für Gesundheit zurückführt und in Europa schließlich 2006 während der finnischen EU-Präsidentschaft höchste politische Ebenen erreicht hat, macht heute besonders praktisch und plastisch deutlich, welch ein Stellenwert der Gesundheit für politische Planungs- und Steuerungsprozesse zukommt. Gesundheit – aber nicht nur die – zwingt uns letztlich zu einer interdisziplinären, interprofessionellen Politikgestaltung. Gesundheit ist schon immer ein Produktivitäts-, aber auch ein Rentabilitätsfaktor in Wirtschaft und Gesellschaft. Die volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung leitet sich demnach nicht nur von dem mehr als 12-prozentigen Anteil des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft am Bruttoinlandsprodukt<sup>2</sup> oder an der enorm gewachsenen Beschäftigtenquote<sup>3</sup> in dieser Branche ab.

Verlassen wir die globale, politische Metaebene und schauen uns die Realität in Politik und Praxis an, so darf nüchtern festgestellt werden, dass Gesundheit im

---

1 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Erklärung von Alma-Ata. Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, UdSSR, 6.–12. September 1978. Genf 1978.

2 Bundesministerium für Gesundheit: Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. 2021. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html> [abgerufen am 19.6.2021].

3 2019 waren ca. 7,5 Millionen Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, das sind fast 17 Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland. Seit 2010 sind 1,2 Millionen neue Arbeitsplätze entstanden; Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie: Gesundheitswirtschaft – Eckdaten. 2021. Online: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Textsammlungen/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-gesundheitswirtschaft.html> [abgerufen am 19.6.2021].

politischen Gestaltungsraum immer noch eine eher nachgeordnete Rolle spielt. Die Pandemie hat gezeigt, dass das zumindest fragwürdig ist. Von einer „Health in all Policies“ sind wir noch weit entfernt. Die Integration in generelle Politikgestaltung und interprofessionelle Steuerung tut sich in Verbindung mit gegenwartsbezogenen politischen Opportunitäten im demokratisch-föderativen Rechtsstaat eher schwer. An den technisch-operativen Voraussetzungen – anders als noch vor vielen Jahren zuvor – mangelt es im Grunde nicht. Und doch fehlt es noch an Integrations-, Kooperations- und Vernetzungsstringenz – auch im Gesundheitssystem.

### **Es fehlt an Integrations-, Kooperations- und Vernetzungsstringenz**

Denn schauen wir darüber hinaus weiter in die Flächenrealität des gesundheitlichen Versorgungssystems, so agiert dieses zu großen Teilen als ein segmentiertes, institutionen- und organisationszentriertes Behandlungssystem für Krankheiten, nach dessen Strukturen und Prozessen die Bürgerinnen und Bürger, wenn sie denn Patientenstatus erlangen, sich ausrichten haben und nicht etwa umgekehrt. Das Ganze wird vorwiegend getriggert durch ein umfassendes sozialrechtliches Normenpaket und dessen taktisch-strategische Auslegung und Anwendung durch Selbstverwaltung sowie die Kosten- und Leistungsträger vor dem Hintergrund einer spezifischen Finanzierungslogik, die eher eine Preis-, denn eine Versorgungsorientierung mit sich bringt. Der Patient, die Patientin stehen im Mittelpunkt heißt es immer wieder, sind es faktisch flächendeckend aber nicht.

Die Defizite, die daraus erwachsen, sind hinlänglich bekannt und werden in diesem Buch mit unterschiedlichen Auswirkungen, Bilanzierungen und Vorschlägen aufgegriffen und näher beschrieben. Sie führten in den letzten Jahren zu einem globalen Trend zentraler Steuerung mit immer größerer operativer Entfernung zum Versorgungsort, flankiert von einem fragilen Föderalismus.

Nun hat sich in der letzten Dekade vieles getan, Kooperation und Vernetzung sind überall, aber viel zu oft nur modellhaft auf dem Vormarsch, Krankenkassen sind auf dem Weg vom Payer zum Player, Kunden-, Patientenorientierung und Qualität bekommen mehr Bedeutung, Care Management in vielen Facetten und auf vielen Ebenen nimmt zu und immerhin wirken im Gemeinsamen Bundesausschuss Patientinnen- und Patientenvertreter politisch anerkannter Organisationen an der Willensbildung (allerdings noch ohne Stimmrecht) mit. Und letztlich werden auch die digitale Transformation und die Notwendigkeit Interoperabilität zu schaffen, spürbar dazu beitragen, dass die notwendige Durchlässigkeit individueller Gesundheitsförderung und -versorgung voranschreiten. Das treibt uns an. Das hat uns im Laufe unserer beruflichen Entwicklung im Gesundheitswesen immer vordringlich interessiert.

