

Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland: eine empirische Analyse

Mühlbacher, Axel; Lubs, Susanne; Röhrig, Nicole; Schultz, Andreas;
Zimmermann, Ilka; Nübling, Matthias

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mühlbacher, A., Lubs, S., Röhrig, N., Schultz, A., Zimmermann, I., & Nübling, M. (2006). *Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland: eine empirische Analyse*. (ZiGprint, 2006-03). Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie an der Technischen Universität Berlin. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-379349>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

2006-03

Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse –

Axel Mühlbacher
Susanne Lubs
Nicole Röhrig
Andreas Schultz
Ilka Zimmermann
Matthias Nübling

Herausgeber

Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)
TEL 11-4
Ernst-Reuter-Platz 7
10587 Berlin
Tel. 030/ 314 21970
Fax 030/ 314 21578
E-Mail: zig@tu-berlin.de
www.zig-berlin.de

Berlin, Oktober 2006

ISSN 1862 4871



Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland - eine empirische Analyse -

Kurzfassung

Im internationalen Vergleich wird das deutsche Gesundheitssystem als ein System mit hoher Qualität in der Versorgungsleistung eingestuft. Dennoch findet innerhalb des Gesundheitssystems keine optimale Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen statt.

Reformbemühungen im Hinblick auf Einsparungs- und Wirtschaftlichkeitspotentialen stehen an der Tagesordnung – so der jüngste Versuch der Bundesregierung im Juli 2006 mithilfe des veröffentlichten Eckpunktepapiers tiefsitzende Probleme an der Wurzel zu packen. Unerfüllte Erwartungen an die Eckpunkte zur Gesundheitsreform geben jedoch keinen Anlass, das deutsche Gesundheitswesen nicht als ein System zu begreifen, welches zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten in sich trägt. Eine zentrale Rolle spielen dabei Maßnahmen zur Stärkung der Integrierten Versorgung. Durch die Vernetzung der Versorgungsprozesse auf horizontaler und vertikaler Ebene werden Wirtschaftlichkeits- und Effektivitätsparameter für ein besseres Angebot gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Produkte herausgestellt und Koordinations-, Kooperations- und Kommunikationsprozesse verbessert.

Bisher hat das GKV-Modernisierungsgesetz die Umsetzung dieser innovativen Versorgungsform und die damit verbundenen Wettbewerbsanreize zwar vorangetrieben, doch wurden der gesetzliche Rahmen und die Gestaltungsfreiheit noch nicht in vollem Umfang genutzt.

Im Sommer 2005 führte die Hochschule Neubrandenburg in Kooperation mit dem Berliner Zentrum Public Health und der Gesellschaft für empirische Beratung mbH eine Studie zum Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung nach §§140a-d SGB V durch. Neben der Erhebung des Status Quo mit Bezug auf die geschichtliche Entwicklung sowie die Manifestierung innovativer Versorgungsstrukturen in Deutschland bestand das Ziel der empirischen Erhebung auch darin, Aufschlüsse über Meinungen und Bewertungen der verschiedenen Leistungserbringer zu erhalten. Ziele und Ansätze der Integrierten Versorgung, gesetzliche Rahmenbedingungen und das auf dieser Grundlage basierende Vertragsgeschehen sowie die Möglichkeiten der Finanzierung finden in dieser Untersuchung weitere Beachtung.

Im Folgenden werden die Studienergebnisse in ihrer theoretischen und praktischen Analyse in Bezug auf die Umsetzung und den Versorgungsumfang zum Erhebungszeitpunkt (Juli 2005) dargestellt. Die Ergebnisse können als Vergleichsgrundlage für zukünftige Erhebungen – nach Ausgestaltung der in der Gesundheitsreform geplanten Maßnahmen zur Stärkung der IV – angesehen werden.



State of integrated health care provision in Germany - An empirical analysis -

Abstract

In international comparisons the German Health Care System is classified as a system of high quality standards in supply chain. Nevertheless, there is a political failure in optimal allocation of existing financial resources. Politicians are often confronted with the current problem to reform the health system regarding possible savings and economical potential. Federal government for instance attempt to solve such serious problems bringing out the *Eckpunktepapier* in July 2006. Getting out of the financial crisis the *Eckpunktepapier* could not give the right answer, but unmet expectations do not lead to reasons of desperation because otherwise the health system has many organisational possibilities. In this case measures to strengthen the integrated delivery of care are very important. Integration means both horizontal and vertical level of integration to optimize efficiency and effectiveness of health products and services, but not least the process of coordination, cooperation and communication in health supply. While the implementation of innovative structure in health care including its incentives to competition expend, the legal framework which offers further possibilities of optimization is not totally used by health organizations at time.

In the summer 2005 the University of Neubrandenburg accomplished a study in cooperation with the public health centre of Berlin and the Association for empirical consultation GmbH. The study's aim was to analyse the conversion conditions of the integrated health care based on §§ 140a-d SGB V. Apart from the collection of the status quo with reference to the historical development as well as the manifestation of innovative supplying structures in Germany the ambition of the empirical collection consisted also of receiving explanations about opinions and evaluations of the institutions and persons who furnish the health achievements. Ambitions and beginnings of the integrated health care, the legal framework and the contract happening as well as the possibilities of the financing receive further attention in this study.

In the following the theoretical and practical study results are represented. They analyse the conversion and the extent of the integrated health care at the collection time (July 2005). These results can be regarded as comparison basis for other studies in the future - after measures planned in the health reform will be converted for the stabilization of the integrated health care.



Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Fragestellung	6
2. Integrierte Versorgung: Umsetzung, Ziele und Entwicklungen	9
a. Umsetzung der Integrierten Versorgung	9
i. Von Managed Care zur Integrierten Versorgung	9
ii. Gesetzliche Rahmenbedingungen	10
iii. Ziele und Motivationen der Vertragsteilnehmer	11
iv. Merkmale der Integrierten Versorgung	15
v. Funktionen der Integrierten Versorgung	16
b. Weiterführende Ansätze zur Integration in Deutschland	17
i. Modellvorhaben	17
ii. Strukturverträge	18
iii. Hausarztzentrierte Versorgung	19
iv. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung	20
v. Medizinische Versorgungszentren	22
c. Versorgungsinstrumente	23
i. Disease Management	23
ii. Case Management	25
iii. Utilization Management	26
iv. Integrierte Behandlungspfad	27
v. Qualitätsmanagement, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen	28
d. Kooperation durch Kommunikation - Informationsvernetzung	29
i. Möglichkeiten der Kommunikation und ihre Anwendung	29
ii. Verwaltung und Vernetzung der Informationen	32
3. Verträge	
a. Selektives Kontrahieren	32
i. Merkmale und Funktion des selektiven Kontrahierens	32
ii. Kritische Betrachtung des selektiven Kontrahierens	33
b. Vertragspartner	34
i. Gesetzliche Regelungen	34
ii. Die Bandbreite der Vertragsteilnehmer in der Praxis	35
c. Vertragsgegenstand und Vertragsinhalt	36
i. Gesetzliche Regelungen	36
ii. Leistungsspektrum der IV-Verträge in der Praxis	37
d. Vertragsarten	37
i. Umgewandelte Strukturverträge	39
ii. Verträge mit Komplexpauschalen/ indikationsbezogene Verträge	39
iii. Case Management Verträge	40
iv. Verträge mit Budgetverantwortung	40
v. Zukünftiges Vertragsgeschehen	40



e.	Derzeitiges Vertragsgeschehen	41
i.	Derzeitiges Vertragsgeschehen in der Praxis	41
ii.	Kritische Betrachtung des Vertragsgeschehens	47
iii.	Vertragsarten nach Integrationsintensität	48
4.	Finanzierung der Integrationsversorgung	
a.	Vergütung der Leistungserbringer	49
i.	Einzelleistungsvergütung vs. Pauschalvergütung	49
ii.	Arten der Pauschalvergütung	50
b.	Anschubfinanzierung	53
i.	Das Gesetz der Anschubfinanzierung	53
ii.	Kritische Betrachtung der Anschubfinanzierung	54
5.	Ausblick	55
a.	Idealbild der Integrierten Versorgung	55
b.	Thesen zu wesentlichen Inhalten der Integrierten Versorgung	57
6.	Literaturverzeichnis	60



1 Hintergrund und Fragestellung

Mit der Institutionalisierung einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konnte den Versicherten im deutschen Gesundheitswesen – mithilfe eines umfassenden Versicherungsschutzes – ein nahezu flächendeckendes Leistungsangebot mit hohem Versorgungsstandard gewährleistet werden. Trotz des im Vergleich zu anderen europäischen Gesundheitssystemen umfangreichen GKV-Leistungskataloges, ist die Bereitstellung von Gesundheitsgütern (Dienstleistungen/ Produkte) noch von Wirtschaftlichkeits- und Effektivitätsdefiziten geprägt (vgl. SVR 2003, Ziffer 5).

Im Jahr 2003 betragen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen 239,7 Mrd. Euro, Tendenz steigend (vgl. Statistisches Bundesamt 2005). Mehrere deutsche und internationale Gutachten zeigen, dass die hohen Kosten der Gesundheitsversorgung in keinem positiven Verhältnis mehr zu den tatsächlichen Outcomes stehen (vgl. KKVD 2005, S. 10).

Effizienz- und Effektivitätsdefizite trotz flächendeckender Versorgung

Eine bedeutende Rolle an den Ausgabensteigerungen kommt dem demografischen Wandel zu. Die sich zukünftig abzeichnende demografische Entwicklung zeigt, dass der zunehmende Altersquotient zu weiteren drastischen Ausgabensteigerungen führen wird. Annahmegemäß steigen mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung – infolge rückläufiger Geburtenrate und steigender Lebenserwartung – nicht nur die behandlungsbedürftigen Krankheiten und somit die Gesundheitsausgaben, sondern es verringert sich im Durchschnitt auch die Anzahl erwerbsfähiger Menschen mit der Konsequenz real sinkender Einnahmen für das Versorgungssystem (vgl. SVR 1996, Ziffer 17).

demografischer Wandel und Multimorbidität

Steigende Behandlungskosten sind jedoch nicht zwangsläufig demographisch verursacht, sondern liegen den Veränderungen im Behandlungsspektrum älterer Menschen zugrunde. Die höchsten Kosten der medizinischen Versorgung entstehen bekanntlich in den letzten Lebensjahren. Neben einer erhöhten Multimorbidität führt eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu neuen Anforderungen an die Ausgestaltung eines modernen Gesundheitssystems. Aufgrund dieser Entwicklungen, bleibt es in naher Zukunft nicht aus, Beitragssatzsteigerungen bzw. Leistungskürzungen in Kauf nehmen zu müssen. Da die GKV im Umlageverfahren finanziert wird, müssten immer weniger arbeitstätige Beitragszahler das Gros der Kosten tragen.

Neben der demografischen Entwicklung werden auch der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Anspruchshaltung der Versicherten als weitere Kostentreiber angesehen (vgl. Krüger-Brand 2005, A 734). Da der medizinisch-technische Fortschritt auch die Diagnose- und Therapieverfahren verbessert, verstärken sich die Effekte des demographischen Wandels – eine erhöhte Leistungsanspruchnahme ist die Folge (vgl. Kühn 2001, S. 12). Fortschritt führt ebenfalls direkt zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme, da das als medizinisch notwendig angesehene Leistungsspektrum beständig ansteigt (Produktinnovationen). Innovative medizinische Diagnose- und Therapiealternativen führen folglich weniger zu einer Reduzierung des Ausgabenvolumens, als zur Verstärkung der bedrohlichen finanziellen Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Oberender 2002 S. 132). Im Jahr 1994 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 10,8%. Seitdem stieg der Anteil bis zum Jahr 2003 auf 11,3% an (vgl. Statistisches Bundesamt, 2005). In diesem Kontext werden große Hoffnungen in Prozessinnovationen gesetzt – Innovationen die neben einer Verbesserung der Effektivität, auch die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern.

medizinisch-technischer Fortschritt und Anspruchsniveau



Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung wird vom Problem der Arbeitslosigkeit zusätzlich geschwächt. Hier liegt die Ursache in der einkommensabhängigen Beitragserhebung, wobei sich eine zunehmende Arbeitslosenquote direkt im Rückgang der Beitragseinnahmen niederschlägt und zum Bestand der Finanzierungsschwäche der GKV beiträgt. Laut Statistischem Bundesamt (2005) trugen die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 2003 57% der Ausgaben im Gesundheitswesen.

**steigende
Arbeitslosenzahlen**

Abgesehen von den beschriebenen systemexternen Problemen bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, resultiert die Finanzierungsschwäche aber auch aus systemintern verursachten Koordinations-, Kooperations- und Kommunikationsproblemen. Mangelhafte Koordination innerhalb technischer, sowie personeller Infrastrukturen führen oft zu fragwürdigen, unterlassenen Diagnosen und Therapien bzw. zu Mehrfachuntersuchungen mit Mängeln hinsichtlich Transparenz und Patientenorientierung/ -compliance. Schließlich sind damit wirtschaftliche Fehlanreize verbunden und eine effiziente Ressourcenzuteilung findet nicht statt (vgl. Rebscher 2004, S. 3). Ein Grund für Unwirtschaftlichkeiten liegt in der sektoralen Zersplitterung des deutschen Gesundheitssystems. Die organisatorische Ausgestaltung ist schwer überschaubar und bietet dem Patienten lediglich segmentierte Einzelleistungen (vgl. Schmitt 2004, S. 116). Die Folge ist eine mangelhafte sektorübergreifende Kooperation unter den Leistungserbringern (vgl. KKVD 2005, S. 10). Derartige Schnittstellenprobleme zeichnen sich besonders deutlich bei einer schlechten Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten ab (vgl. Glaeske, 2002, S. 3).

**mangelhafte
Koordination**

**mangelhafte
Kooperation**

Ohne eine ausreichende kommunikative Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer ist die gewünschte Kooperation und Koordination der Leistungen nicht möglich. Durch fehlende IT-Vernetzung und Standards der Datenweitergabe, kommt es bei der Übermittlung von Patientendaten zu erheblichen Zeitverzögerungen und somit auch zu einer mangelhaften medizinischen Versorgung (vgl. Henze/ Pöpl 2005, S. 227 ff.). Diese ungenügende oder fehlende Verzahnung der Sektoren hat eine Unterversorgung zur Folge – wiederum zu Lasten chronisch- und schwer kranker Menschen. Um auch die Fehl- und Überversorgung – z.B. infolge sektoraler Budgets – in den Griff zu bekommen, bedarf es ökonomischer und innovationsorientierter Anreize (vgl. Schmitt 2004, S. 116; Ramming 2004, S. 149; SVR 2001, Ziffer 116).

**mangelhafte
Kommunikation**

Die Gesundheitspolitik fokussiert mehrheitlich die Finanzierungsproblematik – ein schier unlösbares Problem. Insbesondere dann, wenn versucht wird eine Kostendämpfungspolitik zu betreiben, ohne die Strukturen an die Herausforderungen eines zukunftsorientierten Gesundheitssystems anzupassen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ist die Integrierte Versorgung, mit dem Hauptaugenmerk auf eine Erhöhung von Rationalität, Qualität und Effizienz (vgl. Glaeske 2002, S. 17). Dazu strebt die Integrierte Versorgung Strukturen und Abläufe der Gesundheitsversorgung an, die institutions- und sektorübergreifend organisiert sind. Das Leistungsgeschehen soll sich mit der Integrierten Versorgung am Patienten und nicht an den Interessen einzelner Einrichtungen orientieren (vgl. Strodtholz 2005).

**Lösungsansatz:
Integrierte Versorgung (IV)**

Im Juli 2005 führte die Hochschule Neubrandenburg in Kooperation mit dem Berliner Zentrum Public Health und der Gesellschaft für empirische Beratung mbH eine Studie zum Umsetzungsstand der integrierten Versorgung nach §§140a-d SGB V durch. In einer empirischen Erhebung bestand das Ziel neben einer Status Quo Be-

Studienziel: Status Quo, Bewertung und Umsetzung der Integrierten Versorgung



Integrierte Versorgung (IV)

schreibung zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V darin, Aufschlüsse über Meinungen und Bewertungen der verschiedenen Leistungserbringer zu erhalten und eine Übersicht über die Vertragslage der integrierten Versorgung zu geben.

Ein hierzu entwickelter schriftlicher teilstandardisierter Fragebogen beinhaltete drei Fragenkomplexe:

- Im ersten Komplex wurden Fragen zur Ausgestaltung der integrierten Versorgung durch die Leistungserbringer gestellt: hier ging es um die Ziele der Leistungserbringer, die diese mit der Teilnahme an der integrierten Versorgung verbinden. Ebenso wurden in diesem Komplex die Kooperationsformen der Leistungserbringer und die bereits durchgeführten Aktivitäten zur integrierten Versorgung erfragt.
- Im zweiten Fragenkomplex wurde die Meinung /Bewertung der einzelnen Leistungserbringer zur integrierten Versorgung erfragt.
- Der letzte Fragenkomplex beinhaltete eine geschlossene Frage zur Vertragsanzahl und einen größeren Komplex, in dem die Leistungserbringer die Laufzeit, die Vertragsbezeichnung, die Vertragspartner, Leistungsbereiche und die Reichweite ihrer jeweiligen Verträge angeben konnten.

Insgesamt wurden bundesweit 629 Fragebögen an Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich verschickt. Die Adressen und Ansprechpartner der Leistungserbringer wurden anhand von Pressemitteilungen, Fachzeitschriften, Internetseiten und mittels Angaben verschiedener Krankenkassen ermittelt. Die Fragebögen wandten sich an die Geschäftsführer, Verwaltungsleiter oder ärztlichen Direktoren von 256 Krankenhäusern (41%), 140 Rehabilitationseinrichtungen (23%), 26 Ärztenetzen (4%), 18 Praxiskliniken (3%) sowie an 177 Haus- oder Fachärzte (29%). 12 Leistungserbringer waren anderen Teilbereichen zugeordnet. Der Fragebogen wurde von insgesamt 128 Leistungserbringern beantwortet. Dies entspricht einer zwar geringen Rücklaufquote von 20,4%, dennoch einer durchaus üblichen Ausschöpfungsquote. Sicherlich ist durch diese realisierte Befragung eine valide Datenbasis zur integrierten Versorgung in Deutschland erreicht worden.

Ein Vergleich der Zusammensetzung von Grundgesamtheit und realisierten Stichprobe hinsichtlich der Zusammensetzung nach Leistungserbringern zeigt, dass in der Stichprobe Haus-/ Fachärzte unterrepräsentiert (18% zu 29%) und Praxiskliniken überrepräsentiert (9% zu 3%) sind. Ansonsten ergibt sich aber ein relativ gutes Abbild der Grundgesamtheit der angeschriebenen Leistungserbringer. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit dem Statistikpaket SPSS 11. Neben deskriptiven Verfahren (Häufigkeitsauszählung, Mittelwertsbildung, Kreuztabellen) kamen auch komplexere statistische Verfahren wie die Varianzanalyse (für Gruppenvergleiche), die Faktoren- und die Reliabilitätsanalyse (zur Absicherung von Skalen- und Indexbildungen) und multiple lineare Regressionsverfahren zur Anwendung.



2. Integrierte Versorgung: Umsetzung, Ziele und Entwicklungen

a. Umsetzung der Integrierten Versorgung

i. Von Managed Care zur Integrierten Versorgung

Die Integrierte Versorgung gilt in Deutschland als Schlüsselinnovation für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems. Ihren Ursprung findet die IV im Managed Care System der USA. Unterschiedliche Konzepte wurden bereits Mitte der 70er Jahre entwickelt, um das stetige Ausgabenwachstum in den Vereinigten Staaten zu bremsen. Das amerikanische Gesundheitssystem ist wenig reguliert und eher marktwirtschaftlich orientiert. Trotz der wettbewerblichen Ausrichtung ist es eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in den Jahren 1992 bis 2000 zwischen 13% und 13,3% (OECD, 2004). Verantwortlich dafür ist die Verbreitung verschiedener Managed Care Konzepte in den 90er Jahren – anfänglich konnte die Dynamik der Ausgabensteigerung aufgehalten werden (vgl. Wiechmann 2003, S. 33).

Integrierte Versorgung als Schlüsselinnovation

Im Zuge der Entwicklung des Managed Care Systems in den USA etablierten sich so genannte Managed Care Organisationen (MCOs). Die MCOs werden als Institutionen verstanden, die ausgewählte Managed Care Instrumente einsetzen und zumindest bis zu einem gewissen Grad die Funktionen einer Versicherung und eines Leistungserstellers vereinen (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 41). Health Maintenance Organizations (HMOs) gelten als typische Vertreter des Managed Care System. Die Organisationsstruktur der Leistungsanbieter hat sich aufgrund des immer stärkeren Wettbewerbsdruckes in den USA jedoch stark geändert (vgl. Lankers 1997, S. 48). Die ursprüngliche Organisationsform, die geschlossene Staff-Model-HMO, ist in den USA kaum noch vertreten (vgl. Lankers 1997, S. 47; Amelung/ Schumacher 2004, S. 50). Dafür haben sich die Integrated Delivery Systems (IDS), als die am weitesten fortgeschrittene Form von MCOs, durchsetzen können.

Managed Care als Keimzelle der IV

Ein IDS ist „ein Netzwerk von Organisationen, das die Leistungen selbst erbringt oder die Erstellung organisiert – und zwar über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg – und gleichzeitig übernimmt ein IDS sowohl die medizinische als auch die finanzielle Verantwortung für die Versorgung der vorab definierten Bevölkerungsgruppe“. (Amelung/ Schumacher 2004 S. 71, zitiert nach Shortell et al. 1996, S. 7)

Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung wird im Idealfall zugunsten einer ganzheitlich übergreifenden Versorgung aufgehoben. Aufgrund der hohen Komplexität und den unterschiedlichen Zielvorstellungen der Leistungserbringer ergaben sich bei der Umsetzung integrierter Anbietersysteme in den USA allerdings erhebliche Probleme (vgl. Lankers 1997, S. 46). Die Vollversorgung durch IV-Systeme ist auch in den USA noch eine Vision, die bei weitem noch nicht verwirklicht werden konnte.

Auch in Deutschland sollen die fragmentierten Anbieterstrukturen durch koordinierte Versorgungsleistungen über alle Sektoren und Disziplinen hinweg abgelöst werden (vgl. Tophoven 2004, S. 238). Um die verkrusteten Strukturen aufzubrechen, wurde bereits 1997 die Möglichkeit geschaffen, in Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) neue Organisationsformen zu testen. Gleichzeitig konnten die Krankenkassen und die

Ansätze der Integrierten Versorgung in Deutschland



Landesorganisationen der niedergelassenen Ärzte Strukturverträge nach § 73a SGB V abschließen.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 sollten weitere Innovationen implementiert werden. Ein wichtiges Kernstück dieser Reform war die Integrierte Versorgung, erstmalig skizziert in den §§ 140a-h SGB V. Jedoch konnte mit diesem komplizierten Paragrafengeflecht – infolge fehlender Anreizstrukturen – weder den inhaltlichen, organisatorischen, technischen und ökonomischen Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems entsprochen, noch integrierte Anbietersysteme geschaffen werden (vgl. SVR 2003, Ziffer 157).

Ein weiterer Zwischenschritt auf dem Weg zur Integrierten Versorgung war die Einführung der Disease-Management-Programme (DMPs) mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (vom 10.12.2001, verkündet in BGBl I 2001 Nr. 66 vom 14.12.2001). Im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz den Gestaltungsraum für die IV in wesentlichen Punkten erweitert (§ 140a-d SGB V) – es wurden weitere Möglichkeiten zur innovativen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens in Form der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ, § 95 Abs. 1 SGB V) und der weiteren Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Versorgung (§§ 116a ff. SGB V) geschaffen.

Die aktuellen Zahlen und Daten zu den abgeschlossenen Integrationsverträgen werden von der Registrierungsstelle jeweils zum Ende eines Quartals im Internet veröffentlicht: http://www.bqs-register140d.de/statistik_vertraege.html.

ii. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Integrierte Versorgung ist „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ (§ 140a SGB V).

**Begriff und Umfang
der Integrierten
Versorgung**

Das Gesetz verzichtet auf die exakte Definition der Integrierten Versorgung und überlässt die Wahl der Integrationstiefe sowie die Intensität der Kooperationsbeziehungen weitestgehend den Vertragspartnern. Der Gesetzgeber fokussiert den Abschluss von autonomen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, welche außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen (vgl. Bundesdrucksache 15/ 1525, S. 129). Eine Anbindung der IV-Verträge an die Regelversorgung bzw. an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Diese Verknüpfung erwies sich als eine der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen nach dem alten § 140 a-h SGB V. Aus diesem Grund wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben (vgl. Bundesdrucksache 15/ 1525, S. 129). Ergänzende Gestaltungsmöglichkeiten sind durch den Gesetzgeber gewährt:

- Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)
- Strukturverträge (§ 73a SGB V)
- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)



- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V)
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung (§§ 116a ff. SGB V)
- Disease Management (§ 137f SGB V)
- Case Management

Mit dem GMG verfolgte Ziele der Regierungskoalition bezogen sich auf Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität, sowie auf eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung (vgl. Bundesregierung 2004). Laut Gesetzgeber tragen diese neuen pluralistischen Ansätze zu einer effektiveren und effizienteren Versorgung mit einer optimalen Ressourcenallokation bei (vgl. Knieps 2004, S. 4). Im Idealfall sollte es im Rahmen einer umfassenden Integrierten Versorgung zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit aller Sektoren kommen. Angesichts gegenwärtiger gesetzlicher Rahmenbedingungen erscheint es derzeit fraglich, inwieweit die Umsetzung der IV ein umfassendes Leistungsspektrum gewährleistet, das den gesamten Behandlungsbedarf eines Patienten berücksichtigt.

Ziele der Integrierten Versorgung

Die Teilnahme der Versicherten an der Integrierten Versorgung ist freiwillig – mit der Einschränkung der freien Arztwahl bei Einschreibung für das IV-Modell (vgl. Hommel 2005). Im Gegenzug wird den Patienten von den Gesetzlichen Krankenkassen ein Anreiz von Bonussystemen (§ 65 SGB V) geboten, als Form der Motivation zur Teilnahme an einer Integrierten Versorgung, einem Disease-Management-Programm oder einer hausarztzentrierten Versorgung. Die Gewährung eines Bonus hängt von nachweislichen Einsparungen ab, die von der jeweiligen Krankenkasse (z. B. innerhalb der Integrierten Versorgung) festzustellen sind (vgl. Wiechmann 2003, S. 98). Boni können beispielsweise in Form einer Entlastung von der Praxisgebühr (vgl. Rabbata, 2004, A 2005) oder als reduzierte Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel gewährt werden (vgl. www.bmgs.bund.de).

