

Integrierte Versorgung

Ein Managed Care Ansatz in Deutschland



Anja Schwiedernoch, Elif Leyla Özyurt

Mibeg-Institut Medizin, Köln

Projektarbeit, GM 20

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Abkürzungsverzeichnis	4
3	Vorwort	5
4	Einleitung	8
5	Managed Care – Ein Reformansatz für das deutsche Gesundheitssystem?	11
5.1	Was heisst Managed Care?	11
5.2	Welche Managed Care- Instrumente gibt es?	12
5.2.1	Gatekeeping und Spezialisten	12
5.2.2	Das Fall-Management	12
5.2.3	Pauschalierte Vergütung	13
5.2.4	Qualitätskontrolle	16
5.3	Wie sehen Organisationen innerhalb von Managed Care aus?	17
5.3.1	HMO-Modelle	18
5.3.2	Preferred Provider Organisations (PPOs)	20
5.3.3	Point of Service Organizations (POSs)	20
5.3.4	Organisationen für Management und Qualität	21
5.4	Welche Auswirkungen hat Managed – Care?	23
5.5	Wie sieht die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen aus?	25
6	Das Konzept der Integrierten Versorgung in Deutschland	28
6.1	Integrierte Versorgung- was ist das?	28
6.2	Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen (Begrifflichkeiten)	30
6.2.1	Was ist der Unterschied zwischen den bereits bestehenden Ärztenetzen und der Integrierten Versorgung?	31
6.2.2	Wie grenzt man Integrierte Versorgung von der Regelversorgung ab?	31

6.2.3	Wie kann man die IV zu Strukturverträgen gem. § 73 a SGB V und Modellvorhaben gem. §§ 63-65 SGB V abgrenzen?	31
6.3	Was ist IV nach dem Gesetzestext?	32
6.3.1	Leistungssektoren	33
6.3.2	Vertragspartner	33
6.3.3	Leistungsumfang / Vertragsinhalt	37
	Leistungsgegenstand	40
6.4	Vergütung - § 140c SGB V	41
6.4.1	Wie können Honorierungsformen aussehen?	42
6.4.2	Vor und Nachteile der Vergütungsformen in der IV43	
6.4.3	Welche Vergütungsformen wurden bisher angewandt?	44
6.5	Anschubfinanzierung	47
6.5.1	Was heißt bis zu 1% ?	47
6.5.2	Was wird durch die Anschubfinanzierung vergütet?	48
6.6	Mögliche Vor- und Nachteile für potentielle (Haupt-) Akteure der IV	51
7	Zusammenfassung	55
8	Ausblick	58
9	Literaturverzeichnis	59

2 Abkürzungsverzeichnis

a.A.	andere Ansicht
aaO	am angegebenen Ort
ACG	Adjusted Clinical Groups
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plan satisfaction
DRG	Disease Related Groups
EBM	Evidence based medicine
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HEDIS	Health Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
IDS	Integrated Health Care Delivery System
IPA	Independent Practice Association
IV	integrierte Versorgung
ku	Krankenhaus Umschau (Zeitschrift)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MCO	Managed Care Organization
mwN	mit weiteren Nachweisen
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NPO	Non for Profit Organizations
POS	Point of Service Organization
PPO	Preferred Provider Organization
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

3 Vorwort

Alle reden von integrierter Versorgung, sie wird sogar als „die Versorgungsform der Zukunft“ betitelt. Die Akteure im Gesundheitswesen wissen: Es geht um Kooperation und um den Aufbruch sogenannter verkrusteter Strukturen. Es geht um Verträge, die geschlossen werden können, sollen oder künftig vielleicht sogar müssen, wenn man den Anschluss nicht verlieren will. Allgemein herrscht jedoch große Unsicherheit, was genau das eigentlich sein soll, wie sich die integrierte Versorgung von bereits bestehenden kooperativen Versorgungsformen unterscheidet, welche Voraussetzungen hierfür gelten, wer also daran teilnehmen kann, wie die Vergütung bzw. die Finanzierung insgesamt erfolgen und so weiter.

Je mehr man hinter die Kulissen blickt, desto klarer wird, dass für die meisten diesbezüglich gar nichts klar ist und dass sich die Fragezeichen mehren und immer größer werden, je konkreter man daran denkt, selbst an einer integrierten Versorgung teilzunehmen, bzw. sie zu initiieren. Sicher ist jedenfalls, dass genau in dieser Unsicherheit einer der Gründe liegen dürfte, warum es bisher trotz zahlreicher Kooperationen zwischen Ärzten, bzw. Leistungserbringern insgesamt, so gut wie keine Verträge zur integrierten Versorgung gibt. Und das, obwohl die Voraussetzungen hierfür bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz von 2000 – wenn auch inhaltlich etwas anders als in der Fassung des GMG von 2004 – geschaffen wurden.

„Aha“ ist man geneigt zu sagen, im Gesetz sind die Voraussetzungen geregelt! Das könnte doch des Rätsels Lösung sein! Ein Blick hierin und – man ist noch verwirrter als vorher¹! Schwammiger hätte der Gesetzgeber die §§ 140 ff. SGB V, in denen die integrierte Versorgung festgeschrieben ist, wohl kaum formulieren können. Auch gut, dann kann man also machen, was man will. Aber so leicht ist das eben gar nicht. Nicht nur, weil es hier um das Verlassenen alt bekannter Pfade und – sich zumindest in finanzieller Hinsicht häufig widersprechender – Interessen unterschiedlichster Akteure geht, sondern auch, weil der Gesetzgeber natürlich nur einen Teilbereich der Struktur der Gesundheitsversorgung der Kreativität der Kassen und der Leistungserbringer überlässt, während viele Regelungen drum herum aufrecht erhalten bleiben. Als Beispiele seien hier nur die Berufsordnung oder Teile der Zulassungs- und Ermächtigungsgesetze genannt.

¹ Dem geneigten Leser sei an dieser Stelle die Lektüre des Gesetzestextes im Anhang dieser Arbeit ans Herz gelegt.

Wenn das Gesetz allein nicht weiterhilft, dann vielleicht Spezialliteratur. Immerhin gibt es schon einige Bücher die den Titel „Integrierte Versorgung“ tragen oder dieses Thema doch zumindest mit behandeln.² Auch gibt es zahlreiche Aufsätze und Vorträge in der einschlägigen Fachpresse. Doch lösen sich auch durch Lektüre derselben nicht alle Probleme von selbst. Die meisten Artikel sind, gleich dem Gesetzestext, sehr allgemein gehalten oder sind stark von den Interessen der jeweils zu Wort kommenden Akteure geprägt. Bücher zum Thema haben den großen Nachteil, dass sie entweder sehr ökonomisch oder sehr juristisch geprägt und dementsprechend weder umfänglich hilfreich, noch einfach zu lesen sind. Und schließlich leidet der Großteil der Literatur noch an dem Manko, dass er älter ist, als die aktuelle Gesetzeslage und selbst diesen findet man bis dato nicht in den üblichen Gesetzestextsammlungen, sondern nur als Flickwerk in Form von Auszügen aus dem Gesetzesentwurf.

Das heißt natürlich nicht, dass es überhaupt niemanden gibt, der verstanden hätte, worum es geht. Es gibt mit Sicherheit einige schlaue Köpfe, die eine ziemlich genaue Vorstellung davon haben, wie denn so ein Integrationsvertrag aussehen könnte.³ Aber es ist eben zur Zeit (noch) nicht ganz einfach, an diese Informationen heranzukommen und fast hat man den Eindruck, diejenigen, die etwas wissen, wollen ihr Sonderwissen nicht preisgeben. Sicherlich wird die Zeit hier geeignete Literatur und Erfahrungswerte bringen, aber bis dahin herrscht eben Unsicherheit und die Angst, den Anschluss zu verpassen (wovor in der einschlägigen Literatur und durch die Presse ja auch gewarnt wird)⁴, kurz es herrscht freiwilliges oder unfreiwilliges Interesse und Informationsbedarf.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Sie wird zwar weder alle denkbaren Fragen zur integrierten Versorgung beantworten können, noch stellt sie den Anspruch wissenschaftlich korrekt oder juristisch gesehen „richtig“ zu sein, noch kann sie dem Einzelnen die Verantwortung abnehmen, sich mit anderen Leistungsanbietern und den Kassen in Verbindung zu setzen und selbst für ihn geeignete Strukturen auszuhandeln. Diese Arbeit wagt lediglich den Versuch zusammengetragene Informationen aus Literatur, Diskussionen und Vorträgen aber auch durch Gesetzesauslegung und dem nötigen gesunden

² Siehe hierzu die Literaturhinweise am Ende der Arbeit, hingewiesen sei insbesondere auf das Sonderheft 12/2000 mit sehr guten und einleuchtenden Beiträgen, allerdings zur alten Rechtslage und auf sämtliche Beiträge von Hildebrandt (www.gesundheitsconsult.de)

³ Siehe vor allem Hildebrandt unter www.gesundheitsconsult.de

⁴ A.A.: Diskussion um die IV verunsichert Ärzte, Ärzte Zeitung 28.11.2003

Menschenverstand die Materie im günstigsten Fall so aufzubereiten, dass die wichtigsten Grundzüge der Integrierten Versorgung verständlich werden, häufig auftretende Fragen beantwortet und die wichtigsten Chancen und Risiken dargelegt werden.⁵ Sie möchte einen Überblick vermitteln, der Grundlage für eigene Überlegungen und Diskussionen bieten kann.

Grundsätzliche Fragen, die hier behandelt werden sollen, sind:

Was ist integrierte Versorgung?

Wer kann teilnehmen?

Wie kann die Leistung (Inhalt und Umfang) innerhalb der integrierten Versorgung aussehen?

Welche Beschränkungen existieren?

Wie werden Leistungen innerhalb der integrierten Versorgung vergütet?

Was bedeutet Anschubfinanzierung? Wie funktioniert sie? Was finanziert sie?

Das Grundkonzept der integrierten Versorgung und die damit verbundenen, soeben aufgeführten Fragen lassen sich leichter verstehen, wenn man beachtet, dass ähnliche Konzepte – wenn auch unter anderem Namen – bereits gelebt werden. Vorreiter der gesetzlichen Regelung zur integrierten Versorgung sind nämlich, neben den auch bereits in Deutschland wachsenden Ärztenetzen, sogenannte Managed Care Konzepte, wie es sie beispielsweise in den USA gibt.

Obwohl wegen der andersartigen Grundsituation betreffend das (Sozial-/ Kranken-)Versicherungssystem eine hundertprozentige Übertragung sicherlich nicht möglich ist, lassen sich hier hilfreiche Erkenntnisse gewinnen. Die Motive des deutschen Gesetzgebers sowohl bezüglich der Regelungen, als auch bezüglich der bewussten Nichtregelung werden durchsichtiger und dadurch das ganze Regelwerk verständlicher. Im Folgenden soll daher, nach einem kurzen Überblick über die derzeitige Situation im deutschen Gesundheitswesen, zunächst ein Blick auf den Begriff Managed Care und damit verbundene Konzepte geworfen und auf Grundlage dieses Verständnisses das „Deutsche Managed Care Modell Integrierte Versorgung“ beleuchtet werden.

⁵ Soweit dies der derzeitige Kenntnisstand und der zeitliche Rahmen einer Projektarbeit zulassen

4 Einleitung

Warum ist eine Strukturreform notwendig?

Unterschiedlichste Anbieter und Kostenträger im Gesundheitsmarkt sehen sich einem zunehmenden Ausgabenanstieg in der Gesundheitsversorgung gegenübergestellt⁶. Hierzu einige wenige Zahlen bezüglich der Ausgabenseite der GKV. Pro Mitglied lagen die Leistungsausgaben im Jahre 1980 bei 2342 DM und im Jahre 1996 erreichte dieser Quotient einen Wert von 4801 DM⁷. Auch unter der Berücksichtigung der Inflationsrate ist dies eine signifikante und kritische Entwicklung nach oben. Besondere Gewichtigkeit erhalten diese Zahlen, betrachtet man die demografische Entwicklung in Deutschland. Unter Zugrundelegung der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 und der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1000 Einwohner für das Jahr 1998 (Zahl der Pat. pro 1000 Einwohner), muss mindestens mit einer Patientenzunahme von 0,9 Millionen gerechnet werden⁸. Allein für die Altersklasse der über 70-jährigen ist mit einem Anstieg um 1,2 Millionen Patienten zu rechnen. Dem steht ein Rückgang von 0,3 Millionen in der Altersklasse der 0-70-jährigen gegenüber.

Internationale Vergleiche belegen Unwirtschaftlichkeiten des deutschen Gesundheitssystems. Deutschland liegt mit den Gesundheitsausgaben pro Kopf im europäischen Vergleich an der Spitze. Eine Studie der WHO zeigt, dass diese Spitzenposition bei den einschlägigen Indikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung und die Qualität des Gesundheitssystems nicht gehalten werden kann⁹. Als eine Hauptursache dieser Diskrepanz werden vor allem Ineffizienzen durch Bruch- und Schnittstellen angesehen, so dass die knappen Ressourcen nicht zielorientiert eingesetzt werden. Derartige Fehlsteuerungen ergeben sich aus starren Versorgungsstrukturen mit fehlender Vernetzung sowie ineffizienter Koordination der Leistungsanbieter, die eine durchorganisierte ganzheitliche Behandlungskette unmöglich machen.

Im deutschen Gesundheitswesen findet die Versorgung von Kranken in verschiedenen Sektoren statt: hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Rehabilitationswesen. An den sich hier ergebenden Schnittstellen werden Informationen zum aktuellen Ge-

⁶ Mühlbacher, A., Integrierte Versorgung, 2003

⁷ www.Medizininfo.de

⁸ Daten des statistischen Bundesamtes

⁹ Vgl. WHO 2000

sundheitszustand, der Therapie und der Krankheitsgeschichte des Patienten ausgetauscht.¹⁰ Kennzeichnend ist eine ausgeprägte Desintegration, die dazu führt, dass z.B. allein durch die Nichtweitergabe von Befunden sowie fehlende Integration der Befunde Mehrfachuntersuchungen resultieren, die erhebliche Kosten verursachen.¹¹ Auch kommt es zu überflüssigen Krankenhauseinweisungen, da es an einer effizienten Patientensteuerung fehlt, durch die der Patient auf der jeweils medizinisch und ökonomisch sinnvollsten Stufe des Systems behandelt werden könnte.

