

Verwaltungs- und Wirtschaft-Akademie Göttingen
Dipl.Kfm. Heinz-Otto Nagorny



Integrierte Versorgung
Entwicklungsperspektiven im deutschen
Gesundheitswesen

Thesis

Alexander Slotty
Mauerstr. 5
37073 Göttingen

GBW08.W.020

2. Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Integrierte Versorgung	2
2.1	Historische Entwicklung	2
2.2	Begriffsbestimmung und Merkmale	4
2.3	Abgrenzung zur Regelversorgung	4
2.4	Regelung des §140 a-d SGB V	5
2.4.1	Inhalt der Integrierten Versorgung	5
2.4.2	Vertragspartner	6
2.4.3	Vergütung	7
2.4.4	Grundsatz der Beitragsstabilität	9
2.4.5	Anschubfinanzierung	9
2.5	Ziele, Motivationen und Hinderungsgründe bei den Interessengruppen .	10
2.5.1	Krankenkassen	10
2.5.2	Krankenhäuser	11
2.5.3	Vertragsärzte	12
2.5.4	Patienten	12
3	Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Integrierter Versorgung	14
3.1	Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen	14
3.2	Die demographische Entwicklung in Deutschland	16
3.3	Medizinisch-technischer Wandel und medizinischer Fortschritt	17
3.4	Die ökonomische Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs . .	18
3.5	Die Einführung der DRGs	19
3.6	Verwandte Vertragsformen und Vergleich mit der Integrierten Versorgung	20
3.6.1	Weiterführende Ansätze zur Integration in Deutschland	20
3.6.2	Modellvorhaben	21
3.6.3	Strukturverträge	22
3.6.4	Hausarztzentrierte Versorgung	23
3.6.5	Disease-Management-Programme	23
3.7	Nutzung der Anschubfinanzierung	24
3.8	Zunehmende Patientensouveränität	26
4	Bisherige Umsetzungen und Erwartungen	27
4.1	Überwindung von Sektorengrenzen	27
4.1.1	Schnittstellenmanagement	27
4.1.2	Informationsmanagement	28

4.2	Kostenreduktion	30
4.2.1	Auf Seiten der Kostenträger	30
4.2.2	Auf Seiten der Leistungserbringer	31
4.3	Vertragsgeschehen	32
4.3.1	Selektives Kontrahieren	32
4.3.2	Vertragsmodelle	33
5	Fazit	35
	Anhang	36
	Literaturverzeichnis	37

Tabellenverzeichnis

1	Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 - 2008	7
2	Direkte Vertragspartner der Integrationsverträge	7
3	Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008	8
4	Ursachen für den Kostenanstieg	16
5	Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV	19
6	Verwendung der einbehaltenen Finanzmittel	25
7	Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung	25

Abbildungsverzeichnis

1	Säulen des Gesundheitswesens	3
2	Schema einer transsektoralen integrativen Versorgungseinrichtung	5
3	Gesundheitsausgaben in Deutschland	14
4	Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Anteil zum BIP	15
5	Anteil der Vertragsarten	21
6	Integrierte Versorgungsstrukturen auf Basis des SGB V	22
7	Kooperationsform nach Leistungserbringer	29
8	Ziele der IV-Vertragspartner	36

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DMP	Disease-Management-Programme
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamen Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
IV	Integrierte Versorgung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KH	Krankenhäuser
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUB	Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem wird im europäischem und internationalem Vergleich als ein System mit einer hohen Qualität in der Versorgungsleistung eingestuft. Weniger gut schneidet es im Vergleich bei den Gesundheitsausgaben ab. Zunehmend besteht die Befürchtung von Bürgern und Ärzten, dass der steigende Kostendruck die Qualität der Gesundheitsversorgung belastet. So hat der ehemalige Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Dr. med. Peter Sawicki, im Jahr 2008 gesagt, dass die heutige Aufgabe darin bestehen würde, das System nachhaltig zu sichern¹.

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten waren zahlreiche Gesundheitsreformen zu beobachten, die das Ziel hatten Kosten einzudämmen und damit verbundene Sektoren besser zu verzahnen. Mit der Reform im Jahr 2000 wurde mit der Einführung der Integrierten Versorgung ein weiterer Versuch unternommen, diesen Problemen zu begegnen. Die Möglichkeit, sektorenübergreifende Verträge abzuschließen, wurde in den vergangenen Jahren auch zunehmend genutzt und hat für neue Bewegungen auf dem Gesundheitsmarkt gesorgt.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet, wie die Entwicklungsperspektiven für das komplexe Modell der Integrierten Versorgung aussehen. Um diese Frage beantworten zu können, muss eine umfassende Grundlage zur hinreichenden Bewertung geschaffen werden. Dies ist nötig, da die vielen vergangenen Reformen und Entwicklungen für ständige Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt gesorgt haben. Wissenschaftliche Literatur wurde dafür Rahmen dieser Arbeit ausgewertet und ihre Themenkomplexe strukturell zusammengefasst und auf ihre Auswirkungen hin diskutiert. Welchen Herausforderungen musste sich die Integrierte Versorgung (IV) also in den vergangenen Jahren zunehmend stellen?

Kapitel 2 beginnt hierzu mit der Darstellung der geschichtlichen Entwicklung und der Notwendigkeit, aus der heraus die IV entstanden ist. Es folgen eine Definition der IV sowie der maßgebenden gesetzlichen Grundlagen, die auf der Gesundheitsreform 2004 fußen. Zuletzt werden auf Motivationen und Hinderungsgründen der verschiedenen Akteure auf dem Gesundheitsmarkt eingegangen.

In Kapitel 3 liegt der Fokus verschiedene Entwicklungen und Problematiken des deutschen Gesundheitswesens. Sowohl ökonomische als auch gesellschaftliche Gesichtspunkte spielen hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle, da sie Modelle der IV nachhaltig geprägt haben.

Zuletzt erfolgt in Kapitel 4 die Analyse der bisherigen Umsetzungen der IV. Dabei soll besonders auf die Überwindung von Sektorengrenzen, Perspektiven zur

¹Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, *Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich*.

Kostenreduktion sowie die verschiedenen entstandene Vertragsarten eingegangen werden. Schlussendlich findet sich im Fazit eine Zusammenfassung der im Laufe der Arbeit gewonnenen Einsichten und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen.

2 Integrierte Versorgung

2.1 Historische Entwicklung

Mit dem Beschluss der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung und der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbstverwaltung im Jahre 1883, entwickelten sich die ersten Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, die sich bis heute gehalten haben². In den Anfangsjahren hatten die gesetzlichen Krankenkassen noch die Möglichkeit, Einzelverträge mit Ärzten zu schließen. Mit dem Anstieg der Zahl der Versicherten führte dies jedoch zu einem Ausbau der Machtposition der Krankenkassen und einer zunehmenden Abhängigkeit der Ärzteschaft. Nach zunehmenden Protesten der Ärzte in den Jahren ab dem Jahr 1890 und folgend kam es schließlich zu einer Organisierung der Ärzte im „Hartmannbund“ und einer Einschränkung der Rechte der Krankenkassen mit Ärzten Verträge abzuschließen³.

Geprägt wurde diese Zeit ebenfalls durch die zunehmende sektorale Trennung stationärer und ambulanter Leistungserbringung im Gesundheitswesen (siehe Abbildung 1). Diese hat zwar einerseits zu einer Entwicklung ausgeprägter Teil- und Fachgebieten mit spezialisiertem Leistungsangebot geführt, andererseits jedoch gewisse Anforderungen nicht hinreichend erfüllen kann.

Vor allem die Versorgung von Patienten, deren Gesamtversorgungsprozess sich über die Grenzen einzelner Leistungserbringer erstreckt, kann ineffizient und teuer werden. Versorgungsbrüche und mangelnde Anreize zur Kooperation können zu Mehrfachdiagnostik, doppelter Patientenführung mit verbundener Bürokratie sowie schlecht ineinandergreifender Behandlungsschemata mit Therapieunterbrechungen führen. Qualitätseinbußen oder unnötigen Kostenaufwendungen sind die Folge⁴.