Die Versicherten in der Integrierten Versorgung

iii. Ziele und Motivationen der Vertragsteilnehmer

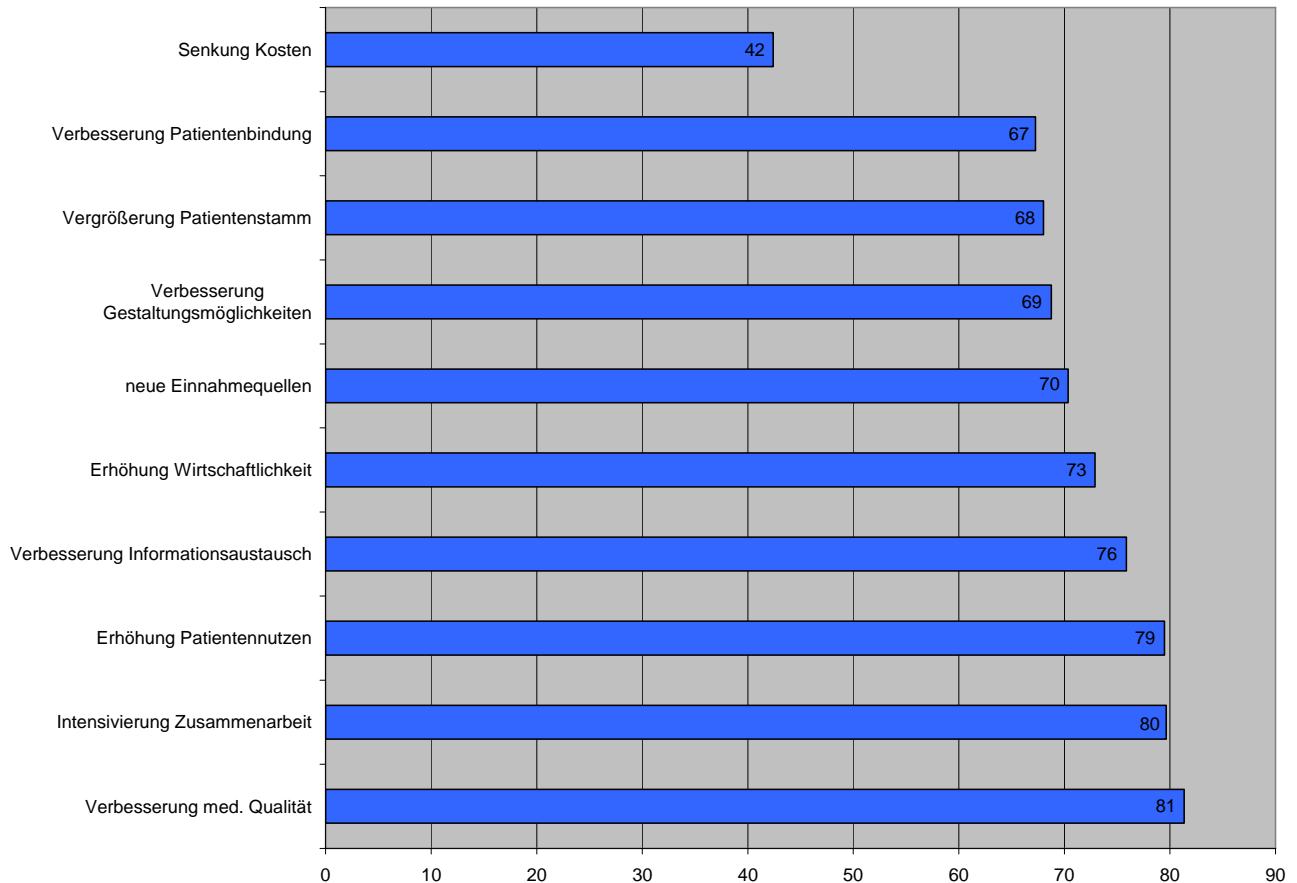
Die Integrierte Versorgung ist ein „interdisziplinärer und sektorübergreifender Versorgungsprozess mit dem Ziel, durch enge Kooperation der Leistungserbringer untereinander und unter direkter Einbeziehung des Patienten Versorgungsnetzwerke aufzubauen.“ (Tophoven 2005, S. 27)

In einer empirischen Analyse zur Integrierten Versorgung wurden in Zusammenarbeit der Hochschule Neubrandenburg, der Gesellschaft für empirische Beratung mbH und dem Berliner Zentrum Public Health (BZPH) an der Technischen Universität Berlin die Ziele der Vertragspartner erfragt.

Ziele der Vertragspartner



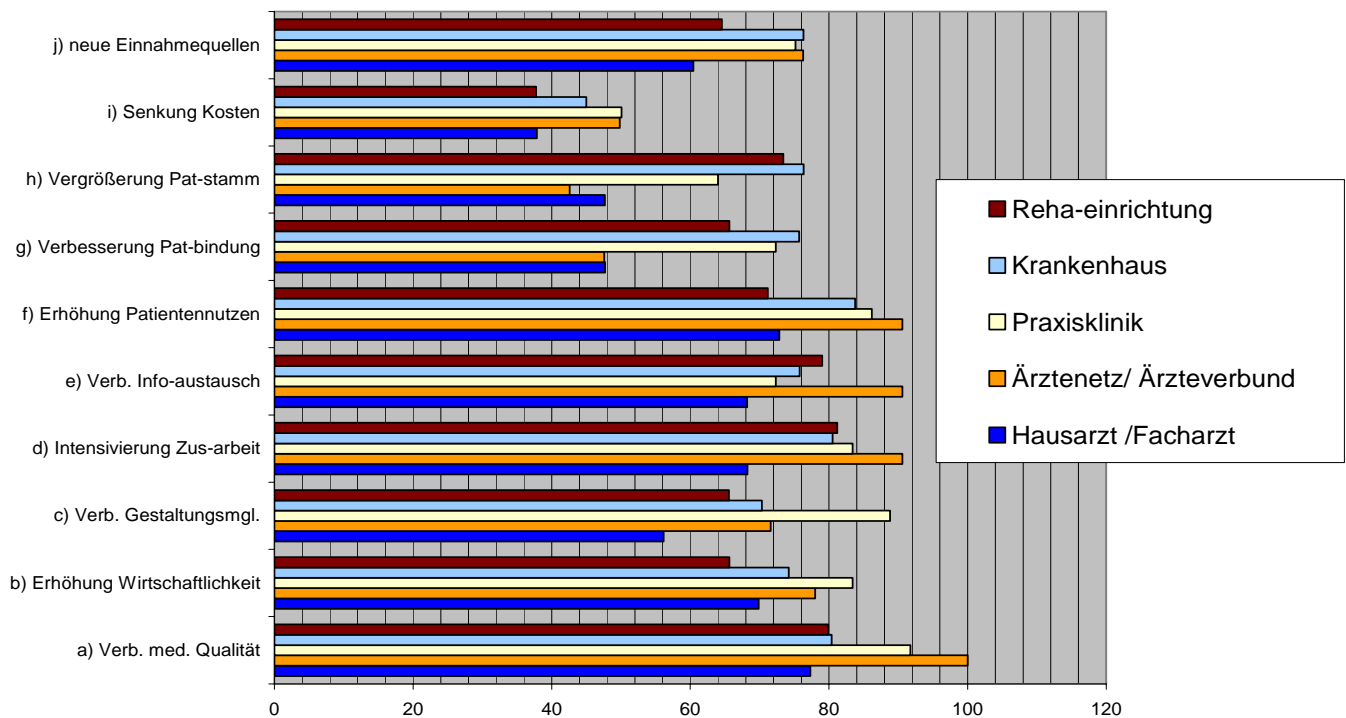
Abbildung 1: Ziele der IV-Vertragspartner



Der Abschluss eines IV-Vertrages hat laut Auswertung folgende Hauptzielsetzungen zum Hintergrund: eine Verbesserung der medizinischen Qualität, eine Intensivierung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer und eine Erhöhung des Patientennutzens. Im Gegensatz zur Fachdiskussion, die die Integrierte Versorgung vorrangig als Mittel zur Kostensenkung sieht, war die Senkung der Kosten bei Vertragsabschluss nicht die ausschlaggebende Zielsetzung der Befragten.



Abbildung 2: Ziele nach Leistungserbringer



Mit einem Vertragsabschluss erwarten besonders Ärztenetze/Ärzteverbünde und Praxiskliniken eine Verbesserung der medizinischen Qualität der Patientenversorgung. Zusammen mit den Krankenhäusern liegt auch eine erhöhte Wirtschaftlichkeit in ihrer Erwartung. Die befragten Haus- und Fachärzte sehen in der Teilnahme an der Integrierten Versorgung nur eine geringe Möglichkeit zur Mitgestaltung des Gesundheitswesens. Im Gegensatz dazu gehen die Praxiskliniken am stärksten davon aus, dass sich durch die Teilnahme an der Integrierten Versorgung neue Gestaltungsmöglichkeiten ergeben werden. Besonders die Ärztenetze, aber auch die Praxiskliniken, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen geben an, dass die Einführung des Konzepts zur Integrierten Versorgung die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern intensivieren und den Informationsaustausch verbessern wird. Die Haus- und Fachärzte sind allerdings weniger davon überzeugt.

Mit der Integrierten Versorgung wird der Anspruch einer effizienteren Steuerung des Behandlungsverlaufes von Patienten über die sektoralen Grenzen hinweg erhoben. Zusätzlicher Patientennutzen ist ein Grund für den Zuspruch der Leistungserbringer für das Konzept der Integrierten Versorgung, vor allem seitens der Ärztenetze, Praxiskliniken und Krankenhäuser. Höhere Patientenbindung wird von Krankenhäusern, Praxiskliniken und Rehabilitationseinrichtungen und Patientenzuwächse von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen erwartet.

Von einer Kosten senkenden Wirkung der Integrierten Versorgung wird nicht ausgegangen, denn der Erfolg einer effizienteren Mittelverwendung allein durch eine neue Versorgungsform ist nach Meinung der Vertragspartner fraglich. Vor allem die befragten Haus- und Fachärzte aber auch die Rehabilitationseinrichtungen sehen in der Teilnahme an der Integrierten Versorgung eher geringe Chancen zu Kosteneinsparungen. Die Tatsache, dass sich mit der Mitwirkung an der Integrierten Versorgung



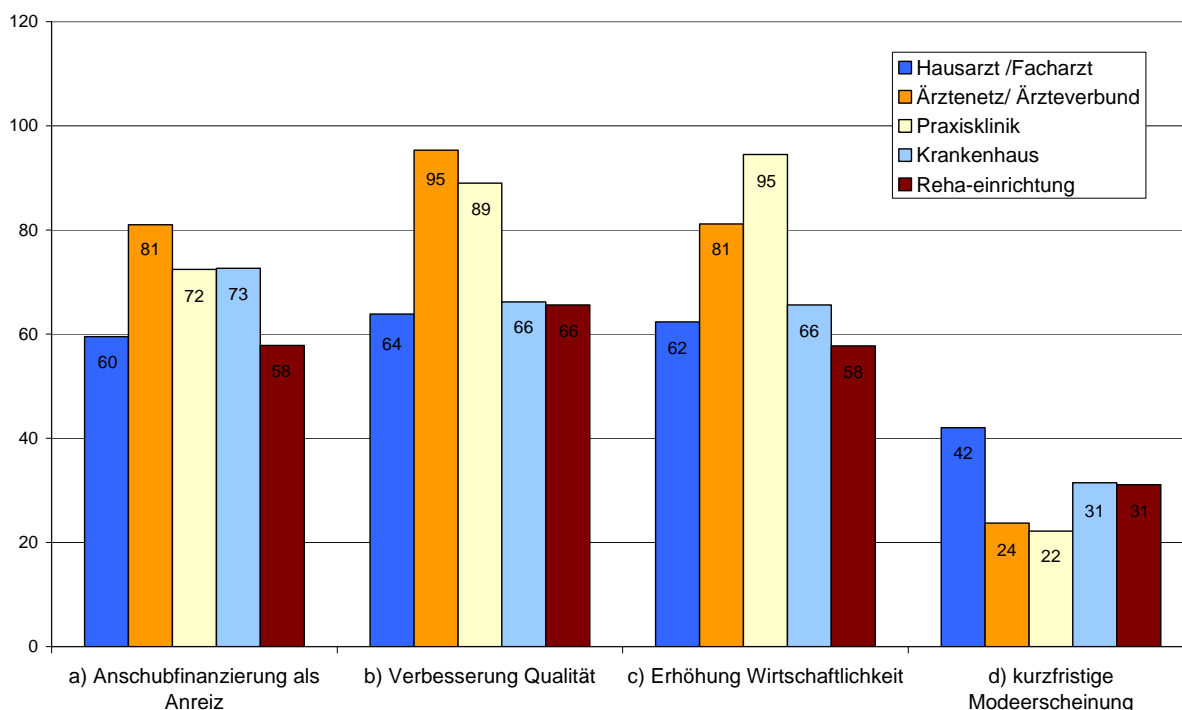
neue Einnahmequellen ergeben können, wird aber von allen Gruppen positiver gesehen, besonders von Ärztenetzen/ Ärzteverbände, Krankenhäusern und Praxiskliniken.

Die Erwartungshaltung an der Integrierten Versorgung ist dennoch hoch, dies zeigt sich durch die Befragung der Praxiskliniken und Ärztenetze, die sich mit sehr hochgesteckten Zielen an der Integrierten Versorgung beteiligen und sehr hohe Erwartungen an diese innovative Versorgungsform stellen. Die befragten Krankenhäuser versprechen sich im Vergleich mit den anderen Leistungserbringern mehr Verbesserungen durch die IV. Die teilnehmenden Haus- und Fachärzte haben im Gegensatz zu allen anderen Gruppen geringere Erwartungen an das Konzept der Integrierten Versorgung.

Für die Entwicklung der Integrierten Versorgung ist staatliches Eingreifen in Form einer ordnungspolitischen Rahmensetzung von Vorteil, innerhalb derer sich neben dem staatlich und verbandswirtschaftlich regulierten Kollektivvertragssystem ein weitgehend wettbewerblich organisiertes Einzelvertragssystem etablieren kann. Die Gesetzliche Krankenversicherung würde nur noch eine Grundversorgung abdecken und alle darüber hinausgehenden Leistungen durch individuelle Wahlleistungen ersetzen, die sowohl von privaten als auch gesetzlichen Versicherungen angeboten werden könnten (vgl. Ernst & Young: Studie zum deutschen Gesundheitsmarkt, 2005). Als Alternative zum Kollektivvertragssystem gilt es für die Integrierte Versorgung langfristig, die derzeitige sektorale Versorgungsstruktur durch Versorgungsleistungen für chronisch und schwer kranke Menschen zu ersetzen.

IV – zukünftige Entwicklungen und Einschätzungen der Leistungserbringer

Abbildung 3: Zukunftserwartungen IV nach Leistungserbringer



Einen hohen Anreiz zur Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen bietet die Anschubfinanzierung. Hinter dieser Art von Anreiz wird die Absicht des Gesetzgebers deutlich, mehr Investitionen zu initiieren, so dass sich verstärkt Leistungserbr-



ringer zur Etablierung neuer Versorgungsstrukturen entschließen. Besonders die Ärztenetze/ Ärzteverbände gaben die Anschubfinanzierung als Grund für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung an. Aber auch die Krankenhäuser und Praxiskliniken wurden durch die Anschubfinanzierung zum Vertragsabschluss motiviert. Sowohl für Haus- und Fachärzte als auch für die Rehabilitationseinrichtungen war die Anschubfinanzierung weniger ein Anreiz.

Wenn von einer negativen Beurteilung der IV-Maßnahmen im Sinne einer kurzfristigen Modeerscheinung gesprochen werden kann, dann wird es am ehesten von den Hausärzten kommuniziert.

iv. Merkmale der Integrierten Versorgung

„Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen.“

(SGB V § 140a Abs. 1, Satz 1)

Die IV umfasst eine horizontale und eine vertikale Integration von Leistungen. Die horizontale Integration kann nur als erster Schritt hin zu einer Integrierten Versorgung verstanden werden. Hier kooperieren lediglich Leistungserbringer, die eine gleiche medizinische oder pflegerische Leistung auf dem Gesundheitsmarkt anbieten. Verpflichten sich die Leistungsanbieter im Rahmen der horizontalen Integration die Verantwortung für die gesamte Versorgung zu übernehmen, dann entspricht dies der Idee einer umfassenden Integration von Versorgungsleistungen. Dies ist im Hausarztmodell der Fall, in dem der Hausarzt als Gatekeeper fungiert und den Patienten steuert. Hierzu bedarf es der Abstimmung (Koordination und Kommunikation) mit allen Disziplinen und über alle Leistungsbereiche hinweg. Bei der vertikalen Integration kooperieren die Leistungsanbieter entlang des Interventions- und Versorgungskontinuums. Eine weitere Besonderheit der Integrierten Versorgung ist ihre Interdisziplinarität. Damit ist der Anspruch verbunden, dass die verschiedenen Fachdisziplinen der Medizin, Pflege, Sozialarbeit etc. gemeinsam Hand in Hand eine optimale Patientenversorgung gewährleisten (vgl. Mühlbacher 2002, S. 65-66).

horizontale und vertikale Integration

Durch die Integrierte Versorgung werden neben den Sektorgrenzen auch die sektoralen Budgets aufgehoben und durchgehende Vergütungsstrukturen geschaffen. Zudem ermöglicht die IV den Abschluss neuer Vertragsformen. Die Versorgungsqualität kann somit über alle beteiligten Leistungsbereiche hinweg verbessert werden. Dank einer optimalen Behandlung können beispielsweise unnötige Doppeluntersuchungen vermieden, Nachsorgeuntersuchungen kontinuierlich durchgeführt und die Arbeitsunfähigkeit verkürzt werden.

Verbesserung der Versorgung durch neue Vertragsformen

Langfristig sollen mit Hilfe des § 140a-d SGB V IV-Systeme regional etabliert werden. Diese orientieren sich an den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung in der jeweiligen Region und koordinieren die medizinische Versorgung entlang des Interventions- und Versorgungskontinuums. Im Falle einer Durchsetzung derartiger Netzwerkorganisationen in ganz Deutschland, ist eine flächendeckende Versorgung für chronisch und schwer kranke Menschen vorstellbar.



v. Funktionen der Integrierten Versorgung

Die Funktionen, die durch die IV erbracht werden können, werden unterteilt in medizinisch-pflegerisch und nicht-medizinische Funktionen. Als Bestandteil der medizinisch-pflegerischen Regelversorgung erfüllt die IV eine Leistungserstellerfunktion (vgl. Mühlbacher 2002, S. 67). Von der bisherigen Regelversorgung unterscheidet sich die IV dadurch, dass sie innerhalb eines vertraglich vereinbarten Leistungsspektrums den gesamten Behandlungsbedarf eines Patienten berücksichtigt. Die IV umfasst damit alle Leistungsfunktionen, von der Prävention und Gesundheitsförderung über die Kuration, Rehabilitation, Pflege und schließlich hin zur Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln. Zu kritisieren ist in diesem Zusammenhang die bisher mangelnde Einbindung der Pflege in die IV. Dabei schafft erst die Pflege im stationären wie im ambulanten Bereich die Voraussetzung für eine medizinische Behandlung (vgl. Ewers/ Schaeffer 2003, S. 200). Gleiches gilt für die Prävention, welcher noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, obwohl gerade die Prävention notwendige Wirtschaftlichkeitspotentiale verspricht, um zukünftig auch betriebswirtschaftlich erfolgreiche Versorgungsstrukturen zu unterhalten (vgl. Mühlbacher/ Henke/ v. Troschke 2000, S. 596).

**medizinisch-
pflegerische Funktionen der IV**

Additiv müssen Angebote der Integrierten Versorgung auch nicht-medizinische Funktionen im Gesundheitssystem übernehmen (vgl. Mühlbacher/ Henke/ v. Troschke 2000, S. 596 ff.):

**nicht-medizinische
Funktionen der IV**

Steuerungsfunktion

Ausgangspunkt der Integrierten Versorgung stellt der Erstkontakt des Individuums mit dem Versorgungssystem dar. Übernimmt der Hausarzt die Steuerung innerhalb der IV (vgl. Mühlbacher 2002, S. 67), so ist der Zugang zu jeder Behandlung mit dem Besuch des zuvor individuell bestimmten Hausarztes festgelegt (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 151). Dem Hausarzt obliegt dann die Aufgabe der Planung, Steuerung und Kontrolle aller nachfolgenden Behandlungen (vgl. Mühlbacher 2002, S. 68). Der Gatekeeper oder der Hausarzt in seiner Funktion als Lotse managen die Versorgungsabläufe für ihren Patienten und für die im Behandlungsprozess involvierten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer.

Administrationsfunktion

Die IV, in der der Patient im Mittelpunkt steht, soll Schnittstellen überwinden und folglich Kommunikationsprobleme zwischen den Leistungsanbietern lösen. Damit vorhandene Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Leistungseinheiten überwunden werden können, ist ein geeignetes Schnittstellen respektives Prozessmanagement zu implementieren. Um eine qualitative und zugleich wirtschaftliche Arbeitsweise der IV-Leistungserbringer als verpflichtenden Bestandteil des Prozesses zu integrieren, muss die Administrationsfunktion der IV die Voraussetzungen für das Management der Qualität und der Kosten schaffen. Die Administrationsfunktion ist im Rahmen der IV nur zu gewährleisten, wenn eine einheitliche Führungsebene innerhalb der Netzwerkorganisation aufgebaut wird (vgl. Mühlbacher 2002, S. 68).



Informationsfunktion

Um die einheitliche Unternehmensführung zu unterstützen, sollte die informationelle Vernetzung der Leistungserbringer gewährleistet sein. Nur mit einer einheitlichen Führung und einer informationellen Vernetzung aller Leistungseinheiten können die medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen in einen gemeinsamen Versorgungsprozess integriert werden. Erst infolge dieser Anstrengungen ist ein umfassendes Qualitäts- und Kostencontrolling möglich. Damit wird anschließend die Übernahme finanzieller und medizinischer Verantwortung durch die Anbieter der IV garantiert (vgl. Mühlbacher 2002, S. 69).

b. Weiterführende Anätze zur Integration in Deutschland

Ein Arzt- oder Praxisnetz ist ein virtueller Verbund von Arztpraxen, meist regional begrenzt mit einheitlichen Versorgungskonzepten und dem Ziel der organisierten Zusammenarbeit. Folglich kann diese Art des Verbundes mit Gesundheitsunternehmen auf dem Gesundheitsmarkt zu einem virtuellen Netzwerk der Integrierten Versorgung erweitert werden.

virtueller Verbund

Bereits 1997 wurden zwei Elemente für die Schaffung alternativer Versorgungsstrukturen eingeführt – Modellvorhaben und Strukturverträge. Diese waren die Vorläufer der Integrierten Versorgung in Deutschland. Erstmals wurde damit das Ziel verfolgt, die Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und die ökonomische Verantwortung auf die beteiligten Netzwerke zu übertragen.

**Modellvorhaben und
Strukturverträge als
Vorläufer**

i. Modellvorhaben

Nach § 63 Abs. 1 SGB V können Arztnetze als Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit initiiert werden. Die gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände können mit zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder vereinbaren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht zwingend in die Vertragsgestaltung einzubeziehen. Gegenstand dieser Modellvorhaben sind besonders informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterungen der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten.

**Funktionen und
Erfordernisse von
Modellvorhaben**

Die Krankenkassen können dazu Modellvorhaben zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung durchführen oder vereinbaren. Gegenstand können dabei nur solche Leistungen sein, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V oder § 137c SGB V beschlossen worden sind.

Modellvorhaben betreffen also meist indikationsspezifische Projekte und sind nicht umfassend (vgl. Baumberger 2001, S. 171). Sie haben im Regelfall eine Laufzeit von maximal acht Jahren. Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Weiterhin müssen die Krankenkassen eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben ver-



anlassen. Der Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen (§§ 63 ff. SGB V).

ii. Strukturverträge

Verträge zur Versorgungs- und Vergütungsstruktur können nach § 73a SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden. Die Vertragspartner übertragen die Verantwortung für eine qualitative und wirtschaftliche Versorgung an einem vom Versicherten gewählten Hausarzt bzw. Arztnetz.

Inhalte von Strukturverträgen

Für den Abschluss eines Strukturvertrages besteht nach § 73a SGB V für die Vertragspartner die Option Budgetverantwortung zu vereinbaren. Dafür wird ein Praxis- bzw. Netzbudget für die erbrachten Leistungen bereitgestellt. In die Budgetverantwortung können auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab abweichen. Mit einer vereinbarten Budgetverantwortung beinhalten Strukturverträge bereits eines der wichtigsten Ziele der Integrierten Versorgung. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist laut § 73a SGB V freiwillig.

Der Erfolg eines Praxisnetzes hängt von einigen wichtigen Faktoren ab. Die wichtigsten Parameter sind ihrer Relevanz nach kurz aufgelistet:

Erfolgsfaktoren

- Ziele der Vernetzung: Ziele müssen aufgrund eines tragfähigen Kompromisses erarbeitet werden
- Einführung von Leitlinien, die von den Ärzten gemeinsam in Qualitätszirkeln erarbeitet werden können
- Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements für das jeweilige Arztnetz
- Betreuung eines weitgehend geschlossenen Patientenkreises, der sich langfristig dem Netz verbunden fühlt und sämtliche Gesundheitsleistungen im Netz in Anspruch nimmt
- eindeutige, standardisierte Netzabläufe und eine dafür angepasste Software
- professionelle Unterstützung

Netze werfen allerdings juristische, IT-technische und betriebswirtschaftliche Fragen auf, die im Sinne effizienter Arbeitsteilung von Spezialisten gelöst werden sollten. Netzärzte können sich so auf ihre medizinische Tätigkeit konzentrieren und befreien sich von Leistungen, die günstiger zugekauft werden können. Diese verbesserte Arbeitsteilung soll auch gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit der beteiligten Ärzte erhöhen (vgl. Kreft/ Bauer/ Schmelzer 2002, S. 12).

Bisher konnten in den meisten Fällen weder die Ziele des Gesetzgebers - Verbindung des stationären und ambulanten Sektors und ökonomische Verantwortung - noch die der Netzteilnehmer umfassend erreicht werden (vgl. KKVD 2005, S. 19). Kooperationen zwischen den Sektoren wurden vor allem aufgrund getrennter Finanzierungskreise verhindert. Gescheitert ist ebenfalls der Versuch stationäre Leistungen dauerhaft in den ambulanten Sektor zu verlagern (vgl. März 2003, S. 6). Aber auch auf-

Grad der Zielerreichung



grund interner Probleme der Arztnetze konnten Ziele nicht erreicht werden. Oft angegebene Gründe bezogen sich auf den umfangreichen Organisationsaufwand, fehlende Standards, hohe Investitionskosten sowie auf mangelnde Kundenorientierung und mangelhaften Einsatz von Technologien (vgl. Krefl/ Bauer/ Schmelzer 2002, S. 12).

iii. Hausarztzentrierte Versorgung

Nach dem Stand vom 14.05.2005 gibt es regionale, landesweite und ein bundesweites Hausarztmodell. Vier regionale Hausarztmodelle konzentrieren sich in verschiedenen Kreisen in Baden-Württemberg. Seit Juli 2004 besteht ein erstes landesweites Modell in Sachsen-Anhalt. Dem folgten im April 2005 die ebenfalls landesweiten Modelle in Hessen und Bayern. Das bislang einzige bundesweite Hausarztmodell startete die BARMER Ersatzkasse (BEK) im März 2005. Weitere Hausarztmodelle befinden sich in Planung, so planen beispielsweise die AOK Hessen und der BKK-Landesverband in Hessen zwei weitere Modelle (vgl. Ärzte Zeitung Online, 2005).