Einerseits besteht eine Überversorgung der Versicherten, die sich in einer Ausweitung des Leistungsangebots widerspiegelt.¹² Gestützt wird dieses Mengenangebot durch die bisherigen Honorar- und Vergütungssysteme, die keinen Anreiz zur Steigerung der Versorgungsqualität sowie Patientenzufriedenheit bieten. Ein Beispiel: Im Rahmen des medizinischen Fortschrittes werden in vielen Fällen die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung erweitert. Die sich hieraus ergebende zunehmende Erweiterung des Leistungsspektrums des "ambulanten Sektors" lässt sich jedoch nicht in dem erwünschten Ausmaß realisieren, da aufgrund der sektoralen Budgetierung "das Geld nicht der Leistung folgt". Qualitätsbewusstsein und Qualitätsstreben bringt meist ökonomische Nachteile mit sich, da im KV-System die Leistungen nicht differenziert werden. Der Vergütungsanspruch für qualitativ minderwertige oder qualitativ hochwertige Leistungen ist dieselbe.¹³

Andererseits findet jedoch eine Unterversorgung der chronisch kranken Patienten statt, die aus der mangelnden Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors resultiert.¹⁴

Wie können diese Probleme gelöst werden? Ein möglicher Ansatz ist es, Gesundheitssystemgestaltungen und deren Auswirkungen in anderen Ländern zu betrachten, um aus deren Erfahrungen lernen zu können. Die Ursprünge der derzeit vom Gesetzgeber aus forcierten Umstrukturierung des Gesundheitswesens in Richtung Vernetzung und Kooperation sind bei den Managed Care Organisationen in den USA zu finden. Es sollen daher im Folgenden zunächst die wesentlichen Strukturmerkmale von Managed Care und deren Auswirkungen in Bezug auf Qualität und Kostenverläufe dargestellt werden, bevor auf die integ-

¹⁰ Henseler&York; S.220

¹¹ Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, 2000

¹² Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen 2001

¹³ Mühlbacher, A., S. 53

¹⁴ Glaeske, G, Managed Care, 2002, S.3

rierte Versorgung als Managed Care Ansatz in Deutschland eingegangen wird.

5 Managed Care – Ein Reformansatz für das deutsche Gesundheitssystem?

5.1 Was heisst Managed Care?

Managed Care ist, was immer sich dahinter konkret verbirgt, die derzeitige Regelversorgung in den USA. Kennzeichnend für das amerikanische Gesundheitssystem ist eine fehlende bundeseinheitliche Gesetzgebung für weite Teile der Gesundheitsversorgung. Es existiert keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht. Lediglich eine Basisversorgung von Bedürftigen mit niedrigem Einkommen (Medicaid), von über 65 Jährigen (Medicare) sowie von Militärangehörigen (Tricare) wird staatlich gewährleistet.¹⁵

Anzumerken wäre, dass auch hier seit Mitte der 90er Jahre im Rahmen von Medicare-Health Maintenance Organisation (HMO) die Tendenz zum Outsourcing des staatlichen Versicherungsbudgets an private Versicherer besteht.¹⁶

Ganz allgemein bedeutet Managed Care die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und –erstellung sowie das selektive Abschließen von Verträgen der Leistungserbringer mit ausgewählten Leistungsfinanzierern.¹⁷ Hieraus ergibt sich, dass Managed Care keine in sich geschlossene Theorie, sondern eine Sammlung verschiedenartiger Managementinstrumente und Organisationsformen ist. Aufgrund der Vielfalt an Instrumenten und Organisationsformen, die in den unterschiedlichsten Varianten in der Praxis kombiniert werden, ist es kaum möglich, generelle Aussagen über Managed Care zu machen. Hauptziel von Managed Care ist es jedoch die Kosten zu senken bzw. zumindest auf gleichem Niveau zu halten und gleichzeitig die Qualität zu steigern. Vor allem ersteres bedingt den explosionsartigen Bedeutungsgewinn dieses Konzeptes.¹⁸

¹⁵ Vortrag Dr. E. Plamper, Dozentin für Gesundheitsökonomie, Köln

¹⁶ Roland Berger Studiendokumentation, 2002

¹⁷ Amelung, V., Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 2000

¹⁸ Amelung, V., Managed Care – Impulse für das dt. Gesundheitswesen, 2000, S. 581

5.2 Welche Managed Care- Instrumente gibt es?

5.2.1 Gatekeeping und Spezialisten

Im Gegensatz zur freien Arztwahl, sowie dem direkten Zugang zu Spezialisten, ist für Managed Care das Prinzip des Schleusenwärters (gatekeeping) charakteristisch. Dieser koordiniert und organisiert entlang der Behandlungsabläufe und stellt eine Versorgung auf der niedrigstmöglichen Versorgungsstufe sicher.

Vergleichbar ist dieses Konzept mit dem des traditionellen Hausarztes. Zu erwähnen wäre da auch noch, dass innerhalb dieses Gatekeepings auch die Überprüfung der medizinischen Angemessenheit ein wesentliches Element darstellt. Wurde bisher nur in Verdachtsmomenten kontrolliert, so wird nun die Überprüfung und Genehmigung der Leistungserstellung durch den Leistungsfinanzierer systematischer Bestandteil (Einhohlen von Zweitmeinungen).

Krankenversicherungen sind nunmehr nicht nur Zahlstelle, sondern übernehmen eine aktive Rolle im Rahmen des Behandlungsablaufes. Negativ ausgedrückt bedeutet diese Tatsache eine mögliche zunehmende Machtposition der Krankenversicherungen, die diese wiederum dazu nutzen können, Erbringung von Gesundheitsleistungen zu steuern und somit über die Existenz von Ärzten und Krankenhäusern bestimmen. Auch wenn dies für die Patienten keine wesentliche Qualitätseinbuße in Bezug auf ihre Versorgung bedeutet; für die Ärzte ergeben sich vor allem deutliche Einschränkungen in ihrer Behandlungsautonomie. Sie sind dazu angehalten (z.T. auch verpflichtet) ihrer Patienten nach vorgeschriebenen Behandlungsschemata zu therapieren. Konkret bedeutet das für Ärzte, die Mitglieder verschiedener Versicherungsorganisationen behandeln, dass sie im Rahmen ihrer Patientenversorgung verschiedene Therapiekonzepte anwenden müssen.

5.2.2 Das Fall-Management

Unter diesem Managementinstrument werden Case- und Disease-Management zusammengefasst. Während Case-Management die Koordination und Steuerung des einzelnen Falles (z.B. der Schlaganfall von Herrn Müller) bedeutet, geht es bei Disease-Management um Patientenkollektive (z.B. die Brustkrebspatientinnen). Ziel des Fall-Managements ist es, durch Koordination der Behandlung, unter Einbezug von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege sowohl die Kosten zu senken als auch die Qualität zu steigern. Für die Behandlung verbindlich sind Behandlungsleitlinien oder –richtlinien.

Ergänzend werden sowohl für Leistungserbringer als auch für Versicherte finanzielle Anreize gesetzt, um eine Optimierung der Behandlungsabläufe zu erzielen.¹⁹ Dieses Konzept lässt den Managed-Care Ansatz so attraktiv erscheinen, da alle Beteiligten – sprich Patienten, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer – profitieren. Streitfrage ist nur, wer für die Organisation solcher Modelle zuständig sein soll. Handelt es sich um eine primär ärztliche Aufgabe oder sollten eher die Managed Care Organisationen dafür zuständig sein? Auch Pharmafirmen und Landesvertretungen sind an dem Streit um die Vormachtstellung beteiligt.²⁰ Ideal wäre sicherlich ein Management, das medizinisches, juristisches, ökonomisches und ggf. pharmazeutisches Wissen in sich vereint. Nur so könnten, käme eine kooperative Zusammenarbeit zustande, alle Aspekte einer optimalen Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

5.2.3 Pauschalierte Vergütung

Managed Care zeichnet sich auch durch neue Vergütungsformen aus. Pauschalierte Vergütungssysteme ersetzen die bisherige Einzelleistungsvergütung, die zu einer ungerechtfertigten Mengenausweitung an medizinischen Leistungen geführt hat. Die bisherige Vergütung war dadurch gekennzeichnet, dass an der Krankheit des Patienten und nicht an dessen Gesundheit verdient wird. Man hat versucht, Vergütungssysteme zu gestalten, die Anreize bieten, Versorgung effektiv zu gestalten und Mengenausweitungen zu vermeiden. Genannt seien hier die pauschalierten Entgelte z.B. Diagnosis Related Groups (DRGs) und die Vergütung über Kopfpauschalen (capitation). Im Falle der DRGs werden für Leistungskomplexe im Voraus definierte feste Entgelte vereinbart. Der Leistungserbringer erhält die Summe X, die sich aus empirischen und analytischen Berechnungen ergeben hat. Bei den Kopfpauschalen erhält der Leistungserbringer pro eingeschriebenem Mitglied ein feste Summe. Die Kostenverantwortung liegt somit bei den Leistungserbringern.

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Vergütungsformen, die jede für sich Vor- und Nachteile birgt, in einer Übersicht dargestellt werden.

Vor- und Nachteile der Vergütungsformen

¹⁹ Lauterbach, Managed Care in Amerika, 1996

²⁰ Fischer, T., Wie effektiv sind DMPs, 2003:79

Kostenerstattung

Vorteile	Nachteile
Keine Leistungsverweigerung aus Kostengründen Kaum Gefahr der Unterversorgung aus finanziellen Gründen Gediegenes Arbeiten für den Arzt möglich	Kein Anreiz für Effizienz Gefahr zu hoher Leistungsanspruchnahme (Übersorgung) Verdrängung von alternativen Verwendungen der Ressourcen (beispielsweise Bildung)

Gehalt für Ärzte

Vorteile	Nachteile
Einfache Handhabung Kein Anreiz zur Leistungsverweigerung gegenüber Patienten Gute prospektive Planbarkeit der Kosten	Kein Anreiz für Effizienz Rasches Signalisieren von Überlastung Warteschlangen Zusätzliche Motivationsinstrumente müssen eingesetzt werden

Einzelleistung

Vorteile	Nachteile
<p>Gute Übereinstimmung von Aufwand und Erlös</p> <p>Geringer Anreiz zur Leistungsverweigerung</p> <p>Generell hohe Motivation</p>	<p>Gefahr der nicht angemessenen Leistungserweiterung</p> <p>Hinauszögern von Überweisungen</p> <p>Vermehrte Krankenhauseinweisungen aus Angst Patienten an den niedergelassenen Kollegen zu verlieren</p> <p>Gefahr der Generierung neuer Leistungsarten ohne Kosteneffizienz</p> <p>Tendenz zur Gerätemedizin</p>

Fallpauschale

Vorteile	Nachteile
<p>Anreiz zur technischen Effizienz, v.a. Reduzierung der Krankenhausverweildauer</p> <p>Gute Basis für anbieter-interne Planungen, Leistungen müssen definiert werden, um Preise festzulegen (Kostenträgerrechnung)</p> <p>Mögliche Basis für Bettenplanung</p>	<p>Gefahr der Fallausweitung</p> <p>Qualitätsmanagement erforderlich</p> <p>Gefahr der zu frühen Entlassung</p> <p>Aufwand durch erforderliche höhere Kodierqualität</p>

Kopfpauschale

Vorteile	Nachteile
Anreiz zur Prävention Anreiz zur technischen Effizienz Gute Planbarkeit der Budgets Langfristig einfache Handhabung Großer Handlungsfreiraum für Anbieter Sinnvoll zur Integration von Sektoren (Ambulant, Stationär)	Gefahr der Unterversorgung aus finanziellen Gründen Daher: Qualitätsmanagement notwendig Methodische Vorarbeiten zur Risiko-Adjustierung notwendig aufgrund der Gefahr des „Rosinenpickens“

Abbildungen in Anlehnung an den Vortrag von Herrn Dr. Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Uni Köln

Für den Abschluss von Versorgungsverträgen ist es natürlich wichtig, diese Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen und diejenige Vergütungsform auszuwählen, die dem primären Ziel, nämlich dem einer qualitativ verbesserten Behandlungsstruktur der Patienten, die besten Voraussetzungen schafft. Welche Vergütungsformen für die Integrierte Versorgung in Deutschland am sinnvollsten ist und welche Auswirkungen zu erwarten sind, soll zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden.

5.2.4 Qualitätskontrolle

Um der Gefahr der Leistungsvorenthaltung entgegenzuwirken, ist Qualitätskontrolle ebenfalls ein wesentliches Instrument im Rahmen von Managed Care.²¹ So überprüfen z.B. das Utilization Review Committee und das Quality Management Committee die Kosten und Qualität der Managed Care Organisationen. Das geht so weit, dass u.a. der gesamte Behandlungsablauf kontrolliert bzw. auf seine Sinnhaftigkeit überprüft wird.

Einige Prüfkriterien zur Verdeutlichung:

Kann eine Behandlung verkürzt oder eingeschränkt werden?²²

Ist eine Krankenhauseinweisung indiziert?

²¹ Amelung, V., Managed Care – Impulse für das dt. Gesundheitswesen, 2000 und Glaeske, G, Managed Care, 2002

²² Lauterbach, K., WIDO Krankenhaus-Report 1996

Wie lange muss die Krankenhausbehandlung dauern?

Welche Leistung darf stationär welche ambulant erbracht werden?

An dieser Stelle soll zunächst nur darauf hingewiesen werden, dass Qualitätskontrolle zu den wesentlichen Instrumenten des Managed Care zählt. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht auf alle Institutionen, die für externe Qualitätssicherung zuständig sind, eingegangen werden. Einige wesentliche werden jedoch noch zu einem späteren Zeitpunkt erwähnt.²³

Zusammenfassend zeigt die folgende Abbildung die Managed Care Instrumente im Überblick.

Managed Care Instrumente	
Prämiengestaltung	Vergütungssystem
Selbstbeteiligung	Kopfpauschalen
Bonus-Malus-System	Fallpauschalen
Wahltarife	Budgetierung
Leistungsgestaltung	Qualitäts- und Kostensteuerung
Gatekeeping	Utilization Review
Disease- und Case-Manager	Zweitmeinungen
Prävention	Behandlungsleitlinien
	Evaluationsverfahren

Abbildung 1: Quelle: Amelung V., Schuhmacher, H.; Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement

5.3 Wie sehen Organisationen innerhalb von Managed Care aus?

Managed Care ist geprägt durch eine Neuordnung der Versicherungsformen und hier v.a. der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Versicherten, sowie Krankenkassen und Leistungserbringern, die festlegen, welche Leistungen erkaufte werden.²⁴

²³ Siehe Kapitel 5.3.4.

²⁴ Dr.E.Plamper

Neben der Ausdifferenzierung von Organisationen im Rahmen von Managed Care seit Mitte der 70er Jahre, traten auch neue Unternehmen auf den Markt (Managementorganisationen). Diese Entwicklung führt dazu, dass selbst Experten des amerikanischen Gesundheitswesens Mühe haben, all die neuen Organisationsformen und v.a. ihre Abkürzungen auseinander zu halten. Typische Managed Care Organisation sind HMOs (Health Maintenance Organization), PPOs (Preferred Provider Organization) und POSs (Point of Service Organization), die sowohl Leistungs- als auch Versichertenfunktion in sich vereinen²⁵.

5.3.1 HMO-Modelle

Für HMOs gilt zumeist, dass sie den Versicherten gegen eine zuvor vereinbarte Versicherungsprämie ein umfassendes Gesundheitsleistungspaket bieten, deren Umfang mindestens ambulante ärztliche und stationäre Leistungen beinhaltet. Als Gegenleistung für die Einhaltung der Vorschriften (festgelegte Arztwahl) ergeben sich für den Versicherten Kostenvorteile von bis zu 30% gegenüber einer herkömmlichen Versicherung. Neben diesen werden häufig auch nicht-ärztliche Gesundheitsleistungen, wie z.B. Physiotherapie, Optikerleistungen oder die Medikamentenversorgung über Apotheken angeboten²⁶.