Auch auf internationaler und europäischer Ebene ist Regionalität, Vernetzung und Patientenorientierung auf dem Vormarsch. Ein Blick in die USA wird in diesem



Buch vertieft. Die Europäische Union hat kürzlich mit ihrem Rahmenprogramm u. a. den Rechtsrahmen für „Horizon Europe“ auf den Weg gebracht, sodass die Union in Gesundheitsfragen stärker mit Städten und Gemeinden zusammenarbeiten muss. Kommunal- und Regionalpolitiker stimmen darin überein, dass die Gesundheitskrise nur durch eine größere Rolle der EU im Gesundheitsbereich und eine verstärkte Zusammenarbeit mit Städten und Regionen bewältigt werden kann. Diese bilden immerhin in zwei Dritteln der EU-Länder die Eckpfeiler der Gesundheitssysteme. Aber darüber hinaus wird auch zu fragen sein, wie Regionen und ihre maßgeblichen Player in ihrem Mikrokosmos denn aufgestellt sein müssen, damit eine qualitativ hochwertige, vernetzte und vor allem patientenorientierte Versorgung funktioniert. Eine zentrale Ausrichtung auf nationaler und europäischer/internationaler Ebene kann hier nur einen intelligenten Rahmen, eine dienliche Normenarchitektur oder eine globale Infrastruktur zur Verfügung stellen.

## Wo wir herkommen

Dies postulieren wir auch deswegen überzeugt und unbescheiden, weil unsere sehr unterschiedlichen professionellen Entwicklungswege und Erfahrungen im Gesundheitswesen im Grunde recht deckungsgleiche Erfordernisse für die weiteren Perspektiven zeigen.

Wir, Helmut Hildebrandt und Rolf Stuppardt, sind seit den 70er-Jahren in diesem Gesundheitswesen durchgehend an unterschiedlichen Stellen verantwortlich involviert. Man kann sagen, wir sind in und mit diesem System professionell „groß“ geworden, sozialisiert und haben uns doch auch über die Jahre immer wieder emanzipiert, weil uns seit Beginn folgende wesentliche Aspekte antreiben und handlungsleitend bestimmen:

**Transparenz, Ergebnisqualität, Vernetzung, Patientenorientierung und mit Blick auf die Gesundheit und Krankheit steuernde Versorgungssegmente: die integrative Bedeutung von Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und palliativmedizinischer Versorgung, die sehr ungleichgewichtig nebeneinander stehen.**

Unsere in völlig unterschiedlichen Bereichen gewonnenen Erfahrungen zeigen immer wieder auf, was eine Reihe von wissenschaftlichen Disziplinen bereits seit dem 19. Jahrhundert differenziert und anschaulich herausgearbeitet und beschrieben haben:<sup>4</sup>

Gesundheit und Krankheit konstituieren sich in Regionen und Betrieben und weisen Sozialstatusdifferenzen auf. Und hier liegen die entscheidenden Handlungsebenen für Prävention, Diagnostik, Behandlung und Pflege.

---

<sup>4</sup> Wir denken hier insbesondere an die vielfältigen Erkenntnisse aus Sozialhygiene, Sozialmedizin, Geomedizin, Epidemiologie und Public Health.