Erste Ansätze zur Lösung dieser Problematik können Ende der 1980er Jahre gefunden werden. Gesundheitsreformen zielen darauf ab, das Gesundheitswesen strukturell zu verändern und einzelne Versorgungsbereiche enger miteinander zu verknüpfen.

²Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, *Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens*.

³Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, *Monopole und Trennung der Versorgungssektoren*.

⁴Vgl. Häckl, *Rahmenbedingungen und Akteure*.

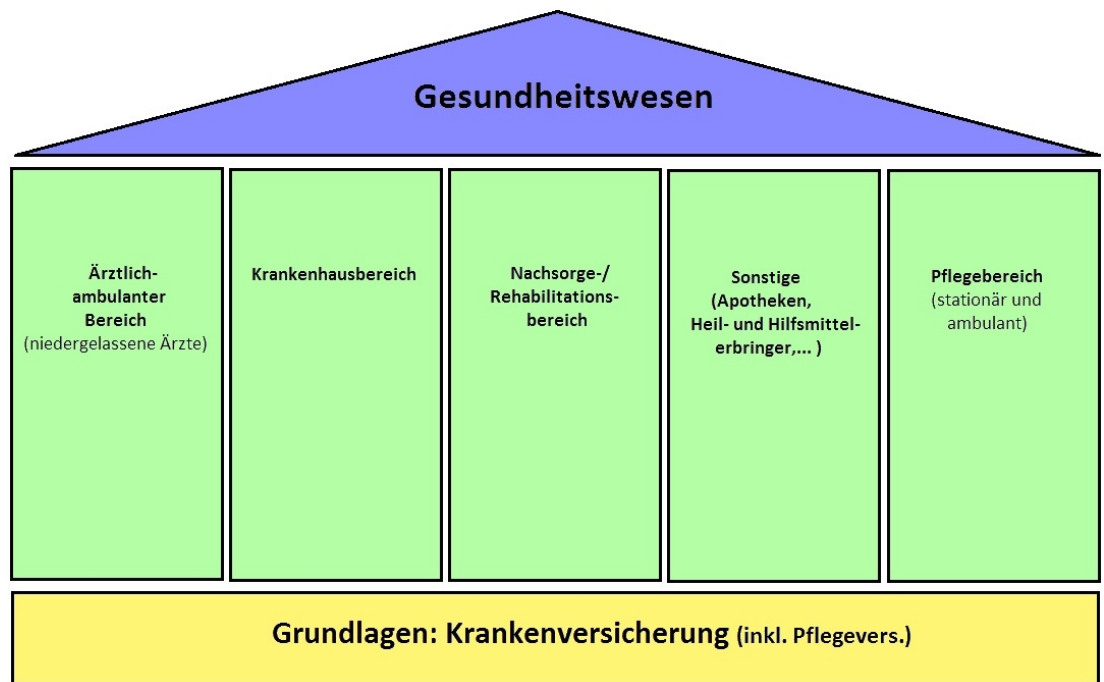


Abbildung 1: Säulen des Gesundheitswesens, Eigene Darstellung

Ein Reformversuch mit wesentlicher Substanz wurde im Jahre 2000 mit der GKV-Gesundheitsreform konzipiert. Hier wurde mit der Beschließung der Paragraphen §§140a ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V die gesetzliche Grundlage für die Integrierte Versorgung geschaffen. Der Ursprung des Konzeptes lässt sich hierbei im „Managed-Care“ System der USA finden.

In den ersten Jahren waren nur geringe Auswirkungen zu beobachten, da noch viele Probleme bestanden. So wurden nur wenige vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten geboten, es bestanden Unsicherheiten bezüglich des finanziellen Bereinigungsverfahrens⁵ und war auf die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zum Vertragsabschluss angewiesen.

Dieses erwies sich als besonders schwierig, da konträre Interessen bei der KV als Vertragspartner bestanden⁶. Vor allem Politik und Krankenkassen wiesen der KV die Hauptschuld für die schlechte Umsetzung in den Jahren 2000 - 2003 zu⁷.

Erst im Jahre 2004 konnte mit der Verabschiedung von dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ein klarer Schritt nach vorne gemacht werden. Die IV wurde im Zuge der Reform stark entbürokratisiert und von Hemmnissen befreit.

Eine wesentliche Anpassungen die neue Versorgungsform zu nutzen, war die Einführung der Anschubfinanzierung (siehe Kapitel 2.4.5). Außerdem wurde die KV explizit nicht mehr als Vertragspartner vorgesehen; das Vertragsmonopol für die ambulante Versorgung wurde aufgebrochen. Managementgesellschaften wurde die

⁵Vgl.Hartmannbund, *Mitgliederinformation zur integrierten Versorgung*, S. 1.

⁶Vgl.Deutsche Bundesregierung, *Relevante Gesetzestexte zur Integrierten Versorgung*, S. 1.

⁷Vgl.KV Berlin, *Die KVen und die integrierte Versorgung*.

Möglichkeit gegeben sich als Vertragspartnern an der IV zu beteiligen. Schließlich hat der Wegfall der Paragraphen §§140e-h für zusätzliche Erleichterung gesorgt⁸.

Die letzte Aufwertung erfuhr die Integrierte Versorgung im April 2007, indem die Pflegeversicherung und Pflegeeinrichtungen als weitere mögliche Vertragspartner zur integrierten Versorgung zugelassen wurden⁹.

2.2 Begriffsbestimmung und Merkmale

Eine feste Definition für den Begriff Integrierte Versorgung von Seiten des Gesetzgebers gibt es nicht. Stattdessen findet sich im §140a SGB V 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.“

Im Bezug auf die IV ist dies so zu verstehen, dass die Behandlung eines Patienten ganzheitlich erfolgen soll. Die Versorgung erfolgt in einem System von der Vorsorge bis zur Rehabilitation, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht. Es umfasst eine Kooperation und Koordination innerhalb der Versorgungssektoren auf horizontaler und/oder sektorenübergreifend auf vertikaler Ebene. Gewünscht ist ein Zusammenarbeiten mehrerer Leistungsanbieter verschiedener Leistungsebenen und die Neugestaltung der Versorgungsstrukturen. Wie eine solche Vernetzung aussehen kann, zeigt die Abbildung 2. Auch sektorale Budgets finden keine Anwendung mehr und neue Vertragsformen ermöglichen eine verbesserte Form der Zusammenarbeit¹⁰.

2.3 Abgrenzung zur Regelversorgung

Gemeinsamkeiten der IV mit der Regelversorgung sind nur vereinzelt vorhanden. So findet beispielsweise für beide Versorgungsformen der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit Anwendung. Weiter dürfen nur Leistungserbringer an der Versorgung teilnehmen, die auch nach SGB V zugelassen sind.

Demgegenüber stehen einige wichtige Unterscheidungsmerkmale. In der Regelversorgung hat die KV mit ihrer Tätigkeit den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 zu erfüllen. Da die KV als Vertragspartner ausgeschlossen wurde findet er keine Anwendung. Stattdessen sind allein die Kostenträger als Vertragspartner in

⁸Vgl. Deutsche Bundesregierung, *Relevante Gesetzestexte zur Integrierten Versorgung*, 5f.

⁹Vgl. § 92b SGB XI.

¹⁰Vgl. Mühlbacher u. a., *Status Quo der IV*, S. 15.