HMO-Modelle sind for-profit-Unternehmen, die mehrere Modellvarianten umfassen, die in der Literatur häufig nicht einheitlich abgegrenzt sind. Im Wesentlichen werden sie jedoch in vier Gruppen unterteilt²⁷:

Staff-Model

(Einfachste jedoch seltenste Form) Im Rahmen dieses Modells sind die Ärzte angestellt und erhalten ein festes Gehalt. Die HMO ist also selbst Träger einer oder mehrerer Praxen und somit Erbringer der ärztlichen Leistungen. Zum Teil besteht die Möglichkeit durch effektive Leistungen Boni zu erhalten. Patienten, die nicht Mitglied eines HMOs sind, dürfen nicht behandelt werden.

Group-Model

Diese Variante zeichnet sich dadurch aus, dass die Ärzte, die Teilhaber einer Gruppenpraxis, also nicht Angestellte des HMO sind, über Kopf-

²⁵ Seitz, R., König; H.-H., 1997

²⁶ Mühlkamp, H., Die Rolle von Managed Care., Uni Hohenheim, 2000

²⁷ Mühlbacher, A. aaO; Dr.E.Plamper aaO; Roland Berger Studiendokumentation

oder Fallpauschalen vergütet werden. Die in der Gruppenpraxis zusammengeschlossenen Partner sind zum Einen selbständig und zum Anderen angestellt. Angestellte Ärzte erhalten ein Gehalt oder werden nach einer internen Gebührenordnung entlohnt. Es wird ein exklusiver Behandlungsvertrag zwischen der Gruppenpraxis und der HMO geschlossen; eine Behandlung von Patienten außerhalb des HMO ist nicht möglich.

IPA (Independent-practice-association)

(Häufigste Form) Hierbei befindet sich ein Zusammenschluss selbständig Ärzte in freier vertraglicher Zusammenarbeit (generell in Form einer AG oder Partnerschaft) mit dem Versicherungsunternehmen. Es steht den Ärzten frei, auch mit anderen Versicherungsunternehmen ähnliche Rahmenverträge abzuschließen. Durch die unterschiedlichen Verträge müssen die Ärzte bei den Patienten je nach Versicherungsunternehmen verschiedene Behandlungsvorgaben anwenden, da unterschiedliche Anbieter oft auch unterschiedliche Therapiestandards haben. Die Ärzte haben die Möglichkeit, neben den HMO-Mitgliedern, die über einen Gatekeeper (dieser erhält Kopfpauschalen) zugewiesen werden, auch Patienten außerhalb des HMO zu behandeln. Fachärztliche Leistungen werden einzelvergütet.

Network-Modell

Krankenversicherungsanbieter schließen Verträge mit ausgewählten Ärztegruppen/Gruppenpraxen (z.T. auch mit Einzelpraxen). Die HMO übernimmt Steuerung, Kontrolle sowie Koordination der einzelnen Mitglieder, die über Pauschalentgelte vergütet werden. Im Unterschied zum Group-Modell können die Ärzte auch (ebenso, wie bei den IPAs) Patienten außerhalb des HMO behandeln. Patienten wählen einen Arzt des Netzwerkes als Gatekeeper, der falls notwendig an Spezialisten oder Krankenhäuser überweist, die ebenfalls mit dem HMO vertraglich in Verbindung stehen. Das Network-Modell stellt eine Kombination und einen Zusammenschluss verschiedener Group- und IPA-Modelle dar, in dem alle Gestaltungsmöglichkeiten möglich sind.

Zusammenfassend über HMOs: Versicherte eines HMO, die je nach Risikostruktur eine festgesetzte Versichertenprämie zahlen, bekommen eine umfassende Behandlung im Krankheitsfall gewährleistet. Sie wählen einen Arzt als Gatekeeper und können nur Leistungen bei HMO-Ärzten in Anspruch nehmen. Tun sie dieses nicht, müssen sie z.T. mit Verlust des Versicherungsschutzes oder mit entsprechenden Zuzahlungen rechnen.²⁸ Dies bedeutet, dass Leistungszugänge sowohl kontrol-

²⁸ Dr. E. Plamper

liert als auch beschränkt werden können. Im Klartext: die freie Arztwahl ist eingeschränkt. Wie der Zugang erfolgt und welcher Arzt zugänglich ist, ist steuerbar. Durch Vergütung in Form von Kopfpauschalen besteht großes Interesse seitens der Leistungserbringer, präventive Maßnahmen zu forcieren und eine hinreichende Versorgung kostengünstig zu gestalten.²⁹ Umso einleuchtender, als das sie am finanziellen Risiko beteiligt sind. Der grundsätzliche Unterschied zum traditionellen Gesundheitssystem liegt darin, dass Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand erfolgen.

5.3.2 Preferred Provider Organisations (PPOs)

Ca. 10 Jahre nach Einführung der HMOs wurden von Seiten der konventionellen Krankenversicherungen und Ärzten die PPOs ins Leben gerufen. Obwohl viele Ähnlichkeiten bestehen, unterscheiden sich PPOs v.a. in drei wesentlichen Merkmalen von HMOs

Das Gatekeeper Prinzip wird kaum angewendet

Ärzte sind nicht am Risiko des Versicherungsplanes beteiligt

Generell Einzelleistungsvergütung mit Preisabschlägen für den ambulanten Sektor sowie Fallpauschalen für den stationären Sektor

Die ersten beiden Punkte machen Bestrebungen deutlich, in Abgrenzung zu den HMOs mehr Freiheiten sowohl für den Patienten (deutlich mehr Wahlfreiheit) als auch für die Ärzte anbieten zu können. Kostenersparnisse sollen durch Preisrabatte³⁰ und vermehrte Eigenbeteiligung der Versicherten erzielt werden. Natürlich spielt auch in dieser Organisationsform die Kontrolle der Kosten und Leistungen eine wesentliche Rolle. Die sich hieraus ergebende Leistungstransparenz soll der Garant sein, dass es nicht zu Qualitätseinbußen oder unnötigen Mengenausweitungen kommt. Wie nicht anders zu erwarten, liegen (als Folge der Freiheiten) die Versichertenprämien im Vergleich zu HMOs etwas höher.

5.3.3 Point of Service Organizations (POSs)

POSs stellen eine Mischform der beiden obengenannten Modellvarianten dar. Der Versicherte kann wählen, ob er Leistungen in einem HMO in Anspruch nimmt oder ob er gegen Zuzahlungen Leistungen außerhalb des Netzwerkes in Anspruch nehmen möchte. Innerhalb des Net-

²⁹ Mühlbacher A., 2003

³⁰ Leistungserbringer gewähren den PPOs bei Vertragsabschlüssen Preisnachlässe

zes wird der Behandlungsablauf über Gatekeeper gesteuert. Im Vergleich zu den HMOs sind POS weniger kostenträgergetrieben, d.h. sie werden weniger intensiv durch Kostenkontrolle und Qualitätsmanagement gesteuert.

Betrachtet man die Entwicklung dieser Modelle, so erscheint v.a. ein Aspekt besondere Bedeutung zu haben: die Wahlfreiheit! War diese im Rahmen der HMOs sowohl für den Patienten als auch für die Leistungserbringer deutlich eingeschränkt, ist man im Verlauf dazu übergegangen einige Strukturen aufzuweichen (PPOs). Wer lässt sich schon gerne in seiner Handlungsfreiheit einschränken! Einige Untersuchungen³¹ zeigen, dass durch PPOs zwar auch ein Rückgang der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen ist, jedoch nicht in dem Ausmaß, das HMOs bieten. Scheinbar bedeutet das: je straffer die Struktur (vielleicht bietet sich hier die Metapher je „fester verzahnt“ an), desto höher die Kosteneinsparungen, je mehr Wahlfreiheiten, desto kostenintensiver. Was tun? Geht man davon aus, das auch für unser System die Wahlfreiheit zu wünschen wäre, sind mit Sicherheit Mischformen (wie z.B. POS) die sinnvollere Variante. Im Grunde, hat der Patient im Rahmen von POSs die Möglichkeit, abzuwägen, ob er sich für niedrigere Versichertenprämien entscheidet und damit strukturelle Einbußen in der Versorgung (eingeschränkter Zugang zu Spezialisten/Krankenhäusern, Warteschlangen beim Gatekeeper oder zurückhaltende Terminvergaben) in Kauf nimmt oder ob er sich Wahlfreiheit und gewisse Strukturvorteile durch höhere Versichertenprämien gönnt.

5.3.4 Organisationen für Management und Qualität

Aufgrund eines immer größer werdenden Wettbewerbsdrucks zeichnet sich eine Entwicklung dahingehend ab, sich mit Hilfe immer professionellerer Managementorganisationen Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Dabei ist zu beobachten, dass das Management die Strategie der immer weiteren Ausdifferenzierung fährt. Zum Einen findet eine immer stärkere Spezialisierung statt, so dass Größenvorteile im Sinne von Skalenerträgen genutzt werden können. Es gibt Krankenhäuser, die sich auf einzelne Indikationsgebiete spezialisiert haben. Zum Anderen werden Formen der Integration angestrebt. Mittels Fusionen und Ankäufen wird versucht, ein möglichst vollständiges Angebot an Gesundheitsleistungen anzubieten. Initiatoren für derartige Managementorganisationen, die das Ziel der Leistungsintegration verfolgen, können, wie bereits angesprochen, entweder Krankenhäuser,

³¹ hierzu gibt es nicht allzu viele vgl. Transparenzstudie

Ärztegruppen oder Versicherungsunternehmen sein. Neben diesen traditionellen Marktteilnehmern nimmt aber auch die Zahl neuer Unternehmen zu. Neben sogenannten Wall-Street-Unternehmen³², die als neugegründete Unternehmensformen eindeutige Vorteile gegenüber den Non-Profit-Unternehmen (NPOs) haben, entwickeln sich hochspezialisierte Service-Unternehmen, die einzelne Teilleistungen, wie z.B. Kosten-Nutzen-Analysen oder die Entwicklung von Leitlinien anbieten.³³

Auf dem Gebiet der Erstellung von Patientenklassifikationssystemen, die jedem Versicherten einen seinem Versorgungsrisiko entsprechenden Budgetanteil zuweisen, sind die USA führend. Man bedient sich der Adjusted Clinical Groups (ACGs), anhand derer die Kostenträger risikogewichtete Versichertenpauschalen zur Vergütung innerhalb der integrierten Versorgungssysteme berechnen³⁴.

Seit den 90er Jahren existieren in den USA Erfahrungen mit Instrumenten und Verfahren der externen Qualitätssicherung von Managed Care Organisationen (MCO). Im wesentlichen beteiligt ist hierbei das National Committee for Quality Assurance (NCOA).³⁵ Für die Abbildung der Versorgungsqualität bedient sich diese Organisation eines standardisierten Kataloges von ca. 65 Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren (Health Employer Data and Information Set – HEDIS - Indikatoren),³⁶ die in über 90% der MCOs angewendet werden.³⁷ Anhand dieser Daten konnte gezeigt werden, dass für bestimmte Krankheitsbilder deutliche Verbesserungen der Behandlungsqualität innerhalb der MCOs erreicht wurden (hierzu später mehr). Ein weiteres Instrument zur Evaluation der Qualität dieser Gesundheitssysteme, bzw. deren medizinischen Leistungsanbietern sind in den USA die Consumer Assessment of Health Plan Satisfaction (CAHPS)-Kriterien, die die Patientenzufriedenheit bestimmen sollen. HEDIS-Ergebnisse und Angaben über den Zertifizierungs-Status mehrerer hundert MCOs sind in der Datenbank *Quality Compass* enthalten. Obwohl die Daten nicht als repräsentativ für alle MCOs anzusehen sind, da die Angaben durch die MCOs freiwillig sind und nicht von allen Organisationen Daten vorliegen, sind dennoch wichtige Einblicke möglich³⁸. Es zeigt sich, dass

³² Kuttner, R., 1999

³³ Amelung V., Managed Care- Neue Wege... aaO, 2000

³⁴ Preuß, K.-J., Manged Care, 2000, S. 47

³⁵ Tucker D.A. & Schilling; NCAQ

³⁶ Tucker D.A. & Schilling; NCAQ

³⁷ Schell, H., Lauterbach K., Evaluation, Benchmarking...Managed Care 2000

³⁸ Courté-Wienecke, S., Externe Qualitätssicherung...2002, S. 52-59

zertifizierte MCOs deutlich bessere Ergebnisse bezüglich der klinischen Indikatoren³⁹ sowie der Patientenzufriedenheit aufweisen.

Die oben genannten Organisationen und Messinstrumente stellen nur eine kleine Auswahl der in den USA existierenden Kontrollinstanzen dar. Sinn und Zweck dieser kleinen Auflistung soll sein (man beachte, das selbst Experten den amerikanischen Gesundheitswesens nicht alle Institutionen benennen können) zu vermitteln, wie ausgeprägt im Rahmen von Managed Care die Bemühungen sind, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität zu überwachen und gegebenenfalls zu verbessern. Zunehmend spielt v.a. die Ergebniskontrolle eine wichtige Rolle. So sind MCOs zunehmend verpflichtet, die Wirksamkeit ihrer Programme nachzuweisen.⁴⁰

5.4 Welche Auswirkungen hat Managed – Care?

Bevor man über die Übertragbarkeit von Managed Care auf das deutsche Gesundheitssystem nachdenkt, ist es wichtig zunächst die Auswirkungen von Managed Care zu betrachten. Eine der Hauptfragen ist natürlich: Konnten die Gesundheitsausgaben gesenkt werden? Auch wenn es in der Literatur einige Zweifler gibt und auch zu berücksichtigen ist, dass oft nur Teilbereiche von Versorgungseinheiten betrachtet werden, so hat sich doch in den meisten und v.a. auch umfassendsten Untersuchungen⁴¹ gezeigt, dass der jährliche Ausgabenzuwachs mit Einführung von Managed Care deutlich eingedämmt werden konnte. HMOs sind grundsätzlich in der Lage, bei gleicher Risikostruktur niedrigere Gesamtkosten je Versichertem zu erreichen (Kostenreduktion 10-40%).⁴² Also ein Erfolg.