## **Unsere spezifischen Erfahrungshintergründe – Rolf Stuppardt**

Für mich, Rolf Stuppardt, war es als Ökonom und Sozialwissenschaftler und Quereinsteiger in die Welt der Krankenkassen Ende der 70er-/Anfang der 80er-Jahre ein sehr prägendes Erlebnis, dass diese auch schon damals volkswirtschaftlich durchaus bedeutende Branche für ihr Tun und Lassen weitgehend ohne eine systematische Transparenz und Empirie auskam. Seinerzeit liefen z. B. viele Vertragsverhandlungen im wahrsten Sinne des Wortes „doppelt-blind“ ab. Es war eine Art parallel segmentierte Kosten- und Leistungsträgerwelt, die durchaus zu Ergebnissen kam. Über die Zeit zeigte sich nämlich eine kumulative Mengen- und Kostenentwicklung, die im Windschatten konjunktureller Entwicklungen durch kontinuierliche Beitragssatzanpassungen locker aufgefangen wurde, bis bekanntlich die so genannten Kostendämpfungsgesetze zum Tragen kamen. In jener Zeit waren Versicherte und Patienten eher Subjekte dieser gut situierten Institutionenwelt, an Partizipation oder gar Souveränitätsförderung war nicht zu denken, ich behaupte mal steil, es war auch nicht gewollt. Eminenzen und Juristen haben das schon geregelt. Diagnostik und Behandlung standen im Vordergrund, Prävention und Krankheitsursachen in einem sozial-epidemiologischen Sinn, spielten so gut wie keine Rolle. Im Grunde – wenn auch mit völlig anderen Erscheinungen – ist diese Systemarchitektur bis in die heutige Zeit hinein wirksam.

Im Zuge der Implementierung von EDV – IT war noch ein Fremdwort – begannen wir, die fehlende Empirie aufzubauen. Es galt, einen – auch heute noch – ungeheuren Sekundärdatenschatz der Krankenkassen über den Dokumentationszweck der amtlichen Statistik hinaus aufzubereiten, um Leistungsgeschehen und Leistungsgenese analysieren zu können. Leistungs- und die danach entwickelten Krankheitsstatistiken waren die Geburtsstunden der Krankenkassen, sich von ihrer treuhänderischen Payerfunktion gemächlich und allmählich zu emanzipieren. Für mich waren in dieser Zeit insbesondere Betriebe und die Arbeitswelt die Anknüpfungspunkte für den Auf- und Ausbau einer betrieblichen Krankheitsartenempirie, aus der die betriebliche Gesundheitsberichterstattung und in Verknüpfung mit Primärdatenerhebungen später dann das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) entstanden sind. Dies waren neue instrumentelle Grundlagen für Kooperation und Vernetzung, für Interprofessionalität zwischen Kosten-, Leistungs- und sonstigen sozialen Sicherungsträgern. Die inhärente Logik, damit perspektivisch und gemeinsam auf die Förderung von Gesundheit, auf gezielte und verschränkte Steuerung von Krankheit abzielen, lag sozusagen auf der Hand.

In dieser Zeit lernte ich zudem die abgrenzende Stabilität der sozialen Sicherungssysteme (man könnte es salopp auch Abschottung nennen) kennen. Denn was lag näher als z. B. in der Frage Arbeit und Gesundheit mit den Berufsgenossenschaften, den betriebs- und arbeitsmedizinischen Diensten, und wenn es in die Sphären der Rehabilitation ging, z. T. auch mit den Rentenversicherungsträgern und einigen mehr zu kooperieren, einen maßnahmenorientierten Schulterchluss

zwischen Arbeitswelt, Medizin, Versicherungen, Verbrauchern, Beschäftigten und Patienten, letztlich auch mit Kommunen und Regionen herzustellen. Doch das zu realisieren war damals schon sehr schwer und ist auch heute noch nicht die Regel.

In meiner Erinnerung tief verankert sind auch die Organisationsreformdebatten in Lahnstein, die ich 1992 als Geschäftsführer eines Spitzenverbandes der GKV nah verfolgen konnte. Dort wurde die Öffnung der Krankenkassen und der Wettbewerb im Gesundheitswesen erfunden. Aber nicht der, der zu einer besseren Versorgung führen sollte, obwohl die gleichzeitige Erfindung des Risikostrukturgleichs das rein theoretisch mit sich bringen sollte. Faktisch wurde daraus ein Wettbewerb um Versicherte, nicht um Qualität und Leistungen, nicht um Patienteninteressen. Es war auch die Geburtsstunde von Wachstum und Konzentration. Mein Ziel als Vorstandsvorsitzender des IKK Bundesverbandes war es, dass die IKK überall in Deutschland wählbar sein sollte. Wir entwickelten das Konzept der Beseitigung der so genannten „weißen Kreise“, in denen es keine IKK gab. So baute ich z. B. die IKK des Saarlands, die heutige IKK Südwest auf. Es galt, die Interessen politischer, wirtschaftlicher und gewerkschaftlicher Institutionen abzuholen und ihnen klarzumachen, wie wichtig Selbstgestaltungsmöglichkeiten auf dieser Ebene im Gesundheitswesen sind. Bereits 1995 kam es dann unter Leitung von Horst Seehofer zu den so genannten Petersberger Gesprächen, wo der Krankenhaussektor in den Mittelpunkt der Diskussion um die nächste Stufe der Gesundheitsreform rückte. Dort ging es dann auch um Lösungen für eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Es schlossen sich bekanntlich viele gesundheitspolitische Reformprozesse an. In diesen ging es zuvorderst und sehr häufig um Kosten, Finanzierung, Strukturen, Organisation und Prozesse. Nachrangig waren immer Versorgung, Qualität, Innovationen, Ergebnis- und Patientenorientierung.