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet ihren Versicherten nach § 73b SGB V ein Modell zur hausarztzentrierten Versorgung anzubieten. Die Versicherten können dann für mindestens ein Jahr einen Hausarzt wählen. Sie verpflichten sich per Vertrag jede fachärztliche Leistung nur auf Überweisung des Hausarztes zu beanspruchen (vgl. Tophoven 2005, S. 6). Das Hausarztmodell wird von Strodtz (2005) als die ursprünglichste Form der Integrationsversorgung betrachtet, mit dem der Gesetzgeber den Hausarzt als „Lotsen“ im Gesundheitswesen etablieren will (vgl. BMGS 2004, S. 2). „Lotse“ kann beispielsweise ein Allgemeinarzt, Kinderarzt oder ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung sein (vgl. Clade 2004, A 1641).

Funktion der hausarztzentrierten Versorgung

Jede Behandlungsepisode beginnt mit einem Besuch beim zuvor individuell bestimmten Hausarzt (vgl. Amelung/Schumacher 2004, S. 151). Der Besuch beim Hausarzt bildet den Zugangsbereich zur Integrierten Versorgung. Er lotst die Patienten durch das Gesundheitswesen, indem er die Behandlung über Sektoren und Disziplinen hinweg mit allen anderen Leistungserbringern wie Fachärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Therapeuten und Pflegeeinrichtungen abstimmt (vgl. KKVD 2005, S. 6). Dadurch hat der Hausarzt immer einen gesicherten Überblick über den Gesundheitszustand seiner Patienten, deren gesamte Therapien und die verschriebenen Medikamente. Der Hausarzt übernimmt gleichzeitig die Rolle eines Case Managers, da er für die gesamte Kommunikation mit dem Patienten und anderen Versorgungsanbietern verantwortlich ist. Er trifft wie ein Case Manager Vereinbarungen, klärt Situationen, koordiniert, beurteilt, dokumentiert und evaluiert sein Handeln (vgl. Fries 2003, S. 101).

Ablauf der Hausarztzentrierten Versorgung

Der „Lotse“ arbeitet demnach eng mit seinen Patienten zusammen und legt mit ihnen Therapieziele und weitere Behandlungsschritte fest. Durch die starke Patientenorientierung können zudem Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung besser in die Behandlung eingeflochten und gleichzeitig die Compliance der Patienten trainiert werden (vgl. KKVD 2005, S. 6). Weiterhin können Doppeluntersuchungen vermieden und Arzneimittel gezielter verordnet werden. Für die Patienten ist vor allem von Vorteil, dass die Versorgung wohnort- und zeitnah erfolgt. Sie werden ohne Umwege an die richtigen Fachärzte weitergeleitet. Je nach Hausarztmodell sol-

Vorteile der Hausarztzentrierten Versorgung



Integrierte Versorgung (IV)

len sich für die Patienten schnellere Termine beim Hausarzt und kürzere Wartezeiten ergeben (vgl. BMGS 2005, S. 1).

Um die Qualität der hausarztzentrierten Versorgung zu sichern, hat der Gesetzgeber in § 73b Abs. 2 SGB V festgelegt, dass Verträge nur mit besonders qualifizierten Hausärzten abzuschließen sind. Der Gesetzgeber benennt dazu als mögliche Kriterien für die Qualitätsanforderung:

Qualitätskriterien

- Die Ausrichtung der medizinischen Versorgung an evidenzbasierten Leitlinien.
- Die verpflichtende Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fortbildungen.
- Die Einführung eines Qualitätsmanagements.
- Eine Mindestausstattung der Hausarztpraxis (EDV-Ausstattung)

(vgl. BMGS, 2005, S. 3 ff.)

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht laut § 73b SGB V nicht. Außerdem müssen auch diese Verträge unter Angabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden (§ 73b Abs. 2 SGB V). Der vertragliche Rahmen für die hausarztzentrierte Versorgung soll entweder über Gesamtverträge oder über bundesmantelvertragliche Regelungen gesichert werden. Krankenkassen können mit Hausärzten, mit Gemeinschaften von Hausärzten und mit Medizinischen Versorgungszentren Direktverträge zur hausarztzentrierten Versorgung schließen. In den Verträgen ist der genaue Inhalt des jeweiligen Hausarztmodells und die Vergütung zu regeln (vgl. Tophoven, 2005, S. 6 ff.).

Die Idee der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland stammt aus den USA. In den 1990er Jahren waren die so genannten Gatekeeper das zentrale Merkmal der Managed Care in den USA. Auf dem Papier sollte der Gatekeeper den gleichen Nutzen erzielen, wie er heute von deutschen Hausarztmodellen erhofft wird. Doch konnte sich dieses Modell in den USA nicht bewähren. Das Scheitern des Primärarztssystems hängt allerdings eng mit den Problemen von Managed Care in den USA zusammen. Allerdings bemängelten die amerikanischen Versicherten vor allem die Einschränkungen der Arztwahl, die sich für sie mit diesem Modell ergaben (vgl. Pieper 2004). Besonders die massive Einschränkung der freien Arztwahl wird auch in Deutschland stark kritisiert (vgl. Zöllner 2005, A 324; Greiner/ Kranich 2003, S. 265).

**Bewertung des
Hausarztmodells**

iv. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Mit dem GMG wurden die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus und das ambulante Operieren weiterentwickelt. Darüber hinaus wurde die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors weiter vorangetrieben, indem eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen stattfand. Für die Krankenhäuser ergaben sich mit dem GMG folgende neue Möglichkeiten.

**neue Möglichkeiten
für Krankenhäuser**

(1) Für ein Krankenhaus besteht die Möglichkeit zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nach § 95 Abs. 1 SGB V. Dadurch können ambulante Leistungen in die Krankenhäuser verlagert und dort zur Verfügung gestellt werden (vgl. Beeretz 2005, S. 9). So ist beispielsweise die Übernahme stationärer Patienten



durch ein MVZ möglich, die DRG-bedingt in die ambulante Versorgung verlagert werden müssen. Umgekehrt können ambulante Patientenströme über das MVZ in das Krankenhaus geleitet werden (vgl. Nass 2004). Dabei darf sich das MVZ nicht nur durch andere Abrechnungsmodi und Vorgänge vom Krankenhaus unterscheiden. Vielmehr ist eine rechtliche und sachliche Mindestabgrenzung erforderlich (vgl. Bee-retz 2005, S. 61).

(2) Ebenso wie über die Zulassung von MVZ entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung nach § 116a SGB V. Besteht eine Unterversorgung so müssen die zugelassenen Krankenhäuser des betroffenen Planungsbereichs auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden (vgl. Kuhlmann 2004, S. 15). Die Ermächtigung wird für die Dauer der Unterversorgung gewährt (vgl. Renzewitz 2003, S. 862). Aufgrund des drohenden Ärztemangels könnte diese Regelung in den neuen Bundesländern an Bedeutung gewinnen (vgl. Kuhlmann 2004, S. 15; Zenker 2003, S. 5).

(3) Nach § 116b Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über ambulante Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen oder über hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf (§ 116b Abs. 2 SGB V) schließen (vgl. Kuhlmann 2004, S. 16). Leistungsumfang und Leistungsvergütung werden jeweils in den Verträgen geregelt. Außerdem muss das Krankenhaus bei Vertragsabschluss die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Als Voraussetzung zur Teilnahme an einem DMP muss das stationäre Leistungsspektrum des Krankenhauses dem Inhalt des jeweiligen Programms entsprechen (vgl. Renzewitz 2003, S. 861).

(4) Die Schließung von Verträgen zur Integrierten Versorgung ist ebenfalls eine neue Chance für zugelassene Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Anreiz für den Vertragsabschluss ist für Krankenhäuser vor allem die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V (vgl. Kuhlmann 2004, S. 16). Gegenstand der Verträge sind im Sinne der IV die sektorübergreifende oder die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme werden im Vertrag geregelt. Leistungen können von den Vertragspartnern auch dann erbracht werden, wenn sich diese nicht mit ihrem Zulassungsstatus decken (vgl. Renzewitz 2003, S. 862).

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen bietet den rein stationären Einrichtungen die Möglichkeit sich zu einem Dienstleistungszentrum mit übergreifendem Versorgungsangebot zu entwickeln (vgl. DKG 2004, S. 3). In Kooperation mit ambulanten Einrichtungen können die Prozesse und die Verteilung der finanziellen Mittel optimiert werden. Dies führt zu einer höheren Behandlungsqualität und damit zu Vorteilen im Wettbewerb mit anderen Kliniken (vgl. Schmidt 2004). Allerdings können den Kliniken durch die Kooperationen auch Nachteile entstehen. So könnte mögliches Fehlverhalten der Partner zu einem Imageschaden führen. Darüber hinaus können Fehleinschätzungen des Kosten- und Zeitaufwandes bezüglich des Netzaufbaus bzw. der Netzbetreibung zu finanziellen Problemen führen (vgl. <http://www.stryker.de>).

Chancen und Risiken



v. Medizinische Versorgungszentren

Der Gesetzgeber hat mit dem GMG eine neue fach- und berufsübergreifende Versorgungsform geschaffen: das Medizinische Versorgungszentrum (vgl. Behnsen 2004, S. 602). Die Bestimmung des § 95 Abs. 1 SGB V definiert ein MVZ „als fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“.

Ein MVZ kann von den Leistungserbringern gegründet werden, die auf Grund einer Zulassung, Ermächtigung oder eines Vertrags an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Die Zulassung eines MVZ erfolgt für den Ort der Niederlassung. Die MVZ unterliegen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und somit der Aufsicht der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die jeweilige KV bestimmt also ob und wo ein MVZ eine Zulassung erhält (vgl. Kentner 2004, S. 586). Leistungserbringer, die ein MVZ gründen können, sind z. B. Vertragsärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Träger von Polikliniken nach § 311 SGB V, Apotheken etc. Die Gründungsvoraussetzungen müssen dabei im Zeitpunkt der Zulassung liegen. Fallen sie zu einem späteren Zeitpunkt weg, so muss die Zulassung entzogen werden. Damit müssen Gründer, die nicht mehr an der Versorgung der Versicherten teilnehmen, aus dem MVZ ausscheiden bzw. kommen als Gründer nicht in Frage (vgl. Abrahamczik 2005, S. 95).

**Zulassungs-
bestimmungen**

Zur Gründung eines MVZ ist jede für den Arztberuf zulässige Organisationsform möglich (GbR, Partnergesellschaft, GmbH und AG). Allerdings sind Beschränkungen der Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder zu beachten. Diese sehen zum Teil die Gründung eines MVZ als GmbH ausdrücklich nicht vor. Daher haben die meisten MVZ bisher die GbR als Organisationsform gewählt (vgl. Tophoven 2005, S. 8). Die Krankenkassen können mit Trägern, die selbst nicht Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechtigte Leistungserbringer anbieten, Verträge schließen. Diese Träger eines MVZ werden auch als Managementgesellschaft bezeichnet (vgl. Kentner 2004, S. 587).

Hauptanliegen eines MVZ ist die Vernetzung verschiedener ärztlicher Fachrichtungen und die Überwindung von Qualität gefährdender Schnittstellen (vgl. Behnsen 2005, S. 605). Neben der ambulanten Regelversorgung sind MVZ auch dazu geeignet, an Modellvorhaben, Strukturverträgen und der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen (vgl. Abrahamczik 2005, S. 95). Überdies sind die MVZ managementfähige Vertragspartner der Krankenkassen, um Integrationsverträge abzuschließen (vgl. Behnsen 2005, S. 605). Das MVZ ist darüber hinaus einer der besten Partner für die IV, da notwendige vertragliche Strukturen bereits geschaffen wurden (vgl. Abrahamczik 2005, S. 97).

**Vorteile einer MVZ -
Gründung**

Vorteile für die Gründer

Bei der Errichtung eines MVZ ergeben sich viele Vorteile für die Gründer. Krankenhäuser können beispielsweise durch DRGs bedingte verkürzte Verweildauern kompensieren. Mit dem MVZ ist es ihnen nun möglich ihr Geschäftsfeld im ambulanten Sektor auszubauen und das Einweisungsverhalten der Ärzte zu steuern (vgl. Abrahamczik 2005, S. 97).



Vorteile für die Vertragsärzte

Positiv kann die Gründung eines MVZ auch für Vertragsärzte sein. Diese können in verstärkten Kooperationen in Ärztehäusern zusammenarbeiten oder sich verstärkt auf dem Gelände von Krankenhäusern ansiedeln bzw. Kooperationen mit den Krankenhäusern eingehen. Ein weiterer Vorteil ergibt sich für junge Ärzte, die durch die Anstellung im MVZ dem Risiko einer eigenen Praxisgründung entgehen. Ältere Ärzte entgehen der schwierigen Nachfolgeregelung durch Verkauf an das MVZ. Insgesamt kann die medizinische Kompetenz an einem Ort zusammengeführt werden. Dadurch können die Ärzte die medizinische Versorgung wirtschaftlicher organisieren und die vorhandene Infrastruktur (z. B. Personal und Geräte) gemeinsam effizient nutzen (vgl. Abrahamczik 2005, S. 97).

Vorteile für Patienten

Aber auch Patienten profitieren von den MVZ. Kurze Wege zwischen einzelnen Leistungserbringern bringen Zeitersparnis und die engere Zusammenarbeit der Ärzte sowie gemeinsame Datenflüsse innerhalb des MVZ vermeiden belastende Doppeluntersuchungen (vgl. Hildebrandt 2004, S. 26).

Ein gravierendes Problem bei der Gründung eines MVZ, unter Beteiligung eines Krankenhauses, könnte in der Störung der Zusammenarbeit durch das Einweisungsverhalten der Ärzte vorliegen (vgl. Abrahamczik 2005, S. 97). Einige niedergelassene Ärzte befürchten zudem, dass ein MVZ ihnen die Patienten abspenstig machen könnte (vgl. Luttmer/ Kreiss 2005).

Da die Ärzte weniger flächendeckend arbeiten, werden sich Medizinische Versorgungszentren künftig eher dort ansiedeln, wo bereits eine hohe Arztdichte vorliegt. Aber auch wenn die neuen Versorgungsformen noch weit von einer umfassenden Versorgung entfernt sind, liegt die Zukunft der Ärzte mit großer Wahrscheinlichkeit in den MVZ und der Integrierten Versorgung (vgl. Köhler, 2005).

**Probleme und Aus-
sichten**

c. Versorgungsinstrumente

i. Disease Management

Chronische Erkrankungen verursachen weit mehr Kosten als die Behandlung zeitlich befristeter/ akuter Krankheiten (vgl. Wendt 2001, S. 206) und erfordern somit Programme, die eine systematische, evidenzbasierte und sektorenübergreifende Versorgung der Patienten gewährleisten (vgl. Schönbach 2003, S. 214).

An diesem Punkt setzt das Disease Management, welches sich bereits Mitte der 80er Jahre in den USA etabliert hat und auch in Europa seit einiger Zeit Anwendung findet, an (vgl. Greulich et al. 2000, S. 1). Einen ersten wichtigen Schritt zur Entwicklung integrierter Anbietersysteme in Deutschland stellt das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs im Jahr 2002 dar (vgl. Tophoven 2004, S. 240). Seit diesem können Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) für chronische Erkrankungen nach § 137f SGB V in die gesundheitliche Versorgungslandschaft integrieren (vgl. Diel, 2005).

**Notwendigkeit von
Programmen für
chronische Krank-
heiten**

Mit Disease Management bezeichnet man ein integriertes Versorgungsmanagement, welches sich über den gesamten Verlauf einer chronischen oder schweren Erkran-

**Funktion von Di-
sease Management
Programmen**



kung erstreckt. Es umfasst die Planung, Steuerung und Kontrolle von bevölkerungsorientierten Versorgungsprogrammen und bezieht sämtliche Aspekte der Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation sowie Pflege ein. Damit trägt ein Disease Management Programm (DMP) zur Versorgung der Versicherten ganz im Sinne der Integrierten Versorgung bei; allerdings nicht umfassend, sondern lediglich indikationsbezogen.

Des Weiteren verfolgt dieses ganzheitlich orientierte Instrument das Ziel der mittel- und langfristigen Kosteneffektivität, um der Forderung nach einer optimalen Ressourcensteuerung gerecht zu werden. Hauptanliegen ist es, unnötige Interventionen im Behandlungs- und Betreuungsablauf zu vermeiden. Somit fördern Disease Management Programme (DMPs) die kontinuierliche Qualitätsentwicklung, um optimale medizinisch-pflegerische Ergebnisse, so genannte respektive Outcomes, zu erzielen.

Um dem Ziel zu entsprechen, wird den am Programm teilnehmenden Patienten mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit übertragen (vgl. Daubenbüchel 2005, C74-C76). Bei den Patienten handelt es sich in der Regel um Versicherte, die an Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma bronchiale, arterieller Hypertonie oder Tumoren leiden oder aber einen Schlaganfall erlitten haben. Sie sind besonders für eine Integrierte Versorgung im Sinne des Disease Managements geeignet (vgl. Greulich et al. 2000, S. 28).

Jedoch fordert diese Behandlungsstruktur von ihnen oftmals eine langjährige Bindung an den Hausarzt und/ oder ausgewählte Spezialisten. Für diesen bedeutet die Teilnahme am Disease Management wiederum ein zusätzliches Maß an Verantwortung, welcher er durch einer an Leitlinien orientierten und strukturierten Arbeit gerecht wird (vgl. Daubenbüchel 2005, C74-C76).

Die Anforderungen dieser Leitlinien und strukturierten Behandlungsprogrammen sowie Regelungen bezüglich ihrer Zulassung werden detailliert in den §§ 137 f-g SGB V definiert. Außerdem werden den Krankenkassen seit 2003 infolge derartiger Disease Management Programme höhere, standardisierte Leistungsausgaben als Beitragsbedarf angerechnet.

Die zentralen Bestandteile eines Disease Management Programms sind:

- evidenzbasierte Leitlinien und Versorgungspfade für Ärzte
- (Gruppen-) Schulungen für Patienten
- Patienteninformationssysteme (Video, Internetplattformen etc.)
- Erinnerungssysteme – „Watch-Dogs“ (Post, Fax, Telefon, E-Mail etc.)
- individuelle Behandlungspläne für den Patienten
- Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Personal
- Datenbanken und Informationssysteme für Ärzte
- Management und Entscheidungsunterstützung
- Anreizsysteme für Ärzte und Patienten

(vgl. Lauterbach et al. 2001)

Bei einem DMP soll für eine definierte Indikation die medizinisch effektivste und effizienteste Interventionsalternative gefunden werden. Allerdings wird die Kostenorientierung und auch die rein schematische Versorgung nach vorgefertigten Mustern als hemmend und gefährlich entgegen einer angemessenen Patientenorientierung eingestuft (vgl. Greulich et al. 2000, S. 28 ff.; Wendt 2001, S. 207). Zudem werden die Programme trotz ihrer enormer Datensammlungen bis dato weder wissenschaft-

**Versorgung mit
Disease Management
Programmen**

**Bewertung von
Disease Management
Programmen**



lich evaluiert noch begleitend erforscht. Aus diesem Grund fordert die Bundesärztekammer ein zeitnahes Qualitätsmanagement.

Von den Versicherten werden die Disease Management Programme dennoch sehr gut angenommen. So haben sich bereits rund 1,3 Millionen in 3.275 Programmen eingeschrieben. Das rege Interesse dürfte allerdings auch daher rühren, dass die Krankenkassen mit dem GMG die Möglichkeit erhielten, den Versicherten für die Teilnahme einen entsprechenden Bonus einzuräumen (vgl. Rabatta 2005, A 796). Viele Ärzte befürchten hingegen in ihrer Behandlungsfreiheit durch allzu starre Leitlinien eingeschränkt zu werden (vgl. Daubenbüchel 2005, C74-C76).

ii. Case Management

Bei der Entwicklung eines Case Management Programms steht der Einzelfall im Mittelpunkt: die Patientenorientierung hat oberste Priorität. Doch auch der organisatorischen Vernetzung vorhandener Strukturen im Sinne einer Integrierten Versorgung kommt eine große Bedeutung zu. Dabei greift das Case Management nicht in den Therapieverlauf ein, sondern unterstützt lediglich die Kommunikation zwischen Mediziner, Pflegepersonal, Sozialdiensten und Patienten.

Die Kosten, die in der medizinischen und pflegerischen Versorgung entstehen, sollen durch ein Case Management reduziert werden. Konkret besteht die Zielsetzung in der Planung, Steuerung und Kontrolle der individuellen Dienstleistungen entlang eines integrativen Versorgungspfades, damit eine effiziente und effektive medizinische und pflegerische Betreuung gewährleistet werden kann. Voraussetzung für ein erfolgreiches Case Management ist dennoch, die intensive Zusammenarbeit aller an der Versorgung des Patienten beteiligten Akteure. Die integrierten Behandlungspfade sollen die Beteiligten dabei unterstützen.

**Funktion und
Prioritäten des
Case Managements**

Im deutschen Gesundheitswesen findet das Case Management meist in der Überleitungspflege von Krankenhäusern Anwendung (vgl. KKVD 2005, S. 5), aber auch häufig zur gezielten Fallführung von chronisch Kranken im Rahmen eines Disease Managements genutzt. In den letzten Jahren wurde das Konzept des Case Managements bereits durch einige Krankenkassen an deutsche Versicherungsstrukturen angepasst. So können Patienten der BARMER Ersatzkasse bereits im Krankenhaus bei anschließendem häuslichem Pflegebedarf durch einen Case Manager kontaktiert werden. Ein weiteres Modell bietet die AOK mit ihrem Konzept der „Integrationschwester“ an. Das Case Management bietet somit die Möglichkeit zur Verknüpfung von ambulanten und stationären Leistungen (vgl. KKVD 2005, S. 5).

**Umsetzung des
Case Managements
in Deutschland**

Für die Umsetzung eines Case Management Programms sind folgende Schritte einzuleiten (vgl. Fries 2003, S. 104-105):

- spezielle Schulungen von Ärzten, Arzthelferinnen und Krankenschwestern
- enge Kooperation des Case Managers mit allen medizinischen, pflegerischen und sozialen Berufsgruppen
- Aufbau einer modernen Infrastruktur für die Kommunikation, Information und Datenverarbeitung
- Auswahl der Patienten über die ICD-Codes oder die Großschädenliste der Krankenversicherungen



- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten
- nach Einwilligung des Patienten, sollte dem Case Manager die gesamte Kranken- und Leistungshistorie zur Verfügung gestellt werden
- die Organisation der Versorgung erfolgt gemeinsam mit Hausärzten, sozialen Diensten sowie ortsansässigen Betreuungsorganisationen
- die Tätigkeiten und Interventionen des Case Management Teams werden in einer speziellen Dokumentationssoftware hinterlegt

Vorteile des Case Managements

Die Vorteile des Case Managements liegen in der Steigerung der Behandlungsqualität sowie einer besseren Kontrolle der Ausgaben und Kosten innerhalb der medizinischen Versorgung (vgl. Fries 2003, S. 101). Zudem gewährleistet es aufgrund einer durchgängigen, fallverantwortlichen Beziehungs- und Koordinierungsarbeit Klärungshilfe, Beratung und Zugang zu erforderlichen Dienstleistungen (vgl. Neuffer 2002, S. 19). Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hat das Case Management zur Optimierung der Versorgungsstrukturen auch in die Integrierte Versorgung Einzug gehalten (vgl. Wendt 2003, S. 14). Die Rolle des Gatekeepers ist dabei der Kern des Case Managements. Damit verbunden sind die Senkung der Einweisungen ins Krankenhaus, die Verkürzung der Krankenhausverweildauer, die Förderung der ambulanten Versorgung sowie der vermehrte Einsatz von Pflegeeinrichtungen, damit der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden kann (vgl. Ewers 2000, S. 45).

iii. Utilization Management

Funktion des Utilization Managements

Angebote der Integrierten Versorgung müssen den Kriterien der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Ein Instrument, um wirtschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden, ist das Utilization Management. Es zeichnet sich durch die „prospektive, begleitende und retrospektive Beobachtung, Handhabung und Steuerung der Ausnutzung und Auslastung eines Dienstes oder einer Einrichtung mit dem Ziel einer optimalen Ressourcenverwertung.“ (Wendt 2001, S. 217) aus und zielt auf die optimale Allokation der Ressourcen unter den beteiligten Diensten und Einrichtungen ab (vgl. Mühlbacher 2002, S. 128). Die vorhandenen Ressourcen sollen im System selbst, aber auch auf der Ebene der einzelnen Organisation oder Einrichtung optimal genutzt werden. Wenn der einzelne Patient eine Behandlung zu lange, zu spät oder am falschen Ort erhält, werden die Ressourcen nicht optimal eingesetzt und stehen dann anderen Hilfsbedürftigen nicht mehr zur Verfügung (vgl. Wendt 2001, S. 80). Um dem entgegen zu wirken, hält das Utilization Management ein vielseitiges Instrumentarium bereit, mit dessen Hilfe die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflusst und der Einsatz von Ressourcen der Gesundheitsversorgung optimiert werden kann.

Umfang des Utilization Managements

Der Umfang des Utilization Management erstreckt sich auf Ärzte, Krankenhäuser, Populationen oder Diagnosen. Die Ergebnisse dienen der reinen Information, aber auch der selektiven Problemlösung (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 211). Hierbei steht nicht der Einzelfall im Vordergrund, sondern der Vergleich aggregierter Leistungen, beispielsweise eines Arztes mit den Ergebnissen der besten Ärzte oder dem statistischen Mittel (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 207 f.). Außerdem sollte das Utilization Management auf umfassenden, verlässlichen, klinischen Daten basieren und so entwickelt sein, dass der administrative Aufwand möglichst gering



Integrierte Versorgung (IV)

und die Methoden transparent sind. Neben den Wirtschaftlichkeitsaspekten steht auch die Qualität im Mittelpunkt dieser Maßnahmen.

