

Mag. Silvia Becka, Mag. Matthias Schauppenlehner ((WGKK):

Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung

Das österr. Gesundheitssystem ist derzeit durch viele Akteure charakterisiert, die in verschiedenen Teilbereichen agieren. So sind niedergelassene Ärzte/innen, Institute, Labors und eigene Einrichtungen der Sozialversicherung sowie der ambulante und stationäre Bereich in Krankenanstalten in einigen oder teilweise in allen Bereichen von der Prävention über die Diagnose bis zur Therapie und Rehabilitation tätig.

Die Patienten durchlaufen somit im Rahmen ihrer Behandlung eine Reihe von Versorgungsübergängen und Nahtstellen innerhalb des Gesundheitssystems, die es zu überwinden gilt. Hier setzt das Konzept der integrierten Versorgung an. Ziel dabei ist es, Übergänge zwischen unterschiedlichen Behandlungs- und Fachbereichen zu optimieren und die Nahtstellen zwischen den Subbereichen ganzheitlich, effizient, effektiv und patientenorientiert zu gestalten sowie Wirtschaftlichkeitspotentiale zu realisieren. Durch optimierte Behandlungsprozesse der integrierten Versorgung wird daher sowohl die Behandlungsqualität als auch die Wirtschaftlichkeit für Steuer- bzw. Beitragszahler erhöht. Ob eine Maßnahme der integrierten Versorgung tatsächlich den gewünschten Erfolg bringt, hängt wesentlich von der Kooperation, Koordination und Kommunikation¹ zwischen den Akteuren - von den gesetzgebenden Organen über die finanzierenden Institutionen bis zu den Leistungserbringern - ab.

In der Literatur gibt es wie in der Praxis unterschiedliche Auslegungen zur Definition integrierter Versorgung, die v.a. im Umfang differieren. In Abbildung 1 wird der mögliche Umfang integrierter Versorgung dargestellt. Neben der Integrationstiefe und Indikationsbreite spielt auch das Ausmaß der Budgetverantwortung und somit der wirtschaftliche Aspekt in der integrierten Versorgung eine wesentliche Rolle.

¹ Vgl. Mühlbacher Axel: „Integrierte Versorgung: Management und Organisation: eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, 1. Auflage, Verlag Hans Huber (2002).

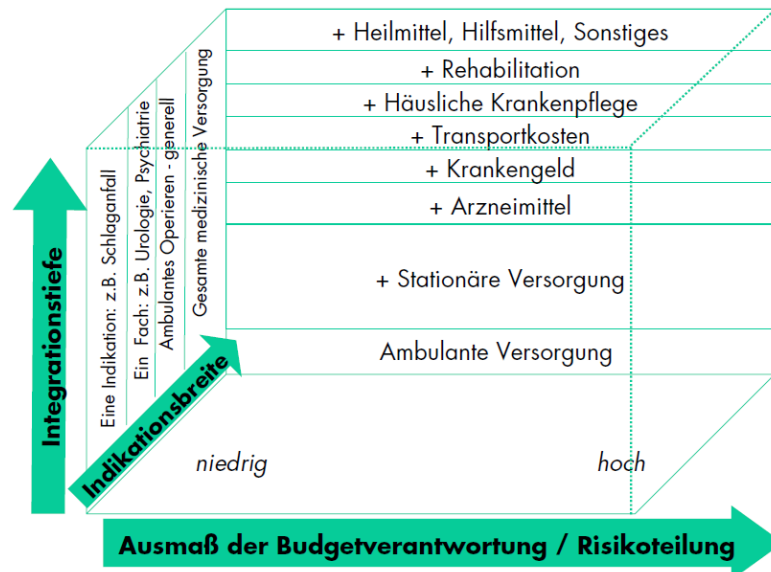


Abbildung 1: Würfel der integrierten Versorgung²

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV), eine Einrichtung der österr. Sozialversicherung, hat daher auf der Grundlage dieser Merkmale eine Definition erarbeitet und sieht in integrierter Versorgung eine

- patientenorientierte,
- kontinuierliche,
- sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und
- nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade,...) ausgerichtete

Versorgung.

Integrierte Versorgung kann grundsätzlich in zwei unterschiedlichen Ansätzen verfolgt werden – namentlich indikations- und populationsbezogen.