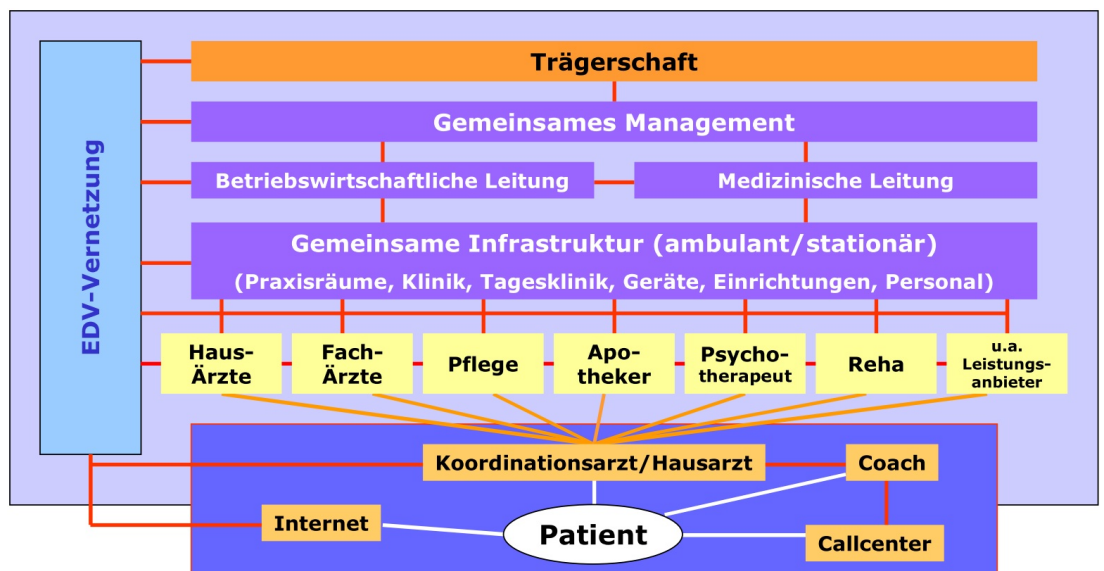


Abbildung 2: Schema einer transsektoralen integrativen Versorgungseinrichtung, Quelle: Bundesverband Managed Care e.V. *Stellungnahme Integrationsversorgung*, S. 7

einem IV-Vertrag zur Sicherstellung verpflichtet¹¹.

Des Weiteren ist es möglich im Rahmen von IV Leistungen zu erbringen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgelehnt wurden¹². Somit sind die Vertragspartner nicht an das Leistungserbringungsrecht des SGB V gebunden. In der Vergütung lassen sich große Differenzen feststellen. In der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt diese nach §§ 85 und 87, in der IV sind Vorgaben nach § 140 c festgelegt. Hiermit erhalten die Vertragspartner einen größeren finanziellen Gestaltungsspielraum als in der Regelversorgung (siehe dazu auch Kapitel 2.4.3). Auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde bei der Integrierten Versorgung ausgenommen (siehe dazu auch Kapitel 2.4.4).

2.4 Regelung des §140 a-d SGB V

2.4.1 Inhalt der Integrierten Versorgung

Nach §140a Abs. 1 SGB V wird Krankenkassen gestattet Verträge über eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung“ oder eine „interdisziplinärfachübergreifende Versorgung“ mit den im nächsten Abschnitt genannten Vertragspartnern abzuschließen.

Ein Vertragsabschluss findet hierbei außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach §75 Abs. 1 statt. Die Behandlung der zu vereinbarenden vertraglichen Rechte und Pflichten wird in die Hände der Vertragspartner gelegt. Ihnen wird somit ei-

¹¹Vgl. § 140b Abs. 3 Satz 1-3 SGB V.

¹²Vgl. § 140b Abs.3 Satz 4 sowie Abs.4 Satz 3.

nerseits eine größere Verantwortung auferlegt, gleichzeitig erhalten sie somit aber auch zusätzlichen Verhandlungs- und Gestaltungsspielraum.

Wichtiges Merkmal der IV ist die Funktion des „selektiven Kontrahierens“. Dies besagt, dass ein Leistungsfinanzierer mit Leistungserbringern individuelle Vertragsbeziehungen schließt¹³. Damit ist ein Kostenträger nicht gezwungen, Kosten für die Inanspruchnahme eines beliebigen Arztes, Krankenhauses oder Pflegeeinrichtung zu übernehmen, sondern nur explizit solche, die im Vertrag mit eingeschlossen sind. So sollen Kosten im Rahmen gehalten, Qualität gesichert und Planungssicherheit geschaffen werden¹⁴.

Für Versicherte ist die Teilnahme an einem Versorgungsmodell nach Absatz (Abs.) 2 grundsätzlich freiwillig und kann auch nach Behandlungsbeginn jederzeit beendet werden. Außerdem ist für behandelnde Leistungserbringer zusätzlich eine (schriftliche) Einwilligung notwendig, um Behandlungsdaten und Befunde von Versicherten abrufen zu dürfen. Nach Abs. 3 haben Versicherte außerdem das Recht, von ihrer Krankenkasse über die Verträge informiert zu werden. Dies umfasst die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen die inbegriffen sind, sowie die vereinbarten Qualitätsstandards.

2.4.2 Vertragspartner

Vertragspartner von Integrationsvereinbarungen sind die Gesetzlichen Krankenkassen und als Vertragspartner ausgewählte Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen. Krankenkassen ist hierbei offengestellt mit anderen Kassen zu kooperieren und zusammen einen Vertrag abzuschließen. Vorteil der Kasse ist hierbei die Fallzahl pro Vertrag zu erhöhen um eine gestaltungsfähige Größenordnung zu erreichen sowie den Aufwand für einen solchen Vertragsabschluss zu reduzieren¹⁵. Das dies auch genutzt wird zeigen Statistiken der BQS, wonach Ende 2008 bei 60% der Verträge mehr als eine Krankenkasse Vertragspartner war¹⁶.

Zu den Leistungserbringern gehören im einzelnen Vertrags(zahn-)ärzte, Träger von Krankenhäusern, Träger von stationären Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, Träger ambulanter Rehaeinrichtungen, Träger, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten (im allgemeinen „Managementgesellschaften“) und Träger mit der Bezeichnung „Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)“. Des weiteren gibt es noch sonstige Leistungserbringer, mit denen ebenfalls ein Versorgungsvertrag geschlossen werden kann. Hierzu zählen Leistungserbringer

¹³Vgl. Gabler Verlag, *Selektives Kontrahieren*.

¹⁴Vgl. Amelung und Schumacher, *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, S. 101.

¹⁵Vgl. DKG, *Orientierungshilfe*, S. 7.

¹⁶Vgl. BQS, *Übersicht gemeldete IV Verträge*, S. 5.

von Heil- und Hilfsmitteln, Apotheken, Haushaltshilfen, häuslicher Krankenpflege und der Soziotherapie.

Von Verträgen ausgeschlossen sind pharmazeutische Unternehmen, Ärzte bzw. Krankenhäuser, die keinen Versorgungsauftrag haben sowie bereits im Kapitel 2.1 erwähnt die KV.

Verträge zur Integrierten Versorgung werden von der Registrierungsstelle „BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH“ in Düsseldorf zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V registriert. Bei der Betrachtung der gemeldeten Verträge kann man über die letzten Jahre beobachtet eine kontinuierliche Entwicklung verfolgen, wie die Tabelle 1 zeigt.