Im Rahmen des *prospektiven* Utilization Managements entscheidet der Kostenträger über die Angemessenheit einer Maßnahme (preadmission certificate) und kann gegebenenfalls die Kostenerstattung verweigern. Bei unklaren Fällen kann eine ärztliche Zweitmeinung hinzugezogen werden. Allerdings gilt dieses Vorgehen nicht bei Notfällen (vgl. Seitz/ König/ Stillfried 1997, S. 16; Morgan 1996, S. 54).

prospektives Utilization Management

Das *begleitende* Utilization Management findet hauptsächlich im stationären Sektor statt (vgl. Szathmary 1999, S. 311). Während eines Krankenhausaufenthalts werden so alle notwendigen Informationen über die Behandlung eines Patienten, deren Notwendigkeit und Qualität gesammelt sowie zusammengefasst (vgl. Morgan 1996, S. 53-54). Dafür werden die Patienten beispielsweise anhand ihrer Diagnosen (DRGs) eingeteilt (vgl. Szathmary 1999, S. 311). Zur Kontrolle und Steuerung des Leistungsgeschehens ist es zudem sinnvoll das Utilization Management mit Behandlungsleitlinien zu verbinden (vgl. Seitz/ König/ v. Stillfried 1997, S. 16).

begleitendes Utilization Management

Mit Hilfe des *retrospektiven* Utilization Managements wird der Krankenhausaufenthalt eines Patienten rückblickend evaluiert. Dabei wird die jeweilige Behandlung nachvollzogen und auf deren Effizienz hin überprüft (vgl. Morgan 1996, S. 54). Anhand der Dokumentation kann analysiert werden, ob die Vorgaben eingehalten wurden oder es signifikante Abweichungen zu Vergleichsgruppen gab (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 210).

retrospektives Utilization Management

Instrumente des retrospektiven Utilization Managements sind beispielsweise das Benchmarking und der Qualitätszirkel (vgl. Szathmary 1999, S. 311). Im Sinne des Benchmarkings können Dienste und Einrichtungen verglichen, Verbesserungsprozesse angeregt, Schwachstellen nicht nur aufgedeckt, sondern auch analysiert und verbessert werden (vgl. Mühlbacher 2002, S. 137-138).

iv. Integrierte Behandlungspfade

Die Schnittstellen im regulären Behandlungssystem erzeugen Reibungsverluste, vor allem zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Aufgrund dieser Segmentierung wird die Gefahr unnötiger Doppeluntersuchungen und –therapien erhöht. Die Patienten werden nicht zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen Therapie behandelt.

Schnittstellenproblematik

Diesem Problem sollen so genannte Leitlinien entgegen wirken. Sie dienen als Schlüsselinstrumente und können wie folgt definiert werden:

Leitlinien als Schlüsselinstrument

Leitlinien sind „systematisch entwickelte Informationen oder auch Instruktionen der Angehörigen eines Fachgebietes über diagnostische und therapeutische Verfahren bei bestimmten Krankheitsbildern, über die anerkannte Behandlungsmethode und ihre Durchführung“. (Bollschweiler 2001, S. 457)

Sie sollen konkrete Handlungsweisen und Entscheidungshilfen für Ärzte bereitstellen (vgl. Kirchner/Ollenschläger 2003, S. 78 ff.). Doch gibt es von Seiten der Ärzte noch immer erhebliche Bedenken, dass Leitlinien die Therapiefreiheit einschränken, das Arzt-Patienten-Verhältnis erheblich stören und die Qualität der Versorgung im Individualfall unangemessen einschränken (vgl. Bauer 1998, S. 161).



Vorteile integrierter Behandlungspfade

In der Integrierten Versorgung werden sektor- und fachdisziplinübergreifende Behandlungspfade von allen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern gemeinsam konzipiert. Die Arbeit der Vertragspartner wird so optimal aufeinander abgestimmt, die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen werden eindeutig geregelt und Versorgungslücken geschlossen. Des Weiteren können Behandlungsprozesse sowie die jeweiligen Fallkosten transparent dargestellt und die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgrund definierter Qualitäts- und Behandlungsziele stetig verbessert werden. Zudem finden die Bedürfnisse des Patienten durch umfassende Information und Aufklärung bessere Berücksichtigung (vgl. Trengler 2003, S. 44).

Ein Behandlungspfad beschreibt somit den optimalen Weg eines Patienten mit den entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie deren zeitlicher Abfolge innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems. Dabei finden interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Planung, Steuerung und Kontrolle. Die Umsetzung von Behandlungspfaden erfolgt immer unter der Prämisse, dass eine Abweichung (Varianz) vom Behandlungspfad möglich ist. Zu berücksichtigen sind hier die Patientenerfordernisse (Patientenzustand, Patientenentscheidung) und nicht vorhersehbare Behandlungsanforderungen (vgl. Bauer 2003, A-94 ff.). Derartige Abweichungen können aber lediglich durch das Vorliegen eines Behandlungspfades sichtbar gemacht werden, denn erst durch den Ist-Soll-Abgleich ist eine Analyse unter den Gesichtspunkten der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sinnvoll durchzuführen (vgl. Lange 2005, S. 2).

v. Qualitätsmanagement, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen

Bereits seit vielen Jahren wird mehr Transparenz im Gesundheitswesen gefordert. Der mündige Patient soll eigenverantwortlich die „richtigen“ Entscheidungen über seine Therapie treffen können. Jedoch sind valide, vergleichende Informationen über die Qualität einzelner medizinischer Dienstleistungen bzw. einzelner Leistungserbringer kaum zu erhalten (vgl. Beck 2004, S. 2). Ein Problem, da sich die Versicherten und Krankenkassen nur für das Angebot der Integrierten Versorgung entscheiden, wenn sie leicht zugängliche und valide Informationen über die Qualität der Versorgung erhalten (vgl. Tophoven 2003, S. 256).

Transparenz der Qualität als Voraussetzung

Die Verträge zur Integrierten Versorgung müssen den Aufbau eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements vorsehen (vgl. Schulze/Strang, 2005, S. 35; Tophoven 2003, S. 229). Somit zählt zu den zentralen Aufgaben der Leistungserbringer auch der Aufbau von qualitätsgesicherten Strukturen (vgl. Siebolds 2003, S. 105), welche durch hohe und transparente Qualitätsstandards zu Wettbewerbsvorteilen führen können. Für die Leistungserbringer bedeutet dies, dass sie ihre bisherigen einrichtungsbezogenen Qualitätsinstrumente (Qualitätszirkel, Behandlungspfade, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Leitlinien etc.) an den Schnittstellen zu anderen Vertragspartnern um notwendige integrationsorientierte Maßnahmen ergänzen. Konkret: die Leistungserbringer der Integrierten Versorgung müssen beispielsweise dafür Sorge tragen, dass sektorübergreifende Behandlungspfade erstellt, Verantwortlichkeits- und Kompetenzbereiche festgelegt werden und ein sektorübergreifender Informations- und Dokumentenaustausch verwirklicht wird. Allerdings kann es bei der Ent-

Festlegung von Qualitätsstandards



wicklung eines solchen Qualitätsmanagement zu Hindernissen kommen, denn die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen der verschiedenen Versorgungssektoren sind wenig aufeinander abgestimmt und unterschiedlich weit in den Stufen ihrer Entwicklung voran geschritten (vgl. Selbmann 2004, S. 371).

Ein positives Beispiel stellt die Zusammenarbeit der Gesellschaft für Empirische Beratung mbH (GEB mbH) und dem Hausärztenetz QP Qualitätspraxen mbH dar. Gemeinsam haben sie ein Qualitätsmanagement-System entwickelt, welches auf dem EFQM-Modell basiert und mit Hilfe einer Selbstbefragung, einer Mitarbeiter- und Patientenbefragung als Instrument zur stetigen Verbesserung der Qualität eingesetzt werden kann. Im Zuge der sechsjährigen Anwendungsphase konnten wichtige Qualitätsverbesserungsmaßnahmen durch Audit-Teams und Kundenbefragungen eingeleitet werden.

EFQM-Modell zur stetigen Qualitätsverbesserung

d. Kooperation durch Kommunikation - Informationsvernetzung

i. Möglichkeiten der Kommunikation und ihre Anwendung

Die Realisierung einer Integrierten Versorgung erfordert neben dem Aufbau einer geeigneten Management- und Organisationsstruktur auch die gezielte Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnologien, um Probleme wie Intransparenz und Kommunikationslücken zu vermeiden.

Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien

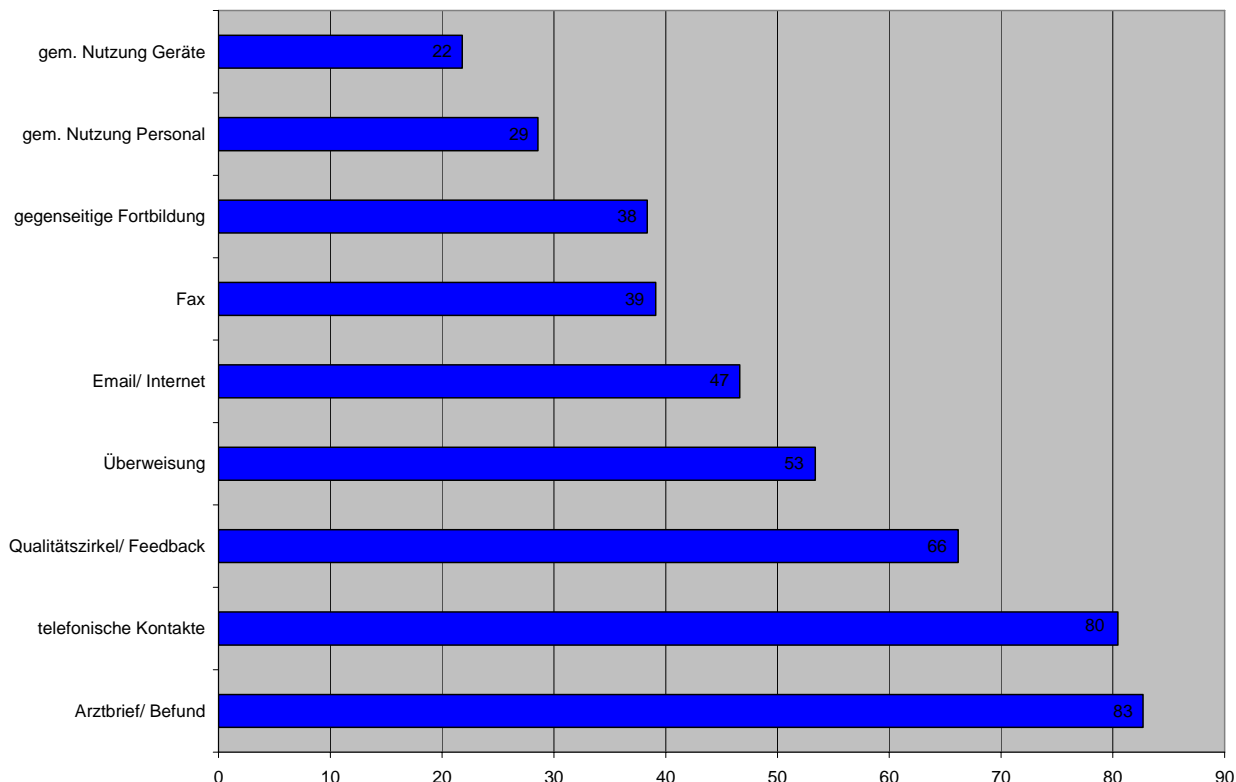
Gründe für diese Notwendigkeit sind:

- zunehmende Komplexität des diagnostischen und therapeutischen Spektrums medizinischer Versorgung,
- die stetige Mehrung des medizinischen Wissens (vgl. Dietzel 2004, S. 2),
- die Zusammensetzung des Gesundheitswesens aus einer Vielzahl von Einzelunternehmen (vgl. Paul/Besser 2005, C 698),
- die funktionsorientierte und noch stark sektorale Gliederung (vgl. Krüger-Brand 2005, A 734)
- und Ärzte ohne Kostenbewusstsein über unnötige Untersuchungen, Fehlbelegungen oder Doppeluntersuchungen etc. aufgrund schlechter Kommunikation (vgl. Strotbek/Schlautd 2005, S. 106)

Durch die Verwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien soll der Informationsfluss zwischen den Sektoren verbessert und Schwachstellen im Versorgungsprozess aufgedeckt werden. Infolgedessen wird Transparenz geschaffen, Kommunikationslücken geschlossen, die Qualität der medizinischen Versorgung erhöht und Kosten besser abgebildet.



Abbildung 4: Kooperationsformen unter Leistungserbringern



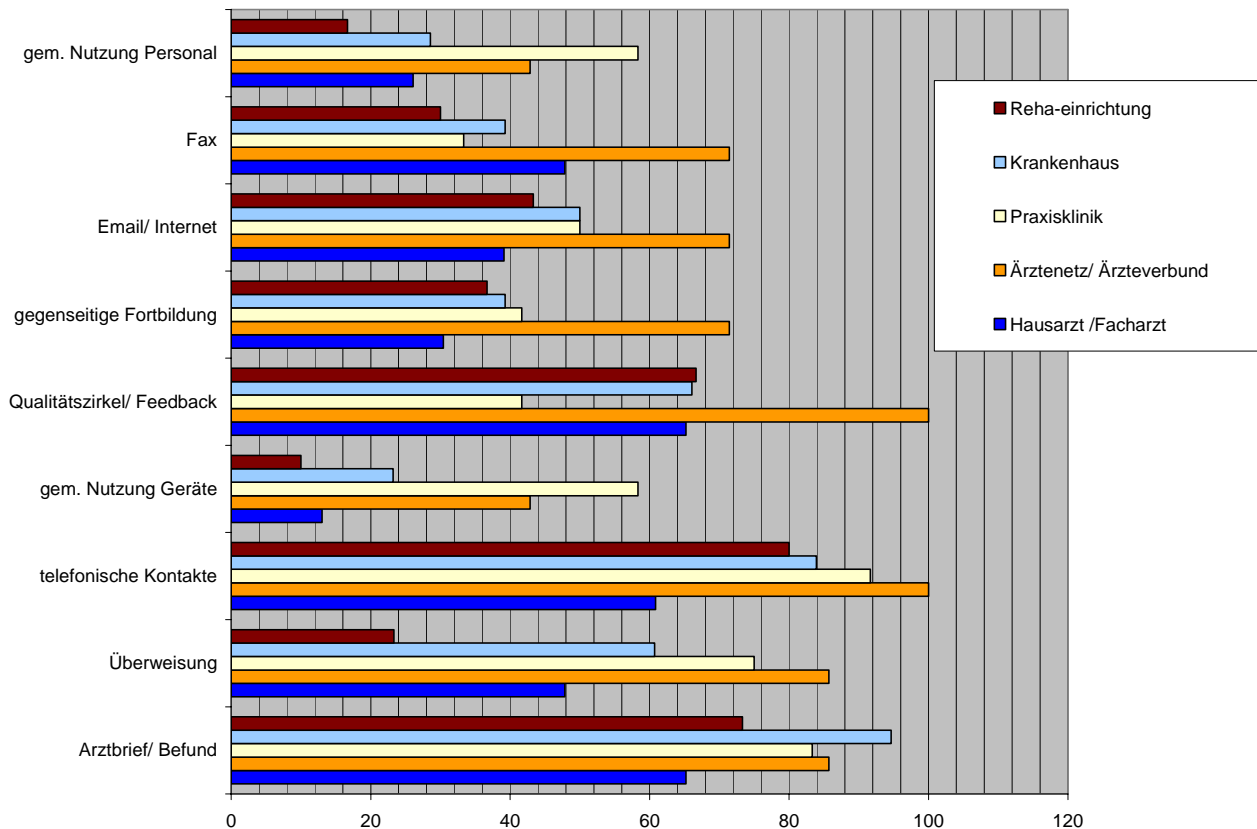
Bei der Betrachtung der Abbildungen 6 und 7 wird deutlich, dass die befragten Vertragsteilnehmer zwar auf sehr vielfältige Art miteinander kooperieren und kommunizieren, von den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien jedoch kaum Gebrauch machen. So werden Arztbriefe/ Befunde (83%) immer noch am häufigsten zum Informationsaustausch eingesetzt, dicht gefolgt von telefonischen Absprachen (80%). Erstaunlich ist aber der schon sehr verbreitete Einsatz von Qualitätszirkeln bzw. Feedbackrunden (66%), welche besonders von den Ärztenetzen/ Ärztenverbänden durchgeführt werden.

Unerlässlich für die IV bleibt dennoch die elektronische Datenvernetzung zum Informationsaustausch. Allerdings wird diese Kommunikationsform lediglich von jedem zweiten Kooperationspartner, und damit noch zu wenig genutzt. Eine Vorreiterrolle nehmen hier allerdings die Ärztenetze/ Ärztenverbände ein. Aber auch Praxiskliniken und Krankenhäuser nutzen Emails und das Internet häufiger als Rehabilitationseinrichtungen sowie Haus- und Fachärzte.

Nutzung der Kooperationsformen



Abbildung 5: Kooperationsformen nach Leistungserbringer



Bei der Anwendung von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen spricht man von der Medizin- oder Gesundheitstelematik. Hierbei sind die zentralen Möglichkeiten der Kommunikation:

Möglichkeiten der Kommunikation

- die ePatientenakte (vgl. Dietzel 2004, S. 4)
- das eRezept (vgl. Dietzel 2004, S. 4)
- die eGesundheitskarte (vgl. Kaiser 2004, S. 186)
- der eArztbrief (vgl. Kaiser 2004, S. 188)
- das Intranet (vgl. Schwetlick 2004, S. 30 ff.)
- das Internet (vgl. Bund-Länder-AG Telematik 2002, S. 8 ff.)
- das Medizinische Call Center (vgl. Bund-Länder-AG Telematik 2002, S. 8 ff.)
- das eLearning (vgl. Bund-Länder-AG Telematik 2002, S. 8 ff.).

Weitere Möglichkeiten der Gesundheitstelematik stellen die *Telediagnostik*, *Telera-diologie*, *Telekonsultationen*, *das Telemonitoring* und *e-homecare* dar. Sie sollen die räumliche Entfernung von Arzt und Patient bzw. verschiedenen Ärzten überbrücken. Die Gesundheitstelematik ermöglicht außerdem eine medizinische Behandlung bei fehlender Präsenz des Arztes, vor allem bei Notfällen. Besonders der Einsatz eines Telemonitoring bzw. e-homecare fördert eine schnellere Entlassung des Patienten in seine häusliche Umgebung und stellt die Überwachung von Risikopatienten sicher. Als Nachteil dieser neuen Technologie wird jedoch der sich stark zurückbildende persönliche Kontakt des Arztes zum Patienten angesehen (vgl. Bund-Länder-AG Telematik, 2002, S. 7).



ii. Verwaltung und Vernetzung der Informationen

Um alle Daten innerhalb eines Netzes zu verwalten, muss eine Leitstelle in Form einer Managementzentrale eingerichtet werden. Neben der zentralen Datenverwaltung für alle Patienten und Krankenkassen, informiert die Zentrale die Netzteilnehmer auch über Kosten und Abrechnungsdaten, führt die Verhandlungen mit den Krankenkassen und organisiert das Qualitätsmanagement (vgl. KKVD 2005, S. 28). Es besteht weiterhin die Möglichkeit einer externen Datenverwaltung durch Outsourcing der gesamten EDV. Datenschutzprobleme sollen durch eine Gehilfenermächtigung gelöst werden (vgl. Krüger-Brand 2005, A 736).

Aktuell ist die Frage des Datenschutzes jedoch noch nicht geklärt. Und auch für die Implementierung der Informationsvernetzung stellen sich weitere Probleme: das Fehlen von Standards für die Dokumentation und Datenübertragung sowie die Finanzierung und die oftmals fehlende Vernetzung von Leistungserbringern generell (vgl. Dietzel 2004, S. 4).

Möglichkeiten der Datenverwaltung

Dennoch gibt es in Deutschland schon einige Beispiele für den Einsatz neuer Technologien. So hat das Kreiskrankenhaus in Gummersbach bereits die ePatientenakte eingeführt. Der Zugriff oder aber Ergänzungen erfolgen durch so genannte Personal Digital Assistents. Eine webbasierte Patientenakte hat das Praxisnetz Vorderpfalz (PRAVO) eingerichtet und das Marienkrankenhaus in Hamburg arbeitet bereits mit einem digitalen workflow, von der Patientenaufnahme bis zum Befund. Radiologische Bilder, Textbefunde, Laborwerte etc. stehen seitdem in der gesamten Klinik jederzeit online zur Verfügung (vgl. Wetekam 2004, S. 272).

Beispiele aus Deutschland

3. Verträge

a. Selektives Kontrahieren

Der Kern der integrierten Versorgung ist die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren, d.h. den Krankenkassen wird ermöglicht Direktverträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Leistungserbringergruppen abzuschließen. Diese Chance haben bisher viele Leistungsanbieter genutzt. Jedoch bestand bisher wenig Transparenz über die Vertragsanzahl, die mehrheitlichen Teilnehmer und vor allem den Vertragsinhalt. Dabei sind die Teilnehmer der integrierten Versorgung geteilter Meinung, wenn es um die Offenlegung ihrer Verträge geht.

i. Merkmale und Funktion des selektiven Kontrahierens

Bislang basierte das System der Integrierten Versorgung auf Kollektivverträgen. Diese besagen, dass eine Partei mit einem Kollektiv von Partnern einen Vertrag schließt (KBV 2005). In der ambulanten ärztlichen Versorgung garantiert er jedem Versicherten, dass er flächendeckend ein komplettes und einheitliches ärztliches Leistungsangebot in Anspruch nehmen kann. Jedoch verhinderten diese kollektivvertraglichen Strukturen bislang den geforderten Wettbewerb. Während wettbewerbliche Strukturen zwischen den Krankenkassen eingeführt wurden (Wettbewerb um

Kollektivverträge erschweren Wettbewerbsstrukturen



Mitglieder), fehlten bis zum heutigen Zeitpunkt geeignete Wettbewerbsfelder bezüglich Versorgungsstrukturen, -qualitäten und Preisen (Wettbewerb auf der Angebotsseite).

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, welches am 01.01.2004 in Kraft trat, können die Krankenkassen erstmals Verträge ohne Beteiligung Kassenärztlicher Vereinigungen abschließen. Diese Form des Abschlusses von Verträgen nennt man „selektives Kontrahieren“, das vor allem im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a ff SGB V erfolgt.

Veränderungen durch das GMG

Selektives Kontrahieren bedeutet, dass ein Kostenträger nicht gezwungen ist, die Kosten für die Inanspruchnahme eines beliebigen Arztes, Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung durch die Versicherten zu übernehmen. Vielmehr werden nur die Leistungen der Anbieter vergütet, die einen Vertrag mit dem Kostenträger geschlossen haben. Durch das selektive Kontrahieren sollen die Kosten kontrolliert, die Qualität gesichert und Planungssicherheit geschaffen werden (vgl. Amelung/Schumacher 2004, S. 101).

Funktion des selektiven Kontrahierens

Wesentliches Merkmal der gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) ist die Option auf den Abschluss von Einzelverträgen. Das bedeutet, dass eine Krankenkasse, als alleinige oder in Verbindung mit anderen Krankenkassen mit einem oder mehreren Leistungsanbietern kontrahieren kann. Das ist insofern ein echtes Novum, als bislang Integrationsverträge der Krankenkassen nur mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen möglich waren. Dabei besteht im Bereich der Integrierten Versorgung der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Leistungserbringer haben keinen Anspruch auf Abschluss eines Integrationsvertrages. Es gilt eher, sich durch innovative Ideen und Konzepte in Bezug auf den Abschluss eines Integrationsvertrages gegenüber ihren Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt zu behaupten (vgl. Bosenius/ Hefner/ Wallhäuser 2005, S. V-11).

Abschluss von Einzelverträgen ohne Kassenärztliche Vereinigung

Doch aufgrund der offenen Formulierung des Gesetzgebers ergeben sich nicht nur Chancen. Einerseits wird den Vertragspartnern ermöglicht neue Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung zu setzen (vgl. Mühlbacher 2002, S. 61), andererseits können sie bei Vertragsabschlüssen nicht auf Rahmenvereinbarungen zurückgreifen und müssen jedes Detail einzeln verhandeln (vgl. Flintrop 2004, A 301).

ii. Kritische Betrachtung des selektiven Kontrahierens

Ein selektiver Vertrag oder auch Einzelvertrag ist ein Vertrag einer Partei mit einem einzelnen Vertragspartner (KBV 2005). Er bietet im Gegenzug zu einem Kollektivvertrag dem einzelnen Leistungserbringer die Möglichkeit, individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln. Der Nachteil bei solchen Einzelverträgen liegt in der Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit des Versorgungsgeschehens. Das belegt auch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zum Thema "Koordination und Qualität im Gesundheitswesen". Es besteht die Gefahr, dass bei einem flächendeckenden Übergang zu einzelvertraglichen Regelungen in wesentlich stärkerem Maße als im kollektivvertraglichen System Abweichungen im Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung sowie höhere Transaktionskosten drohen (SVR 2005, S.15).

Einzelverträge versus Kollektivverträge



Zudem kann durch Direktverträge eine gezielte Auswahl der Leistungsanbieter und eines bestimmten Versorgungsangebots (Indikation) getroffen werden, während im traditionellen System Kontrahierungspflicht besteht und keine Selektion der Leistungserbringer möglich ist. Das bedeutet, dass Verträge nur mit den Gruppen von Anbietern abgeschlossen werden, die mehr Leistungen, mehr Qualität, mehr Annehmlichkeiten und/ oder geringere Preise bieten (vgl. SVR 2003, S. 525).

Dabei entstehen zwei Wettbewerbsebenen. Auf der ersten fragen die Krankenkassen nach gewissen Auswahlkriterien für ihr Versorgungsnetz Leistungserbringer nach. Auf der zweiten bzw. unteren Ebene entscheiden sich dann die Patienten für bestimmte Leistungserbringer. Dabei stehen auf der ersten Ebene, die bei Kollektivverträgen entfällt, Krankenkassen und Leistungserbringer wechselseitig in Konkurrenz um Verträge bzw. Vertragspartner. Auf der nachgelagerten Ebene konkurrieren die Leistungserbringer um Patienten (SVR 2005, S.12-13). Der Abschluss selektiver Verträge bewirkt eine Förderung effizienter und innovativer Versorgungsformen durch mehr marktwirtschaftliche Anreize. Das „gemeinsame und einheitliche Verhandeln“ im Gesundheitswesen wird aufgegeben und „freies Verhandeln“ damit ermöglicht. So können Krankenkassen und Anbietergruppen sich von ihrer Konkurrenz tatsächlich durch die Produktangebote differenzieren (vgl. Hildebrandt 2005, S.24).

Vorteil: marktwirtschaftlicher Anreiz

Allerdings lässt sich bei dieser Auswahl bzw. Nichtauswahl von bestimmten Leistungsanbietern auch Risikoselektion betreiben. Krankenkassen werden also diejenigen Ärzte nicht unter Vertrag nehmen, deren Klientel schlechte Risiken darstellen (vgl. Breyer/ Zweifel/ Kifmann 2003, S. 299). Damit wird erstmals eine gezielte Ausgrenzung einzelner Risiken über die Gestaltung der Versorgungsverträge möglich. Einen weiteren Nachteil beim selektiven Kontrahieren erwarten die Versicherten, die hier eine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit sehen (vgl. Amelung/ Schumacher 2004, S. 101). Denn innerhalb selektiver Verträge ist das Wahlrecht der Versicherten auf Leistungserbringer beschränkt, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Die Kostenträger erhoffen sich davon eine bessere Kostenkontrolle bei gleicher oder eventuell sogar besserer Versorgungsqualität (vgl. Breyer/ Zweifel/ Kifmann 2003, S. 299).