Die Reduktion der Kosten allein reicht aber natürlich nicht aus. Viel wichtiger ist im Grunde doch: was hat sich für den Patienten verändert? Und: Konnte die Behandlungsqualität verbessert werden? Diese Fragen sind sicherlich schwieriger zu beantworten. Zum Einen lässt sich positiv vermerken, dass es vielfach zu einem Rückgang von medizinisch nicht indizierten Behandlungen und Kapazitäten gekommen

³⁹ zur Verdeutlichung: unter klinischen Indikatoren versteht man z.B. Impfstatus, Früherkennungsmaßnahmen, Beratungen, nachgeburtliche Mütterbetreuung, Indikatoren zur Versorgung von Asthma, Diabetes, koronare Herzkrankheit, und noch einige mehr

⁴⁰ Preuß, K.-J., Manged Care, 2000, S. 47

⁴¹ Office of National Health Statistics 1998

⁴² <http://www.aerztekammer-berlin.de/05>

ist.⁴³ Nachweislich zeigt sich außerdem, dass es durch Managed Care zu einer Verlagerung der Gesundheitsversorgung aus dem stationären in den ambulanten Sektor kommt. Vor allem die Einsparungen bei den Kosten für Krankenhausbehandlungen tragen wesentlich zu dem Rückgang der Gesundheitsausgaben bei.⁴⁴

Eine weitere durchaus positiv zu sehende Auswirkung, die sich aus den Qualitätsmanagementbestrebungen ergibt, besteht darin, dass es zu einer deutlichen Verbesserung der Datentransparenz gekommen ist. Gerade diese wesentliche Auswirkung von Managed Care⁴⁵ sollte im Hinterkopf behalten werden, da in Deutschland effiziente Daten Mangelware sind. Vor allem für die Berechnung neuer Versorgungsformen sind solche Strukturdaten aber äußerst wichtig.

Aus Patientensicht eine der erfreulichsten Auswirkungen ist die stärkere Ausrichtung auf die Behandlung chronisch kranker Patienten sowie intensive Förderung von Präventionsmaßnahmen.

Alles in allem also eine bessere Qualität der Behandlung? Ganz so ist es nicht. Kritisiert werden seitens der Patienten der eingeschränkte Zugang zu Spezialisten sowie die eingeschränkten Krankenhausaufenthalte. Hauptkritikpunkt ist jedoch die eingeschränkte Arztwahl und die daraus resultierende unbefriedigende Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Forderung der Patienten nach mehr Wahlfreiheit blieb schließlich ja auch nicht ungehört. Wie man an der oben beschriebenen Entwicklung der MC-Organisationen sieht, besteht eine Tendenz dahingehend, dem Patienten mehr Wahlfreiheit zu bieten, für die er auch bereit ist, höhere Kosten zu tragen.⁴⁶

Versucht man ein Fazit aus den Angaben über die Qualität innerhalb von Managed Care Organisationen zu ziehen, so kommt man zu dem Schluss, dass doch zumindest von einer gleichbleibenden (eher jedoch verbesserten Versorgungsqualität) ausgegangen werden kann. Obwohl eine Gesamtbeurteilung aufgrund der großen Vielfalt an Organisationsformen und Untersuchungsergebnissen gewisse Einschränkungen mit sich bringt, gilt doch generell, dass durch HMOs über einen längeren Zeitraum eine qualitativ gute Versorgung zu günstigeren Preisen erreicht werden kann.

⁴³ <http://www.aerztekammer-berlin.de/05>

⁴⁴ Dr. E. Plamper; Mühlbacher, A. aaO.; Roland Berger Studiendokumentation; <http://www.spw.de/125/GKVPProgramme.htm>

⁴⁵ Roland Berger Studiendokumentation

⁴⁶ Es findet eine deutliche Verschiebung der Mitgliederzahlen in Richtung Organisationen mit mehr Wahlfreiheit statt. Siehe hierzu auch Roland Berger

Bis hierhin alles schön und gut. Aber es gibt natürlich auch neben der oben erwähnten Patienten Unzufriedenheit noch ein paar weitere weniger wünschenswerte Auswirkungen von Managed Care, die man, möchte man sich von solchen Versorgungsstrukturen etwas abgucken, nicht außer Acht lassen sollte. Im Rahmen von Managed Care konnte eine Risikoselektion beobachtet werden. Versicherungsunternehmen tendieren dahin, Patienten mit schlechten Risiken nicht zu versichern, um ihre Gewinnsituation nicht zu gefährden. Dies ist natürlich im privaten Sektor möglich!. Ein wesentlicher Kritikpunkt ist sicherlich auch, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, die eingeschränkte Behandlungsfreiheit für den Arzt. Behandlungsleitlinien, die z.T. verbindlich sind und bei Nichteinhaltung zu finanziellen Einbußen führen sowie Zweitmeinungsprogramme bieten wenig Behandlungsspielraum. Zum Abschluss seien hier noch der deutlich erhöhte Verwaltungsaufwand sowie die Erfordernis von Datenschutzmechanismen, die sich aus dem für eine strukturierte und effiziente Behandlung notwendigen elektronischen Datenaustausch ergeben.

Betrachtet man die Auswirkungen von Managed Care, wäre es natürlich ideal, könnte man positive Erfahrungen im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgreich umsetzen und zugleich Wege finden, die weniger erwünschten Ausprägungen der amerikanischen Versorgungsmodelle vermeiden.

5.5 Wie sieht die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen aus?

Die Übertragbarkeit der in den USA derzeit existierenden Organisationen des Gesundheitswesens, die geprägt sind durch eine ausgesprochene Heterogenität der Versorgungs- und Finanzierungsformen unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf das deutsche Sozialversicherungssystem wird von einigen Seiten deutlich angezweifelt.⁴⁷ V.a. der Aspekt, dass in den USA nur ein Teil der Bevölkerung über einen ausreichenden Versicherungsschutz (etwa 15% der 266 Mio Einwohner ist ohne Versicherungsschutz - davon 1/3 Kinder unter 18 Jahren - und weitere 15% sind deutlich unterversichert⁴⁸) verfügt, macht es schwierig, Prognosen über zukünftige Managed Care Formen in Deutschland anzustellen. Der Aspekt des zunehmenden Wettbewerbes sowohl zwischen Versicherungsunternehmen als auch Leistungsproduzenten könnte bedeuten, dass eine

⁴⁷ Arnold, Lauterbach, Preuß, 1997

⁴⁸ Dr. E. Plamper

Selektion von Patienten mit hoher Risikostruktur auch in Deutschland stattfindet. Eine Entwicklung, die das Solidarprinzip in Deutschland gefährdet, mit der Konsequenz, dass den Patienten notwendige Leistungen vorenthalten werden.⁴⁹ Das „Gut Gesundheit“ sollte in Deutschland auch weiterhin als kollektives Recht bestehen bleiben.⁵⁰ Um dies zu gewährleisten, ist eine Erfassung der Kosten der Vorperiode sowie der morbiditätsbezogenen Profile der Versicherten, an der es z.Zt. noch fehlt, unabdingbar. Nur anhand solcher Daten wäre es möglich, für jeden Versicherten entsprechend seiner Risikostruktur auch einen entsprechenden Budgetanteil zu definieren, und so Gründe für eine Risikoselektion durch die Kassen und Leistungserbringer aufzuheben.⁵¹ Durch die Integration von Versorgungs- und Versicherungsleistungen innerhalb einer Organisation, die als Kostenträger sowohl Versicherte bzw. Patienten, als auch Leistungserbringer führt, bestünde ein Konflikt zu dem derzeit noch gültigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen.⁵² Es könnte die Gefahr drohen, dass die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung Leistungserbringer mehr nach Kosten- und nicht nach Qualitätskriterien auswählen.⁵³ Weiterhin sind für eine Umsetzung vertragliche Vereinbarungen notwendig, die die Überbrückung der bisher getrennten ambulanten und stationären Sektoren ermöglichen.

Das GMG ist sicherlich als ein Schritt in diese Richtung anzusehen. Befürworter von Managed Care heben die in den vergangenen Jahren zu verzeichnende eigenständige Entwicklung in Europa hervor. Sie definieren Managed Care in einer an das deutsche Gesundheitssystem angepassten Weise, in dem sie die sozialpolitische Komponente berücksichtigen: „Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden, beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Maß und auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des falls überwacht, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentlichen Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen“[s. Literatur J.Baumberger]. Weiterhin steigende Gesundheitskosten in den USA

⁴⁹ Altmann & Wallack, 1997; Seitz, König, Graf v. Stillfried, 1997

⁵⁰ Hörnemann, Zukunftsbranche Gesundheitswesen 2000

⁵¹ Preuß, Die Perspektive der Kostenträger

⁵² Mühlbacher, Integrierte Versorgung, 2003

⁵³ Lauterbach, Managed Care in Amerika, 1996

werden als Folge der Begrenzung der MCOs auf Bevölkerungsteile unter individuellen Profitstreben gesehen, die nur zu einer Optimierung von Teilbereichen führt, während das Gesamtsystem ineffektiv wird.⁵⁴

Fakt ist, dass es für den Aufbau einer solchen, im Idealfall wirtschaftlichen und effizienten Versorgungsform, zeitintensive Anpassungsprozesse notwendig sind. Qualifizierungsmaßnahmen, Budgetverteilungen, Organisationslernen, weitere gesetzliche Maßnahmen bedürfen eines mehrjährigen Prozesses.

⁵⁴ Baumberger: Managed Care in Europa, 2000

6 Das Konzept der Integrierten Versorgung in Deutschland

6.1 Integrierte Versorgung- was ist das?

Eine Definition im positiven Sinne gibt es nicht, auch der Gesetzgeber hat hierauf verzichtet.

Das wäre die Idealvorstellung, die dem Gesetzgeber vorschwebt:

Eine sektorenübergreifende, facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, ambulanter und stationärer Rehabilitation und Apotheke, die alle in einem Netz zusammengeschlossen sind. Dieses Netz hat mit einer Kasse einen Vertrag geschlossen, der die Versorgung aller (freiwillig beigetretenen) Patienten dieser Kasse hinsichtlich eines bestimmten Versorgungsspektrums in einer definierten Region sicherstellt.

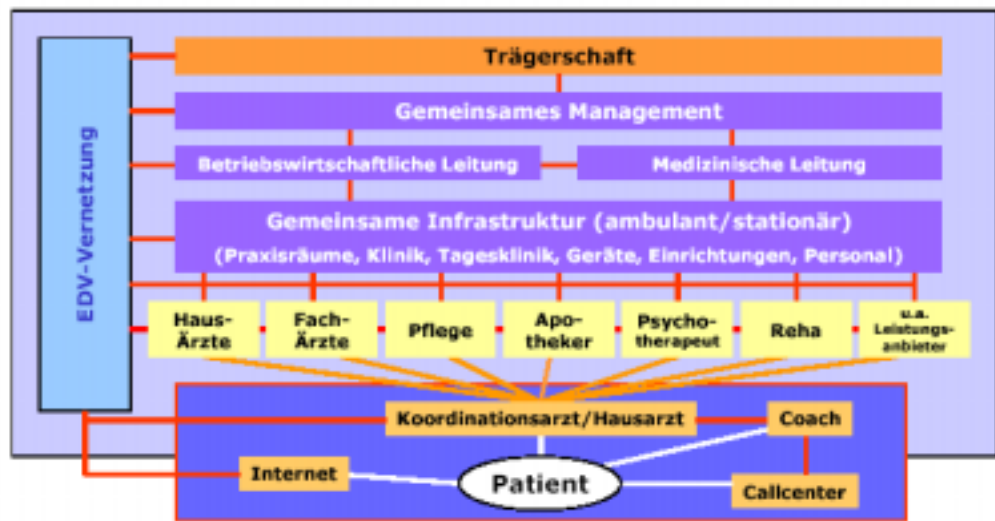
Alle im Netz zusammengeschlossenen Leistungserbringer müssen so ausgerüstet sein, dass ein sicherer elektronischer Datenaustausch untereinander gewährleistet ist.

Der Patient, der sich im Netz einschreibt, wählt einen Arzt seines Vertrauens, der ihn im weiteren Verlauf begleitet und an den er gebunden ist. Für jeden Patient wird eine eigene elektronische Patientenakte angelegt, zu der er selber Zugang hat und zu der er anderen Zugang gewähren kann. Das bedeutet: keine Informationsverluste im Netz.

Weiterhin hat der Patient Zugriff auf ein spezielles mit Krankenschwestern und Ärzten ausgestattetes Telefon-Zentrum (callcenter). Dort erhält er Antworten auf seine Fragen, kann sich Termine arrangieren lassen und wird noch speziell mit Informationen unterstützt, wie z.B. über spezielle „Gesundheitsprogramme“ zur Vorbeugung von Krankheiten und Anleitungen zur Unterstützung zum besseren Umgang mit seinen Erkrankungen.

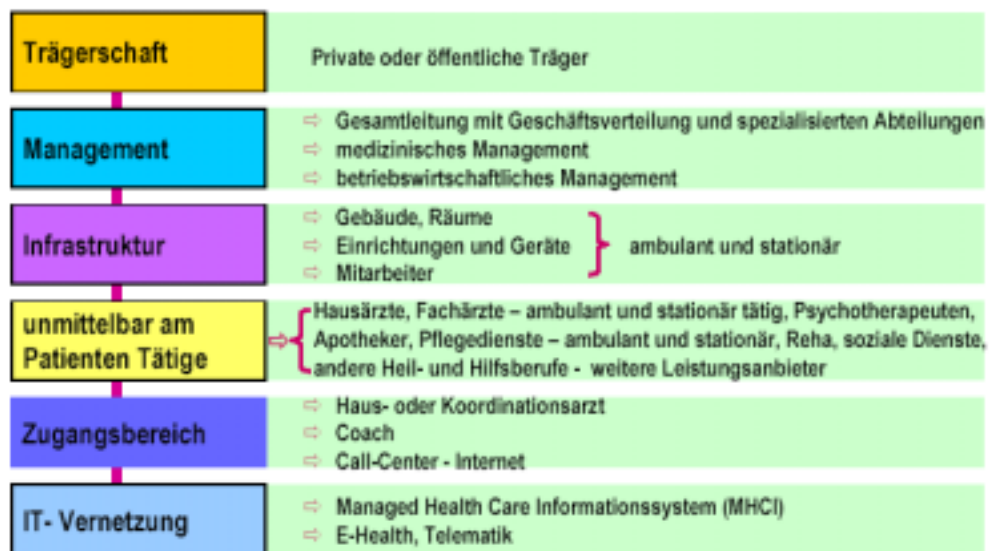
Die einzelnen Akteure arbeiten Hand in Hand, um die Versorgung zu optimieren. Für die wichtigsten Krankheitsgruppen gibt es „integrierte Behandlungsleitfäden“ mit dem Ziel, dass die Patienten mehr und intensiver zu Hause betreut werden können und im Schnitt weniger Tage im Krankenhaus verbringen müssen.