Indikationsbezogene Modelle integrierter Versorgung richten sich nach bestimmten Krankheiten und verfolgen das Ziel, Patienten mit diesen Erkrankungen zu behandeln. Die bekannteste Form dieses Ansatzes sind Disease Management Programme (DMP). Darunter sind strukturierte Behandlungsabläufe für chronische Erkrankungen zu verstehen, bei denen die Versorgung über mehrere Schnittstellen und über einen längeren Zeithorizont erfolgt. Somit findet eine weitgehende Standardisierung der Versorgung auf der Basis evidenz-basierter Leitlinien statt.³

² Quelle: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH unter http://www.verdi.de/gesundheitspolitik/gesundheits_von_a-z/integrierte_versorgung/data/integrierte_versorgung_aus_sicht_der_praxisberatung, letzter Zugriff am 7.3.2011.

³ Vgl. Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Dr. Elmar Schmid, Rainer Seiler, Dr. John Weatherly: „Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren“ (2006), Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 4.

Dadurch soll letztlich der Fortschritt der Erkrankung verzögert bzw. vermieden und der Allgemeinzustand der Patienten verbessert werden.⁴

Populationsbezogene Modelle hingegen konzentrieren sich auf Personengruppen und beinhalten die Versorgung von Patienten, die primär nach regionalen Kriterien definiert werden und bestimmte Risikomerkmale aufweisen. Das CCIV spricht auf Basis dieser groben Einteilung von populationsbezogener integrierter Versorgung, wenn die Aufbau- bzw. Ablauforganisation der Versorgungsform

- umfassend (nicht indikationsspezifisch),
- qualitätsorientiert,
- kooperativ/vernetzend,
- effektiv und effizient sowie
- zeitgerecht

ist. In populationsbezogene integrierte Versorgungsformen können/sollen allerdings indikationsbezogene Modelle eingebettet werden.

Nutzen von integrierter Versorgung

Aus Sicht der Patienten sind verkürzte Warte- und Behandlungszeiten, seltenere Arztkontakte sowie weniger Doppeluntersuchungen und -befundungen einige der wesentlichsten Vorteile integrierter Versorgung. Weiters wird die Transparenz und der Informationsfluss erhöht sowie nach einem strukturierten und nach objektiven Kriterien ausgerichteten Behandlungsplan vorgegangen. Die strukturierte Versorgung ermöglicht außerdem eine Qualitätskontrolle und –sicherung für die Patienten.⁵

Die Sozialversicherung nimmt als Verwalter der Beitragszahlungen und bedeutender Financier des Gesundheitssystems eine maßgebliche Rolle in der Gestaltung und Planung der integrierten Versorgung ein. Der Nutzen für die Kassen, den Bund und die Länder liegt v.a. auf der Ausgabenseite, da durch ein besseres Management von Nahtstellen bei gleichbleibender oder sogar besserer Behandlungsqualität für Patienten Einsparungspotenziale realisiert werden können. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, kürzere Krankheitsdauern sowie der effiziente und effektive Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln setzen Ressourcen frei, die in anderen wichtigen Bereichen eingesetzt werden können.⁶

⁴ Vgl. Lauterbach, K., Stock, S. & Brunner, H. (2006). Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Bern: Huber Verlag.

⁵ Vgl. Dr. Peter Wigge, Kurt Waldorf, Christian Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, Britta Susen, „Integrierte Versorgung: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus“, Ärztekammer Nordrhein, S. 15.

⁶ Vgl. Dr. Peter Wigge, Kurt Waldorf, Christian Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, Britta Susen, „Integrierte Versorgung: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus“, Ärztekammer Nordrhein, S. 16.