Mein letztes persönliches Erlebnis, wie wenig patientenorientiert wir eigentlich selbst bei einfachen akuten Dingen aufgestellt sind, hatte ich im Dezember 2020, als mich an einem Freitag spät am Nachmittag unterwegs eine heftige Nierenkolik heimsuchte. Hausarzt und Facharzt waren bereits im Wochenende. blieb also die Notfallversorgung. Da ich ahnte, dass sich ein Nierensteinchen auf den Weg gemacht haben musste, ging es mir zunächst darum, mir ein schmerzfreies Wochenende zu verschaffen. Ich wusste, dass es mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln in diesem Fall nicht getan ist, die Apotheke kam also nicht in Frage. Ich kontaktierte die 116117 mit dem Ziel, einen ambulanten Notarzt zu erreichen. Warteschleifengeduld und Hartnäckigkeit im Zusammenhang mit dem Hin und Her zwischen den bundesweiten Telefonnummern 116117 und 112 führten dann kurz vor Mitternacht zur Inanspruchnahme des ärztlich-ambulanten Notdienstes, ansonsten wäre ich im Krankenhaus gelandet. Was danach folgte: Sieben verschiedene Leistungsstationen waren am Ende beteiligt, Kümmerer war ich selbst, alle haben nicht auf meine bereits existierende akute Fallgeschichte zugreifen können, alle wollten von mir dasselbe wissen. Eine Transparenz über das gesamte konkrete Geschehen in diesem Fall liegt weder mir noch den Hauptbeteiligten vor.

Jeder hat so seine Dokumentation und ich meine eigenen Terminplanungsnotizen. Das hat alles mit Patientenzentrierung nichts zu tun, das ist segmentierte Organisationszentrierung und das muss sich dringend und systematisch ändern. Daher auch dieses Buch.

## **Unsere spezifischen Erfahrungshintergründe – Helmut Hildebrandt**

Mitte der siebziger Jahre stieg ich, Helmut Hildebrandt, nach meinem Pharmaziestudium in das Gesundheitswesen ein. Prägend waren dabei zwei Erfahrungsbereiche: zum einen der niedrigschwellige Kontakt mit Menschen in der Apotheke und der enge Austausch mit anderen Gesundheitsberufen schon während des Studiums, aber später dann auch im Gründungsprozess des Gesundheitszentrums in Riedstadt und zum anderen meine Arbeit in der Umweltschutz- und der etwas später einsetzenden Gesundheitsbewegung. „Think global – act local“. Letzteres war dabei nicht nur der Anspruch aus der Debatte um die Verminderung von Schadstoffbelastungen in Nahrungsmitteln und in der Luft, sondern auch die Reaktion auf den unterschiedlichen Gesundheitszustand von Arm und Reich und in den Ländern der Ersten und der Dritten Welt, wie wir sie damals bezeichneten. „Community Health Initiatives“ in den Elendsvierteln von Santiago de Chile, in den sozialen Brennpunkten in Deutschland, wie in Gießen, oder in den schwarzen Neighborhoods von Chicago stimulierten die Gedanken und führten zu der Frage, wie wir insgesamt unser Gesundheitssystem von der reaktiven Behandlung Einzelner zu einer proaktiven Unterstützung regionaler Populationen weiter entwickeln könnten. In Verbindung mit der Konzeptentwicklung der Weltgesundheitsorganisation zu „Health Promotion“, ausformuliert in der „Ottawa Charta“, wurde dies dann weiterentwickelt zu den so genannten „Setting-Ansätzen“, ob für „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“, „Gesunde Schulen“ oder „Gesunde Betriebe“ oder auch für ganze Gemeinden und „Gesunde Städte“.