Tabelle 1: Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 - 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Im Kalenderjahr jeweils gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung	1.477	1.913	3.309	5.069	6.183

Quelle: BQS, *Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung*, S. 15
Stand: 04.12.2009

Die Bandbreite der verschiedenen Vertragspartner zeigt die Tabelle 2. Hiernach sind ungefähr ein Drittel aller Verträge nur mit einem einzelnen niedergelassenem Arzt geschlossen. Zurückzuführen lässt sich dies auf Seiten der Ärzte mit einem gestiegenen Wettbewerb unter den Ärzten

Tabelle 2: Direkte Vertragspartner der Integrationsverträge zum 31.12.2008

Vertragspartner	Anzahl der Verträge	In Prozent
Niedergelassener Arzt	1854	30,0
Niedergelassener Arzt / Krankenhaus	1157	18,7
Sonstige	1156	18,7
Krankenhaus	990	16,0
Rehabilitation / Krankenhaus	664	10,7
Rehabilitation / Niedergelassener Arzt / Krankenhaus	182	2,9
Rehabilitation / Niedergelassener Arzt	180	2,9
Gesamt	6183	100

Quelle: BQS, *Übersicht gemeldete IV Verträge*, Stand: 21.01.2009

2.4.3 Vergütung

Nach §140c SGB V wird neben dem Leistungsangebot auch die Vergütung der Leistung von den Vertragspartnern individuell festgelegt. Während für Leistungs-

erbringer in der Regelversorgung eine feste Vergütung für die meisten einzelnen Leistungen (Honorare, Arzneimittel und stationäre Versorgung) vorgeschrieben ist, gibt es keine Vorgaben über Höchst- oder Mindestpreise mehr. Auch an ein Finanzierungssystem sind die Vertragspartner nicht gebunden, die Vergütung kann also sowohl pauschaliert wie auch einzelleistungsbezogen erfolgen.

Die Übernahme der Budgetverantwortung kann insgesamt oder für definierbare Teilbereiche erfolgen und ist damit nicht automatisch Bestandteil der Versorgung¹⁷. Übernimmt ein Vertragspartner die Budgetverantwortung, so muss dieser sich auch dazu verpflichten alle Leistungen an der IV teilnehmenden Versicherten zu erbringen. Damit trägt der Vertragspartner, der die Budgetverantwortung übernimmt, auch das Vergütungs- und Morbiditätsrisiko. Es besteht allerdings auch die Gefahr einer Risikoselektion der teilnehmenden Versicherten. Um diesem vorzubeugen hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur bei der Berechnung der Budgets zu berücksichtigen¹⁸. Dies soll das Risiko überschaubarer gestalten und Risikoselektion unter den teilnehmenden Versicherten vermeiden. Weiter wird es den Vertragspartnern offen gehalten ergänzende Morbiditätskriterien in den Vereinbarungen zu berücksichtigen (Vgl. §140c Abs.3 Satz 3 SGB V).

Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Anzahl teilnehmender Versicherter in Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie das geschätzte Vergütungsvolumen. Auch hier ist eine kontinuierliche Entwicklung zu beobachten, mit einem sehr großen Sprung bei den teilnehmenden Versicherten von 2004 zum Jahr 2005.

Tabelle 3: Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Tausend)	679	2.973	3.762	3.956	4.036
geschätztes Vergütungsvolumen in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Mio. Euro)	248	498	650	768	811

Quelle: BQS, *Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung*, S. 17
Stand: 04.12.2009

¹⁷Vgl. §140c Abs.2 Satz 1 SGB V.

¹⁸Vgl. §140c Abs.2 Satz 2 SGB V.

2.4.4 Grundsatz der Beitragsstabilität

Der § 71 SGB V über die Beitragssatzstabilität sagt aus, dass Krankenkassen und Leistungserbringer die Vereinbarungen über Vergütungen so zu gestalten haben, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. Eine Überschreitung sei nur zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden¹⁹. Dies bedeutete, dass bis Ende 2003 Mehrkosten für die Entwicklung von Modellen in der Integrierten Versorgung nicht finanziert werden konnten oder es zumindest stark umstritten war ob der Grundsatz der Beitragsstabilität in diesem Fall gilt²⁰.

Diese Unsicherheit wurde als Problem für die schlechte Vertragsentwicklung gesehen, weshalb mit der Reform im Jahre 2004 die Beitragsstabilität für alle Verträge der IV ausgesetzt wurde²¹. Leistungserbringer hatten somit nun die Möglichkeit, Investitionen und Entwicklungen vorzunehmen ohne die Beitragsstabilität zu gefährden. Mit anderen Worten waren sie damit in der Lage Versorgungsverträge abzuschließen, auch wenn dies eine Beitragssatzsteigerung zur Folge hätte²².

2.4.5 Anschubfinanzierung

Mit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes und der Überarbeitung des §140d SGB V wurde die so genannte Anschubfinanzierung eingeführt. Hierin wurde beschlossen, dass ab dem 01.01.2004 zur Förderung der Integrierten Versorgung jede Krankenkasse jeweils 1% 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 hat²³. Nach §140d Abs.1 Satz 4 sollen die Gelder in dem regionalen Gebiet, in dem sie abgezogen wurden, auch für die IV wieder eingesetzt werden. Trotzdem können aber auch Leistungsanbieter anderer Regionen Vertragspartner sein. Für solche Fälle waren überregionale Ausgleichs vorgesehen.

Geld sollte durch diese Regelung nicht zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, sondern lediglich eine Umverteilung zwischen den Leistungserbringern stattfinden. Die Anschubfinanzierung diene dabei ausschließlich der Vergütung der zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Leistung²⁴. Dies bedeutete zunächst, dass die Krankenkassen auch nicht durch die Integrierte Versorgung entstehen-

¹⁹Vgl. §71 Abs. 2 SGB V.

²⁰Vgl. Beule, *Rechtsfragen der integrierten Versorgung*, S. 152.

²¹Vgl. §140b Abs. 4 S.2.

²²Vgl. Flintrop, „Lexikon: Integrierte Versorgung“, S. 668.

²³§140d SGB V.

²⁴Vgl. § 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V.

den Mehrkosten, wie zum Beispiel für Verwaltungsaufwand, abdecken dürften.

Ursprünglich sollte diese Regelung bis Ende 2006 gelten, nach Beschluss des G-BA wurde die Regelung jedoch zum 31.12.2008 verlängert²⁵. Dies sollte dem Gesundheitssystem einen weiteren Innovationsschub geben, da ansonsten ein Stillstand in der Entwicklung als Bedrohung angesehen wurde²⁶. Genauere Informationen zur Nutzung der Mittel finden sich im Kapitel 3.7.

2.5 Ziele, Motivationen und Hinderungsgründe bei den Interessengruppen

2.5.1 Krankenkassen

Die Interessen der Krankenkassen liegen sowohl bei der Einhaltung der Beitragsatzstabilität, als auch an der Zufriedenheit ihrer Mitglieder, die vorrangig durch eine hohen Versorgungsqualität sichergestellt wird. Als Mitverantwortliche der Versorgungsgestaltung sind zur Erreichung der gestellten konzeptionelle Anforderungen Ziele erforderlich wie²⁷

- eine kostengünstigere und qualitativ höherwertiger Versorgung,
- höhere Integrationsgrade,
- Erhöhung der Transparenz des Versorgungsgeschehens,
- stärkere Einbeziehung der Versicherten durch Erhöhung der Patientenorientierung,
- Förderung der Hausarztversorgung,
- verstärkter Einsatz von Steuerungsmaßnahmen,
- Aufbau alternativer Versorgungsangebote mit Hilfe individuell gestalteter Verträge und
- Elimination von doppelt besetzten Versorgungsstrukturen.

Durch Einführung der IV bieten sich für die Krankenkassen Ansatzpunkte, um an diesen Punkten zu arbeiten. So wird der Aufbau von Netzwerken und die gezielte Auswahl von Vertragspartnern als Möglichkeit gesehen, Schnittstellen zwischen Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern aufzubauen. Die Eröffnung von Wahloptionen sowie ergänzende Beratungs- und Koordinationsangebote können hier der Krankenkasse als Alleinstellungsmerkmal und damit Marketinginstrument dienen.

²⁵Vgl. Gemeinsame Bundesausschuss, *Verträge zu IV § 140a-d*, S. 1.