Nachteile des selektiven Kontrahierens

In diesem Zusammenhang fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung die kollektivvertraglich organisierte IV. KVen sollen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit stationären Partnern, mit Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden entsprechende Verträge zu gestalten und umzusetzen (vgl. Köhler 2005, S. 2). Letztendlich liegt der Integrierten Versorgung der Ansatz zugrunde, durch mehr Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Leistungsfinanzierern andererseits Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems zu erhöhen (vgl. Kentner 2004, S.585).

Zukünftige Forderungen

b. Vertragspartner

i. Gesetzliche Regelungen

Nach geltendem Recht stehen den Krankenkassen alle zur Versorgung im System des SGB V zugelassenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als potenzielle Vertragspartner eines Integrationsvertrages zur Verfügung. Der aufgestellte Teil-

Wer darf an der IV teilnehmen?



nehmerkreis wurde jedoch mit dem GMG erweitert. Ärzte können nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft, sondern als eigenständige Vertragspartner an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Und auch für die Krankenkassen vergrößerte sich der Kreis von Vertragspartnern um Träger von Medizinischen Versorgungszentren sowie Träger, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechtigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften). Außerdem sind die Apotheken bekräftigt worden an der Integrierten Versorgung aktiv teilzunehmen (vgl. Bundesdrucksache 15/1525).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hingegen als potenzielle Vertragspartner gesetzlich ausgeschlossen. Sie sind keine Versorger als solches und managen die Versorgung auch nicht im Rahmen von Einzelverträgen. Außerdem sieht der Gesetzgeber einen Interessenkonflikt zwischen einer Interessenvertretung für alle niedergelassenen Ärzte einerseits und einer für einzelne Ärzte in der Integrierten Versorgung andererseits (vgl. Greiff 2004) und schließt die Kassenärztlichen Vereinigungen deshalb aus dem Kreis der Vertragspartner aus. Sie könnten zwar im Rahmen der Integrierten Versorgung beratend, nicht aber frei unternehmerisch tätig werden.

Ebenso ausgeschlossen sind Gesundheitsberufe, die nicht der so genannten Schulmedizin angehören, wie beispielsweise Heilpraktiker (vgl. Hommel 2005) und Leistungserbringer, deren Teilnahme nach dem SGB V untersagt ist. Hierzu zählen die Pharma- und Medizinproduktindustrie, aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Jedoch könnten sie sich der Instrumente von Managementgesellschaften bedienen (vgl. Hildebrandt 2004, S. 380).

Wer wird gesetzlich ausgeschlossen?

ii. Die Bandbreite der Vertragsteilnehmer in der Praxis

Im Rahmen unserer Befragung interessierte uns in Bezug auf die Verteilung der Vertragsteilnehmer, ob vornehmlich Leistungserbringer aus speziellen Sektoren an der Integrierten Versorgung teilnehmen oder sich eine ausgewogene Bandbreite über alle Teile des Versorgungssystems erstreckt.

Die gesetzlichen Krankenkassen können mit verschiedenen Leistungserbringern Direktverträge zur integrierten Versorgung schließen. Je Vertrag (252) konnten von den Befragten mehrere Vertragspartner angegeben werden, wobei es zu einer tatsächlichen Anzahl von 672 Nennungen kam. Mit 31% der Nennungen stellten die Krankenhäuser den größten Anteil der Vertragspartner zum Abschluss von Direktverträgen dar. In der Folge kooperieren nach Angabe der befragten Leistungserbringer 23,5% mit Rehabilitationseinrichtungen, 19,4% mit Fachärzten, 7,5% mit Hausärzten, 5,5% mit Ärztenetzen und 3,3% mit Sanitätshäusern. Andere Vertragspartner, wie Praxiskliniken, Pflegeeinrichtungen oder Apotheken sind hingegen nur in geringem Maße vertreten.

Allerdings lassen diese Häufigkeiten der Vertragspartner keine Aussage über deren Zusammenwirken in den Verträgen zu. Um dies aufzeigen zu können ist die Analyse aller möglichen Kombinationen verschiedener Vertragspartner notwendig.

Ausschlaggebend für eine umfassende integrierte Versorgung ist ein hoher Integrationsgrad, der durch die Beteiligung verschiedener Leistungserbringer erreicht werden kann. Mit 7,2% lässt sich bereits die Tendenz zu einer qualitativen Versorgung über die Fachbereiche und Sektorgrenzen hinweg erkennen. In diesen Fällen beinhaltet der jeweilige Vertrag fünf oder mehr Vertragspartner, die eine sektorübergreifende und fachübergreifende Versorgung ihrer Patienten gewährleisten. Für die Arznei-

Hoher Integrationsgrad spricht für umfassende IV-Versorgung



Heil- und Hilfsmittelversorgung sind Apotheken oder Sanitätshäuser an diesen Verträgen beteiligt. Jedoch überwiegen derzeit noch die einfachen Kooperationen, die lediglich einen (mit 10,3 % der Verträge) oder zwei Vertragspartner (mit 47,6 %) umfassen. Damit sind aber bereits über 40% der Verträge mit 3 und mehr Partnern geschlossen.

c. Vertragsgegenstand und Vertragsinhalt

i. Gesetzliche Regelungen

Ein geschlossener Vertrag definiert sowohl Leistungsangebot als auch die dafür vorgesehene Versichertengruppe. Dabei gehören zum Leistungsgegenstand alle Leistungen, die nicht vom Bundesausschuss verboten sind. Damit soll verhindert werden, dass auf dem Umweg, über die Integrierte Versorgung, Leistungen erbracht werden, die medizinisch-wissenschaftlich nicht anerkannt oder unwirtschaftlich sind (vgl. Windthorst 2002, S. 119). Waren bisher die Beitrittsmöglichkeiten Dritter zu bestehenden Verträgen umstritten, ist jetzt klargestellt, dass ein Beitritt die Zustimmung aller Vertragspartner voraussetzt. Somit besteht für den Inhalt der Integrationsverträge weitestgehend Gestaltungsfreiheit.

Zudem müssen die Vertragspartner nach § 140 b Abs. 3 Satz 3 SGB V eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen an der Integrierten Versorgung beteiligten Sektoren sicherstellen. Diese wird durch die Verpflichtung zu einer ausreichenden Dokumentation erreicht, welche allen an der Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss (vgl. Windthorst 2002, S. 125). Um sicherzustellen, dass die Dokumentation den Mitwirkenden zur Verfügung steht, ist auch der reibungslose Datenfluss als Vertragsgegenstand zu regeln.

In den Verträgen wird außerdem eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefordert. Die Krankenkassen erwarten daher von den Leistungserbringern ein schlüssiges Qualitätssicherungskonzept. Somit kann Qualität erstmals in den Verträgen zur Integrierten Versorgung definiert und verbindlich vereinbart werden (vgl. Hildebrandt 2004, S. 380). In diesem Zusammenhang sind Garantievereinbarungen möglich und von Seiten der Krankenkassen auch erwünscht. (vgl. Bosenius/ Hefner/ Wallhäuser 2005, S. V-7).

Das Gesetz besagt weiterhin, dass nach § 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V im Rahmen eines Integrationsvertrags vereinbart werden kann, dass beteiligte Leistungserbringer auch solche Leistungen erbringen können, die von ihrem Zulassungsstatus nicht gedeckt werden. Damit können z. B. Krankenhäuser im Rahmen der Integrationsversorgung ambulante Leistungen erbringen, auch wenn sie dazu nicht zugelassen oder ermächtigt sind (vgl. DKG 2004, S. 8-9).

Eine vom Zulassungsstatus abhängige Beschränkung besteht nur insoweit, als im Rahmen der Integrierten Versorgung keine Leistungen in Fachgebieten erbracht werden dürfen, die von keinem der beteiligten Leistungserbringer durch ihren Zulassungsstatus gedeckt sind. Soweit ein beteiligtes Krankenhaus eine bestimmte Fachabteilung nicht vorhält, können in diesem Bereich auch im Rahmen der Integrierten Versorgung keine ambulanten Leistungen angeboten werden.

Weiterhin ist die Vergütung der Integrierten Versorgung in den Versorgungsverträgen zu regeln. Dies ergibt sich aus dem § 140c des SGB V.

IV-Verträge legen Leistungsangebot, Versichertengruppe, Vertragspartner fest

Dokumentationspflicht als Vertragsbestandteil

Qualitätssicherung als Vertragsbestandteil

Leistungen unabhängig vom Zulassungsstatus



Im Falle eines Verbundes sind grundsätzlich alle Rechts- und Gesellschaftsformen möglich, insbesondere Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine. Beschränkungen der Rechtsform können sich jedoch aus dem Berufsrecht der verschiedenen Beteiligten ergeben (vgl. DKG 2004, S. 7-8).

alle Rechts- und Gesellschaftsformen möglich

ii. Leistungsspektrum der IV-Verträge in der Praxis

Die Auswertung ergibt, dass überwiegend Verträge zur orthopädischen Versorgung abgeschlossen worden sind. Diese Verträge bilden mit einer Anzahl von 51 den überwiegenden Teil des Kontrahierungsgeschehens. Jeweils 11 Verträge wurden für die Fachbereiche Kardiologie und allgemeine Chirurgie abgeschlossen, 3 für die onkologische Versorgung und jeweils 2 für die Bereiche Urologie, Hernienbehandlung, Versorgung vor und nach der Geburt, Schlaganfall und COPD. Vereinzelt bestehen beispielsweise auch Verträge für die Palliativmedizin, Phlebologie sowie die Rheumatologie.

Verträge zur orthopädischen Versorgung als Vorreiter

Die Häufigkeitsverteilung der Vertragspartner lässt auf die vertraglich vereinbarten Versorgungsbereiche schließen. So ist die Rehabilitation mit 24,6%, die Akutversorgung durch Krankenhäuser mit 23,3% und die fachärztliche Versorgung mit 20,3% am häufigsten Vertragsinhalt. Interessant ist auch die Tatsache, dass die Prävention insgesamt mit 5,1% einen hohen Stellenwert einnimmt. Damit liegt sie zusammen mit der Heil- und Hilfsmittelversorgung durch die Sanitätshäuser (4,6%), der hausärztlichen Versorgung (4,5%) und der sonstigen Heilbehandlung (4,3%) im Mittelfeld der angegebenen Leistungsbereiche.

Häufigkeitsverteilung der Leistungsbereiche

Wie bei der Bewertung der Vertragspartner ist auch bei den Leistungsbereichen erst die Analyse der Vertragsinhalte aufschlussreich. Hierbei ergibt sich, dass der Leistungskomplex Akutversorgung und Rehabilitation mit 16,5% am häufigsten genannt wird. 9,9% der Verträge beinhalten lediglich die fachärztliche Versorgung und 8,7% geben ausschließlich die Rehabilitation als Versorgungsbereich an.

Überraschend ist das Ergebnis hinsichtlich der Integrationstiefe. Bereits 39,3% der erfassten Verträge beinhalten eine sektorübergreifende Versorgung. In diesem Zusammenhang bieten 28,1% sogar eine Versorgung an, die immer fachärztliche Leistungen, die Versorgung durch die Krankenhäuser und die Rehabilitation umfasst. Dieses Angebot wird in den meisten Fällen durch Leistungen stationärer Pflegeeinrichtungen und Sanitätshäuser erweitert. 7,9% bieten lediglich fachärztliche Leistungen, Akutversorgung und Rehabilitationsleistungen an.

Integrationstiefe

d. Vertragsarten

Bisher besteht noch recht wenig Transparenz über die abgeschlossenen Verträge. Je nach Vertragsinhalt und teilnehmenden Partnern kann es sich beispielsweise um Verträge handeln, die nur eine bestimmte Indikation betreffen oder sich hauptsächlich auf die Hausarztzentrierung beziehen. Auch Verträge ganz anderer Natur sind denkbar. Ob sich jedoch diese Verträge definitiv kategorisieren lassen ist fraglich.

wenig Transparenz

Einen Überblick über die derzeit bestehenden Integrationsverträge in Deutschland geben Bischoff-Everding und Hildebrandt mit ihrer Recherche-Studie „Integrierte Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bun-

Recherche-Studie von Bischoff-Everding und Hildebrandt

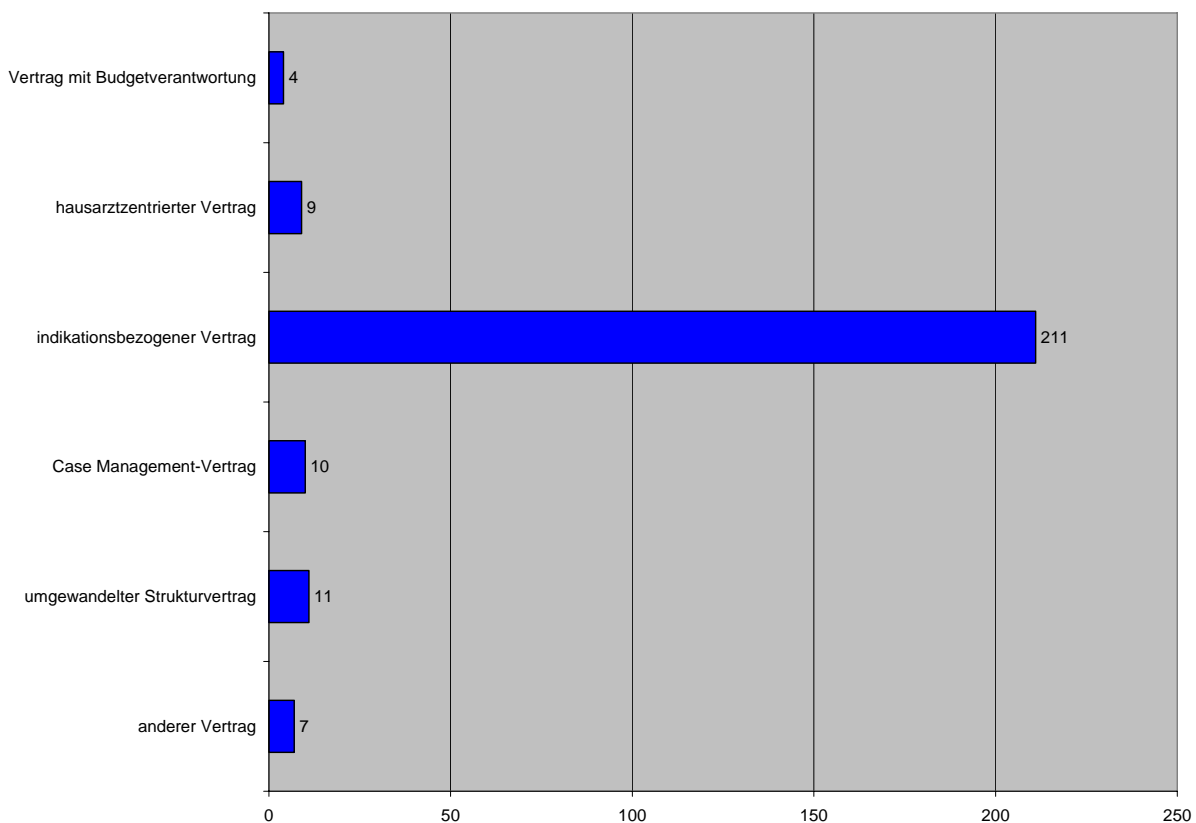


desländern“ (2005) und nehmen zugleich eine erste Einteilung der abgeschlossenen Verträge vor.

Dabei wurden die Verträge zunächst nach Integrationstiefe (ambulante/ stationäre Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Pflege, Rehabilitation), Indikationsumfang (medizinische Indikation, Fachgebiet, Gesamtversorgung) und Ausmaß der Budgetverantwortung bzw. Risikoteilung differenziert (vgl. Bischoff-Everding/ Hildebrandt 2005, S. 28).

Die abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung lassen sich überwiegend in bestimmte Kategorien – umgewandelte Strukturverträge, Case Management- Verträge, indikationsbezogene Verträge, hausarztzentrierte Verträge nach § 140a ff SGB V und Verträge mit Budgetverantwortung – einteilen.

Abbildung 6: Vertragsarten (alle Leistungserbringer)



Das Ergebnis der Auswertung, welche Vertragsart derzeit überwiegt, ist mehr als eindeutig. 211 Verträge von den 252 erfassten Verträgen sind indikationsbezogen, d.h. sie betreffen nur eine bestimmte Krankheit. Die restlichen 41 Verträge verteilen sich auf die übrigen Vertragskategorien. Die vom Gesetzgeber gewünschte Budgetverantwortung wird bisher noch nicht ausreichend in Anspruch genommen bzw. verwirklicht. Lediglich 4 Verträge wurden mit dieser Option abgeschlossen. Die 9 ermittelten hausarztzentrierten Verträge wurden hauptsächlich von Haus- und Fachärzten und Praxiskliniken abgeschlossen. Weiterhin wurden 11 umgewandelte Strukturverträge und 10 Case Management- Verträge geschlossen. Einige Verträge konn-



ten von den Befragten keiner der genannten Vertragsarten zugeordnet werden. So wurde sieben Mal die Möglichkeit „anderer Vertrag“ genannt.

i. Umgewandelte Strukturverträge

Derartige Verträge werden zur Förderung des ambulanten Operierens bzw. der Kurzzeitchirurgie mit einer Praxis oder Tagesklinik und einer Gruppe von Belegärzten oder ambulant tätigen Operateuren geschlossen (vgl. Bischoff-Everding/Hildebrandt 2005, S. 29). Auf diese Weise können das Instrument der Einzelverträge erprobt und wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, die im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern bzw. Krankenkassen von Bedeutung sind (vgl. Bischoff-Everding/Hildebrandt 2005, S. 29).

Dabei liegt im Interesse der Leistungserbringer vor allem darin, die Budgetdeckelung aufzubrechen und darüber hinaus Erträge zu erwirtschaften. Krankenhäuser können auf diesem Weg in Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen ihren ambulanten Marktanteil erhöhen. Infolge der Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor, zielen die Krankenkassen vorrangig auf die Einsparung von Krankenhauskosten ab.

Verträge zur Förderung von ambulanten Operationen

Interessen der Leistungserbringer

ii. Verträge mit Komplexpauschalen/ indikationsbezogene Verträge

Zur Finanzierung der IV-Leistungen werden innerhalb der Verträge Komplexpauschalen vereinbart, welche sich auf Leistungskomplexe beziehen. Derartige Vereinbarungen werden zumeist an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Anschlussheilbehandlung getroffen, d.h. die Leistungskomplexe umfassen die operative und die unmittelbar post-operative Versorgung der Patienten (vgl. Tophoven 2005).

Auf diese Weise soll eine Verknüpfung der Kosten von Akut- und Rehabilitationsphase stattfinden, mit dem Ziel, Einsparungen zu generieren (vgl. Bischoff-Everding/Hildebrandt 2005, S. 30). Diese werden durch die Rabattierungsfunktion der Verträge erreicht, indem Mehrleistungen gegen Rabatt und zum Teil mit Gewährleistung erbracht werden.

Einer Innovation im Gesundheitswesen gleichkommend ist die Gewährleistungspflicht für durchgeführte Operationen, welche in indikationsbezogenen Verträgen inhaltlich verankert ist (vgl. Bischoff-Everding/Hildebrandt 2005, S. 30). So müssen die Kosten für eventuelle Folgeoperationen innerhalb eines definierten Zeitraums von den Leistungserbringern übernommen werden (vgl. Tophoven 2005).

Ein Beispiel für einen Komplexpauschalenvertrag bietet das Projekt "integra - Neue Wege zur Gesundheit" in Magdeburg. Hier arbeiten zahlreiche niedergelassene Ärzte mit der Klinik St. Marienstift Magdeburg unter Beteiligung des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatz-Kassen (AEK), der IKK Sachsen-Anhalt und der IKK - Die nord- und mitteldeutsche zusammen. Hierdurch wird die kurzstationäre Behandlung bei über 100 verschiedenen Operationen ermöglicht, welche üblicherweise bisher eine längere stationäre Behandlung erforderten.

Leistungskomplexe im post-operativen Bereich bringen Einsparungen

Gewährleistungspflicht

Positivbeispiel eines Komplexpauschalenvertrages



iii. Case Management Verträge

Diese Art von Verträgen wird vorwiegend zwischen den Krankenkassen und einer Gruppe von Ärzten, z. T. auch unter Einbindung von Krankenhäusern, geschlossen. Hierbei streben die Niedergelassenen vor allem die zusätzliche Honorierung ihrer Steuerungsleistungen und Zusatzaufwände an. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind dagegen eher an der strategischen Verbindung zu den Niedergelassenen interessiert und hoffen dabei auf die Zuweisung von Patientenströmen mit der betreffenden Indikation und derjenigen Patienten, die bisher in andere Häuser eingewiesen wurden (vgl. Bischoff-Everding/Hildebrandt 2005, S. 32).

Interessen der Vertragspartner

Die Krankenkassen beabsichtigen mit Case Management Verträgen einen besser abgestimmten Behandlungsverlauf über Sektorgrenzen hinweg, was schließlich zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen führen soll. Dafür sind sie bereit, zunächst zusätzliche Vergütungen zu zahlen und dadurch in die Versorgungsoptimierung zu investieren (vgl. Bischoff-Everding/ Hildebrandt 2005, S. 32).

Nach diesem Prinzip arbeitet der IV-Vertrag „Pro Cardio Plus Potsdam“, bei dem die Kardiologische Gemeinschaftspraxis Potsdam mit dem St. Josefs-Krankenhaus Potsdam zusammenwirkt. Die Hausärzte erbringen die betreuende hausärztliche Leistung und bilden hierbei die primäre Versorgungsebene. Auf der sekundären Versorgungsebene agieren die Fachärzte in Form einer spezifischen fachärztlichen Behandlung. Erst auf der tertiären Ebene greift das Krankenhaus in das Versorgungsgeschehen ein.

Positivbeispiel „Pro Cardio Plus Potsdam“

iv. Verträge mit Budgetverantwortung

Budgetverantwortung bedeutet, dass eine Krankenkasse etwa mit einem Ärztenetz einen Vertrag abschließt und ihm für die komplette Versorgung der Versicherten eine Summe zur Verfügung stellt.

Budgetverantwortung bedeutet wirtschaftlicher Anreiz zur Erlössituation

Die Übernahme von kompletter Budgetverantwortung bietet damit die Möglichkeit, durch eine effiziente Steuerung der Behandlungsabläufe, die Erlössituation entscheidend zu verbessern (DKG 2004, S. 8). Dabei werden die von den Leistungserbringern erwirkten Einsparungen durch die sektorübergreifenden Gesamtkosten der Versorgung in einem jeweils definierten Verhältnis geteilt bzw. stehen den Leistungserbringern als Bonus vollständig zur Verfügung. Somit besteht der wirtschaftliche Anreiz nicht mehr in der Mehrleistung, sondern in der effizienten Vermeidung unnötiger Leistungen (vgl. Bischoff-Everding/ Hildebrandt 2005, S. 32-33).

v. Zukünftiges Vertragsgeschehen

Während die ersten drei Vertragsarten zunächst überwiegend dazu genutzt werden, die Möglichkeit der Einzelverträge zu erproben und möglichst schnell ein Volumen zu generieren, mit dem der 1%ige Abschlag der Anschubfinanzierung begründet werden kann (vgl. Bischoff-Everding/ Hildebrandt 2005, S. 29), soll die Vertragslandschaft zunehmend durch Verträge mit Budgetverantwortung gestaltet werden. Angesichts des Morbiditäts- und Inanspruchnahmerisikos auf der Leistungsseite, ist dort der Anreiz gegeben, den Leistungskonsum ohne Qualitätseinbußen zu reduzieren. Derartige Verträge besitzen, im Vergleich zu den anderen Vertragsarten, strategisches Potential (vgl. Feldmann/ Bischoff-Everding 2004, S. 997).

Zukünftige Vertragsgestaltung mit mehr Budgetverantwortung



Ein Vorreiter für diese innovativen Verträge ist das Projekt QuE - Qualität und Effizienz des Praxisnetzes Nürnberg-Nord. Wesentliche Elemente im PNN sind der Koordinationsarzt, in der Regel der Hausarzt, der die medizinische Versorgung auf der jeweils richtigen Ebene organisiert, die Einführung von PNN-spezifischen Leitlinien, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit dem St. Theresien Krankenhaus sowie die Integration von Pflege und Altenhilfe.