Aus der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesen Fragen in der Medizinsoziologie des UKE in Hamburg führte mich das Interesse an der konkreten Umsetzung wieder stärker in die Realität der Gesundheitsversorgung. Dabei wurde ich mit den Hindernissen und Herausforderungen, die sich Krankenkassen wie Leistungserbringern in der ambulanten wie stationären Versorgung stellen, konfrontiert. Ob als Berater für Praxen und Verbände oder auch als Geschäftsführer von Krankenhäusern im Managementvertrag, die Erfahrungen waren gleich: Die Vergütungsanreize der Regelversorgung zwingen alle Betroffenen in ein System der reaktiven Individualbetrachtung des jeweiligen Patienten. Eine proaktive Initiative zugunsten der Umstände, in denen die Patienten leben und arbeiten oder die Ausarbeitung kollektiver präventiver Verhaltens- und Verhältnisstrategien im lokalen Umkreis, wird nicht honoriert. Und den Patienten über den Horizont der eigenen Praxis, des eigenen Krankenhauses hinaus zu unterstützen, erscheint nicht opportun bzw. als Add-on-Leistung zulasten der eigenen Wirtschaftlichkeit. Erst die erfolgreich von mir mit ange-

stoßene Reform des SGB V im Jahre 2000 mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ und ihrer Möglichkeit, andere Vergütungen und Verträge mit Krankenkassen abzuschließen, eröffnete für die Beteiligten neue Freiheitsräume. Freiheitsräume, die allerdings mit restriktiven Interpretationen der Aufsichten und auch zum Teil der Verwaltungsapparate der Krankenkassen bei weitem nicht so genutzt wurden, wie der Gesetzgeber es ermöglicht hatte. Immerhin konnten wir damit allerdings im südbadischen Ortenaukreis ein inzwischen über 15 Jahre altes Langzeitexperiment starten, die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“. Sie ist inzwischen durch Schwesterorganisationen in sozial benachteiligten Stadtteilen von Hamburg und in Nordhessen jeweils noch einmal weiterentwickelt und zum Teil, so in Billstedt-Horn, schon in lokale Hände übergeben. In dem Autorenpapier im Beitrag 1 dieses Buchs sind viele der Erfahrungen aus dieser Arbeit eingeflossen, weitere finden sich in dem Aufsatz „Erfolgspotenziale durch ein optimiertes Versorgungsmanagement“ von Gröne u. a. (Beitrag 25) in diesem Buch.

## Über dieses Buch

Gut Ding will Weile haben – besonders im Gesundheitswesen. Wir Herausgeber kennen uns nun fast 40 Jahre. Viel hat sich getan in dieser Zeit. Wir haben Interessenstabilität und Be- wie Verharrung kennengelernt. Wir haben das nie geschätzt. Als selbst Betroffene wie auch als Verantwortliche und Interessenvertreter haben wir immer über unseren „Tellerrand“ geschaut und versucht, die Segmentierung und das Silodenken immer wieder zu überwinden. Oft und partiell ist uns und natürlich vielen anderen das auch gelungen. Und wir glauben für „Zukunft Gesundheit“ vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen und insbesondere der jüngsten Entwicklungen mit dieser doch insgesamt sehr einschneidenden Pandemie an einen Wendepunkt angekommen zu sein.

Nach vorne geblickt, werden wir uns die auf Sektoren, Institutionen und Träger fokussierte Versorgung nicht mehr leisten können. Die Menschen und viele Beteiligte wollen das auch nicht. Sie wollen „mitgenommen“ werden, sie wollen partizipieren – und ihre Erfahrungen „zählen“ letztendlich. Geschäftsstrategien außerhalb des Systems nehmen das auch auf – da muss man nicht nur die amerikanischen Konzerne betrachten, die Konkurrenten aus China sind auch nicht mehr weit davon entfernt, sich in Europa zu engagieren. Digitalisierung und E-Health wie Künstliche Intelligenz versprechen erhebliche Potenziale, den Bedarf von Patienten viel bequemer und vernetzter zu befriedigen – und dazu noch „convenient“ mit Öffnungszeiten „rund um die Uhr“. Wir werden es uns auch nicht mehr leisten können, Prävention und Gesundheitsförderung nicht „auf Augenhöhe“ integriert und bewertet neben den kurativen Versorgungsendlosschleifen zu betrachten. Die „Zukunft Gesundheit“ muss regional, integriert und patientenorientiert organisiert werden, flächendeckend, regelhaft. Daher dieses Buch.