²⁶Vgl. Hartweg, *Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland*, 393f.

²⁷Vgl. Bernhardt-Mayer, „Die Qualitätsanforderung in der Integrierten Versorgung“, 18f.

Es zeigt sich, dass die Integrierte Versorgung einen umfassenden Ansatz für Wettbewerb und Systemveränderungen in der GKV darstellen kann. Bisher hatten KK vor allem kurzfristige finanzielle Vorteile da Anschubfinanzierung gewährt wurde oder durch Preiszugeständnisse von Krankenhäusern²⁸. Aufgrund der komplexen Prozessgestaltung werden bestehende Konzepte in Zukunft noch stärker auf ihren ökonomischen und qualitativen Nutzen hin geprüft werden²⁹.

2.5.2 Krankenhäuser

Schätzungen zufolge hat Deutschland eine Bettenüberkapazität von mehr als 25%, weshalb in den nächsten Jahren damit gerechnet werden muss, dass bis zu 500 Krankenhäuser (KH) geschlossen werden müssen³⁰. Somit zeichnet sich auf dem Krankenhausmarkt ein Verdrängungswettbewerb ab. Dieser zwingt Krankenhäuser zu neuen Strategien, um dem gestellten Problem zu begegnen.

Als Nutzen für einen kurz-, mittel- oder auch langfristigen Einstieg in die Integrierte Versorgung werden unter anderem genannt³¹

- die Erzielen von Fallzahlsteigerungen und Erlösen,
- die Verbesserung bei der medizinischen Versorgungsqualität,
- die Schaffung von Netzwerken mit niedergelassenen Ärzten und anderen Partnern, darunter auch Krankenkassen,
- Nutzung als Instrument der Patientenbindung,
- die Verbesserung im Informationsaustausch mit Partnern und
- Senkung von Kosten (durch Optimierungen).

Die Generierung von Zusatzerlösen ist hierbei für Krankenhäuser besonders interessant, da diese extrabudgeter vergütet werden. Das heißt, sie sind nicht wie DRG-Erlöse an ein festgelegtes Leistungsbudget gebunden. In der Vergangenheit bestand außerdem ein zusätzliches Interesse daran, Vergütungseinbußen, die durch die Anschubfinanzierung entstanden sind, auszugleichen.

Probleme werden vor allem bei einem hohen Organisationsaufwand gesehen.

Ein IV-Vertrag umfasst mehrere Seiten Vertragstext, der individuell mit Krankenkassen verhandelt werden muss und somit nur selten identisch sind. Hieraus ergeben sich auch unterschiedliche Leistungsmerkmale, die in der Praxis berücksichtigt werden müssen. Gerade bei geringen Fallzahlen kann dies zu einem ver-

²⁸Vgl.Salfeld, Hehner und Wichels, *Modernes Krankenhausmanagement*, S. 206.

²⁹Vgl.Beyrle, „Integrierte Versorgung – Erfahrung aus Sicht der TK zu Transparenz und Wirtschaftlichkeit“.

³⁰Vgl. Adomeit, *Deutscher Krankenhausesektor*.

³¹siehe dazu auch Abbildung 8 im Anhang

gleichsweise hohem Aufwand führen³².

2.5.3 Vertragsärzte

Für Ärzte bietet die Integrierte Versorgung einige Chancen zur Teilnahme. Zu nennen sind hier die fehlenden engen Vorgaben des Leistungserbringungsrechts, beziehungsweise Vertragsarztrechts, eine verhandelbare Vergütung, eine frühzeitige Einbindung in innovative Versorgungskonzepte, die Profilierung der eigenen Praxis sowie eine verbesserte Patientenbetreuung³³.

Während die Teilnahme an einem Vertrag für Integrierte Versorgung für einen Arzt genannte Vorteile bietet, gibt es auch Kritikpunkte, die z.B. von der KV aufgegriffen wurden³⁴.

So wird bemängelt, dass der Abschluss von IV-Verträgen in der Regel mit höherem Verwaltungsaufwand verbunden ist. Schon nach § 140b SGB V sollen organisatorische, betriebswirtschaftliche und medizinisch-technische Voraussetzungen den „allgemeinen Stand der Technik“ erfüllen. Beispielhaft hierfür ist die Einführung neuer Dokumentationsbögen, die sich unter Umständen sogar noch von Kasse zu Kasse unterscheiden.

Auch der fehlende Schutz einer KV und mangelnde Beratung können vor einer langfristigen Kooperation abschrecken. An dieser Stelle anzusetzen und Vertragsärzte bei rechtlichen Fragen, Kooperationsmodellen und Dokumentation zu beraten sowie bei der Bereitstellung technologischer Lösungen zu unterstützen, wird als Weg gesehen, Unsicherheiten auszuräumen³⁵.

Vor allem aber ist erforderlich, dass der Vertragsarzt die Vergütung für angemessen hält. Dies kann schwierig werden, zusätzlich zum Aufwand auch Krankenkassen daran interessiert sind für die Versorgung Geld einzusparen³⁶.

2.5.4 Patienten

Die Akzeptanz des Patienten und die Motivation zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung stellt einen zentralen Faktor dar. Grundsätzlich ist die Teilnahme für Versicherte nach § 140a Abs. 2 freiwillig, es besteht also immer die Alternative gemäß der Regelversorgung behandelt zu werden. Um so mehr muss sich daher darum bemüht werden, beim Patienten ein Nutzen- und Vorteilsinteresse zu wecken. Von der Politik wurden daher unter anderem die folgenden Ziele zur

³²Vgl. Salfeld, Hehner und Wichels, *Modernes Krankenhausmanagement*, S. 206.

³³Vgl. Bohle, *IV – Rechtsfragen*, 53f.

³⁴Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, *Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V*, S. 8.

³⁵Vgl. Bernhardt-Mayer, „Die Qualitätsanforderung in der Integrierten Versorgung“, S. 17.

³⁶Vgl. Bohle, *IV – Rechtsfragen*, 53f.

Erreichung gesteckt³⁷:

- Die Patienten sollen in eine organisierte Behandlungskette eingebunden werden, die ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten abnimmt
- Teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie unnötige Belastungen für die Patienten sollen vermieden werden
- Die Liegezeiten in den Krankenhäusern sollen verkürzt werden
- Die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind besser zu koordinieren
- Lange Wartezeiten sollen entfallen
- Die Behandlung soll nach definierten Behandlungspfaden erfolgen und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens sein
- Garantiezusagen von medizinischen Leistungserbringern für ihre Leistungen (zum Beispiel bei chirurgischen Eingriffen)
- Durch standardisierte Nachuntersuchungen nach Abschluss der stationären und rehabilitativen Behandlung sollen Folgeerkrankungen vermieden oder eingeschränkt werden
- Angebote von Boni von Krankenkassen an ihren Versicherten für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung (zum Beispiel Wegfall der Krankenhauszahlung und der Praxisgebühr)

Mehrwert und Nutzen muss also für den Patienten erkennbar sein. Nur wenn dieser überzeugt ist, sich von den ihm bekannten, konventionellen Versorgungsstrukturen zu lösen und in neue Versorgungsprozesse zu begeben, kann das langfristige Bestehen eines IV-Modells gesichert werden und für alle Beteiligten zum Erfolg führen.

³⁷Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, *Glossarbereich Integrierte Versorgung*.

3 Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Integrierter Versorgung

3.1 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Entwicklung neuer Modelle entsteht in der Regel aus einer gewissen Notwendigkeit heraus. Im Falle der Integrierten Versorgung ist die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren ein elementarer Faktor. Vergleicht man die Zahlen des Statistischen Bundesamtes (siehe dazu Abbildung 3 und Abbildung 4) sowie Gutachten des Instituts für Wirtschaft & Soziales³⁸, so ist ein überproportional wachsender Anstieg festzustellen.