Schema einer transektoralen integrativen Versorgungseinrichtung



Quelle: Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG

Elemente einer integrativen transektoralen Versorgungseinrichtung



Quelle: Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG

Der Gesetzgeber hat mit dem GMG durch Einfügung der Worte „*oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung*“ die Möglichkeiten für Integrationsverträge erweitert. War vorher Voraussetzung für einen integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140 ff SGB V die Teil-

nahme mehrerer Leistungssektoren (s.o.), also eine sogenannte vertikale Verknüpfung, so ist nun auch eine horizontale Verknüpfung möglich. Dass heißt, auch eine Leistungserbringung innerhalb eines Sektors kann Gegenstand der Integrationsversorgung sein, sofern sie eine umfassende, prozessorientierte Versorgung der Patienten beinhaltet. Im stationären, wie im ambulanten Bereich müsste dann also z.B. eine Versorgung von der prä- bis zur postoperativen Behandlung inklusive Prävention, Kuration und Rehabilitation gewährleistet sein. Nach dieser Definition könnten dann sowohl rein ambulante als auch rein stationäre Leistungserbringer durch entsprechende Kooperation innerhalb ihres Sektors Verträge mit den Kassen abschließen. Dies wäre denkbar durch Praxisnetze oder zum Beispiel auch durch verschiedene Fachdisziplinen zweier Krankenhäuser (beispielsweise die Kooperation von Onkologie und Strahlentherapie).⁵⁵

Theoretisch sind daher auch viel kleinere integrierte Versorgungsmodelle möglich, als die oben aufgezeigte Idealkonstellation. Fraglich bleibt hier allein, worauf sich die Kassen einlassen werden und das wird entscheidend davon abhängen, wie ausgeklügelt die Konzepte der Leistungserbringer sein werden, insbesondere, ob sie die angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität einerseits und die erhoffte Kostenersparnis andererseits erwarten lassen. An dieser Stelle lässt sich zur Zeit sagen, dass die unterschiedlichen Kassen hier auch unterschiedliche Vorstellungen haben. Während man von der einen Seite hört, nur sektorübergreifende und neue Modelle wären vertragswürdig, legen andere den Schwerpunkt mehr auf die Strategie oder darauf, ob es zum Beispiel einen Netzwerkmanager geben wird. Wiederum andere Krankenkassen sind von sich aus sehr interessiert und engagiert und sind bereit, bereits mit nur wenigen (zwei) Ärzten zu kooperieren und mit diesen gemeinsam ein Projekt zu entwickeln.

6.2 Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen (Begrifflichkeiten)

Ein genaueres Bild von integrierter Versorgung lässt sich auch durch die Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen gewinnen.

⁵⁵ DKG: Erläuterungen zur Integrierten Versorgung, S.5

6.2.1 Was ist der Unterschied zwischen den bereits bestehenden Ärztenetzen und der Integrierten Versorgung?

Ein Ärztenetz bildet eine horizontale Netzstruktur, d.h. dass sich in ihm Leistungserbringer einer (Versorgungs-) Stufe organisiert haben. In diesem Fall sind das die niedergelassenen Ärzte. Die Integrierte Versorgung umfasst (in der Regel) eine vertikale Vernetzung von Leistungsanbietern verschiedener Versorgungsstufen: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. In einem derartig organisierten Versorgungssystem erfolgt die Leistungserbringung in einer Versorgungskette aus einem gemeinsamen Budget für eingeschriebene Versicherte. Ein Ärztenetz kann sich diesem System als Teil einer Versorgungsstufe natürlich auch anschließen.⁵⁶

6.2.2 Wie grenzt man Integrierte Versorgung von der Regelversorgung ab?

Im Gegensatz zur derzeit vorherrschenden Regelversorgung, die sowohl bezüglich der Leistungserbringung, als auch bezüglich der Vergütung, in verschiedene Sektoren zergliedert ist, soll integrierte Versorgung möglichst alle Sektoren mit einbeziehen und durch Übernahme von Budgetverantwortung die Leistungserbringer zu bestmöglicher Qualität bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit anspornen.⁵⁷ Wichtigstes Merkmal ist wohl die Übernahme für die ganzheitliche Gesundheitsversorgung des Patienten, welche nicht zuletzt über die gemeinsame Budgetverantwortung im Gegensatz zu einem sektorbezogenen Kampf um Gelder erreicht werden kann. Als Stichworte seien noch genannt: Vernetzung, Leistungsstandardisierung, Risikoverteilung und Ausweg aus der Budgetdeckelung. Im Übrigen kann an dieser Stelle auf die Ausführungen zu Managed Care verwiesen werden.

6.2.3 Wie kann man die IV zu Strukturverträgen gem. § 73 a SGB V und Modellvorhaben gem. §§ 63-65 SGB V abgrenzen?

Integrationsverträge nach §§ 140 a ff kann man von den anderen beiden Formen wie folgt abgrenzen:

⁵⁶ Zitat aus dem Forum zur IV bei www.gesundheitsconsult.de

⁵⁷ Siehe hierzu auch noch später im Rahmen der Vergütungsfrage

Strukturverträge sind keine Einzelverträge sondern bleiben nach wie vor Kollektivverträge, d.h. werden mit der KV geschlossen. Modellvorhaben sind zwar Einzelverträge, werden aber nach einem sehr aufwändigen Verfahren entweder mit Einzelkassen oder mehreren Einzelkassen zusammen vertraglich vereinbart und gelten dann je nach interner Regelung nicht nur für einzelne Leistungserbringer sondern für ganze Kollektive und evtl. ganz Deutschland (siehe Akupunktur Modellvertrag der TKK). IV-Verträge nach § 140 sind dagegen sehr viel freier in der Gestaltung, im Regelungsbereich, im Geltungsbereich und in den ökonomischen Vereinbarungen⁵⁸ vor allem aber sind Verträge zur Integrierten Versorgung nicht zeitlich begrenzt.

Disease Management

= möglichst optimale Behandlungs- und Betreuungsprozesse mit definierten Gesundheitsstörungen⁵⁹ (für eine bestimmte Erkrankung), innerhalb der IV einsetzbar

Case Management

= Instrument zur integrierten Versorgungssteuerung, welches auf den individuellen Patienten (Case) fokussiert. In den meisten Fällen liegt der Schwerpunkt in der Optimierung der administrativen Abläufe.⁶⁰

= Möglichst optimale Führung eines einzelnen Patienten mit z.T. mehreren Erkrankungen, kann innerhalb der IV eingesetzt werden

6.3 Was ist IV nach dem Gesetzestext?

Im Gesetzestext, der auf eine Definition des Begriffes „Integrierte Versorgung“ verzichtet heißt es umschreibend:

„...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“.

Das sieht auf den ersten Blick ganz einfach aus. Dennoch stellt sich bei genauerem Hinsehen die Frage, (die allerdings durch Einfügung der Worte „oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ an

⁵⁸ Zitat aus dem Forum zur IV bei www.gesundheitsconsult.de

⁵⁹ Greulich/Berchtold/Löffel, Glossar

⁶⁰ Greulich/Berchtold/Löffel, Glossar

Bedeutung verloren hat) was eigentlich unter „verschiedenen Leistungssektoren“ zu verstehen ist.

6.3.1 Leistungssektoren

Spontan wird man an die klassische Sektorenaufteilung denken:

ambulant – stationär

Spätestens jedoch, wenn man genauer hinterfragt, wer denn als Vertragspartner einer integrierten Versorgung auftreten kann (dazu später noch ausführlicher), muss man die Frage etwas differenzierter betrachten.

Verschiedene Leistungssektoren sind:

die Krankenhausbehandlung

die Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln, Arznei- und Verbandmitteln

Rehabilitationsleistungen (ambulant und stationär)

die ambulante Versorgung mit Leistungen der fachärztlichen Versorgung

die ambulante Versorgung mit Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung

der Krankentransport

die Soziotherapie

Hebammenleistungen

und Pflegeleistungen

Können die Krankenkassen also mit allen innerhalb dieser Leistungssektoren tätigen Leistungserbringern integrierte Versorgungsverträge abschließen?

6.3.2 Vertragspartner

Konkret können Vertragspartner sein:

Zunächst einmal stehen zwingend (allerdings ohne dass ein Abschlusszwang bestünde) auf der einen Seite:

(die) Krankenkassen (§ 140 Abs. 1 Satz 1)

Damit sind die gesetzlichen Krankenkassen gemeint und zwar:

die Ortskrankenkassen, § 143 SGB V,

Betriebskrankenkassen, § 147 SGB V,

Innungskrankenkassen, § 157 SGB V,

Seekrankenkassen, § 165 SGB V,

Landwirtschaftliche Krankenkassen, § 166 SGB V,

Bundesknappschaft, § 167 SGB V,

Ersatzkassen, § 168 SGB V

Auch nach der Änderung des Gesetzestextes durch das GMG heißt es „die Krankenkassen“ können...

Damit ist zunächst einmal jede einzelne Kasse gemeint. Jede einzelne Kasse hat das Recht einen individuell gestalteten Integrationsvertrag abzuschließen oder es zu lassen. Zwar schwebt dem Gesetzgeber vor, dass es idealerweise gemeinsam und einheitlich ausgehandelte Verträge der Krankenkassen geben wird, dennoch müssen nicht alle Kassen mitmachen. Das hat den Vorteil, dass es auch nicht in der Hand einzelner Kassen liegt, den Abschluss von Integrationserträgen insgesamt zu blockieren.⁶¹ Auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten ist die Einzelabschlussregelung sinnvoll.

Können auch Verbände von Krankenkassen Vertragspartei sein?

Wie bereits gesagt, erwähnt der neue § 140a (ebenso wie schon die Version von 2000) im Gegensatz zur Entwurfsverfassung⁶² die Verbände der Krankenkassen nicht mehr explizit als Vertragspartei. Daraus wurde und wird zum Teil geschlossen, dass die Verbände auch nicht Vertragspartei sein können.⁶³

Richtiger scheint hier jedoch eine differenzierte Betrachtung: in Verbindung mit §§ 211 Absatz 2 bzw. Absatz 5, 217 Absatz 2 SGB V ergibt sich nämlich, dass die Krankenkassen ihre Verbände zum Abschluss von Verträgen und damit auch von Integrationsverträgen ermächtigen können. Demnach haben die Verbände der Krankenkassen

⁶¹ Windhorst S.93

⁶² § 140b Absatz 6, Satz 1 SGB V –E- BT –Drs. 14/ 1245, S. 24

⁶³ so auch DKG Infobroschüre zur IV S.7

sen zwar keine eigene Befugnis zum Vertragsabschluss,⁶⁴ sie können jedoch dazu ermächtigt werden und sodann Vertragspartei sein.

Dass sie Vertragspartei sein können, erfährt man auch, wenn man im Gesetzestext an anderer Stelle (dort allerdings im Rahmen der Bereinigungsvorschriften versteckt) liest : „...Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach §140a sind...“.

Somit ist belegt, dass der Gesetzgeber auch für die integrierte Versorgung an eine mögliche Einbeziehung der Verbände der Krankenkassen als Vertragspartei gedacht hat und lediglich (aus den oben genannten Gründen) die Option zu Verträgen mit einzelnen Kassen eröffnet hat.⁶⁵

Wer kann Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite sein?

„Die Krankenkassen können (s.a. Gesetzestext § 140 Abs. 1 Satz 1 SGB V, müssen also nicht!) mit den in § 140 b Abs. 2 genannten Vertragspartnern Verträge zur integrierten Versorgung abschließen.“

in § 140 b Abs. 2 genannte Vertragspartner sind:

(neu) einzelne, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte,

einzelne sonstige, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften,

(zur Versorgung berechnete) Leistungserbringer:

Die Krankenkassen stellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung den Versicherten die im 3. Kapitel des SGB V genannten Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung (Naturalleistungsprinzip, § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V). Hierbei bedienen sie sich sogenannter Leistungserbringer. Leistungserbringer sind demnach Personen oder Institutionen, die unmittelbar gegenüber den Versicherten eine Leistung nach dem SGB V erbringen. Charakteristisch ist weiterhin, dass der Erbringer der Leistung für diese eine Vergütung erhält und das unternehmerische Risiko trägt.⁶⁶ Pharmazeutische Unternehmen, die ihre Produkte über Dritte, etwa Apotheken, an den Versicherten abgeben, aber nicht unmittelbar an dessen Versorgung beteiligt sind, sind auch nicht zur Versorgung der Versicherten zugelassen. Eine

⁶⁴ Windhorst S.94, Beule S. 117 jeweils mwN

⁶⁵ eigene Schlussfolgerung

⁶⁶ J. Stock, Die BKK 2001, 182 (184)

Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist daher für diese nur finanziell möglich.

Demnach zählen zu den Leistungserbringern (außer den später noch explizit aufgeführten) auch :

(Versand-) Apotheken §§ 121 a Abs. 5b, 129 Abs. 5b SGB V,

ambulante Rehaeinrichtungen (für die kein Versorgungsvertrag gem. §111 SGB V vorliegen muss, da sie keine stationären Leistungen erbringen⁶⁷),

Heil- und Hilfsmittelerbringer, § 124, 126 SGB V,

Haushaltshilfen, § 132 SGB V

Erbringer häuslicher Krankenpflege, § 132a SGB V,

Soziotherapeuten, § 132b SGB V

Krankentransporteure, § 133

Hebammen, § 134 SGB V

und Zahntechniker, § 88 SGB V

weiter sind im Gesetzestext aufgeführt:

*Träger zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,*⁶⁸

Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht,

(neu) Träger von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften (Medizinische Kompetenzzentren),

(neu) Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechtigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften, die nicht selbst Träger einer zugelassenen Einrichtung sein, sondern lediglich ihrerseits ein Vertragsverhältnis mit Leistungserbringern schließen, bzw. zum Zeitpunkt des IV-Vertrages vorweisen können müssen

Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer

Gemeinschaften

⁶⁷ W. Engelhard in Hauck/ Noftz SGB V K § 140b Rn 10

⁶⁸ hierzu später genauer

Für den Verbund (Gemeinschaften) der Leistungserbringer stehen grundsätzlich sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts. Da sich bei Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten jedoch Einschränkungen durch berufsrechtlich zulässige Organisationsformen ergeben können und im Einzelnen auch nicht alle Rechtsformen gleichermaßen geeignet sind, empfiehlt sich hier die Inanspruchnahme einer rechtlichen Beratung.⁶⁹

Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen

(neu) Ausdrücklich nicht mehr im Gesetzestext als Vertragspartner erwähnt sind die KVen, diese können nur noch beraten, was sie auch anstreben. Hier und da ist zu hören, dass eine solche Beratung aber eigentlich nicht gewollt ist, denn die KVen sollen sich um die Belange aller KV- Mitglieder kümmern, nicht nur um die Belange einzelner an der IV teilnehmender Ärzte. Nur hierfür sind auch die Beiträge gedacht, die sie von (allen) Mitgliedern erhalten. Die KVs planen die Aufstellung von Tochtergesellschaften mit eigenem Budget, um die Ärzte, die an der IV teilnehmen, unterstützen zu können oder sogar selbst als Vertragspartner aufzutreten.⁷⁰ Die KV Nordrhein hat dies bereits umgesetzt und speziell zur Beratung von Ärzten hinsichtlich Fragen zur integrierten Versorgung die KV consult gegründet.

6.3.3 Leistungsumfang / Vertragsinhalt

Der Leistungsumfang richtet sich allein nach dem vertraglich vereinbarten Inhalt

Einschränkungen durch Zulassungsstatus?

Leistungsgegenstand

keine Rahmenvereinbarungen mehr!

Vereinbarung des Versorgungsangebots

Nach dem Gesetzestext „...ergibt sich das Versorgungsangebot ... aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung“.