Hierbei übernehmen die teilnehmenden Ärzte nicht nur die medizinische, sondern auch die ökonomische Verantwortung für erbrachte und für einen Teil der veranlassenen oder verordneten Leistungen. Um der gemeinsamen Budgetverantwortung von Haus- und Fachärzten gerecht zu werden, gibt es eine klare Definition und Abgrenzung der Rollen und Aufgaben der Ärzte innerhalb des Netzes. Für die Umsetzung des QuE-Projektes steht den Ärzten ein virtuelles Budget zur Verfügung, das auch eine erfolgsabhängige Vergütung erlaubt. Sollte sich ein Überschuss ergeben, bleiben Beträge bis 5000 Euro im Netz. Darüber hinaus gehende Überschüsse fließen jeweils zu 40 Prozent in die Kassen der QuE-Praxen und der AOK. Die verbleibenden 20 Prozent werden für Investitionen im PNN ausgeschüttet.

e. Derzeitiges Vertragsgeschehen

i. Derzeitiges Vertragsgeschehen in der Praxis

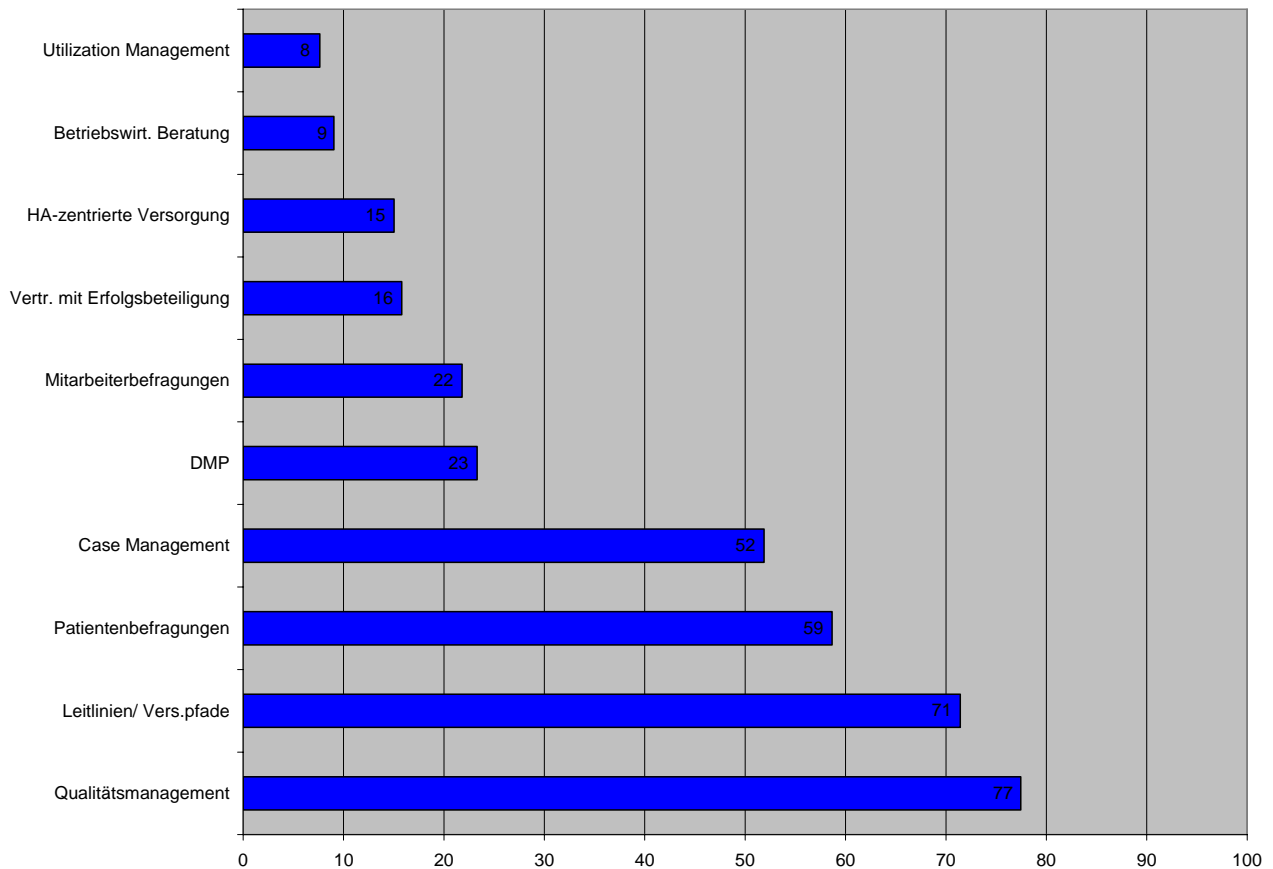
Die Befragung zielt darauf ab, einen groben Überblick über das derzeitige Vertragsgeschehen zu skizzieren. Dabei soll nicht auf Details eingegangen werden, um die individuellen Vertragsinhalte zu bewahren.

Die Entwicklung von Verträgen zur Integrierten Versorgung stand mit Beginn des Jahres 2004 noch weitestgehend am Anfang. Jedoch legten viele Kassen ein enormes Tempo bei der Konzeption und beim Abschluss von IV-Verträgen vor. Bis April 2004 waren bundesweit insgesamt 60 Verträge geschlossen, bis August bereits 100 (vgl. <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/09/22/170a0601.asp>) und bis zum Ende des Jahres 342 Verträge. Nach Ende des 3. Quartals 2005 zählte die Registrierungsstelle 1.346 abgeschlossenen Verträgen zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (vgl. BQS 2005, S. 1).

Die Integration von Versorgungsleistungen kann mit Hilfe der unterschiedlichsten Aktivitäten und Instrumente umgesetzt werden. Dabei werden Qualitätsmanagement (77%), Leitlinien/ Versorgungspfade (71%), Patientenbefragungen (59%) und Case Management (52%) von den Befragten am häufigsten durchgeführt.



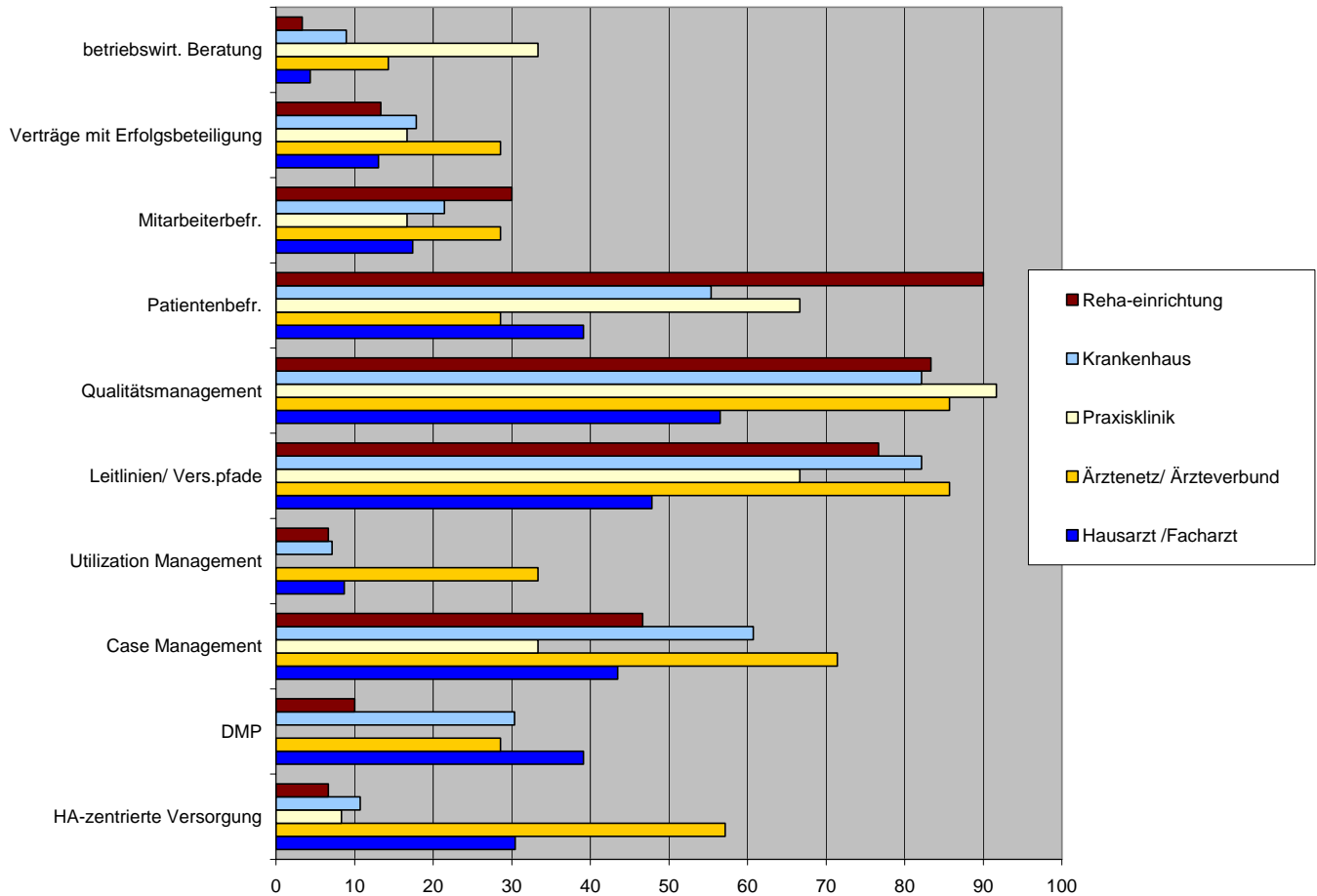
Abbildung 7: Bereits umgesetzte Aktivitäten



Aktivitäten wie z.B. Disease Management Programme (23%), ergebnisorientierte Vergütungsverträge (16%), hausarztzentrierte Versorgung (15%) scheinen sich innerhalb von Netzwerken der IV nicht entsprechend durchgesetzt zu haben. Und auch Unternehmungen zur Planung, Steuerung und Kontrolle der medizinischen und administrativen Prozesse sowie betriebswirtschaftliche Befragungen (9%) und Utilization Management (8%) sind weit abgeschlagen.



Abbildung 8: Umgesetzte Aktivitäten nach Leistungserbringer



Besonders Ärztenetze/ Ärztenverbünde, aber auch die Haus- und Fachärzte nehmen an der Hausarztzentrierten Versorgung teil. Die Beteiligung an Disease Management Programmen ist hingegen sehr gering, wobei die der Haus- und Fachärzte im Gegensatz zu den Ärztenetzen/ Ärztenverbänden und Krankenhäuser um 9 bis 10 Prozent höher liegt.

Für die Versorgung schwer erkrankter und kostenträchtiger Einzelfälle führen vorwiegend Ärztenetze/ Ärztenverbünde und Krankenhäuser ein Case Management durch. Das Instrument des Utilization Managements zur bestmöglichen Nutzung vorhandener Ressourcen, ist unter den Befragten weitestgehend noch unbekannt. Ärztenetze/ Ärztenverbünde setzen dies im Vergleich zu den anderen Befragten jedoch bereits stärker ein.

Interessant ist, dass nahezu alle befragten Rehabilitationseinrichtungen Patientenbefragungen durchführen. Damit setzen sie dieses Instrument im Vergleich zu den anderen Gruppen mit Abstand am häufigsten ein. Auch Mitarbeiterbefragungen werden von allen Leistungserbringern nur wenig genutzt. Rehabilitationseinrichtungen und Ärztenetze/ Ärztenverbünde setzen diese jedoch stärker ein, als die anderen Gruppen. Verträge mit Erfolgsbeteiligung werden nur in geringem Maße abgeschlossen, besonders häufig jedoch von den Ärztenetzen/ Ärztenverbänden. Eine betriebswirtschaftliche Beratung nehmen vor allem die Praxiskliniken in Anspruch.

Durch die Angaben der 128 erfassten Fragebögen lässt sich die Zahl der Verträge der Befragten ableiten und zu einer Gesamtzahl aller Teilnehmer zusammenfassen. Da-

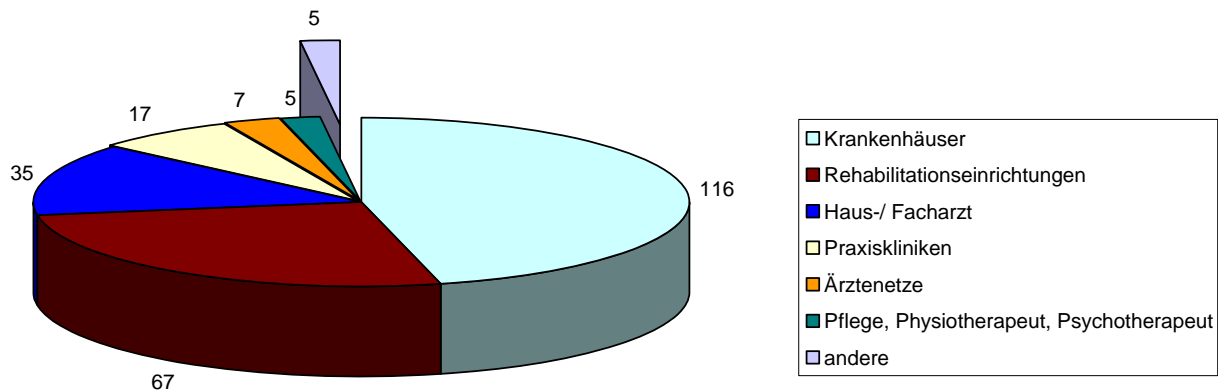
Vertragsanzahl



mit wurden insgesamt 252 Verträge zur integrierten Versorgung erfasst. Jedoch besteht auch hier das Problem der realen Erfassung der tatsächlich abgeschlossenen Verträge. Ähnlich der Erhebung der gemeinsamen Registrierungsstelle ist die Vertragszahl eher als „Vertragsmeldungen“ zu sehen. Allerdings lässt sie sich so mit der Zahl der bei der Registrierungsstelle gemeldeten Verträge vergleichen.

In diesem Zusammenhang lassen sich 116 Verträge von 56 antwortenden Krankenhäusern feststellen. 30 Rehabilitationseinrichtungen machten Angaben zu 67 Verträgen und 23 Haus- und Fachärzte informierten über ihre 35 abgeschlossenen Verträge. Weiterhin konnten von 12 Praxiskliniken 17 Verträge und von 5 Ärztenetzen 7 Verträge ermittelt werden. Daneben wurden insgesamt weitere 5 Verträge von den bisher noch wenig vertretenen Pflegeeinrichtungen, Physio- und Psychotherapeuten erfasst. Damit ergibt sich hier eine gültige Vertragsanzahl von 247, da 5 weitere Verträge keiner Gruppe von Leistungserbringern zugeordnet werden konnte. Die Gesamtauswertung bezieht sich dennoch weiterhin auf 252 Verträge.

Abbildung 9: Anzahl der Verträge (alle Leistungserbringer)

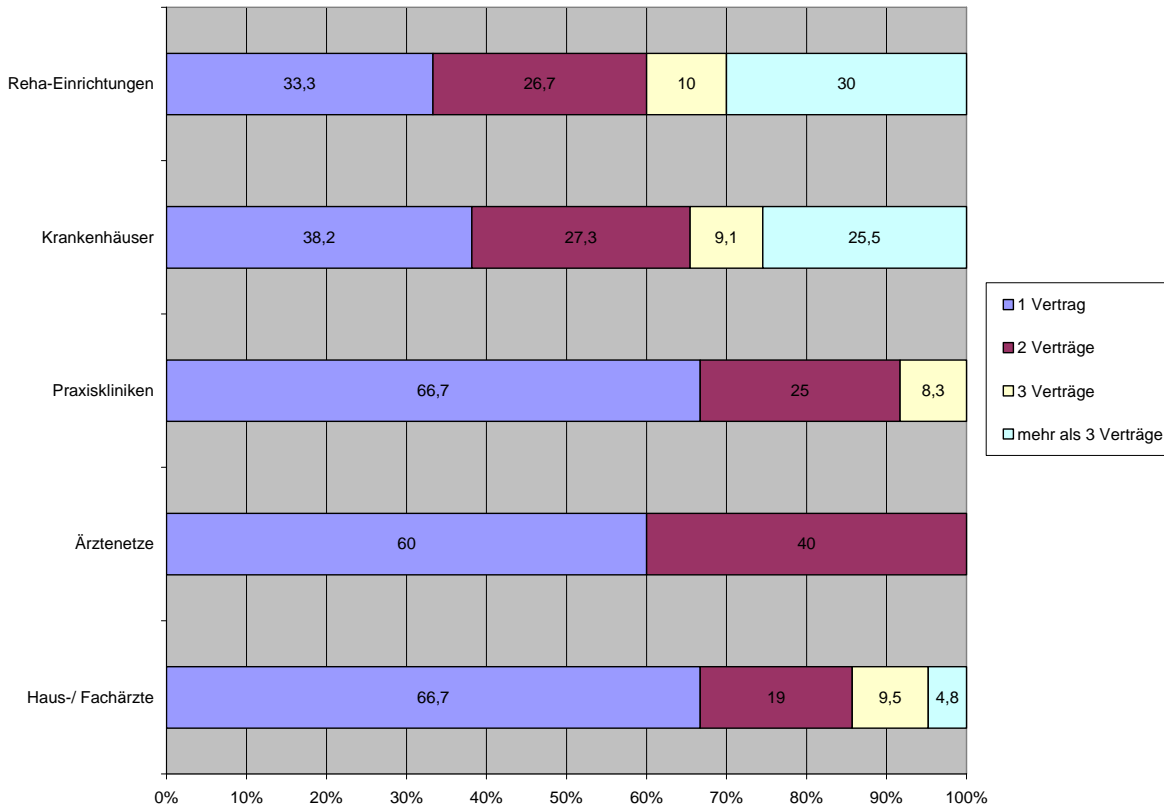


Setzt man die Anzahl der Leistungserbringer ins Verhältnis zu ihren abgeschlossenen Verträgen, so lässt sich feststellen, dass die ambulanten Leistungsanbieter (Haus- und Fachärzte, Ärztenetze und Praxiskliniken) im Gegensatz zu den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen den höchsten Anteil abgeschlossener IV-Verträge besitzen.

hoher Anteil ambulant abgeschlossener Verträge



Abbildung 10: Vertragssituation nach Vertragspartner und Vertragsanzahl



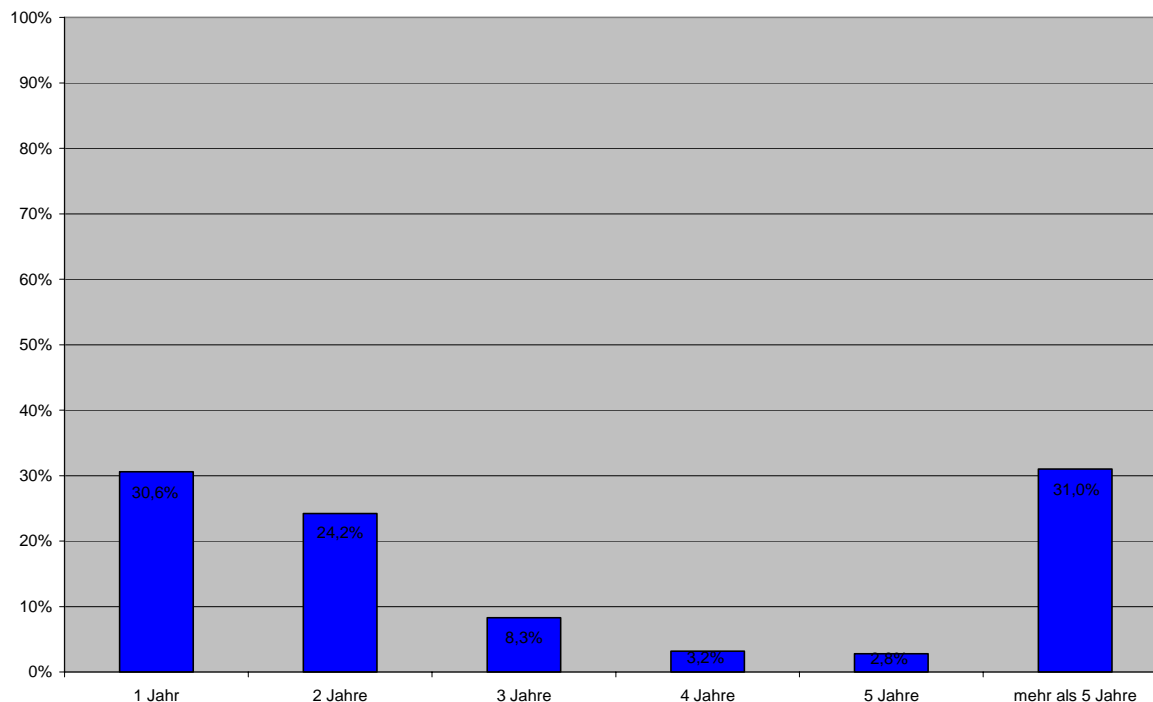
Die Leistungsanbieter können gleichzeitig mehrere Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Jedoch wird in Abbildung 10 deutlich, dass im ambulanten Bereich von den Haus- und Fachärzten und Praxiskliniken zu je über 60% nur 1 Vertrag abgeschlossen wurde. Im Gegensatz dazu haben lediglich 39,3% der befragten Krankenhäuser und 33,3% der befragten Reha-Einrichtungen und 42,9% der Ärztenetze nur einen Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen. 28,6% der Krankenhäuser und 26,7% der Reha-Einrichtungen beteiligen sich an 2 Verträgen. Auch 21,7% der Haus- und Fachärzte, 25,0% der Praxiskliniken und bereits 42,9% der Ärztenetze sind bereits Vertragspartner eines zweiten Vertrags zur integrierten Versorgung. Die Ärztenetze haben als einzige Gruppe keinen dritten Vertrag geschlossen. 8,3% - 23,3% der anderen Gruppen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, beteiligen sich bereits an einem dritten Integrationsvertrag. 4,3% der Haus- und Fachärzte haben bereits mehr als 3 Verträge abgeschlossen. So haben bereits 16,7% der Reha-Einrichtungen und 14,3% der Krankenhäuser mehr als 3 Integrationsverträge abgeschlossen.

In Abbildung 11 ist zu erkennen, dass die ein- und zweijährigen sowie die unbefristeten Verträge überwiegen. 30,6% der erfassten 252 Verträge weisen lediglich eine Vertragsdauer von 1 Jahr und 24,2% eine Dauer von 2 Jahren auf. Worauf sich das zurückführen lässt, kann nicht eindeutig festgestellt werden. Jedoch sind die Verträge von kurzer Dauer vermutlich eher ein Instrument zur Erprobung der Einzelverträge sowie ein Zeichen des Anreizes durch die Anschubfinanzierung. Interessant ist andererseits aber die Tatsache, dass bereits 31,0% der erfassten Verträge eine Vertragsdauer von mehr als 5 Jahren umfassen bzw. unbefristet sind. Drei-



jährige Verträge mit 8,3%, vierjährige Verträge mit 3,2% und fünfjährige Verträge mit 2,8% machen dabei eher einen geringen Anteil aus.

Abbildung 11: Vertragslaufzeit (alle Leistungserbringer)



Mit der Frage nach der Vertragslaufzeit sollte festgestellt werden, ob es sich bisher überwiegend um Verträge zur Erprobung – geringe Laufzeit – oder bereits um umfassende Verträge mit langer bzw. unbegrenzter Laufzeit handelt.

Auf Basis der 252 Verträge konnten in den Fragebögen jeweils mehrere Leistungsbereiche angegeben werden. Insgesamt waren es 651 solcher Nennungen. Es überwiegen die Bereiche der Rehabilitation mit 24,6%, die Akutversorgung durch Krankenhäuser mit 23,3% und die fachärztliche Versorgung mit 20,3% der Nennungen. Interessant ist auch die Tatsache, dass die Prävention insgesamt mit 5,1% einen hohen Stellenwert einnimmt. Damit liegt sie zusammen mit der Heil- und Hilfsmittelversorgung durch die Sanitätshäuser (4,6%), der hausärztlichen Versorgung (4,5%) und der sonstigen Heilbehandlung (4,3%) im Mittelfeld der angegebenen Leistungsbereiche.

Leistungsbereiche

Die Angaben zur Vertragsbezeichnung sollen vor allem den Schwerpunkt des Versorgungsinhaltes umfassen. Auch wenn lediglich 46,7% Angaben zur Vertragsbezeichnung machten, können aus dieser Zahl eindeutige Tendenzen abgeleitet werden. So bestätigt die Auswertung die Annahme, dass überwiegend Verträge zur orthopädischen Versorgung abgeschlossen worden sind. Diese Verträge bilden mit einer Anzahl von 51 den überwiegenden Teil des Kontrahierungsgeschehens. Jeweils 11 Verträge wurden für den Fachbereich Kardiologie und die allgemeine Chirurgie abgeschlossen. 3 Verträge wurden für die onkologische Versorgung und jeweils 2 Verträge für die Bereiche Urologie, Hernienbehandlung, Versorgung vor und nach der Geburt, Schlaganfall und COPD abgeschlossen. Vereinzelt bestehen beispielsweise bereits Verträge für die Palliativmedizin, Phlebologie oder Rheumatologie.

Vertragsbezeichnung



Verträge zur integrierten Versorgung können eine variierende Zahl an Versicherten vorsehen. Dabei kann der Anspruch dieser Verträge auf eine bestimmte Region, z.B. Baden-Württemberg oder unbegrenzt, also bundesweit sein. Bei der Auswertung, ob und in welchem Umfang die abgeschlossenen Verträge regional begrenzt sind, ergibt sich, dass 51,7 % der Verträge eine begrenzte Reichweite vorsehen. Interessant ist auch die Verteilung der Verträge auf die einzelnen Bundesländer. Die Bundesländer weisen im Vergleich zueinander höchst verschiedene Vertragszahlen auf. Die meisten durch den Fragebogen erfassten Verträge wurden mit 22,7% in Nordrhein-Westfalen und mit 19,8% in Baden-Württemberg geschlossen. 11,2% der Verträge wurden in Hessen und 9,1% in Niedersachsen abgeschlossen. Im Mittelfeld liegen Bayern mit 5,8%, Berlin und Rheinland-Pfalz mit jeweils 5,4%, Sachsen-Anhalt mit 5,0% und Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein mit jeweils 4,5%. Darauf folgen Brandenburg mit 3,3%, Sachsen mit 2,1% und Bremen mit 1,2%. Für Hamburg, das Saarland und Thüringen wurden durch den Fragebogen keine Verträge erfasst. Diese Erkenntnisse könnten ein Hinweis darauf sein, dass die Akzeptanz für die integrierte Versorgung in Mittel- und Süddeutschland am stärksten ist.

Reichweite der Verträge

ii. Kritische Betrachtung des Vertragsgeschehens

Die Entwicklung von Vertragsabschlüssen trifft auf unterschiedliche Meinungen. Die eine Seite bezeichnet die bisher erfolgten Abschlüsse von IV-Verträgen als zahl- und aussichtsreich, wobei die andere Seite dem Grund der schleppenden Entwicklung der Verträge nachgeht.

Vertragsqualität wichtiger als Vertragsquantität

Spannender ist jedoch die Beobachtung der Vertragsqualität, anstelle der Vertragsquantität. Denn die veröffentlichten Zahlen der gemeinsamen Registrierungsstelle können lediglich als Anzahl von Vertragsmeldungen interpretiert werden. Da zahlreiche Verträge zur Integrierten Versorgung von mehreren Krankenkassen geschlossen werden und jede Krankenkasse diesen bei der Registrierungsstelle meldet, werden im Ergebnis mehrere Verträge, statt eines gemeinsamen Abschlusses gezählt (BQS 2005, S. 2).

Außerdem werden nur die direkten Vertragspartner der gemeldeten Verträge zur Integrierten Versorgung erfasst (BQS 2005, S. 3). Es besteht somit die Möglichkeit, dass beispielsweise ein Krankenhaus als alleiniger Vertragspartner einer Krankenkasse auftritt, welches alle vereinbarten Leistungen einer Versorgungskette organisiert. Die Leistungserbringung erfolgt dann jedoch in Teilen durch vertraglich an das Krankenhaus gebundene Partner: Medizinische Versorgungszentren, niedergelassene Ärzte, Reha-Einrichtungen usw. Derartige Unterverträge werden der Registrierungsstelle nicht gemeldet. Somit ergibt sich eine undeutliche Zahl an Vertragsabschlüssen, die folglich lediglich einen Richtwert darstellt.

Darüber hinaus wird oftmals die Intransparenz der abgeschlossenen Verträge kritisiert. Es besteht weder eine Pflicht zur Registrierung noch eine Offenlegung der Vertragsinhalte (vgl. Korzilius 2005). Gleichwohl fordert die KBV den Gesetzgeber auf, die Krankenkassen zur Offenlegung der Verträge nach § 140 SGB V gegenüber KVen und Krankenhäusern zu verpflichten (vgl. Köhler 2005, S. 2).

mangelnde Transparenz: negativ oder positiv?

Hierbei wird übersehen, dass es nicht zum wettbewerblichen Konzept der Integrierten Versorgung passt, Verträge öffentlich zu machen. Weder die Krankenkassen noch die jeweiligen Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite können ein Inte-



resse daran haben, Konkurrenten die Möglichkeit zu geben, analoge Verträge unter Vermeidung des üblichen Entwicklungs- und Investitionsaufwands abzuschließen (vgl. Forum Integrierte Versorgung: Hildebrandt Gesundheitsconsult, 2004).