Die Ausgaben für Gesundheit lagen in Deutschland im Jahr 2009 bei insgesamt 278,3 Milliarden Euro. Zum Vergleich lagen sie 1992 noch bei 163,2 Milliarden Euro³⁹, dies macht eine Steigerungsrate von über 58% in Zehn Jahren aus. In diesem Zusammenhang wird häufig auch von einer „Kostenexplosion“ gesprochen, wobei aber im Internationalen Vergleich ähnliche Steigerungsraten zu beobachten sind⁴⁰.

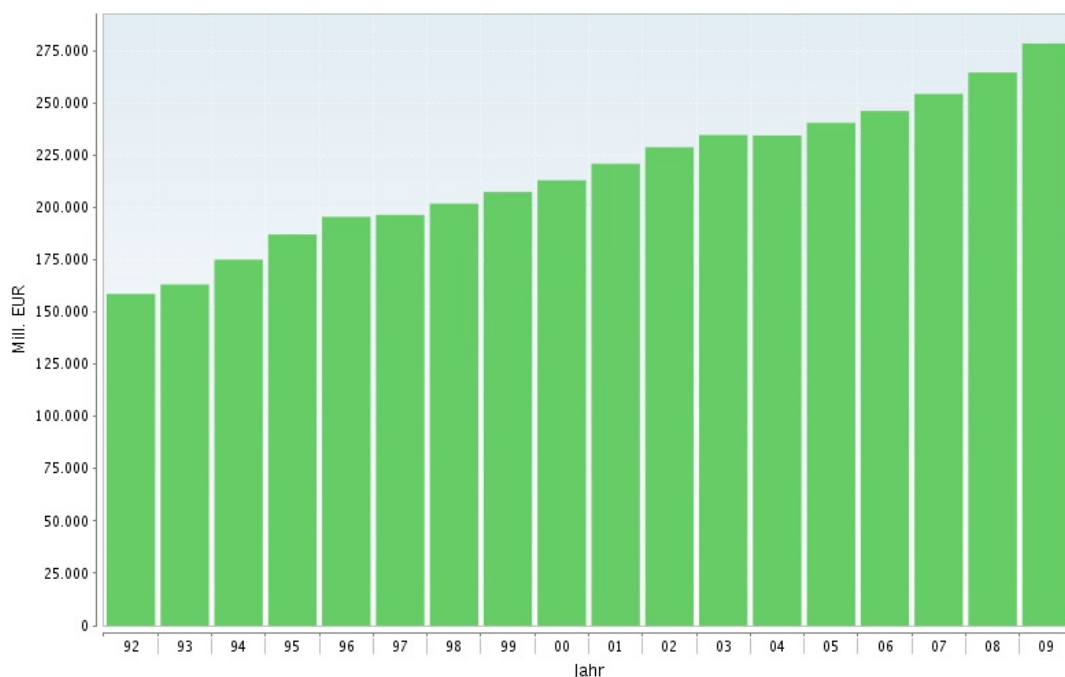


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992 - 2009 (nominal in Milliarden Euro), Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden

Auch beim Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist eine Steigerung in einem ähnlichem Verhältnis zu den Gesundheitsausgaben zu beobachten. Wie in Abbildung 4 ge-

³⁸Vgl. WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH, *Gutachten: Kostensteuerungsmechanismen in der GKV*, 5f.

³⁹Vgl. Zifonun, „Gesundheitsausgaben 1992 bis 2000“, S. 597.

⁴⁰Vgl. Roeder, *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege*, 7f.

zeigt, stieg der Anteil von 10,3% im Jahr 2000 auf 11,6% im Jahr 2009. Die weitere Entwicklung hängt stark von dem zu erwartendem Wirtschaftswachstum ab. Nach verschiedenen Berechnungen ergibt sich ein Anteil von 13-16 % im Jahr

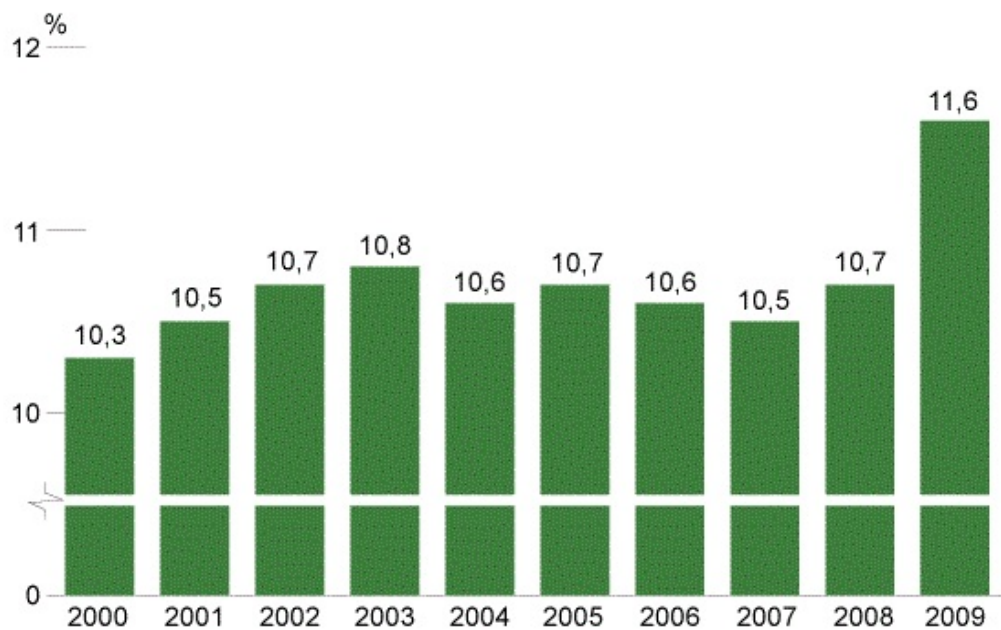


Abbildung 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Anteil zum BIP, Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Anteil zum BIP*

2020, 14-19% im Jahr 2030 und 17-28% im Jahr 2050⁴¹. Als zentrale Faktoren für den weiteren Anstieg der Kosten werden im wesentlichen im demographischen Wandel (siehe Kapitel 3.2) und dem medizinisch-technischen Fortschritt (siehe Kapitel Kapitel 3.3) gesehen⁴². Weitere Faktoren, die jedoch nur eine untergeordnete Rolle im Verlauf dieser Arbeit einnehmen und höchstens indirekt behandelt werden, sind politische Reformen, allgemeiner Preisanstieg (Inflation) und sonstige Ursachen wie zum Beispiel die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, Unwirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer und der „Moral-Hazard“ bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Die Tabelle 4 zeigt die Ursachen für den Kostenanstieg in 2009 in Zahlen.

⁴¹Vgl.Schlender, Schwarz und Thielscher, *Gesundheitsökonomie*, S. 21.

⁴²Vgl.Ulrich, *Wachstum der Gesundheitsausgaben*.

Tabelle 4: Ursachen für den Kostenanstieg 2009

Ursache für den Kostenanstieg	Absolut Mrd. Euro	in in Prozent
Demographie	1,63	17
Medizinisch-technischen Fortschritt	1,61	16
Politische Reformen	1,63	28
Allgemeiner Preisanstieg	2,4	24
Zusatzkosten Arzneimittel	0,56	6
Sonstige Ursachen	0,9	9
Gesamter Kostenanstieg 2009	9,8	100

Quelle: FZG, *Kostenanstieg 2009*, S. 2, Stand: August 2010

3.2 Die demographische Entwicklung in Deutschland

Zwei der wichtigsten Faktoren des demographischen Wandels liegen in einer steigenden Lebenserwartung, die zu einer zunehmenden Zahl älterer Menschen führt und zu einem Rückgang der Geburtenrate. Der dadurch ausgelöste Prozess hat einen Einnahmen- und auch einen Ausgabeneffekt auf die Gesundheitsausgaben.