Zunächst müssen sich die Leistungserbringer also überlegen, welche Leistungen, welches „Produkt“ sie anbieten wollen. Dabei können, wie bereits oben dargelegt, Verträge verschiedene Leistungssektoren übergreifen (ambulant – stationär) oder eine interdisziplinär fachüber-

⁶⁹ näheres Eingehen auf diese Problematik ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich

⁷⁰ Synopse Hildebrandt, S.11; Diskussion um die integrierte Versorgung verunsichert Ärzte, www.aerztezeitung.de/docs/2003/11/28/217a701x.asp

greifende Versorgung im Sinne von Prävention, Kuration und Rehabilitation umfassen. Diese wiederum können, wie sich aus der Regelung zur Vergütung ergibt, entweder die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt beinhalten oder diese auf definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) beschränken. Ein Rückschluss aus dem Gesetzestext zur Vergütung auf das mögliche Versorgungsangebot ist insofern folgerichtig möglich, als (wie im Rahmen der Erläuterungen zur Vergütung später noch näher erklärt wird) zwischen dem zu definierenden Produkt, dessen Vergütung und der Verantwortung für das Budget ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

Unter einem kombinierten Budget versteht man dabei die Verständigung der Leistungserbringer, im Rahmen der IV bestimmte Leistungen (definierte Teilbereiche)⁷¹ zu erbringen, z.B. nur sämtliche Leistungen, die ein bestimmtes Krankheitsbild erfordert (light-Version).⁷² Möglich ist aber auch die Übernahme der gesamten Budgetverantwortung (Full-Size Variante).⁷³ Das bedeutet, dass die Leistungserbringer die Verantwortung für die gesamte (indikationsunabhängige) Versorgung der (sich einschreibenden Patienten) übernehmen.

Produkte der medizinischen Versorgung können beispielsweise Dienstleistungen von Ärzten und medizinischen Assistenzberufen, Arznei- und Hilfsmittel, aber auch Unterbringungs-, Verpflegungs- und Transportleistungen sein.⁷⁴ Diese können nun unterschiedlich kombiniert und zu einem Produkt zusammengefasst werden.

Leistungserbringung (un-)abhängig vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus

Eine erhebliche Erweiterung des Handlungsspielraums ergibt sich für die Leistungserbringer auch aus der Neufassung des § 140 b Abs. 4 SGB V, der die bisher heiß umstrittene Frage klärt, ob es Leistungserbringern auch in der integrierten Versorgung untersagt ist, Leistungen außerhalb ihres Zulassungs- oder Ermächtigungstatus zu erbringen.⁷⁵

Dort heißt es: „Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass

⁷¹ Haubrock, *BWL und Management*, S.173

⁷² Hildebrandt, *F&W* 5/2003, S. 438

⁷³ Hildebrandt aaO

⁷⁴ Schröder/Ryll in Tophoven

⁷⁵ siehe zu dieser Frage auch Beule S. 49 (bejahend) und Windhorst S. 105 (verneinend), jeweils mwN

Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.“

Dies trägt dem Sinn einer integrierten Versorgung Rechnung, nach dem die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche überwunden und Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg genutzt werden sollen, um Schnittstellenprobleme besser in den Griff zu bekommen. Hierbei hat die medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens Priorität. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden.⁷⁶

Aus diesem Grunde sah sich der Gesetzgeber veranlasst, die sich aus dem Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer ergebenden Zulassungsbeschränkungen nicht in die Abwicklung der integrierten Versorgung hineinzunehmen, sondern es der Absprache der Beteiligten in der integrierten Versorgung zu überlassen, wann, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmaß die einzelnen Leistungserbringer bei der Durchführung der integrierten Versorgung Leistungen auch unabhängig von ihrem Zulassungsstatus, vorausgesetzt, die berufsrechtlichen Voraussetzungen liegen vor, sollen erbringen dürfen.⁷⁷

Bsp.: Damit können z.B. Krankenhäuser im Rahmen der Integrationsversorgung ambulante Leistungen erbringen, auch wenn sie dazu nicht zugelassen oder ermächtigt sind, sofern dies vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus eines Vertragspartners gedeckt ist.

Allerdings wird die Möglichkeit eines sektorübergreifenden oder interdisziplinären Austauschs der übernommenen Leistungsverpflichtungen nicht auf den Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung erstreckt. Bei Vertragsabschluss können die Beteiligten nicht über einen ihnen nicht zustehenden fremden Zulassungsstatus verfügen und sich diesen Status „vertraglich“ aneignen. Das heißt, es können keine Leistungen erbracht werden, die durch den Zulassungsstatus keines der beteiligten Leistungserbringer gedeckt sind.

Bsp.: Ein Krankenhaus, das keine gynäkologische Abteilung vorhält, kann auch keine ambulanten gynäkologischen Leistungen anbieten,⁷⁸

⁷⁶ Hildebrandt Synopse, S.15 unter Bezugnahme auf die Begründung zum Gesetzesentwurf (GMG) vom 4.Sept. 03

⁷⁷ Hildebrandt in F&W 2/2003 S.441

⁷⁸ DKG Infobroschüre zur integrierten Versorgung, S.6

auch nicht wenn ein anderer Vertragspartner zugelassen wäre, dann kann das Krankenhaus diese Leistung nur über den Vertragspartner anbieten. Das Krankenhaus dürfte nunmehr ambulante Leistungen auch in solchen Fachgebieten (Gynäkologie) erbringen, die von dem Zulassungs- und Ermächtigungsstatus irgendeines Vertragspartners (niedergelassener Gynäkologe) gedeckt sind, sofern dieser ihm die Möglichkeit vertraglich eingeräumt hat⁷⁹ und entsprechend ausgebildete Ärzte dies übernehmen. Sofern ein Krankenhaus jedoch z.B. keine gynäkologische Abteilung vorhält, kann das Krankenhaus diese Leistung nur über den Vertragspartner anbieten. Es besteht insoweit eine Beschränkung durch den stationären Versorgungsauftrag.⁸⁰

Demnach kann folgendes **Fazit** gezogen werden:

Das Leistungsfeld für die integrierte Versorgung wird bei Vertragsabschluss von dem Zulassungsstatus abgesteckt, den die beteiligten Vertragspartner der Krankenkassen in die integrierte Versorgung „einbringen“ (mehr auf keinen Fall). Nach außen sind die Leistungserbringer also durch das beschränkt, worüber sie insgesamt in ihrem IV-Gebilde Regelungen treffen und treffen dürfen.

Im Innenverhältnis dürfen sie selbst regeln, welche ihrer ursprünglich eigenen Aufgaben sie an wen weitergeben: Voraussetzung, der Übernehmende ist dementsprechend fachlich ausgebildet und die notwendigen Einrichtungen liegen vor.

Leistungsgegenstand

Gemäß § 140 b Abs. 3 Satz 4 SGB V (neue und alte Fassung) „dürfen Gegenstand des Versorgungsvertrages nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der gemeinsame Bundesausschuss ... keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“

So unbedeutend dieser Satz auf den ersten Blick auch scheinen mag, so wesentlich ist sein Inhalt, denn er erweitert das Leistungsspektrum der Vertragspartner, der in der Regelversorgung auf das Notwendige beschränkt ist, um solche Leistungen, die noch nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.⁸¹ (z.B. Naturheilverfahren) Danach darf das Maß des Notwendigen nicht unter-, wohl aber überschritten werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Dies kann für manchen in-

⁷⁹ so Beule S. 56

⁸⁰ DKG Infobroschüre zur integrierten Versorgung, S.6

⁸¹ Windhorst S. 124 und Beule S. 141

novativen Leistungserbringer und letztlich auch für den Patienten von besonderem Interesse sein.

Im Übrigen sind die Leistungserbringer durch folgende Regelung (§ 140a Abs. 3 SGB V) eingeschränkt:

„In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen“

Rahmenvereinbarungen

Die ursprünglich im Gesetzestext enthaltenen Regelungen zu Rahmenvereinbarungen (auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll) wurden als Hindernis für den Abschluss von Versorgungsverträgen gesehen und durch das GMG ersatzlos gestrichen. Möglicherweise lohnt es sich jedoch, sofern ein Konzept vor Vertragsabschluss steht, diese durchzusehen und als eine Art Checkliste zu verwenden, sei es im positiven oder im negativen Sinne.

6.4 Vergütung - § 140c SGB V

Bisher war die wirtschaftliche Entwicklung im Gesundheitswesen durch sektorale Budgets behindert. Diese rückten z.B. die Kosten von Arzneimitteln oder die Verweildauer im Krankenhaus in den Mittelpunkt, ohne einen möglichen Effizienzgewinn für die Gesamtvergütung zu sehen. Hierdurch wurden u.a. auch individuell entlastende Kostenver-

schiebungen in andere, letztlich unnötig teurere und damit unwirtschaftliche Behandlungsebenen geradezu forciert.⁸² Im Rahmen von integrierten Versorgungssystemen können (und müssen) neben Leitlinien für Diagnostik und Therapie im Rahmen innovativer Strukturen daher auch ergebnisorientierte Honorierungsformen umgesetzt werden.

Wie die Leistungen in der Integrierten Versorgung vergütet werden sollen, hat der Gesetzgeber nicht geregelt. Obwohl oder gerade weil der Ausgestaltung der Vergütung aufgrund seiner Auswirkung auf Effizienz und Qualität eine entscheidende Rolle zukommt, sollen hierüber die Vertragspartner selbst verhandeln.

Keine leichte Aufgabe, denn mögen auch die medizinischen Ziele die gleichen sein, differieren doch die finanziellen Interessen der Vertragspartner.

Im folgenden soll daher ein kurzer Überblick darüber gegeben werden, welche Vergütungsformen zur Verfügung stehen, welche Vor- und Nachteile sie haben und daraus schließend, welche Vergütungsform sich in Hinblick auf die Ziele der Implementierung von integrierten Versorgungsformen anbieten.⁸³

6.4.1 Wie können Honorierungsformen aussehen?

In einem Vertrag zur integrierten Versorgung vereinbaren Gesetzliche Krankenkassen mit Gemeinschaften von Leistungserbringern eine Vergütung für (unter Umständen auch der Menge nach) definierte Produkte⁸⁴. Um solche Vergütungsvereinbarungen treffen zu können bedarf es verschiedener Vorüberlegungen:

Welche „Produkte“ sollen angeboten werden?

Welcher Verbrauch an Ressourcen entsteht für diese Produkte?

Welche Kosten entstehen durch den Verbrauch dieser Ressourcen (Kosten für Personal- und Sachleistungen)?

Dabei liegt das Kosteninteresse des Versicherers naturgemäß möglichst nahe an den Kosten des Leistungserbringers, während der Leistungserbringer seinerseits auf einen Preis angewiesen ist, der seine Kosten nicht nur deckt, sondern übersteigt.

⁸² Preuß u.a., Managed Care, S. 17; siehe auch Tophoven, S.145, siehe hierzu auch oben Managed Care (Vergütungsformen)

⁸³ An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen unter 5.2.3 verwiesen.

⁸⁴ Tophoven/Lieschke S.137

Grundsätzlich stehen mehrere Vergütungsmöglichkeiten zur freien Wahl der Vertragspartner.⁸⁵ Diese werden durch den Grad der Pauschalierung, also dadurch charakterisiert, in welchem Umfang einzelne menschliche Dienstleistungen oder auch Arznei- und Hilfsmittel zu einem Produkt zusammengefasst sind:

Möglich ist die Vergütung von Einzelleistungen, d.h. ein „Produkt“ würde in diesem Fall aus einer eng definierten Zahl von Dienst- und Sachleistungen bestehen, dafür gäbe es dann einen bestimmten Preis.

Möglich ist aber auch, das Produkt in einem sehr breit angelegten Leistungsspektrum (Leistungskomplexe) bis hin zur vollumfänglichen Versorgung des Versicherten zu definieren und hierfür dementsprechend pauschalierte Vergütungen zu vereinbaren.

Je nach Umfang der Leistung (Produkt) würde man dann die Vergütung einzeln oder nach Fall- oder Kopfpauschalen vornehmen.

6.4.2 Vor und Nachteile der Vergütungsformen in der IV

Durch die Abwendung von der Einzelvergütung soll vermieden werden, dass die Überweisung eines Patienten hinausgezögert wird, um möglichst viele Leistungen an diesem erbringen zu können⁸⁶. Auch soll damit eine unnötige stationäre Aufnahme vermieden werden. Bisher jedoch bestand das Problem, dass der Patient möglicherweise nach einer Überweisung nicht zum Ausgangsarzt zurückkehrt, sondern beim Kollegen „hängen bleibt“. Daher tendierten Kassenärzte dazu, den Patienten eher in ein Krankenhaus einzuweisen, als ihn zu einem Facharzt zu überweisen.

Die gegenteilige Wirkung erzielt man mit pauschalierten Honorierungsformen.

Bei Fall- oder Komplexpauschalen, ebenso wie bei DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen), besteht der Anreiz nicht darin, möglichst viel an einem Patienten zu leisten, sondern möglichst viele Patienten zu behandeln und dies möglichst kostensparend (dass hiermit nicht, wie man vielleicht geneigt ist zu denken, auf Kosten der Qualität geschehen muss, wurde bereits oben angesprochen).

Fazit: Gerade dann, wenn man die Verzahnung der Sektoren unterstützen möchte, bietet sich daher ein pauschaliertes Honorarsystem an.

⁸⁵ Siehe hierzu auch oben Managed Care (Vor- und Nachteile von Vergütungsformen)

⁸⁶ Preuß aaO S. 8

Hierbei gilt es die erstrebenswerten Grundsätze: „Geld folgt der Leistung“ (gemeint sind Menge und Qualität) und „gleiches Geld für gleiches Risiko“ (Stichwort Morbiditätsrisiko) miteinander zu verknüpfen.

Das hat auch der Gesetzgeber gesehen und formuliert: (in § 140 c SGB V) „Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.“

6.4.3 Welche Vergütungsformen wurden bisher angewandt?

Im Rahmen von Versorgungsmodellen wurden z.B. Honorarkonzepte erprobt, bei denen

übliche Ziffern der Gebührenordnung mit

pauschalen Honorierungen für Dokumentation und einem

Capitation – Modell (Kopfpauschalen)

verbunden wurden.

Man könnte dann also sagen: die Summe der morbiditätsorientierten Kopfpauschalen kann als Basis für ein Budget in der IV herangezogen werden. Schwer erfassbare oder planbare Leistungen können zumindest zunächst ergänzend über übliche Einzel- oder Fallpauschalen abgerechnet werden. Zusätzlicher Aufwand kann über zusätzlich vereinbarte Pauschalen abgedeckt werden. Werden Leistungen des Krankenhauses, des ambulanten Bereiches und der Reha in der IV einbezogen, so bietet sich die risikoadjustierten Kopfpauschalen, die alle Leistungsbereiche umfassen, an. Die sich hieraus errechnende/auszuhandelnde Summe (Budget) würde an das Versorgungsnetz gezahlt, welches die Vergütung nach einem intern zu entwickelnden Schlüssel unter den Leistungserbringern der IV verteilen würde.