Integrierte Versorgung bringt aber nicht nur den Patienten sowie den Steuer- bzw. Beitragszahlern einen Nutzen, sondern ebenso den Leistungserbringern. Diese können sich an erprobten und wissenschaftlich fundierten Behandlungspfaden sowie Leitlinien orientieren und erhöhen dadurch die Versorgungsqualität. Die erfolgreiche Behandlung der Patienten ohne unnötige Hürden und lange Wartezeiten erhöht die allgemeine Zufriedenheit und steigern unter kalkulierbaren Verhältnissen die Planungs- und Zukunftssicherheit bei der Therapiefreiheit für die Leistungserbringer.⁷

Trotz der positiven Effekte integrierter Versorgung ist diese auch durch einige Problembereiche gekennzeichnet. Da insbesondere in Österreich integrierte Versorgung eine neue Form der Versorgung darstellt, verlangt die Implementierung Akzeptanz, den Willen zur Kooperation aller Beteiligten und das Festhalten an gemeinsamen Zielen. Die Durchsetzung eigener Interessen wirkt auf eine erfolgreiche Umsetzung eher hindernd als produktiv. Diese Problematik wirkt sowohl auf Seite der Initiatoren als auch jener der Leistungserbringer.⁸ Oftmals wird bei der Entwicklung und Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen auf die Einbeziehung von Patienten vergessen, wodurch diese Modelle zu scheitern drohen und Patienten der neuen Versorgungsform skeptisch gegenüberstehen. Durch gezielte Anreize kann eine integrierte Versorgung jedoch attraktiv gemacht werden.⁹

Eine weitere Herausforderung kommt der Finanzierung entsprechender Modelle zu. Die Entwicklung und Implementierung von Programmen erfordert Investitionen, deren Auswirkungen nicht unmittelbar erkennbar sind. Der Mitteleinsatz sollte demnach immer vor dem Hintergrund zukünftiger Optimierungen, die letztlich sowohl den Patienten als auch den umsetzenden Akteuren zu Gute kommen, gesehen werden.¹⁰

Integrierte Versorgung in Österreich

In Österreich bestehen im Bereich der integrierten Versorgung bereits einige Initiativen und Projekte. Diese betreffen einerseits strategische Bereiche, wie etwa Vereinbarungen und gesetzliche Regelungen und andererseits auch operativ umgesetzte Projekte.

⁷ Vgl. Dr. Peter Wigge, Kurt Waldorf, Christian Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, Britta Susen, „Integrierte Versorgung: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus“, Ärztekammer Nordrhein, S. 16.

⁸ Plassmann, W. (2003). Sektorenübergreifende Leistungskomplexe – erste Erfahrungen mit der Umsetzung der integrierten Versorgung nach §§ 140 a bis f. In: Tophoven, C. & Lieschke, L. (Hrsg.), Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze (S. 11-31). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

⁹ Vgl. Böcken J, Janus K, Schwenk U, Zweifel P (Hrsg.), Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich, 2007.

¹⁰ Burchartz, C. (2009). Finanzierung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen – ein Überblick aus der Sicht eines Finanzdienstleisters. In: Braun, G, Güssow, J., Schumann, A. & Heßbrügge, G. (Hrsg.). Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Im strategischen Bereich gibt es von beinahe allen Stakeholdern Bekenntnisse zur integrierten Versorgung, die z.T. auch gesetzlich verankert wurden. So wurde z. B. in der letzten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Artikel 31 die Umsetzung integrierter Versorgungsformen im Rahmen des Kooperationsbereiches (Reformpool) festgesetzt. Dies stellt sogleich auch die einzige und somit wichtigste gesetzliche Grundlage für die Umsetzung von integrierter Versorgung in Österreich dar. Neben Artikel 31 kann jedoch auch aus anderen Artikeln der Vereinbarung gemäß 15a B-VG abgeleitet werden, dass integrierte Versorgung forciert werden soll. Etwa beschäftigt sich Artikel 9 mit der sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereiches oder Artikel 35 mit Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung, die als wesentliche Bereiche/Ziele integrierter Versorgung identifiziert werden können.¹¹

Neben der gesetzlichen Verankerung findet integrierte Versorgung im aktuellen Regierungsprogramm¹², in den Ausführungen der Ärztekammer¹³ sowie im Masterplan Gesundheit¹⁴ der Sozialversicherung Beachtung.