Der Antrieb für die Herausgabe dieses Buchs liegt in der Reflektion und in der Erfahrung mit der unterschiedlichen Anwendungspraxis der zuvor und in den folgenden Beiträgen aufgezeigten Bedingungen. Viele sind unterwegs, es besser zu machen. Und so haben wir seit Mitte 2020 versucht, das Thema Integrierte Versorgung im Verein mit den verschiedenen Managed-Care-Erfahrungen mit Blick auf mehr Regelmäßigkeit öffentlich breit zu diskutieren. In Welt der Krankenversicherung, im Observer Gesundheit und in den Sozialen Medien. Mit der von uns geschaffenen LinkedIn-Gruppe mit dem Titel dieses Buchs ist ein spannender Diskurs entstanden, den wir mit diesem Buch und dem Ziel fortsetzen wollen, Input für die dringend notwendige Weiterentwicklung gesundheitspolitischer Gestaltung zu liefern. Wir sind davon überzeugt, dass die hier platzierten Vorschläge und Themen dringend einen vorderen Platz auf der Agenda künftiger Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl im September einfordern.

### **Drei Abschnitte strukturieren dieses Buch:**

Den Abschnitt 1 bezeichnen wir als „**Aufschlag**“, weil eine systembekannte Autorengruppe einen geschlossenen Vorschlag zur Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung im Zuge des o. g. Diskurses entwickelt hat und zur Diskussion stellen möchte.

Dazu gibt es sowohl „**Repliken wie auch Ergänzungen**“ aus Wissenschaft, Praxis und Politik. Diese sind im Abschnitt 2 platziert.

Der Abschnitt 3 versammelt Autorinnen und Autoren, deren **spezifische Positionen** zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aus den Krankenkassen, der Pflege und Fachberufen, aus ambulanter Versorgung nebst Apotheken, aus stationärer Versorgung und der Qualitätsdiskussion, aus der Digitalisierungsstrategie, der Finanzierung und schließlich auch mit einem Blick über die Grenzen resultieren.

Mit einem Perspektivenfazit versuchen wir abschließend den Fragen „Was nun, was tun?“ nachzukommen.

Bleibt uns noch „Danke“ zu sagen.

Unser herzliches Dankeschön geht an die vielen Expertinnen und Experten, die sich der Mühe des Schreibens unterzogen haben. Es war uns eine Freude, Sie gewinnen zu können und mit Ihnen an diesem Buch zusammenzuarbeiten. Wir wissen dieses Engagement nicht nur zu schätzen. Wir wissen auch, es bedarf dieses Engagements, um im Gesundheitswesen dicke Bretter mit dem Blick nach vorn zu bohren. Uns ist das Ansporn und Verpflichtung zugleich, mit unseren Möglichkeiten dazu beizutragen. Es bedarf der ernsthaften Debatte um Zukunft. Sie alle haben Gedanken und Vorschläge unterbreitet, die das Zeug haben, gesundheitspolitische Agenden anzuregen.

Unser Dank richtet sich aber auch an den medhochzwei Verlag in Heidelberg, der schon die Vorläuferdiskussion verlegerisch und mit seinen medialen Möglichkeiten unterstützt hat. Er hat das operative Letztregime zur professionellen Erstellung dieses Buchs geführt. Herzliches Dankeschön auch nach Heidelberg.

Danken möchten wir aber auch unserem Netzwerk im Jour fixe jeden Dienstag, das das Werden des Diskurses und letztlich auch das operative Gelingen dieses Werks vorangetrieben hat.

*Hamburg, Berlin, Overath, im Juni 2021*

*Dr. h. c. Helmut Hildebrandt*

*Rolf Stuppardt*