Grundsätzlich ist hier aber alles – von der Vergütungsart über die Berechnung konkreter Beträge, der Zahlung an unterschiedliche mögliche Geldempfänger bis zur Aufteilung offen und den Vertragspartnern überlassen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass für die Zukunft eine Vergütung anzustreben ist, die in Kopfpauschalen möglichst alle anfallenden Posten berücksichtigt. Dass dies das Ziel sein soll, ist auch aus dem Gesetzestext erkennbar, denn hiernach soll die Budgetverantwortung der Ärzte sämtliche Kosten der teilnehmenden Versicherten einschließen. Das heißt, sie soll alle veranlassten Leistungen, inkl. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhaus und Reha, sowie die Inanspruch-

nahme von Leistungen außerhalb des Netzes betreffen.⁸⁷ Dies ergibt sich auch aus dem Gesetzestext, wo es heißt:

„Bemessungsmaßstab für die Vergütung sind sämtliche Leistungen, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an diese überwiesen wurden oder aus sonstigen, in der integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. „

Durch die Verantwortung auch bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der integrierten Versorgung, ergibt sich, dass die Leistungserbringer in solchen Versorgungsstrukturen durch die Budgetverantwortung auch einen Teil des Morbiditätsrisikos übernehmen:

Das heißt: Auch wenn der Versicherte Leistungen außerhalb der integrierten Versorgungsform bzw. außerhalb des Versorgungsauftrags ausdrücklich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen darf (was nicht zwingend ist), kann es doch vorkommen, dass er in anderen Regionen akut erkrankt und notfallmäßig versorgt werden muss. Dies ginge dann zu Lasten des Budgets der integrierten Versorgungsform! Es sei denn, die Kasse übernimmt kulanterweise die Kosten oder in den Verträgen werden Ausnahmetatbestände vereinbart. Möglich wäre hier auch die Vereinbarung einer Pauschale für Leistungen, die außerhalb der IV in Anspruch genommen werden oder z.B. eine Höchstgrenze, bis zu der die Leistungserbringer für eine solche Inanspruchnahme netzfremder Leistungen aufkommen müssen - auch hier ist die genaue Gestaltung den Vertragsparteien überlassen.

Wesentliche Voraussetzung bei der Budgetübernahme ist daher, dass es gelingt, die Risikoprofile von Versicherten annähernd treffsicher zu beschreiben. Denn nur dann werden Netze oder Verbünde die sich aus der Übertagung von Teilbudgets oder vollständigen Versorgungsbudgets ergebenden Risiken tragen können.⁸⁸

Die Frage welche Methoden es gibt, um risikoadjustierte (Kopf-) Pauschalen zu berechnen und wie sie funktionieren, stellt eine äußerst in-

⁸⁷ Preuß, Managed Care, S. 109

⁸⁸ Baum in ku -Sonderheft 12/2000, S.7

teressante, aber nicht ganz einfache Frage dar, deren Beantwortung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Diesbezüglich sei auf einschlägige Literatur verwiesen⁸⁹ und der Hinweis erlaubt, dass die Hauptproblematik hierbei (zur Zeit) im Fehlen geeigneter Datengrundlagen bezüglich soziodemographischer und morbiditätsorientierter Faktoren liegt.

⁸⁹ z.B. Schröder/Ryll in Tophoven

6.5 Anschubfinanzierung

In § 140d SGB V heißt es:

„Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 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....“

6.5.1 Was heißt bis zu 1% ?

Vermutungen und Befürchtungen der Niedergelassenen und der Krankenhäuser gingen dahin, dass die Kassen zunächst die Möglichkeit der Einbehaltung voll ausschöpfen und genau 1% der Gesamtvergütung aus dem stationären und ambulanten Bereich - insgesamt rund 680 Millionen Euro jährlich – pauschal einbehalten würden.⁹⁰ Auch war fraglich, ob die Kassen dieses eine Prozent einbehalten dürfen und erst auszahlen müssen, wenn sie entsprechende Verträge abgeschlossen haben, oder ob sie umgekehrt erst nach Vertragsabschluß die Gesamtvergütung bis zu einem Prozent kürzen dürfen. Die Ängste der Kliniken und Vertragsärzte gingen sogar soweit, dass sie darüber spekulierten, ob Kassen Vertragsangebote zur Integrationsversorgung möglicherweise abweisen und das dafür reservierte eine Prozent der Vergütung einbehalten könnten.

Diesbezüglich kann mittlerweile jedoch eine Entwarnung ausgesprochen werden. KBV, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen haben sich darauf verständigt, dass Krankenkassen Teile der Gesamtvergütung nur zurückhalten können, wenn sie Verträge zur Integrierten Versorgung auch wirklich abgeschlossen haben.⁹¹ In letzter Minute hat übrigens auch der Gesetzgeber recht unmissverständlich eingefügt:

„...soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind.“

Dadurch ist ausgeschlossen, dass die Krankenkassen unter dem Deckmantel der Anschubfinanzierung die Budgets kürzen und Teile des Arzthonorars ohne Ersatz gestrichen werden. Außerdem ist klargestellt, dass die Kürzungen in demjenigen KV- bzw. Versorgungsbereich

⁹⁰ siehe hierzu Hildebrandt in F&W 5/2003, S. 438

⁹¹ Ärzte Zeitung, 17.12.2003

vorgenommen werden, in dem auch tatsächlich Integrationsverträge geschlossen werden und zwar nur in der Höhe, wie für die Finanzierung der geschlossenen Verträge erforderlich.

Fazit: die Krankenkassen können eine Rechnungskürzung nur vornehmen, um im jeweiligen KV-Bezirk abgeschlossene Integrationsverträge zu finanzieren.

Geeinigt haben sich KBV, DKG und Kassen außerdem auf ein Verfahren, wie die Verteilung des einen Prozentpunktes der Gesamtvergütungen untereinander transparent gestaltet werden kann. Bei der Bundesstelle für Qualitätssicherung wird dazu eine Registrierstelle aufgebaut.⁹² Dies schafft eine Transparenz, die es den Wettbewerbern ermöglicht, die Vertragsabschlüsse der anderen Seite zu kontrollieren. Dies ist aufgrund der Tatsache, dass der ambulante Sektor dem stationären, und umgekehrt, durch Verträge zur integrierten Versorgung bis zu 1% der Gesamtvergütung abspenstig machen kann⁹³, auch dringend geboten.

Auf Dauer, wenn die tatsächlichen Kosten absehbar sind, spätestens jedoch ab 2007, wird sich die IV von selbst tragen müssen, bzw. durch die Teilnehmer finanziert werden, den 1%-igen Abzug jedenfalls, der ja ausdrücklich nur der Anschubfinanzierung dienen soll, wird es dann nicht mehr geben.

6.5.2 Was wird durch die Anschubfinanzierung vergütet?

In § 140 d Abs.1 Satz 3 SGB V heißt es: „Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden.“

Das heißt zunächst, dass die Krankenkassen hieraus nichts für sich behalten dürfen, also auch nicht für sie durch die integrierte Versorgung (vorerst) entstehende Mehrkosten (Verwaltungsaufwand) abdecken dürfen. Dafür ist der Grundsatz der Beitragsstabilität als Ausgleichsmöglichkeit aufgehoben.

Allerdings formuliert der Gesetzgeber leider an anderer Stelle völlig widersprüchlich:

in § 140 c Abs. 1 Satz 2 wird redaktionell klargestellt, dass Bemessungsmaßstab

⁹² Ärzte Zeitung, 17.12.2003

⁹³ so auch KBV-Vize Dr. Leonhard Hansen in Ärzte Zeitung, 17.12.2003

„für die Vergütung sämtliche Leistungen sind, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt“.

Das hieße, vergütet wird nicht etwa ein Teil über das normale Budget und ein Teil über den IV –Fonds, sondern die Leistungserbringer erhalten für alle Leistungen, die sie als IV- Leistung definiert haben und an einem eingeschriebenen Patienten erbringen die vereinbarte (IV-)Vergütung in Form einer Pauschale aus dem IV-Sonderfonds.

in § 140 d Abs. 4 heißt es jedoch:

„Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegegesetzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.“

Weiter sagt der Gesetzgeber hierzu in der Gesetzesbegründung:

„die Integrationsvergütung erfasst nur die nicht im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen, wie z. B. zusätzliche Leistungsmengen der integrierten Versorgung oder zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsaufwand.

Die bisher im Gesamtbetrag enthaltenen Leistungsbestandteile werden weiterhin über das Krankenhausbudget finanziert.“

Mit den letzten beiden Sätzen sagt der Gesetzgeber (un-)missverständlich, was er (unseres Erachtens) so nicht gemeint haben kann. Denn der eigentliche Sinn und Zweck der integrierten Versorgung spiegelt sich eben in der Übernahme von (Budget-) Verantwortung wieder. Diese wiederum kann, wie bereits gezeigt wurde, eigentlich nur durch eine Vergütung in Form von Pauschalen verwirklicht werden, die die Kosten der teilnehmenden Versicherten umfassend vergüten, die also möglichst viele bis alle veranlassten Leistungen (inkl. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhaus, Reha) und die Inanspruchnahme außerhalb des Netzes einbeziehen. Das entspricht auch dem Gedanken, den der Gesetzgeber in § 140 c Abs. 1 Satz 2 (s.o.) niedergelegt hat. Wenn nun aber eben solche Pauschalen vereinbart werden sollen, ist für eine Aufsplittung in Versorgungs- bzw. Leistungsbestandteile, die in der „normalen Versorgung“ vorgenommen werden und deren einschlägige Vergütung einerseits und andererseits in Mehrleistungen (im Sinne von Menge) oder Mehrkosten,

bzw. andersartige Leistungen und deren Vergütung durch den IV-Fonds gar kein Platz.⁹⁴

Fazit: So verstanden wären dann über die Anschubfinanzierung sowohl klassische Leistungen (die in der „normalen Versorgung“ vorgenommen worden wären, jetzt aber in der IV erbracht wurden) genauso wie Qualitäts- und Anschubinvestitionen (der Leistungserbringer) zu finanzieren.⁹⁵ Hieran lässt das Gesetz im übrigen für Leistungen der Niedergelassenen auch gar keinen Zweifel. Wie er sich jetzt allerdings die Vergütung der Krankenhausleistungen vorgestellt hat, ist jedenfalls nicht eindeutig erkennbar. Es bleibt daher abzuwarten, wie er sich dazu in Zukunft äußern wird. Denn selbst wenn man davon ausgehen würde, dass er bezüglich der Krankenhäuser eine Ausnahmeregelung treffen wollte, sollte er dies zum einen an geeigneterer Stelle im Gesetz (in § 140c, wo die Vergütung geregelt ist und nicht im letzten Absatz zur Anschubfinanzierung in § 140d) tun – und müsste sich dann noch immer die Frage gefallen lassen, wie er sich die praktische Handhabung vorstellt und ob er so nicht sein eigenes „Projekt“ untergräbt.

Auswirkungen der IV auf die Vergütung der Regelversorgung: Bereinigung des Budgets

Die Absätze 2 und 3 übernehmen im Wesentlichen die bisherige Regelung in § 140 f SGB V mit der Pflicht zur Bereinigung des Gesamtvergütungsbudgets. Dabei beschränkt sich die Bereinigung nach Absatz 2 auf die Gesamtvergütungen nach § 85 (also das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der von den Kassen an die KV zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen) bzw. ab dem Jahr 2007 auf den Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 - und nach Absatz 3 auf die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel in der ambulanten Versorgung.

Die Bereinigungsregelung in Bezug auf die Gesamtvergütungen in Absatz 2 kommt in den Jahren 2004 bis 2006 nur in dem Fall zur Anwendung, dass die für die integrierte Versorgung eingesetzten Mittel, die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen.

Das heißt, dass in diesem Fall die Kassen die Vergütung der Vertragsärzte um den Teil kürzen, der die Behandlung von Patienten betrifft, die im Rahmen der IV versorgt wurden.

Das heißt weiter, in den Jahren 2004 – 2006 wird den Krankenhäusern nur (höchstens) 1% von ihrem Budget abgezogen, ansonsten erhalten

⁹⁴ so auch Hartwig in ku 01/2004 S.12

⁹⁵ so Hildebrandt in Forum zur IV unter www.gesundheitsconsult.de

sie das vereinbarte Budget. In diesen Jahren sollen sich die Krankenhäuser langsam auf die Umstellung vorbereiten können und testen, wie sich ihre Kosten im Rahmen der IV verhalten, ohne dass ihr Budget um die im Rahmen der IV behandelten Patienten und die daraus resultierende Vergütung gekürzt wird. Erst ab 2007 soll auch das Budget der Krankenhäuser, ebenso wie die Vergütung der anderen Leistungserbringer, um einen auszuhandelnden Betrag bereinigt werden. Die Krankenhäuser bleiben also auch dann von der Bereinigung verschont, wenn die Kosten der IV die finanziellen Mittel aus der Anschubfinanzierung übersteigen. Dafür bekommen sie jedoch über die innerhalb der IV vereinbarten Vergütung nur solche Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach §§ 3 und 4 des KHG oder des § 6 BundespflegesatzVO enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden (zu Sinn und Zweck bzw. Umsetzbarkeit s.o.). Allerdings wird sich das wahrscheinlich mit der Bereinigungspflicht ab 2007 ändern.

Einbehaltene finanzielle Mittel, die bis Ende 2006 nicht für die vorgesehene Vergütung verwendet werden, sind sodann an die Leistungserbringer, die von der Kürzung betroffen waren zurück zu zahlen.

6.6 Mögliche Vor- und Nachteile für potentielle (Haupt-) Akteure der IV

Nachdem bis hierhin Idee und Struktur der integrierten Versorgung beleuchtet wurden und aufgezeigt wurde, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages durchaus auch mit einem gewissen Risiko (Stichwort Budgetverantwortung) und vor allem mit einigem Aufwand verbunden ist, sollen nun abschließend nochmals die entscheidenden Verbesserungsziele und angestrebten Vorteile, aber auch mögliche Gefahren und Nachteile aus Sicht der unterschiedlichen (Haupt-) Beteiligten einer IV zusammengefasst werden.