- Im Regierungsprogramm bekennt sich die Bundesregierung u.a. „zur Möglichkeit der Bildung von Modellregionen mit dem Ziel der Einführung neuer integrierter Modelle zur gemeinsamen österreichweiten Strategie, Planung und Steuerung“. Des Weiteren sollen „Leitlinien sowie Disease Management Programme für die häufigsten Krankheitsbilder (Diabetes mellitus, Schlaganfall, ...) erstellt und umgesetzt“ werden.¹⁵
- Die Ärztekammer spricht sich in ihren gesundheitspolitischen Perspektiven für integrierte Versorgung als Leitbild österr. Gesundheitspolitik aus. Auch sollen integrierte Versorgungsformen in Kooperation der Sozialversicherung mit niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen umgesetzt werden.
- Im Masterplan Gesundheit der österr. Sozialversicherung steht integrierte Versorgung im Fokus für eine zukünftige und ganzheitliche Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Vor allem Disease Management Programme sollen demnach eine wichtige Rolle spielen.

¹¹ Vgl. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005894>, letzter Zugriff 24.2.2011.

¹² Vgl. Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode, Regierungsprogramm 2008 – 2013, Gemeinsam für Österreich, 2008.

¹³ Vgl. Dorner W (Hrsg.), Gesundheitspolitische Perspektiven, 2009.

¹⁴ Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Masterplan Gesundheit – Einladung zum Dialog, Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung, 2010.

¹⁵ Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode, Regierungsprogramm 2008 – 2013, Gemeinsam für Österreich, 2008, S. 183f.

Die bisher einzige, beinahe österreichweit umgesetzte integrierte Versorgungsform stellt dabei ein Disease Management Programm dar. Das DMP für Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wurde unter der Federführung des Competence Center Integrierte Versorgung entwickelt und eingeführt. Derzeit wird dieses Programm in Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien sowie in Kürze in Oberösterreich umgesetzt. Für die Teilnahme am Programm konnten bisher 556 niedergelassene Ärzte und 16.439 Patienten gewonnen werden.

Competence Center Integrierte Versorgung

Die Sozialversicherung setzt sich seit einigen Jahren verstärkt mit der Überwindung bestehender Schnittstellenprobleme bis zu strukturierten Behandlungsabläufen auseinander. Um dem Spannungsfeld aus Effizienz und Qualitätsanforderungen zu begegnen, wurde im Jahr 2006 das Competence Center Integrierte Versorgung von der Sozialversicherung ins Leben gerufen, um an zentraler Stelle Wissen und Expertise aufzubauen und zu bündeln.

Der Betrieb des CCIV ist bei der Wr. GKK angesiedelt, wobei die Leistungsgruppen in Kooperation mit der Stmk. und NÖ Gebietskrankenkasse sowie der SVA der gewerblichen Wirtschaft erbracht werden. Primäres Ziel ist es, sich hier als Nahtstelle zwischen Versicherten, Vertragspartnern, SV-Trägern und Gebietskörperschaften zu etablieren, um als kompetenter Ansprechpartner zu fungieren. Das CCIV stellt mit seinen Recherchen der Sozialversicherung und anderen im Gesundheitswesen Tätigen Entscheidungsgrundlagen bzw. Konzepte zu indikationsbezogenen und populationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen zur Verfügung.

Folgende Themengebiete werden derzeit vom CCIV bearbeitet:

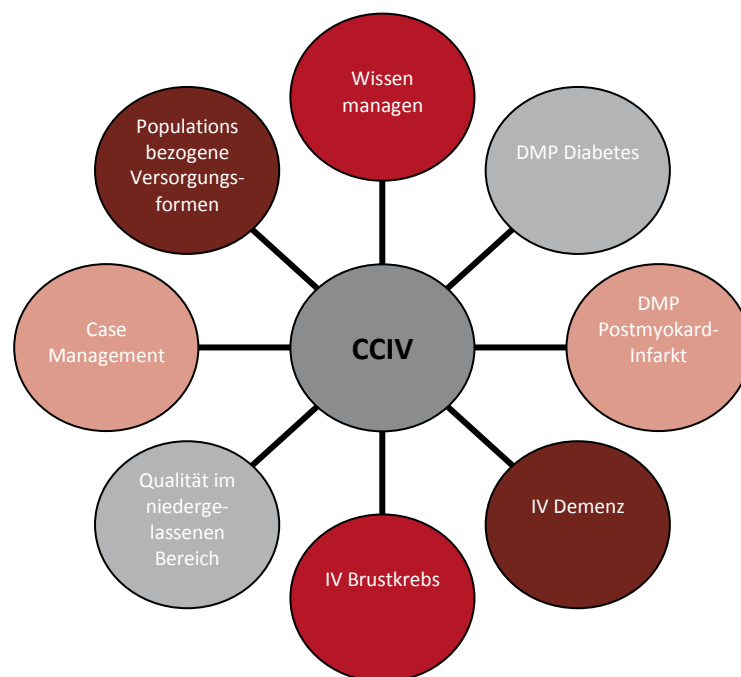


Abbildung 2: Leistungsgruppen des CCIV 2010/2011

Die dargestellten Leistungsgruppen dienen zum einen dazu, aktuelles Wissen und grundlegende Informationen über integrierte Versorgungsmodelle zu generieren, um dieses den Krankenversicherungsträgern als Kunden des CCIV zugänglich zu machen. Dies erfolgt etwa im Rahmen einer Wissensdatenbank, im Zuge von Erfahrungsaustauschsitzungen und durch das einmal jährlich stattfindende Symposium „Integrierte Versorgung“ mit nationalen und internationalen Experten („Wissen managen“). Einer der Teilbereiche des Arbeitsprogramms ist es, den Aufbau eines Instrumentes zur Qualitätssicherung von Prozessen im niedergelassenen Bereich zu unterstützen. Das Ziel liegt dabei auf der Entwicklung eines praxisorientierten Instruments für die Qualitätssicherung der Behandlung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer („Qualität im niedergelassenen Bereich“).

Zum anderen befassen sich einige Leistungsgruppen mit der Analyse krankheitsbezogener Versorgungssituationen (z.B. „Integrierte Versorgung Brustkrebs“) und der Konzeption entsprechender Versorgungsmodelle (z.B. „Postmyokardinfarkt“). So hat das CCIV im Rahmen des Innovationsprojekts „Modell Disease Management“ ein Konzept für Typ-2-Diabetiker entwickelt. Auf Grund der Chronizität der Erkrankung orientierte man sich dabei an einer evidenzbasierten Standardisierung der Behandlung, um den Krankheitsfortschritt zu verzögern und Folgeschäden zu vermeiden. Derzeit unterstützt das CCIV KV-Träger, um den Roll-out des Programms „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ weiter zu forcieren. Weiters hat sich das CCIV mit der Entwicklung eines integrierten Versorgungsmodells für an Demenz erkrankte Personen befasst, die in der Regel multimorbide Patienten sind. Es wurde daher der Ansatz eines integrierten Versorgungsprogramms gewählt, um eine durchgängige Versorgung ohne Nahtstellenprobleme zu erreichen. Das CCIV beschäftigt sich auch mit populationsbezogenen Versorgungsformen im Rahmen internationaler Grundlagenrecherchen und der Erarbeitung von Möglichkeiten einer gestärkten primärärztlichen Versorgung.

Die Problematik der Nahtstellen im österr. Gesundheitssystem war auch Anlass, eine Leistungsgruppe zu schaffen, die sich mit den Optionen von Case Management und der systematischen Erfassung verschiedener Initiativen und der Identifikation von Unterschieden der Programme, befasst. Unter Berücksichtigung struktureller und regionaler Unterschiede wird eine gemeinsame Strategie für Case Management innerhalb der Sozialversicherung entwickelt.

Integrierte Versorgung international

Aufgrund der steigenden Krankheitslast im Bereich der chronischen Krankheiten¹⁶ und der damit verbundenen Finanzierungsproblematik wird auch international verstärkt die Notwendigkeit einer koordinierten Versorgung gesehen. Integrierte Versorgung ist daher derzeit international bei fast allen Gesundheitsreformen ein wesentlicher Bestandteil. Es geht dabei meist um die Adaptierung und Übertragung US-amerikanischer Managed Care-Ansätzen¹⁷ in das jeweilige Gesundheitssystem.¹⁸ Es werden sowohl der indikationsbezogene wie der populationsbezogene Ansatz verfolgt, wobei die Entwicklung und Umsetzung indikationsbezogener integrierter Versorgungsformen, v.a. Disease Management-Programme, bereits fortgeschritten ist. Aufgrund der neuen und vielfältigen Anforderungen an die Leistungserbringer durch eine integrierte Versorgung ergeben sich auch einige neue Berufsfelder.¹⁹