Beispielsweise nahm die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Neugeburt im Zeitraum von 1960 bis 1999 um mehr als 12% zu. Bis zum Jahre 2050 wird von einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchen um weitere 3,7 Jahren auf 84,5 ausgegangen⁴³. Aber auch im höheren Lebensalter nimmt die Lebenserwartung weiter zu. Für Männer / Frauen im Alter von 65 Jahren stieg deren weitere Lebenszeit von 1960 bis 1999 um mehr als 24% bei Männern und 32% bei Frauen.

Insgesamt ist zu beobachten, dass ein Sterbeüberschuss herrscht. Das heißt, die Anzahl der Sterbefälle (2009: 10,4 je 1000 Einwohner) ist höher als die Geburtenrate (2009: 8,1 je 1000 Einwohner)⁴⁴.

Nach Vorrasschätzungen wird sich die zu beobachtende Veränderung in der Altersstruktur und der Anteil älterer Menschen auch in Zukunft fortsetzen. So soll der Anteil der Personen im Alter von 65 und höher von aktuell etwas mehr als 16% vorraussichtlich zum Jahre 2050 auf über 35% ansteigen. Im Jahre 1950 betrug der Anteil im Vergleich dazu lediglich 9,7%. Dabei wird auch der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit 80 und mehr Jahren mit einer Steigerung von annähernd 12% weiter deutlich zulegen.

⁴³Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, *Entwicklung der Lebenserwartung*.

⁴⁴Vgl. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Statistik 1950 - 2009: Geborene und Gestorbene*.

3.3 Medizinisch-technischer Wandel und medizinischer Fortschritt

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Möglichkeiten der diagnostischen und therapeutischen Behandlung dank des medizinisch-technischem Fortschritts enorm weiterentwickelt. So erscheint dieser Wandel einerseits als große Chance im Kampf gegen unheilbare Krankheiten, wird andererseits aber auch als dramatischer Kostentreiber angeprangert, dessen langfristige Finanzierung nicht gesichert und dessen Nutzen nicht immer nachgewiesen ist⁴⁵. So erstellte im Jahr 1997 der Sachverständigenrat in einem Sondergutachten einen aktuellen Bericht über den gegenwärtigen medizinische Fortschritt als Motor für Wachstum, Wohlfahrts- und Beschäftigungseffekte dargestellt und Möglichkeiten der Finanzierbarkeit⁴⁶.

Gerade bei dem zu beobachtenden Anstieg der Gesundheitskosten zählt der medizinisch-technische Fortschritt zum Hauptkostentreibern. So ist es tatsächlich gelungen, als lebensbedrohlich geltende Krankheiten und Leiden zu behandeln, auch wenn dabei nicht die volle Gesundheit wiederhergestellt wird. Gleichzeitig wird es auch geschafft eine höhere Lebenserwartung zu erzielen. Konsequenz ist damit ein Zunehmen der Morbidität der Bevölkerung und einhergehend ein Anstieg der Gesundheitsausgaben⁴⁷. Gerade in hohen Lebensjahren ist empirisch zu beobachten, dass die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben im Krankenhaus und Arzneimittelbereich besonders stark ansteigen. Im Allgemeinen wird in diesem Zusammenhang auch von einer „Fortschrittsfalle“ gesprochen, in der sich die Gesellschaft befindet.

Neue Behandlungsmethoden erlauben es Verweildauer zu reduzieren, da sie schonenden und weniger belastend wirken (Beispiel: minimal-invasive Chirurgie)⁴⁸. Nutzen sind außerdem eine Senkung von Alterbegrenzungen für bestimmte Behandlungen, sowie eine Zunahme der Entscheidung für eine ambulante statt einer stationären Behandlung. Der Gewinn für Therapie, Diagnostik und Lebensqualität bei Patienten ist bis auf wenige Ausnahmen nicht umstritten. Kritisch gesehen wird vor allem der gestiegene Ressourcenverbrauch. So sind in den vergangenen Jahren auch Innovationen auf den Markt gekommen, deren Ressourcenaufwand im Vergleich zu alternativen Behandlungsmethoden enorm gestiegen ist. Nutzen ist in einigen Fällen nur minimal oder garnicht nachweisbar⁴⁹.

Ineffizienzen werden zuletzt in der medizinisch-technischen Geräteausstattung in der ambulanten und stationären Versorgung gesehen. So gelten als Ursache für

⁴⁵Vgl. Arentz, *Medizinisch-technischer Fortschritt im Gesundheitswesen*, S. 1.

⁴⁶Vgl. Sachverständigenrat, *Gesundheitswesen in Deutschland*.

⁴⁷Vgl. Krämer, „Gesundheitspolitik zwischen Reformbedarf und Patientenwut“.

⁴⁸Vgl. Haus und Gross, *Chirurgie, Orthopädie, Urologie*, S. 23.

⁴⁹Vgl. Schmeinck, *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*, S. 238.

vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen auch wirtschaftliche Anreize der Leistungserbringer zur Leistungsausweitung⁵⁰. So haben Leistungserbringer ein Interesse daran, teuer erworbene Apparaturen auch auszulasten, was zu einer kostenintensiven Überversorgung führt.

Ziel sollte also sein, dass einzelne Verfahren nicht additiv eingesetzt werden. Der Nutzen von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gezeigt sein.

Mit aus diesem Grund ist im Jahre 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet worden. Die Aufgabe der Institution besteht darin, evidenzbasierte Gutachten zu medizinischen Leistungen, im Auftrag gegeben vom G-BA und Bundesministerium für Gesundheit (BMG), zu erstellen. Diese umfassen Arzneimittel, nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden, Verfahren der Diagnose und Früherkennung sowie Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen⁵¹. Erst mit einer verantwortungsvollen und effizienzorientierten Innovationspolitik scheint eine nachhaltige Finanzierung für die Zukunft möglich. Als Lösungsstrategien werden die Lockerung der „kartellartigen“ Strukturen der Leistungserbringer, mehr Eingenverantwortung und Effizienz der Leistungserbringer, Anreizsysteme für Patienten sowie mehr Markttransparenz genannt⁵².

3.4 Die ökonomische Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Rund 70 Millionen Bürger (etwa 85% der Bevölkerung) zählt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu ihren Mitgliedern. Mit Ausgaben in Höhe von 160,8 Milliarden (58%) sind sie der verhältnismäßig größte Träger von Gesundheitsausgaben. Zum Vergleich liegt der Anteil der privaten Haushalte bei 37,5 Mrd.(13%), sowie die Private Krankenversicherung (PKV) mit 25,9 Mrd. (9%) und der Anteil der sozialen Pflegeversicherung mit 20,3 Mrd. (7%) gefolgt von den öffentlichen Haushalte mit 13,6 Mrd. (5%). Der Anteil der Arbeitgeber und der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung liegt bei unter 5%⁵³.

Bei den Leistungsausgaben der GKV liegen die größten Ausgabenblöcke mit 56,2 Mrd. (33,0%) bei den Krankenhausaussgaben, 28,5 Mrd. (16,8%) bei den Arznei-

⁵⁰Vgl. Rürup, *Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung*, 10f.

⁵¹Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, *Aufgaben und Ziele*.

⁵²Vgl. Schmeinck, *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*, 239f.

⁵³Vgl.Statistisches Bundesamt Wiesbaden, *Gesundheitsausgaben 2009*.

mitteln sowie 26,0 Mrd. bei den Ausgaben für Ärzte⁵⁴.

Der permanente Kostenanstieg im Gesundheitswesen hatte zwangsweise auch eine Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatz der GKV zur Folge. Dies macht die Tabelle 5 deutlich, in der eine kontinuierliche Entwicklung des Beitragssatzes zu verfolgen ist.