Als grundsätzliche Ziele und Vorteile der IV wären zu nennen:

Bessere Koordination der Behandlungsabläufe

Zeitnaher Informationsaustausch

Stärkung der Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungserbringern

Mehr Versorgungssicherheit für Versicherte (Qualität und Koordination)

Effizientere Weiterbildungsmöglichkeiten (Qualitätszirkel, Fortbildungen)

Entwicklung neuer Vergütungsstrukturen nach dem Prinzip „Geld folgt der Leistung

Vereinfachung der Erarbeitung und Implementierung von DMPs

grundsätzliche Nachteile:

in integrierten Versorgungsstrukturen ist die freie Arztwahl nur bedingt möglich

die Therapiefreiheit der Ärzte wird auch hier (je nach Vereinbarung) zum einen budgetbedingten Einschränkungen und zum anderen den Leitlinien der Netzwerke unterliegen

Kasse

Vorteile	Nachteile
<p>Wettbewerbsvorteile (Qualität)</p> <p>Kosteneinsparungen Durch ambulant vor stationär bis zu 20% Ersparnis</p> <p>Kosteneinsparungen durch Ambulant vor stationär</p> <p>Kosten werden kalkulierbar(er)</p> <p>Transparenz und Qualität durch Einsatz modernster Technologie</p>	<p>Keine nennenswerten erkennbar</p> <p>Anfangskosten (Anschubfinanzierung nur zugunsten der Leistungserbringer)</p> <p>Evtl. kosten für wissenschaftl. Begleitung(sollten sich jedoch amortisieren)</p>

Patienten

Vorteile	Nachteile
<p>Dürfen bei der Teilnahme an der integrierten Versorgung eine qualitativ verbesserte, patientenorientierte Versorgung erwarten</p> <p>Sie können auch bei Notfallbehandlungen davon ausgehen, dass die Ärzte auf Ihre Daten zugreifen können</p> <p>Steuerung des Patienten durch Arzt seines Vertrauens innerhalb des Netzes</p> <p>Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Wartezeiten und unnötigen Krankenhausaufenthalten</p> <p>Umfassende prä- und postoperative Betreuung inkl. koordinierter Reha und Pflege</p>	<p>Eingeschränkte Arztwahl</p> <p>Weitergabe der Patientendaten - "gläserner Patient"</p>

Krankenhäuser

Vorteile	Nachteile
<p>Möglichkeit, von üblichen Vergütungsformen abzuweichen</p> <p>Breites Angebotsspektrum</p> <p>Mögliche Spezialisierung</p> <p>Möglichkeit der Begleitung von Patienten über stationäre Versorgung hinaus</p> <p>Nutzung gemeinsamer Technologie</p> <p>Mögliche finanzielle Vorteile</p> <p>Sichere Planungsgrundlage</p> <p>Imageförderung</p> <p>Möglicherweise Ersparung von administrativen Tätigkeiten bei Einsatz eines externen Dienstleisters für das elektronische Netz</p>	<p>Unterordnung unter medizinische und wirtschaftliche Netzstandards</p> <p>(Anfängliche) Mehrarbeit, -Kosten, umstrukturierung</p> <p>Kostenrisiko für Inanspruchnahme von Ärzten außerhalb der IV</p>

Niedergelassene Ärzte

Vorteile	Nachteile
<p>Möglichkeit, von üblichen Vergütungsformen abzuweichen</p> <p>Back up der Klinik</p> <p>Nutzung gemeinsamer Technologie</p> <p>Mögliche finanzielle Vorteile</p> <p>Sichere Planungsgrundlage</p> <p>Hausarzt als Lotse</p> <p>Imageförderung</p> <p>Möglicherweise Ersparung von administrativen Tätigkeiten bei Einsatz eines externen Dienstleisters für das elektronische Netz</p>	<p>Unterordnung unter medizinische und wirtschaftliche Netzstandards</p> <p>(Anfängliche) Mehrarbeit, -kosten, Umstrukturierung</p> <p>Kostenrisiko für Inanspruchnahme von Ärzten außerhalb der IV</p>

7 Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat den Leistungserbringern und den Krankenkassen mit den Regelungen zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 ff. SGB V ein Instrument an die Hand gegeben, um im Rahmen von Verträgen neue Behandlungs- und Vergütungsstrukturen zu schaffen.

Durch diese Verträge erhofft man sich Einsparungen bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Dies soll erreicht werden durch Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern, zeitnahen Informationsaustausch, die Implementierung von Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherungsmaßnahmen und entsprechender EDV und nicht zuletzt durch Einsatz eines Vertrauensarztes, der auch als Gatekeeper fungieren soll.

Um die Anreize zum Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages zu erhöhen, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes neue Möglichkeiten geschaffen und als Hindernis empfundene Regelungen ausgeräumt und somit den potentiellen Vertragspartnern insgesamt einen größeren Aktionsradius eingeräumt. Im Einzelnen wurde z.B. der Kreis der Leistungserbringer erweitert. Verträge müssen nunmehr – auch wenn hierin weiterhin der eigentliche Leitgedanke liegt – nicht mehr zwangsläufig über mehrere Sektoren abgeschlossen werden, sondern können auch eine fächerübergreifend-interdisziplinäre Versorgung des Patienten vorsehen. Des Weiteren sind die Leistungserbringer innerhalb eines Integrationsvertrages (nunmehr ausdrücklich) nicht an ihren jeweiligen Zulassungs- oder Ermächtigungstatus gebunden.

Zu guter Letzt wurden als Hindernis empfundene Rahmenvereinbarungen ausgeschaltet, die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner herausgenommen (Einschränkung des Sicherstellungsauftrags) und um die Finanzierbarkeit zu gewährleisten, der Grundsatz der Beitragsstabilität aufgehoben und eine Anschubfinanzierung (bis zu einem Prozent des Gesamtbudgets von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) vorgesehen.

Im Rahmen der integrierten Versorgung sollten sich, wie gezeigt wurde, als Vergütungsform Kopfpauschalen durchsetzen, da hierdurch ein Anreiz geschaffen wird, unnötige Leistungen zu unterlassen. Diese Art der Vergütung wird sich von Patientenseite unter Umständen dem Vorwurf ausgesetzt sehen, der Reiz möglichst viele Patienten möglichst kostensparend zu behandeln, laufe Patienteninteressen entgegen, insofern, als schlechtere Qualität zu erwarten sei. Dem kann jedoch ent-

gegengehalten werden, dass mehr Kosten keinesfalls immer für eine bessere Versorgung stehen, und umgekehrt. Man denke an die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, kürzere Krankenhausaufenthalte und koordinierte, auf den Patienten abgestimmte Abläufe, die für den Patienten sogar zu einer Qualitätsverbesserung und trotzdem zu erheblichen Kostenersparnissen führen können. Nicht zu verachten, ist auch die Tatsache, dass der Managed Care Ansatz für den Patienten durch den Aufbau von Patienteninformationssystemen die Möglichkeit schafft, aktiver am Behandlungsgeschehen teilzunehmen und damit präventiv tätig zu werden. Auch der Aspekt, dass die Leistungserbringer einen Ruf zu verlieren haben und zwar in integrierten Versorgungsmodellen sowohl gegenüber dem Patienten, als auch gegenüber den Kassen, spricht gegen eine Qualitätsverschlechterung. Denn die Kassen, die sich ihre Vertragspartner auswählen können, werden vermutlich solche Leistungserbringer bevorzugen, die besonders gute Leistungen erbringen. Damit werden sich die Kassen vor ihren Versicherten schmücken wollen und die Qualität zu Marketingzwecken nutzen.

Schließlich spricht auch die Tatsache, dass sich die Vertragspartner in der integrierten Versorgung per Gesetz zur qualitätsgesicherten Versorgung verpflichten müssen und diesbezüglich auch überprüft werden (z.B. durch den MDK oder speziell hierfür zu gründende Institutionen⁹⁶) gegen eine Qualitätsverschlechterung. Im Gegenteil könnte es sogar durch die bessere Struktur und den Wettbewerbsaspekt zu Qualitätssteigerungen kommen. Last but not least müssen Leistungsanbieter nicht nur um Ihren guten Ruf fürchten, wenn sie Patienten nicht adäquat behandeln, sondern sie müssen auch das Haftungsrecht und berufsrechtliche Sanktionen befürchten, wenn sie sich bei der Behandlung nicht an den Stand der Wissenschaft, bzw. den netzinternen Leitlinien orientieren.

Gleichzeitig kann für die Ärzte jedoch eine Entwarnung dahingehend ausgesprochen werden, als sie bei Abweichung von den Leitlinien dann keine Sanktionen zu befürchten haben, wenn sie dies begründet tun. So dass auch eine Einschränkung der Therapiefreiheit nicht zu fürchten ist, vielmehr sei an dieser Stelle noch mal an die Möglichkeit erinnert, „noch nicht zum GKV-Leistungskatalog gehörige, noch nicht abgelehnte“ Methoden anzuwenden.

Zusammenfassend kann die integrierte Versorgung daher als geeignetes Modell zum Ausbruch aus verkrusteten, sektoral geprägten Struk-

turen und als Chance zum Ausstieg aus der Budgetdeckelung gesehen werden, was letztlich sowohl für die Akteure im Gesundheitswesen, als auch für die Patienten positive Aspekte mit sich bringen würde.

8 Ausblick

Trotzdem der Gesetzgeber die rechtlichen Bedingungen für die integrierte Versorgung, die in den letzten vier Jahren trotz bestehender Möglichkeit kaum genutzt wurde, erheblich verbessert hat, sind die Realisierungs- und Erfolgchancen noch nicht absehbar, denn sie hängen von vielen weiteren Kriterien ab.

Neben der schwierigen Frage, wie man ohne (zur Zeit noch fehlende) Datengrundlagen ein angemessenes Vergütungssystem schaffen kann und ob die Leistungserbringer tatsächlich den Aufwand nötiger Umstrukturierungen der Behandlungsabläufe, aber auch essentieller Umdenkprozesse auf sich nehmen und bewältigen werden, stellt sich die alles entscheidende Frage, wie der Patient auf solche Versorgungsangebote reagieren wird. Denn was ist das beste Integrationskonzept ohne Patient? Hier wird es einigen Aufklärungsaufwands bedürfen, um den Patienten/Versicherten Befürchtungen zu nehmen und Vorteile aufzuzeigen. Dies lohnt jedoch den Aufwand, denn erfahrungsgemäß (vorausgesetzt, die entsprechenden intellektuellen und körperlichen Fähigkeiten sind gegeben) zeigen aufgeklärte und informierte Patienten eine größere Compliance⁹⁷ und tragen somit zum Behandlungserfolg bei. Im Rahmen dessen wäre es außerdem wünschenswert, wenn die Einsicht, das Kosten vor allem durch Vermeidung von Krankheiten eingespart werden können, dazu führen würde, dass der Prävention ein höherer Stellenwert beigemessen wird.

Abschließend sei noch in Hinblick auf die Erfahrungen mit Managed Care in den USA darauf hingewiesen, dass Patienten Einschränkungen hinsichtlich ihrer freien Arztwahl nur ungern hinnehmen und dem Patienten daher diesbezüglich weiterhin soviel Freiheit als möglich eingeräumt werden sollte.

Es bleibt also abzuwarten, ob der Gesetzgeber durch die Änderungen nunmehr den entscheidenden Stein des Anstoßes geliefert hat und die integrierte Versorgung aus ihrem Schneewittchenschlaf erwacht, oder ob sie endgültig an schweren Brocken wie der Frage der Umsetzbarkeit oder mangelnder Akzeptanz erstickt.

⁹⁷ mit Compliance bezeichnet man die Einhaltung von Therapieanweisungen

9 Literaturverzeichnis

Altmann, S.H., Wallack, S., 1997

Amelung, V, Managed Care – Impulse für das deutsche Gesundheitswesen? Innovative Managementansätze und die amerikanische Realität; Z. Allg. Med., 2000: 76

Amelung, V, Schuhmacher, H, Managed Care –Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 2. aktualisierte Auflage Wiesbaden, Gabler 2000

Arnold, M., Lauterbach, K.W., Preuß, K.-J., 1997

Baum, G., BMG, Bonn; KU-Sonderheft 12/2000

Baumberger J., Managed Care in Europa, Z. Allg. Med., 2000: 76

Beule,C., Rechtsfragen der integrierten Versorgung, Springer (2003)

BMGS, Begründung zum GMG, Stand Sept. 03 (Internet)

Courte´-Wienecke, S., Externe Qualitätssicherung für Managed-Care-Organisationen – Erfahrungen aus den USA, Gesundh ökon Qual manag 2002; 7, 52-59

Deutscher Bundestag, Entwurf GMG

Diskussion um die integrierte Versorgung verunsichert Ärzte, www.aerztezeitung.de/docs/2003/11/28/217a701x.asp

Dr. E. Plamper MPH, Dozentin –Gesundheitsökonomie, Köln-

Dr. U. Degener-Hencke, Behutsame Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, F&W 4/2003

Fischer, T., Lichte, T., Popert, U., Wie effektiv sind Disease Management Programme ? Z. Allg. Med., 2003: 79

Glaeske, G., Integrierte Versorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz, Managed Care, Schattauer Verlag, 2002

Greulich A., Berchtold P., Löffel N., Disease Management-Patient und Prozess im Mittelpunkt, Hüthig (2002)

Hartwig R., Neuregelung der Integrationsversorgung, ku 1/2004

Haubrock, M., Schär, W., Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Hans Huber (2002)

Hauck K., Noftz W. (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung (Kommentar)

- Henke, Klaus- Dirk, Integrierte medizinische Versorgung: Ziele und Aktionsradius, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 10, März 1998 A 525ff
- Henseler, S, Jork, K., Schnittstellen im deutschen Gesundheitssystem –Bedeutung für die Hausärztliche Versorgung; Z. Allg. Med., 2002:78
- Hildebrandt , Kommentierte Synopse zu Artikeln in Verbindung mit der IV, (www.gesundheitsconsult.de)
- Hildebrandt, IV- Die Politik macht Ernst..., F&W 5/2003
- Hörnemann, G., Zukunftsbranche Gesundheitswesen , ZWR 2000
- Im Qualitätsnetz wird der Hausarzt zum Lotsen in www.aerztezeitung.de/docs/2003/12/05/222a1201.asp
- Infobroschüre der DKG, (www.dkgev.de)
- IV soll 20% pro Patient sparen in Ärzte Zeitung 19.07.2001
- Kardiologen in Klinik und Praxis arbeiten gut zusammen, Ärzte Zeitung 01.12.2003
- Lauterbach, K.; Die neuen Disease Management Programme der GKV – effektiver und solidarischer als amerikanische Managed Care Konzepte; http://www.spw.de/125/gkv_programme.htm
- Lauterbach, K.; Methoden zur Kostenkontrolle und zur Qualitätssicherung bei der integrierten Versorgung in den USA; WIDO-Krankenhaus-Report 1996/Kapitel 6
- Lauterbach, K.W.: Managed Care in Amerika – Ansätze für ein Gesundheitsmanagement in der GKV, 1996
- Mühlbacher, A , Integrierte Versorgung – Management und Organisation, Hans Huber Verlag (2003).
- Mühlenkamp, H.: Die Rolle von Managed Care im US-amerikanischen Gesundheitswesen –Aktuelle Entwicklungen und gegenwärtige Erkenntnisse- Institut für Haushalts- und Konsumökonomik, Uni Hohenheim, 2000
- Neelam K. Sekhri; Managed Care: the US experience; Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6)
- Preuß, K.-J., Die Perspektive der Kostenträger (GKV und PKV) bei der praktischen Anwendung von Benchmarking, Evaluation und Zertifizierung
- Protokoll zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung des Bundestages, Sept.03 (Internet)

Röhler, Müller, Golombowski, Sterzenbach, Lehnert, Handbuch Managed Care- Ein Leitfaden für Ärzte, HEXAL AG (2000)

Roland Berger Strategy Consultants, Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinproduktindustrie, 2002

Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen 2001

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandesbericht. Nomos, Baden-Baden 1994

Seitz, R., König, H.-H., Graf von Stillfried, 1997

Shell, H., Lauterbach, K.W., Evaluation, Benchmarking, Qualitätsmanagement und Zertifizierung als Instrumente für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik

Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG, Juni 03, (www.bmcev.de)

Tophoven C., Lieschke L., Integrierte Versorgung, Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Deutscher Ärzteverlag (2003)

Tucker, D.A. & Schilling, B., The National Committee for Quality Assurance (NCQA)

Windhorst K., Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gefahr oder Chance für die Gesundheitsversorgung? Nomos (2002)

www.aerztekammer-berlin.de/05