In Europa gibt es derzeit einige Länder, welche im Bereich der integrierten Versorgung Initiativen setzen. U.a. bestehen in der Schweiz, den Niederlanden, Großbritannien oder Spanien bereits Aktivitäten im Bereich von Managed Care. Dies betrifft z.B. Ärztenetzwerke, die Schaffung von integrierten Versorgungsregionen oder die Umsetzung von e-health-Komponenten.²⁰ In Deutschland kam es in den letzten Jahren u.a. durch die Verabschiedung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2004 im Bereich der integrierten Versorgung zu Bewegung. Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz wurde integrierte Versorgung gesetzlich im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verankert und durch das GMG wurde die Weiterentwicklung integrierter Versorgung beschlossen. Im Rahmen des GMG wurde auch eine Anschubfinanzierung für Projekte geschaffen, wodurch integrierte Versorgung weiter vorangetrieben werden konnte.²¹ Disease Management Programme bestehen in Deutschland bereits für einige Krankheitsbilder (z.B. Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit oder Asthma bronchiale), während in anderen Bereichen integrierte Versorgung erst im Aufbau begriffen ist. Als Best-Practice-Beispiel in Deutschland

¹⁶ Vgl. unter anderem Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Pritzkeleit: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, 2009 oder Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A, Tackling Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenges, 2010.

¹⁷ Managed Care „bezieht sich auf eine Vielzahl struktureller und ablauforganisatorischer Sachverhalte, durch die das Versorgungssystem und die Versorgungsstruktur [...] verändert wurde“. Zitiert nach: Amelung, V., Deimel, D., Reuter, W., Rooij, N. & Weatherly, J. (2009). Managed Care in Europa. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 4.

¹⁸ Vgl. Gröne O, Garcia-Barbero M, Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues, 2002.

¹⁹ Siehe unter anderem Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A, Tackling Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenges, 2010.

²⁰ Vgl. Amelung VE, Deimel D, Reuter W, van Rooij N, Weatherly JN, Managed Care in Europa, 2009.

²¹ Vgl. unter anderem Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, Dr. Elmar Schmid, Rainer Seiler, Dr. John Weatherly: „Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren“ (2006), Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

wird häufig die integrierte Versorgungsregion „Gesundes Kinzigtal“²² angeführt. Es handelt sich dabei um eine Region, die durch einen Rahmenvertrag versorgt wird.

Bisher fehlen noch umfangreiche langfristige Studien, welche die Effektivität von integrierter Versorgung isoliert (von weiteren Änderungen im jeweiligen Gesundheitssystem) bewerten. Grundsätzlich können jedoch bereits jetzt positive Wirkungen durch integrierte Versorgung v.a. auf den Versorgungsprozess nachgewiesen werden, auch wenn die Ergebnisse noch limitiert sind.²³

Fazit

Dringender Handlungsbedarf besteht bezüglich Entwicklung und v.a. Umsetzung bereits entwickelter, integrierter Versorgungsformen, wenn unser Gesundheitswesen den Anschluss an Standards ausländischer Gesundheitssysteme nicht verlieren möchte. Bisher wurden zwar bereits einige Projekte bzw. Programme initiiert, sie enthalten jedoch meist nur einzelne Komponenten von integrierter Versorgung. Die Zunahme von Projekten führt zu einem erhöhten Abstimmungsbedarf zwischen den Modellen, um Doppelgleisigkeiten und uneinheitliche Vorgehensweisen zu vermeiden. Dafür wäre eine Strategie zur Weiterentwicklung integrierter Versorgung mit rahmengebenden Zielsetzungen notwendig, wobei bestehende strategische Grundlagen zu berücksichtigen sind. Dadurch sollen Problembereiche und Hindernisse der Umsetzung und der Konsensfindung zwischen unterschiedlichen Akteuren überwunden werden, um einen spürbaren, qualitativen Nutzen durch integrierte Versorgung bieten zu können.

²² Mehr Informationen dazu unter <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>.

²³ Vgl. unter anderem Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A, Tackling Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenges, 2010 und Gröne O, Garcia-Barbero M, Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues, 2002.