Des Weiteren wird zunehmend kritisiert, dass überwiegend einfache Vertragsformen wie ambulantes und kurzzeitstationäres Operieren, Hausarztmodelle und Verträge zur Hüft- und Knieendoprothetik und Kardiologie die Integrierte Versorgungslandschaft dominieren. Verträge mit Vollversorgung bzw. Übernahme von Budgetverantwortung durch die jeweiligen Kliniken oder Praxisnetze gibt es dagegen bisher nur in wenigen Fällen.

**Kritik an einfache
Vertragsformen**

iii. Vertragsarten nach Integrationsintensität

Eine Untergliederung von Vertragsabschlüssen kann dahingehend vorgenommen werden, dass diese nach ihrer Intensität der Integration und Kooperation differenziert werden:

Erste Kategorie

Als „IV Light“ werden solche Arrangements bezeichnet, die lediglich eine zusätzliche Vergütung direkt von der Krankenkasse beinhalten. Dafür verpflichten sich die Leistungserbringer zu kürzeren Wartezeiten, ausführlicheren Patientengesprächen und rascher Versendung der Arztbriefe (vgl. Silber, 2005). Verträge dieser Kategorie sind überwiegend indikationsbezogen und bilden den Inhalt der Case Management Verträge, der umgewandelten Strukturverträge und der Komplexpauschalverträge (vgl. Hildebrandt et al. 2004, S. 617). Die vom Gesetzgeber mit dem GMG geschaffenen Möglichkeiten einer echten Durchbrechung der sektoralen Grenzen und damit einer Verbesserung der Versorgungsstruktur für die Versicherten wurden bislang durch die "IV Light" nicht umgesetzt (vgl. Bosenius/ Hefner/ Wallhäuser 2005, S. V-17). Vielmehr entsteht dadurch ein schwer überschaubarer Flickenteppich (vgl. Armbruster/Wagner 2005, S. 13).

Zweite Kategorie

Bei der „IV Classic“ wird die sektorale Trennung durchbrochen. Diese Leistungen werden direkt von der Krankenkasse vergütet, die allerdings etwa der gleichen Höhe wie nach EBM oder DRG entspricht. Der Vorteil liegt darin, dass die Vergütung unabhängig von Punktwerten (EBM) bzw. Basisfallwerten (DRG) in Eurobeträgen verhandelt und beglichen wird. Die zusätzliche Einbringung von Innovationen ist nicht vorgesehen (vgl. Silber 2005).

Dritte Kategorie

Die „IV Strong“ bzw. die „Full Size“- Variante sieht dagegen eine Vollversorgung vor, die sich, anders als die Leistungskomplexe oder die indikationsbezogene IV, nicht auf einzelne Krankheitsepisoden oder Krankheitsverläufe, sondern auf die gesamte Versorgung von Versicherten bezieht (vgl. Tophoven 2005). Hierbei wird weder nach EBM noch nach DRG vergütet. Es werden individuell Fall- oder Komplexpauschalen ausgehandelt, welche die Möglichkeit bieten, medizinische Innovationen rasch umzusetzen (vgl. Silber 2005).

Egal welche Form letztendlich individuell für die Vertragsabschlüsse gewählt wird, die Position der Krankenkassen ist mit der Zunahme integrierter Versorgungsstruktu-

**Machtzuwachs für
die Krankenkassen**



ren kritisch zu betrachten. Schließlich ist in Verträgen zu integrierten Versorgungsleistungen in jedem Fall eine Krankenkasse Vertragspartner. Ihre Beteiligung ist unabdingbar, da sie sowohl die Finanzierung, als auch die Versicherungsleistungen absichern muss und ausschließlich Versorgungsleistungen Gegenstand der Integrationsverträge sein können (vgl. Henke et al. 2004, S. 23). Die veränderte Vertragsgestaltung führt somit zu einem Machtzuwachs der Kassen, der auch schon in den USA infolge der Managed Care Strukturen beklagt wurde.

4. Finanzierung der Integrationsversorgung

a. Vergütung der Leistungserbringer

„Die Verträge zur Integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. [...]“ Sie „... können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. [...]“

(§ 140c SGB V)

Der § 140c SGB V regelt, dass die Vergütung der Integrierten Versorgung in den Verträgen festgelegt wird. Dabei sind nach dem Willen des Gesetzgebers sämtliche Leistungen zu vergüten, die von den an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommen werden. Außerdem ist die Vergütung für die Fälle vertraglich zu regeln, in denen die Versicherten zusätzlich Leistungen von Leistungserbringern in Anspruch nehmen müssen, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Doch auch diese eventuellen Gründe für die Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Integrationsnetzwerkes wie beispielsweise eine Überweisung müssen im Vertrag verankert sein.

**Vertrag regelt
Vergütung der
Leistungserbringer**

Die Verhandlung der Preise für den zu erbringenden Leistungsumfang findet autonom zwischen den Leistungserbringern und der entsprechenden Krankenkasse statt. Im Gesetzestext sind keinerlei Beschränkungen oder Orientierungen an Richtpreisen vorgesehen. Zugleich sind die Vertragspartner an keine Finanzierungssystematik gebunden. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die Vergütung entweder einzelleistungsbezogen oder pauschaliert ausgehandelt werden (vgl. DKG 2004, S. 9). Somit können in den Vergütungsvereinbarungen andere Punktzahlen für die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Leistungen festgelegt werden; beispielsweise Punktwerte, die von den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) abweichen, oder aber Vergütungen nach Leistungskomplexen und Kopfpauschalen. Auch völlig neu entwickelte Vergütungsformen können zur Anwendung kommen und vertraglich fixiert werden.

**freie Wahl der
Vergütungsform**

i. Einzelleistungsvergütung vs. Pauschalvergütung

Aufgrund der weitestgehend freien Gestaltung werden Vergütungssysteme oftmals so konzipiert, dass die Leistungserbringer motiviert sind, die Versorgung effektiv zu gestalten und so Mengenausweitungen zu vermeiden (vgl. Schwiedernoch/Özyurt 2004, S. 13).

**weg von der Ein-
zelleistungs-
vergütung**



Die Vergütung nach Einzelleistungen bietet dabei keinen positiven Effekt, denn eine bestimmte, möglichst genau definierte, medizinische Tätigkeit wird bei dieser Vergütungsform mit einem festgesetzten Honorar vergütet, wobei Zeitaufwand und Schwierigkeit zusätzlich Berücksichtigung in der Abrechnung finden. Damit werden medizinisch nicht indizierte Leistungen und der Anreiz zur Mengenausweitung gefördert (vgl. Bilger 2000, S. 2).

Das Interesse der Krankenkassen liegt daher eher im Bereich der Abgabe von Budgetverantwortung bzw. einer pauschalierten Vergütung (vgl. KKVD 2005, S. 33). Der ökonomische Anreiz besteht hierbei gerade nicht in der Mengenausweitung, sondern in der Minimierung (vgl. Glaeske, 2002, S. 9), da alle Pauschalen jeweils unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten berechnet werden (vgl. Wiechmann, 2003, S. 66 ff.).

In einem solchen System erfolgt die Vergütung nach der Anzahl der Patienten, die in einem vereinbarten Zeitraum (Quartal oder Jahr) die Praxis aufsuchen. Infolgedessen werden die Ärzte versuchen, jeden Behandlungsfall möglichst Kosten sparend abzuwickeln, um einen hohen Anteil der Pauschale ohne entsprechende Arbeitsgegenleistung in Anspruch nehmen zu können (vgl. Glaeske 2002, S. 9).

Pauschalen bewirken, dass sich die Leistungserbringer intensiv mit der Steuerung der Leistung beschäftigen. Ihr Denken ist somit prozess-, kunden- und qualitätsorientiert und motiviert sie zur Vernetzung (vgl. Wirthner 2004, S. 132 ff.). Außerdem soll eine pauschalierte Vergütung zu mehr Transparenz, Kostenbewusstsein und der Überbrückung sektoraler Grenzen beitragen (vgl. Flintrop 2004, A 1040).

Allerdings besteht auch die Gefahr, dass Leistungsanbieter schlechtere oder unzureichende Leistungen anbieten, um Einsparungen zu erzielen. Sogar die Entwicklung zu einer Risikoselektion ist denkbar. Infolge dieser würden vornehmlich junge und gesunde Versicherte zur Teilnahme an der Integrationsversorgung bewegt werden, während Versicherte mit schlechter Risikostruktur in der Regelversorgung verbleiben und diese belasten würden (vgl. Windthorst 2002, S. 130).

Plädium für Pauschalvergütungen

Bewertung der Pauschalvergütung

ii. Arten der Pauschalvergütung

Je nach Indikation bzw. Integrationsgrad lassen sich bestimmte Arten von Pauschalen unterscheiden. Diese werden im Folgenden dargestellt:

Fallpauschalen

Bei der Fallpauschale ist der einzelne Fall die Bezugsbasis der Vergütung (vgl. Amelung 2004, S. 143), das heißt, es erfolgt eine festgelegte Vergütung für den einzelnen Patienten, der eine bestimmte Behandlung in Anspruch nimmt (vgl. Bilger 2000, S. 2). In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass die Behandlungsphase genau definiert wird.

Für den Krankenhaussektor in Deutschland erfolgt die verpflichtende Umsetzung einer pauschalierten Vergütung von Gesundheitsleistungen seit dem 01. Januar 2004 durch die diagnosebezogenen Fallgruppen, den Diagnoses Related Groups (DRGs). Sie sind die Basis des Entgeltsystems in Akutkrankenhäusern. Im DRG-System be-

DRGs im Krankenhaussektor



zahlen die Kostenträger für jeden Behandlungsfall einen Pauschalpreis, der alle Leistungen einschließt. Dazu werden die Patienten anhand bestimmter Kriterien nach möglichst homogenen Fallgruppen klassifiziert. Die wichtigsten Kriterien sind: Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Komplikationen, Prozeduren und Operationen (vgl. Hajen/ Paetow/ Schumacher 2004, S. 177).

In den Kliniken sorgen die Fallpauschalen dafür, dass in den Köpfen der Ärzte ein Bewusstsein für die Kosten der medizinischen Behandlung entsteht (vgl. Koch 2005, A 1036). Zudem sollen die DRGs die Verweildauer im Krankenhaus verkürzen, die Mengenausweitung begrenzen, mehr Transparenz sowie Qualität schaffen und eine Auflösung der Sektorengrenzen bewirken (vgl. Bruckenberger 2001, S. 17).

Als Vergütung für ausschließlich ambulant erbrachte Leistungen sind Fallpauschalen eher ungeeignet, da Beginn und Ende einer Erkrankung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Gegensatz zu einer stationären Behandlung schwer zu bestimmen sind (vgl. Amelung 2004, S. 127). Auch auf die Qualität der Versorgungsleistungen kann sich die Vergütung nach Fallpauschalen generell nachteilig auswirken, etwa bei einer zu frühen Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus oder durch das Unterlassen notwendiger Therapien aufgrund des beschränkten Budgets oder von Profitgedanken. Damit kann auch eine Kostenverlagerung in andere Versorgungssysteme (ambulante Versorgung, Pflege- und Versorgungseinrichtungen) verbunden sein. Deshalb ist bei einer Vergütung mittels Fallpauschalen ein Case Management und ein Utilization Review unbedingt notwendig (vgl. Amelung 2004, S. 145).

Nachteil der Fallpauschalen

Komplexpauschalen

Die Leistungskomplexpauschale fasst meist die Akutpauschale und eine zu bildende Rehabilitationspauschale zusammen. Dabei werden die Akutbehandlung und Rehabilitation zu einer ökonomischen Vergütungseinheit zusammengefasst und als Komplexpauschale nur einmal abgerechnet.

Die Tendenz zur Leistungsausweitung wird somit begrenzt und die notwendige enge Kooperation zwischen den Akut- und Rehabilitationsärzten sowie der Informationsstrom gefördert. Dies hat wiederum die Verbesserung der Behandlungsqualität zur Folge. Und auch für die Leistungserbringer ergeben sich durch höhere Arbeitsteilung und Koordination Möglichkeiten der Optimierung (vgl. SVR 1997, Ziffer 670).

Anreize zur Wirtschaftlichkeit erhöht

Kopfpauschalen (Capitation)

Bei einer Kopfpauschale handelt es sich um einen ex-ante festgelegten Betrag pro Patient, der in einer Rechnungsperiode in einem Integrationsvertrag eingeschrieben ist; z. B. einem Quartal (vgl. Schreyögg/Mackenthun 2003, S. 17). Die Pauschale kann im Prinzip alle für die Betreuung eines Versicherten notwendigen Versorgungsleistungen berücksichtigen, angefangen von der akuten Grundversorgung, über den Facharzt und die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, bis zur Rehabilitation, inklusive sämtlicher Medikamente (vgl. Wirthner 2004, S. 129).

Umfang der Capitation



Die Risiken, die bei der Versorgung eines Versicherten entstehen, werden auf diese Weise vollständig auf die Leistungserbringer übertragen. Um das finanzielle Risiko des Arztes zu begrenzen, müssen bei Übernahme einer solchen Budgetverantwortung die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur berücksichtigt werden (§ 140c Abs. 2 (2) SGB V). So wird die Kopfpauschale in der Regel differenziert, das heißt, vorhersehbare Unterschiede in der Inanspruchnahme des Leistungsanbieters (alters-, geschlechts- oder morbiditätsbedingt) werden bei der Festlegung der Höhe der Kopfpauschale berücksichtigt (vgl. Hajen/ Paetow/ Schumacher 2004, S. 152). Außerdem muss die Kalkulation der Pauschale so gestaltet sein, dass sie die erwarteten Kosten pro Versicherten deckt (vgl. Amelung 2004, S. 140).

In einem Vergütungssystem, welches von den soeben beschriebenen Kopfpauschalen geprägt ist, bekommen die Leistungsanbieter Anreize, effizient zu arbeiten und nur die Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen, die sie tatsächlich für erforderlich halten. Sie wirtschaften somit kostengünstiger.

positive Effekte

Außerdem achten besonders stationäre Einrichtungen darauf, die Verweildauer eines Patienten möglichst niedrig zu halten. So führen Kopfpauschalen dazu, dass im gesamten Versorgungssystem ambulante Leistungen den stationären vorgezogen werden, da diese kostengünstiger zu erbringen sind. Schließlich bedeutet jede zusätzliche Aktivität, dass das Nettoeinkommen des Leistungserbringers sinkt bzw. sich sein Freizeitnutzen reduziert. Darüber hinaus fördert die Kopfpauschale die Kontinuität der Patientenbetreuung und ist verwaltungstechnisch relativ einfach umzusetzen (vgl. Amelung 2004, S. 131 ff.).

Jedoch birgt auch dieses System, wie jede pauschalierte Vergütungsform, die Gefahr, dass Kosten auf ausgegliederte Leistungen verlagert, notwendige medizinische Versorgung unterlassen und Patienten mit einem hohen Gesundheitsrisiko abgewiesen werden. Allerdings ist in diesem Kopfpauschalensystem nur ein gesunder Patient für den Arzt profitabel. Aus diesem Grund lässt diese Vergütungsform sowohl im Hinblick auf die Kosten als auch auf die Qualität der Versorgung theoretisch relativ gute Ergebnisse erwarten (vgl. Amelung 2004, S. 131).

negative Effekte

Spezielle Probleme können dennoch bei den Fachärzten und Allgemeinmedizinern auftreten. Zum einen haben die Spezialisten keine fixe Anzahl an Patienten und sind von Überweisungen abhängig und zum anderen könnte den Allgemeinärzten das unternehmerische Risiko über den Kopf wachsen, welches sie mit dieser Vergütungsform eingehen. Sie erwirtschaften zwangsläufig Verluste, wenn sich in ihrem Patientenpool unerwartet viele Kranke befinden.

Contact Capitation

Um den Problemen des hohen wirtschaftlichen Risikos und der Patientenknappheit entgegen zu wirken, hat sich eine neue Variante des Capitation-Modells entwickelt: die Contact Capitation. Der Unterschied zur traditionellen Kopfpauschale liegt darin, dass sie dem Arzt nur für die Patienten gezahlt wird, die ihn wirklich aufsuchen und somit seine Leistungen in Anspruch nehmen.

Vorbeugung negativer Effekte

Dieses System fordert und fördert nicht nur die Zusammenarbeit der Angehörigen einer Facharztgruppe, sondern im Besonderen auch die der Fach- und Allgemeinärzte untereinander. Sie sind in ihrer Arbeit von einander abhängig und müssen kooperieren sowie kommunizieren, damit das System optimal funktioniert (vgl. Pieper 1999).



„Wenn das Ziel verfolgt wird, Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch Integration der Leistungserbringer zu mehren, kann die Entwicklung nur erfolgreich sein, wenn sie von einem Vergütungssystem begleitet ist, das durch hinreichend genaue Morbiditätsadjustierung von Kopffpauschalen geprägt ist.“

(Schröder/Ryll 2003, S. 168)

b. Anschubfinanzierung

„Zur Förderung der Integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. [...]“

(§ 140d SGB V)

Mit der gesetzlichen Verankerung einer Anschubfinanzierung wollte der Gesetzgeber einen Anreiz für Vertragsschließungen schaffen, da die bisherigen Versuche und Unternehmungen, die Integrierte Versorgung einigen Anläufen, Integrierte Versorgungsformen in das deutsche Gesundheitssystem einzuführen, weitestgehend gescheitert sind.

**Anschubfinanzierung
als Anreiz zur Ver-
tragsschließung**

i. Das Gesetz der Anschubfinanzierung

Das Gesetz der Anschubfinanzierung besagt, dass die Krankenkassen bundesweit je bis zu ein Prozent der Vertragsarzthonorare und der Rechnungsbeträge von Krankenhäusern einbehalten dürfen. Auf diese Weise stehen den Kassen jährlich etwa 680 Millionen Euro für die Umsetzung von Integrationsverträgen zur Verfügung; 460 Millionen aus dem Krankenhaussektor und 220 Millionen aufgrund gekürzter Vertragsarzthonorare (Angaben in 2003) (vgl. Tophoven 2005).

Allerdings können die Finanzmittel lediglich einbehalten werden, sofern die Krankenkassen IV-Verträge abschließen und die Mittel zur Umsetzung dieser Verträge erforderlich sind. Ein pauschaler Einbehalt hingegen ist unzulässig (vgl. DKG 2004, S. 9). Des Weiteren heißt es im Gesetz, dass die einprozentige Einbehaltung ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 (1) SGB V vereinbarten Vergütungen zu verwenden ist. Dementsprechend sind Kosten des einhergehenden Verwaltungsaufwandes der Krankenkassen unzulässig.

**1 Prozent nur für
Finanzierung der
Vergütungen für
die IV-Verträge**

Die AOK vertritt jedoch die Ansicht, dass nur wirklich neue und zusätzliche Leistungen finanziert werden sollten: z. B. zusätzlicher medizinischer bzw. technischer Aufwand, höherer Beratungs- und Betreuungsbedarf, neue Techniken, besondere Behandlungsmethoden und Dokumentationsaufwand (vgl. Schmidt 2005, S. 55). Auch Anlaufkosten, die bezüglich der Integrationsverträge (z.B. EDV, Dokumentation) anfallen oder laufende Managementkosten, wären somit über die Leistungsentgelte refinanzierbar (vgl. Hartwig 2004, S. 366).



Generell gilt, dass die einbehaltenen Finanzmittel, welche bis zum 31.12.2006 nicht für die IV verwendet wurden, an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie an die einzelnen Krankenhäuser zurückgezahlt werden müssen. Durch diese Regelung wird einerseits vermieden, dass Krankenkassen Vergütungsanteile zu Unrecht einbehalten, andererseits soll damit ein zusätzlicher Anreiz geschaffen werden, Verträge zur Integrierten Versorgung abzuschließen (DKG 2004, S. 10).

Die Höhe des endgültigen Abzuges richtet sich letztendlich nach den tatsächlichen für die IV abgeschlossenen Verträgen. Das heißt, wenn eine Krankenkasse Verträge mit einem Volumen abschließt, welches lediglich eine Rechnungskürzung von 0,4% rechtfertigt, können auch nur diese 0,4% einbehalten werden (vgl. DKG 2004, S. 9). Des Weiteren sind die Kürzungen von der im Integrationsvertrag angegebenen Versorgungsregion abhängig. Erklärt zum Beispiel eine Krankenkasse, dass sich ihr Integrationsvertrag auf die KV-Bezirke Berlin und Brandenburg bezieht, werden die vertragsärztlichen Gesamtvergütungen und alle Krankenhausrechnungen, die bei der Krankenkasse für ihre Versicherten aus Berlin und Brandenburg eingehen, entsprechend gekürzt (vgl. DKG 2004, S. 9).

Höhe der Einbehaltung

Um die Verwendung der einbehaltenen Mittel beobachten zu können und Missbrauch zu verhindern, haben die Selbstverwaltungspartner eine zentrale Registrierungsstelle für Verträge zur Integrierten Versorgung eingerichtet. Diese erhält Informationen zu den Vertragspartnern, einen groben Umriss der Vertragsinhalte und insbesondere das geschätzte Volumen für die Umsetzung der Verträge (vgl. Tophoven, 2005).

Kontrolle durch zentrale Registrierungsstelle

Da die Erarbeitung und Umsetzung von integrierten Versorgungsformen mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden sind und von den beteiligten Krankenkassen zunächst erst noch entsprechende Strukturen geschaffen werden müssen, wurde zudem der Grundsatz der Beitragsstabilität für Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 geschlossen werden, ausgesetzt. Damit haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auch dann integrierte Versorgungsverträge abzuschließen, wenn sie im Zuge dessen die Beitragssätze erhöhen müssen (vgl. Flintrop 2004, A-668).

Beitragszahlung für Integrationsverträge

ii. Kritische Betrachtung der Anschubfinanzierung

So positiv und wirkungsvoll die Methode der Anschubfinanzierung zu sein scheint, sie bringt auch Nachteile mit und birgt Risiken in sich.

Verringerung der Gesamtvergütung

Übersteigt der Ressourcenverbrauch durch die IV das eine Prozent, so sind nach § 140d Abs. 2 (1) SGB V die Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung morbiditätsadjustiert zu bereinigen. Folglich verringern sich die Gesamtvergütungen. Da die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über eine Kürzung der Vertragsarzthonorare verhandeln können, um weitere IV-Verträge zu finanzieren, die Kliniken aber hingegen kein Geld nachschießen müssen, stellt diese Situation besonders für die Vertragsärzte eine zusätzliche finanzielle Belastung dar. Letztlich würde dies bedeuten, dass niedergelassene Ärzte Krankenhäuser subventionieren, wenn die Kassen in Zukunft häufiger nur mit einer Klinik und einer Reha-Einrichtung Integrationsverträge abschließen.

Außerdem wird erwartet, dass sich viele der jetzt entwickelten Integrations-Modelle nach Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2006 nicht selbst tragen können und

keine tragfähige Basis für IV



wieder vom Markt verschwinden (vgl. Schlingensiepen 2004). Denn der Gesetzgeber liefert keine Vorgaben oder Vorschläge wie die Integrierte Versorgung nach Auslaufen der Anschubfinanzierung weiter finanziert werden soll.

Aus diesem Grund muss die Integrationsversorgung so angelegt sein, dass sie auch ohne Anschubfinanzierung ökonomisch tragfähig ist und nicht zu einer zusätzlichen Belastung des Gesundheitssystems avanciert.

5. Ausblick

Die eingangs beschriebenen Probleme machen deutlich, dass das deutsche Gesundheitswesen dringend Strukturveränderungen bedarf. Dies zeigen z.B. die zunehmende Alterung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Leistungsanspruchnahme; Faktoren welche die derzeitige Regelversorgung stark belasten.

Ein Weg, die medizinische Versorgung effektiver und vor allem effizienter zu gestalten, ist zweifelsfrei die Etablierung integrierender Versorgungsstrukturen. Um eine integrierte Versorgung langfristig integrieren zu können, sind verschiedene Versorgungsinstrumente und -formen notwendig, welche im Verlauf dieser Arbeit ausführlich beschrieben wurden.

Behindert wird die Implementierung jedoch aufgrund der Tatsache, dass es weder eine einheitliche Definition noch Anleitungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung gibt. Auch der Gesetzgeber beschränkt sich auf das Notwendigste in seiner Beschreibung. So sind die Leistungserbringer aufgefordert, selbst aktiv zu werden, um diese neue Versorgungsform mitzugestalten.

Im Folgenden soll nun ein Idealbild der Integrierten Versorgung dargestellt werden.

a. Idealbild der Integrierten Versorgung

Ein umfassendes integriertes Versorgungsmodell bezieht sich nicht auf einzelne Krankheitsepisoden oder Krankheitsverläufe, sondern auf die gesamte Versorgung von Versicherten, unabhängig davon, an welchen Krankheiten sie leiden (vgl. Tophoven 2005). Das bedeutet, dass die medizinische Versorgung nicht nur die Kuration und Rehabilitation beinhaltet, sondern auch der Prävention ein hoher Stellenwert zukommt und diese in die IV mit einbezogen werden muss.

Die Behandlung des Patienten läuft in erster Linie über den Koordinierungsarzt oder Gatekeeper, der den gesamten Behandlungsverlauf - von der Prävention über die Kuration bis hin zur Pflege und Rehabilitation - steuert. Jede Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Notfälle ausgenommen, beginnt mit einem Besuch bei einem individuell bestimmten Allgemeinarzt bzw. beim Hausarzt des Versicherten (vgl. Amelung/Schumacher 2004, S. 151).

Des Weiteren sollen alle beteiligten Leistungsbereiche miteinander kooperieren, um Schnittstellen effektiv zu nutzen sowie doppelte Leistungserbringung zu vermeiden und so eine optimale Versorgung des Patienten zu erreichen. Die Vernetzung der Information wird außerdem durch die elektronische Patientenakte gefördert, zu der

**Belastung der
Regelversorgung**

**Lösungsansatz:
Integrierte Versor-
gung**

**freie Gestaltung
seitens der Ver-
tragspartner**

**Versorgung ent-
lang der gesamten
Versorgungskette**

**Steuerung der Be-
handlung über einen
Koordinierungsarzt**

**Kooperation und
Dokumentation**



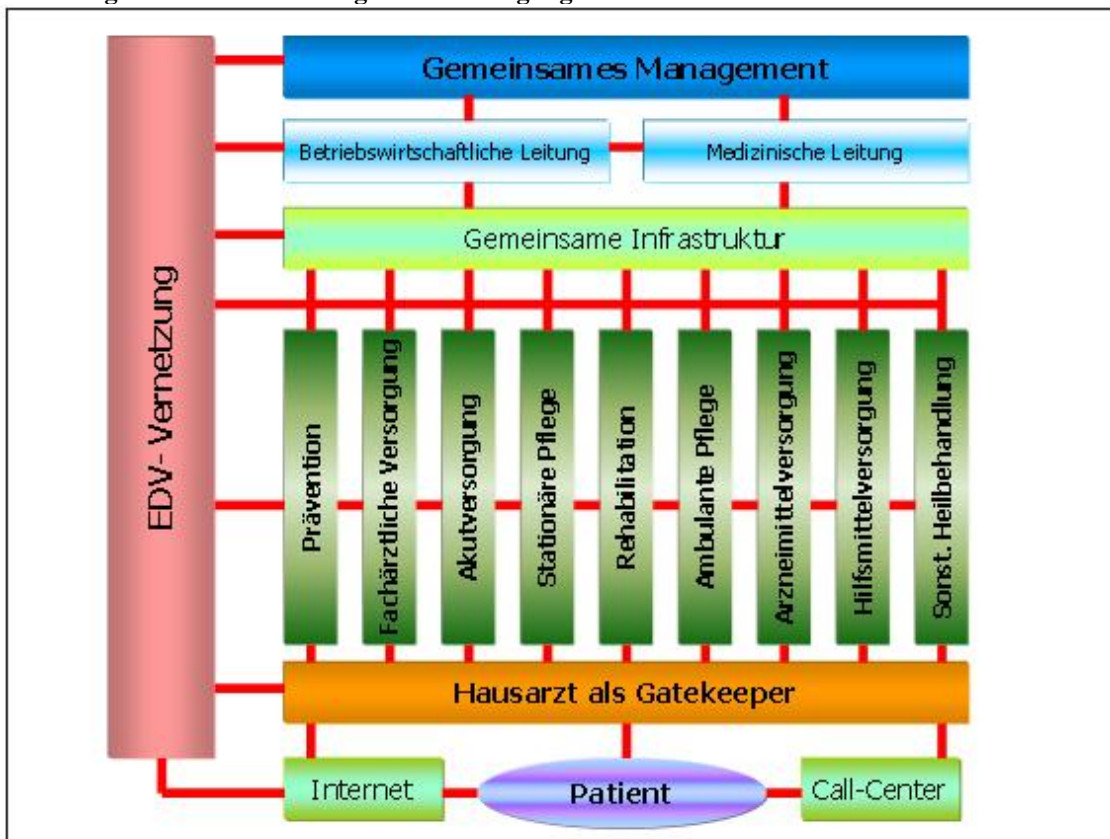
sowohl der Versicherte selbst, aber auch alle seine Leistungserbringer Zugang haben. Die elektronische Patientenakte verhindert zudem Informationsverluste im Versorgungsnetz.

Weiterhin hat der Patient Zugriff auf ein spezielles mit Krankenschwestern und Ärzten ausgestattetes Telefon-Zentrum (Call-Center). Dort erhält er Antworten auf seine Fragen, kann sich Termine arrangieren lassen und wird mit Informationen über spezielle Gesundheits-Programme zur Vorbeugung von Krankheiten und Anleitungen zur Unterstützung eines besseren Umgangs mit seinen Erkrankungen usw. unterstützt.

Die einzelnen Akteure arbeiten Hand in Hand, um die Versorgung zu optimieren. Für die wichtigsten Krankheitsgruppen gibt es „integrierte Behandlungsleitfäden“ mit dem Ziel, dass die Patienten vermehrt und intensiver zu Hause betreut werden können und im Schnitt weniger Tage im Krankenhaus verbringen müssen (vgl. Wahl 2003, S. 3).

intensive Betreuung des Patienten

Abbildung 12: Umfassende integrierte Versorgungsabläufe



(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an: Bundesverband Managed Care e.V. 2003, S. 7)

Für dieses Organisationsmodell einer umfassenden integrierten Vollversorgung sollte sich ein Unternehmen etablieren, das als Träger der Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen Verträge abschließt. In diesen Verträgen werden Leistungsumfang, Qualität und Finanzierung der Versorgung der Versicherten vereinbart (vgl. Tophoven 2005). Das Netz erhält für die Versorgung eine auszuhandelnde Summe, das Budget, das nach einem intern zu entwickelnden Schlüssel verteilt wird.

Koordinierungsstelle zur Vertragsschließung



Einschränkung der
Arztwahl und
Bonussystem

Die Versicherten schließen ebenfalls mit ihrer Krankenkasse einen Vertrag, um die IV in Anspruch nehmen zu können. Sie verpflichten sich damit, in erster Instanz den Hausarzt zu konsultieren und bei kostspieligen Behandlungen Leistungen ausschließlich innerhalb des Versorgungsnetzwerkes in Anspruch zu nehmen. Als Gegenleistung erhalten die Patienten eine abgestimmte qualitativ hochwertige Versorgung. Zudem werden Bonussysteme als finanzielle Anreize eingeführt (vgl. Tophoven 2005).

Kommunikation der
Vertragspartner

Neben diesen Voraussetzungen ist auch die ständige Informationsversorgung von hoher Bedeutung. Somit müssen alle Teilnehmer der IV, insbesondere der Patient, durch eine vollständige EDV-Vernetzung miteinander kommunizieren und auf die notwendigen Daten zugreifen können. IT-Elemente wie beispielsweise die elektronische Patientenakte oder die Gesundheitskarte schaffen Transparenz über erbrachte Leistungen und versprechen eine Verbesserung der medizinischen Behandlung. Außerdem lässt sich durch die Informationstechnologie eine wesentliche Effizienzsteigerung sowie Prozessoptimierung erreichen (vgl. Wetekam 2004, S. 271).

b. Thesen zu wesentlichen Inhalten der Integrierten Versorgung

In diesem Zusammenhang wurden Thesen erarbeitet, die die wichtigsten Inhalte einer umfassenden Integrierten Versorgung darstellen.

- *Was soll die Integrierte Versorgung (IV) leisten?*

- (1) Die IV soll patientenorientiert sein, sowie Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit schaffen.
- (2) Die IV soll zur Regelversorgung werden.

- *Versorgungsinstrumente*

- (1) Medizinische Leitlinien verbessern die Versorgungsqualität innerhalb der IV.
- (2) Um die Qualität innerhalb der IV zu verbessern, muss ein sektorübergreifendes Qualitätsmanagement aufgebaut werden.

- *Versorgungsstruktur*

Infrastruktur:

- (1) Integrierte Versorgung muss sektorübergreifend und gleichzeitig interdisziplinär gestaltet sein.
- (2) Der Hausarzt stellt den Zugang zur Integrierten Versorgung dar und koordiniert den gesamten Behandlungsverlauf.
- (3) Eine ideale integrierte Gesundheitsversorgung soll einen umfassenden Teilnehmerkreis auf Leistungserbringerseite bereitstellen.
- (4) Disease Management und Case Management sind wichtige Ergänzungen für die Umsetzung der Integrierten Versorgung, insbesondere für die Versorgung chronisch Kranker.



Informationsversorgung:

- (1) Basis für die Durchführung der IV ist die vollständige EDV-Vernetzung der teilnehmenden Leistungsanbieter durch moderne Technologien.
- (2) Einrichtung einer Leitstelle in Form einer Managementzentrale zur kontinuierlichen informellen Kommunikation der Netzteilnehmer und Versicherten.
- (3) Für den sicheren Datenaustausch sind Standards zu schaffen.

• *Vertragsgestaltung*

- (1) Das vertragsschließende Netz stellt die Versorgung aller freiwillig beigetretenen Versicherten hinsichtlich eines bestimmten Versorgungsspektrums in einer definierten Region sicher.
- (2) Durch selektives Kontrahieren kann eine qualitative Versorgung erreicht werden.
- (3) Durch IV-Verträge soll eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.
- (4) Verträge sollen einheitlicher und standardisierter konzipiert werden. Die Vertragslandschaft darf nicht durch zu viele Einzelverträge gestaltet werden.

• *Vergütung*

- (1) Es wird eine Kopfpauschale (Capitation) als Vergütungsform angestrebt. Diese wird zwischen der Krankenkasse und den Leistungsanbietern (jährlich) ausgehandelt und vertraglich festgelegt.
- (2) Bei der Berechnung der Pauschale müssen die Morbiditätskriterien der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten berücksichtigt werden.
- (3) Das finanzielle Risiko wird an eine Managementgesellschaft übertragen. Dabei ist die Beteiligung des einzelnen Netzmitgliedes am Erfolg bzw. Verlust unabdingbare Voraussetzung, um die Netzziele (z.B. Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung) zu erreichen.
- (4) Die Anschubfinanzierung ist Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung und muss auch nach Ende des Jahres 2006 zur Verfügung gestellt werden. Der jetzige Prozentsatz muss tendenziell steigen.



Autoren

Professor Dr. Axel Mühlbacher, Leiter des Stiftungsinstituts Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg
Schwerpunkt Gesundheitssystem-, Versorgungs- und Evaluationsforschung
Mitglied des Zentrums für innovative Gesundheitstechnologien an der Technischen Universität Berlin (ZIG)

Susanne Lubs, BPH
Fachbereich Gesundheit und Pflege

Nicole Röhrig, BPH
Fachbereich Gesundheit und Pflege

Andreas Schultz, Msc.PH, wissenschaftlicher Mitarbeiter im
Stiftungsinstitut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement

Ilka Zimmermann, studentische Hilfskraft im
Stiftungsinstitut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

Dr. Matthias Nübling, GEB: Gesellschaft für Empirische Beratung mbH



6. Literaturverzeichnis:

- Abrahamczik, G.: MVZ – ein Praxisleitfaden. Wie gründe ich ein MVZ?
In: Krankenhaus Umschau, 2, 2005, S. 95-97.
- Amelung, V. E./ Schumacher, H.: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Gabler Verlag: Wiesbaden 2004.
- Armbruster, S./ Wagner, K.: In der Vielfalt liegen Chancen. In: Klartext. Die Zeitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 1/2005, S. 13.
- Bauer, H.: Leitlinien als Grundlage rationalen ärztlichen Handelns. In: Eichhorn, S./ Schmidt-Rettig, B.: Chancen und Risiken von Managed Care. Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Kohlhammer: Stuttgart et al. 1998, S. 161-173.
- Baumberger, J.: So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Thieme: Stuttgart 2001.
- Beck, W.: Presseerklärung. Stärkung der vergleichenden Ergebnisqualität im Gesundheitswesen. Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Frankfurt 2004.
- Beeretz, R./ Bienger, S.: Medizinische Versorgungszentren. Chancen und Risiken bei der Gründung und der Arbeit von und in Medizinischen Versorgungszentren. Freiburg 2005.
- Behnsen, E.: Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (I). In: Das Krankenhaus, 8, 2004, S. 602-606.
- Bericht der Bund-Länder-AG. Telematik im Gesundheitswesen an die 75. Gesundheitsministerkonferenz. Düsseldorf 2002.
- Bilger, S.: Vergütungsmodelle. Was bewirkt die unterschiedliche Vergütung ärztlicher Leistungen? Heidelberg 2000.
- Bischoff-Everding, C./ Hildebrandt, H.: Integrierte Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bundesländern. Hamburg 2005.
- Bollschweiler, E.: Leitlinien-Entwicklung. Nationale und klinikinterne Leitlinien. Definition und Problemlage. In: Lauterbach, K. W./ Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidenced-based Medicine. Eine systematische Einführung. Schattauer: Stuttgart, 2001, S. 457-463.
- Bosenius M./ Hefner H./ Wallhäuser M.: Wie kann integrierte Versorgung gelebt werden? – Umsetzung der rechtlichen Vorschriften – In: Riedel R./ Schmidt J./ Hefner, H. (Hrsg.): Leitfaden zur Integrierten Versorgung aus der Praxis. Rechtliche Grundlagen, Pfaderstellung, Konzeption, Erfahrungsberichte und Mustervertrag: Köln 2005, S. V 1- V 17.



Integrierte Versorgung (IV)

- Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M.: Gesundheitsökonomie. Springer Verlag: Berlin 2003.
- Bruckenberger, E.: Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter. Auswirkungen des DRG-Systems auf die Krankenhausplanung, die Leistungsstrukturen und die Investitionsfinanzierung URL: http://www.bruckenberger.de/pdf/drg_zeitalter.pdf (Stand: 12.05.2005).
- Bundesdrucksache 15/1525. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 08.09.2003.
- Bundesverband Managed Care e.V.: Stellungnahme für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages: Berlin 2003.
- Clade, H.: Rahmenverträge zur hausarztbasierten Versorgung Deutscher Hausärzteverband nutzt Öffnungsklauseln des GKV-Modernisierungsgesetzes. In: Deutsches Ärzteblatt, 23, 2004, A 1641-1642.
- Diel, F.: Public Health Portal. URL: http://www.ph-portal.info/PHPortal/content/e4/e10/e282/e290/index_ger.html (Stand: 11.05.2005).
- Dietzel, G. T. W.: Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept. In: Nagel/ E./ Jähn, K.(Hrsg.): e-Health. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 2004, S. 2-6.
- Einführung der Gesundheitskarte. URL: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/geskarte/index.cfm> (Stand: 20.05.2005).
- Ewers, M./ Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber: Bern et al. 2003.
- Feldmann, M./ Bischoff-Everding, C.: Jetzt kommen die komplexeren Modelle. Population statt Indikation – Potenziale der Integrierten Versorgung erkannt. In: Krankenhaus Umschau, 11/2004, S. 996-997.
- Flintrop, J.: Demographiefalle. Kopf im Sand. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 43.22. Oktober 2004, A 2845.
- Flintrop, J.: Lexikon: Integrierte Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt, 10, 2004, A-668.
- Flintrop, J.: Integrierte Versorgung: Frei und ausgeliefert. In: Deutsches Ärzteblatt. 6/ 2004, A 301.
- Flintrop, J.: Integrierte Versorgung. Neuer Schub durch Fallpauschalen. Die Abrechnung der Krankenhausleistungen über diagnosebasierte Fallpauschalen wirkt sich



- auf die ambulante Versorgung aus. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 16, 2003, A 1038-1040.
- Fries, H.: Case Management als Gesundheitsdienstleistung. In: Löcherbach, P./ Klug, W./ Rummel-Faßbender, R./ Wendt, W.-R. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit. Luchterhand: München, Unterschleißheim, 2003, S. 101-117.
- Glaeske, G.: Integrierte Versorgung in Deutschland - Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz? In: Preuß/ Rübiger/ Sommer (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Schattauer GmbH: Stuttgart 2002, S. 3-19.
- Greiff, R. (2004): Integrierte Versorgung. Schwierig, aber nicht unmöglich. URL: <http://www.marburger-bund.de/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/index.htm> (Stand: 06.06.2005).
- Greiner, R./ Kranich, C.: Was erwarten Patienten von ihrem Praxisnetz? In: Tophoven, C./ Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2003, S. 261-275.
- Greulich, A./ Berchthold, P./ Fischer, F.-J./ Fischer, W./ Kalbitzer, M./ Löffel, N./ Skowronnek, O./ Theurl, E./ Thiele, G./ Zelle, B.: Disease Management. Patient und Prozess im Mittelpunkt. Decker: Heidelberg 2000.
- Hajen, L./ Paetow, H./ Schumacher, H.: Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Kohlhammer: Stuttgart 2004.
- Hartwig, R.: Umgang mit widersprüchlichen Regelungen – Integrationsversorgung – Anschubfinanzierung, Entgelte und Erlösbudget. In: Krankenhaus Umschau. 5/ 2004, S. 364-367.
- Henke, K.-D./ Rich, R. F./ Steinbach, A./ Borchardt, K.: Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung. Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter der Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins. 2004.
- Henze, M./ Pöppel, S. J.: Integrierte Versorgung durch Kooperation der sektoralen Gesundheitssysteme. In: Telemedizinführer. 2005, S. 225-229.
- Hildebrandt, H.: Die Fantasie ist noch gering entwickelt. In: f&w, 4, 2004, S. 379-382.
- Hildebrandt, H. et al.: Zwischen Light und Full Size. Integrierte Versorgung – Übersicht der Vertragsformen. In: Krankenhaus Umschau 7/2004, S. 615-617.
- Hommel, T.: Integrierte Versorgung auf dem Vormarsch: URL: <http://www.heilberufe-online.de/pflege/heilberufe-aktuell/heilberufe-thema->



archiv/thema0403.html (Stand: 28.03.05).

Kaiser, R. H.: Chancen und Grenzen in der Regelversorgung. In: Jähn, Dr. K./ Nagel, E. (Hrsg.): eHealth. Springer: Berlin Heidelberg, 2004, S. 186-191.

KBV Fachlexikon: URL: http://www.kbv.de/presse/1385.htm#anchor_5 (Stand: 06.06.05).

Kentner, M.: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren (§§ 140 ff. und § 95 Abs. 1 SGB V) unter Beteiligung der Arbeitsmedizin. Voraussetzungen, Realisierung und Benefit. In: Arbeitsmed.Sozialmed. Umweltmed., 39, 2004, S. 584-592.

Kirchner, H./ Ollenschläger, G.: Implementierung von Leitlinien – Netze auf dem Weg zur evidenzbasierten Medizin. In: Tophoven, C./ Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte Verlag: Köln, 2003, S. 63-106.

Knieps, F.: Ziele und Möglichkeiten der integrierten Versorgung – die Sicht der Politik. Statement für die Konferenz „Konsil im Park“, Hamburg, 2004, S. 1-5.

Koch, K.: Rationierung im Gesundheitswesen Forderung nach offener Diskussion Internistenkongress: Wie knappe Ressourcen verteilt werden sollen, können und wollen Ärzte nicht alleine entscheiden. In: Deutsches Ärzteblatt, 15, 2005, A 1036-1038.

Köhler, A.: Bericht zur Lage: Berlin 2005. URL: <http://www.kbv.de/home/6801.htm> (Stand: 06.06.05).

Korzilius, H.: Integrierte Versorgung: Marketing oder Quantensprung? In: Deutsches Ärzteblatt. Ausgabe 15, 2005

Kreft, M./ Baur, S./ Schmelzer, R.: Praxisnetze. Zeit für Professionalisierung. In: Deutsches Ärzteblatt/ Praxis Computer 1, 2002, S. 11-13.

Krüger-Brand, H.: E-Health als Innovations- und Wachstumsmotor. Teamplayer im Netz sind gefragt. In: Deutsches Ärzteblatt, 11, 2005, A 734 - A736.

Kuhlmann, J.-M.: Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG. In: Das Krankenhaus, 1, 2004, S. 13-18.

Kühn, H.: Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Schriftenreihe: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Arbeitsgruppe Public Health, Berlin 2001.

Lankers, C. H. R.: Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.): Bonn 1997.

Luttmer, N./ Kreiss, S.: Gesundheitswirtschaft: Gründerwelle bei



Versorgungszentren. In: Financial Times Deutschland Online.
URL: <http://www.ftd.de/pw/de/1107175293203.html> (Stand: 10.04.2005).

März, M.: Praxisnetze – eine wettbewerbsfähige Angebotsstruktur für Niedergelassene Ärzte? In: Tophoven, C./ Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln, 2003, S. 1-10

Morgan, K. S.: Managed Care, Utilization Management and Case Management in the Emergency Department. In: Top. Emerg. Med., 18 (4), 1996, S. 50–57

Mühlbacher, A.: Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. Huber: Bern et. al 2002

Mühlbacher, A./ Henke, K.-D./ v. Troschke, J.: Die Integrierte Versorgung. Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 76. Jahrgang, 2000, S. 592-598.

Nass, M.: Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Beitrag vom 09.11.2004. URL: http://www.123recht.net/article.asp?a=10897&f=ratgeber_medizinrecht_ranassmvz&p=5 (Stand: 07.05.2005).

Neuffer, M.: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Juventa Verlag: Weinheim 2002.

Oberender, P./ Hebborn, A./ Zerth, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit. Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft mbH: Stuttgart 2002.

Paul, V./ Besser, B.: Informationstechnologie. Große Lösungen oder moderate Innovation. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, Jg. 102, 2005, C 698-C699.

Pieper, C.: Hausarzt als Gatekeeper? Das ist in den USA ein Auslaufmodell. In: Ärztezeitung Online (2004). URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/11/26/216a0301.asp?cat=> (Stand: 03.05.2005).

Pieper, C.: Kopfpauschale statt Capitation – US- Ärzten drohen deutsche Probleme. In: Ärztezeitung Online (1999). URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/1999/02/09/024a0902.asp> (Stand: 30.07.2005).

Preuß, K. J./ Rübiger, J./ Sommer, J. H.: Managed Care: Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Schattauer Verlag: Stuttgart 2002

Rabbata, S.: Hausarztmodell. Finanzielle Anreize. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 28-29, 2004, A 2005

Ramming, J.: Integrierte Gesundheitsversorgung. In: Jähn, K./ Nagel, E. (Hrsg.):



eHealth. Springer: Berlin Heidelberg, 2004, S. 147-151.

Rebscher, H.: Integrierte Versorgung. Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, März/April 2004, S. 46-52.

Renzewitz, S.: GMG: Kernpunkte aus der Sicht der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, 11, 2003, S. 861 – 864.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:
Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
Kurzfassung. Band I Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und
Beschäftigung. Baden-Baden 1996.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:
Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II:
Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Nomos
Verlagsgesellschaft: Baden-Baden 1997.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:
Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Kurzfassung. Band I Finanzierung
und Nutzerorientierung. Baden-Baden 2003.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und
Fehlversorgung. Baden-Baden 2000/ 2001.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:
Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bonn 2005.

Schlingensiepen, I.: Viele Integrationsverträge werden wieder vom Markt
verschwinden. In: Deutsches Ärzteblatt (2004). URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/10/11/183a0301.asp?cat=/politik> (Stand: 13.06.2005)

Schmidt, H.: Kliniken: Überleben im Verbund. Beitrag vom 29.11.2004. URL:
<http://www.medizin.de/gesundheit/deutsch/1135.htm> (Stand: 07.06.2005)

Schmidt, K.: Integrierte Versorgung. Alter Wein in neuen Schläuchen? In: Notfall-
und Hausarztmedizin 31 (1+2), 2005, S. 55

Schmitt, A.: Innovative Netzwerkorganisation zur Gesundheitsversorgung am
Beispiel der Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH. In: Henke, K-D./ Rich,
R. F./ Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in
Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2004, S. 116.

Schönbach, K.-H.: Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Disease-Management-
Programme in der GKV. In: Pfaff, H./ Schrappe, M./ Lauterbach, K. W./
Engelmann, U./ Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease
Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung.
Hans Huber: Bern et al., 2003, S. 213-225.



- Schröder, W. F./ Ryll, A.: Pauschalierte Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung. In: Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln 2003.
- Schreyögg, J./ Mackenthun, B.: Selektives Kontrahieren als Chance zu alternativen Vergütungsformen im ambulanten Bereich. In: Forum Public Health, Jg. 11, Nr. 40, S. 17-18.
- Schwetlick, W.: Intranets und virtuelle private Netzwerke (VPNs). In: Nagel, E./ Jähn, K.(Hrsg.): e-Health. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 2004, S. 2-6.
- Schwiedernoch, A./ Özyurt, E. L.: Integrierte Versorgung. Ein Managed Care Ansatz in Deutschland. Köln 2004.
- Seitz, R./ König, H.-H./ Graf v. Stillfried, D.: Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M./ Lauterbach, K. W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Schattauer Verlag: Stuttgart, New York 1997.
- Selbmann, H.-K.: Es klafft noch eine große Lücke. Die Integrierte Versorgung und die Darlegung der Qualität. In: Krankenhaus Umschau, 5, 2004, S. 370-372.
- SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. 12. Auflage. dtv: München 2004.
- Shortell, S. M. et al.: Remarking Health Care in America. San Francisco 1996.
- Siebolds, M.: Qualitätsmanagement im Praxisnetz – eine pragmatische Einführung. In: Tophoven, C./ Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln, 2003, S. 107-129
- Silber, S.: Argumente für die Integrierte Versorgung als Regelversorgung in der Kardiologie. Vortrag anlässlich des Symposiums „Integrierte Versorgung in der Kardiologie“. Potsdam 2005
- Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung vom Februar 1997. URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm1997/p0430095.htm> (Stand: 10.6.2005).
- Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung von März 2005. URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p1220095.htm> (Stand: 10.6.2005).
- Strang, A./ Schulze, S.: Integrierte Versorgung. Mit neuen Partnern über alte Grenzen. In: Gesundheit und Gesellschaft.10, 2004, S. 32-37.
- Strodtholz, P.: Integrierte Versorgung. URL: http://www.ph-portal.info/PHPortal/content/e4/e10/e256/e1170/index_ger.html (Stand: 10.05.2005).
- Strotbek, J./ Schlaudt, H.-P.: Weicher Faktor – harte Wirkung! Studie zur Arzt-Arzt-Kommunikation. In: Krankenhaus Umschau, 2, 2005, S. 104-106.



- Szathmary, B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen. Disease und Case Management. Luchterhand: Neuwied, Kriftel 1999.
- Tophoven, C.: Integrierte Angebotsstrukturen – Netze auf dem Weg zur markt- und vertragsfähigen Organisation. In: Tophoven, C. / Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln, 2003, S. 229-260.
- Tophoven, C.: Integrierte Versorgung – Chance für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens. 2005, S. 1-12.
- Tophoven, C.: Integrierte Versorgung – Umsetzungsstrategien für Politik und Praxis. In: Henke, K.-D./ Rich, R./ Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2004, S. 237-245.
- Wahl, U.: Chancen und Risiken der integrierten Versorgung aus ärztlicher Sicht. Vortrag an der Fachhochschule Ulm, 2003.
- Wendt, W. R.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen : eine Einführung. Lambertus: Freiburg 2001.
- Wendt, W.-R.: Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, P./ Klug, W./ Rummel-Faßbender, R./ Wendt, W.-R. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit. Luchterhand: München, Unterschleißheim, 2003, S. 13-35
- Wetekam, V.: Die Integrierte Versorgung braucht Informationstechnologien. ITeG: die neue Spezialmesse für IT im Gesundheitswesen. In: f&w, 3, 2004, 21. Jg., S. 270-273.
- Wiechmann, M.: Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Gabler: Wiesbaden 2003.
- Windthorst, K.: Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gefahr oder Chance für die Gesundheitsversorgung? Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden 2002.
- Wirthner, A.: Ärztenetze mit Budgetverantwortung – Erfahrungen mit neuen Versorgungsstrukturen in der Schweiz. In: Henke, K.-D./ Rich, R./ Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 2004.
- Zenker, M. (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen): Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern und die möglichen Auswirkungen der Strukturveränderungen durch ein „Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz“, 2003.



Integrierte Versorgung (IV)

Zöller, W.: Die freie Arztwahl dient der Qualitätssicherung. In: Deutsches Ärzteblatt, 11, 2005, A 323-326.

Internet:

<http://www.integra-magdeburg.de/integra.html> (Stand: 30.12.2005).

http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/beispiele/2004/040504_interview_mueller.html (Stand: 03.07.2005).

<http://www.praxisnetznuernberg.de/index.php> (Stand: 30.12.2005).

http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/medizinische_versorgungszentren/pdf/uebersicht_mvz_deutschland.pdf (Stand: 07.06.2005).

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/5150_5588.cfm (Stand: 07.05.2005).