Tabelle 5: Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV

Jahr	1990	1995	2000	2002	2003	2009
Beitragssatz in %	12,5	13,2	13,5	14,0	14,3	15,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit sowie Grabka, *Alternative Finanzierungsmodelle*, S. 27, Stand: 01.04.2011

Durch zahlreiche Gesetze und Gesundheitsreformen wurde versucht, die Einnahmeseite der Krankenversicherungen zu stärken sowie die Kosten zu dämpfen. Als Beispiel wäre hier die Einführung der Patientenzuzahlung zu nennen oder zuletzt die Eindämmung besonders dynamisch wachsender Arzneimittelausgaben⁵⁵. Aber auch der mangelnde Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird als Grund für die schlechte ökonomische Situation angesehen⁵⁶.

Eine wichtige Entwicklung um diesem Problem entgegenzuwirken war die Einführung des Risikostrukturausgleich (RSA) und die gleichzeitige Wahlfreiheit für Versicherte zwischen den Krankenkassen. Im Jahr 1994 eingeführt, diente der RSA als ein System zwischen den Krankenkassen um finanzielle Nachteile zu vermeiden, die sich durch die unterschiedliche Versichertenstruktur ergeben⁵⁷. Während anfangs Alter und Einkommen Hauptgründe für einen Finanzausgleich waren, wurde in späteren Jahren dazu übergegangen, geeignete Krankheiten als Grundlage zu nehmen (Morbi-RSA). Dies sollte letztendlich zu einem geeigneten Wettbewerbsrahmen zwischen den Krankenkassen führen, trotz aller Bemühungen scheint aber eine langfristige Begrenzung des Kostenanstiegs nicht erreichbar zu sein.

3.5 Die Einführung der DRGs

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) startete als Vergütungssystem im stationären Sektor in 2003 und soll das Vergütungssystem nach der Kovergenzphase im Jahre 2009 das System der Sonderentgelte sowie Basis- und Abteilungspflegesätze ablösen⁵⁸.

⁵⁴Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens 2010*, 137f.

⁵⁵Vgl. Deutsche Bundesregierung, *Gesetz zu Einsparungen im Arzneimittelbereich*.

⁵⁶Vgl. FOCUS-MONEY, *Mangelnder Wettbewerb*.

⁵⁷Vgl. Jacobs u. a., *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs*.

⁵⁸Vgl. § 17b KHG sowie das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz.

Die DRG stellen ein Patientenklassifikationssystem dar, bei dem durch eine systematische Zuordnung von Diagnosen und Prozeduren eines Behandlungsfalles eine möglichst kostenhomogene Fallgruppe erreicht werden soll⁵⁹. Zielgebend ist hierbei, dass die Fallgruppen nicht nur nach medizinischen Kriterien geordnet sind, sondern auch ökonomisch betrachtet eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen. Ursprünglich wollte man damit eine verbesserte Kosten und Qualitätskontrolle erreichen. Durch die geschaffene Transparenz sollten Leistungen effektiver und effizienter erbracht werden können. Krankenhäuser erhielten unmittelbare finanzielle Anreize, um die Möglichkeit zu haben ihre Wirtschaftlichkeit langfristig besser aufzustellen⁶⁰.

Für den ambulanten Sektor gibt es ein solches System noch nicht, hier werden in der Regel Einzelleistungen vergütet. Diese sind budgetiert und vor Leistungserbringung vereinbart, womit sich das konkrete Honorar erst später errechnet. Auch im ambulanten Bereich gibt es Bestrebungen auf eine Vergütung nach Komplex- oder Fallpauschalen umzusteigen⁶¹.

Da sich auch die Vergütung von Verträgen der Integrierten Versorgung an Fallpauschalen orientiert, sind hier Parallelen erkennbar.

3.6 Verwandte Vertragsformen und Vergleich mit der Integrierten Versorgung

3.6.1 Weiterführende Ansätze zur Integration in Deutschland

Neben der Entwicklung der Integrierten Versorgung gab es noch einige andere Vertragsmodelle, die entwickelt wurden und hier auch kurz vorgestellt werden sollen. Dabei handelt es sich um sogenannte Integrierte Versorgungsstrukturen, die durch die beiden „Gesetze zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1. und 2. GKV NOG) im Jahre 1997 geschaffen wurde. Auf dieser Rechtsgrundlage entstanden z.B. Modellvorhaben⁶², Strukturverträge⁶³ und Hausarztmodelle⁶⁴. Die Abbildung 6 gibt hierbei einen Überblick über die verschiedenen Modelle und Unterscheidungskriterien.

Wie die verschiedenen Versorgungsmodelle am Gesundheitsmarkt verteilt sind, ist in Abbildung 5 zu sehen. Auffallend ist, dass im Vergleich die IV als Versor-

⁵⁹Vgl. Güssow, *Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*, S. 16.

⁶⁰Vgl. Roeder, Bunzemeier und Glocker, „Erreichtes und nicht Erreichtes“, S. 258.

⁶¹Vgl. Güssow, *Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*, S. 32.

⁶²nach §§63 ff. SGB V.

⁶³nach §73a SGB V.

⁶⁴nach §73b SGB V in Verbindung mit §65a Abs. 1.

gungsmodell gegenüber anderen Modellen am häufigsten genutzt wird. Trotzdem können andere Modelle aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten ihre Existenzberechtigung haben. Eine Existenz von Vertragsmodellen parallel zur IV ist auch in Zukunft möglich.

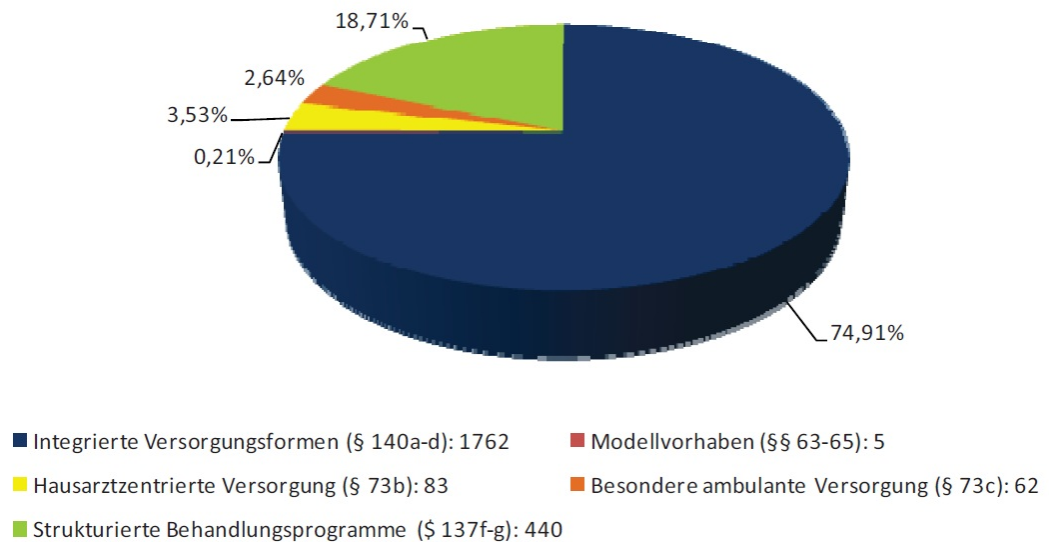


Abbildung 5: Anteil der Vertragsarten, Quelle: DGIV, *Monitoring IV*, S. 2

Weitere Ansätze, die zu Änderungen an der Versorgungslandschaft geführt haben, sollen hier noch kurz genannt werden.

So haben Krankenhäuser vor allem im Rahmen der GMG-Reform neue Möglichkeiten erhalten, Leistungen die bisher in den Bereich der ambulanten Versorgung gefallen sind, durchzuführen. So sind dies ambulante Versorgung bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich (§ 116 a SGB V), ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistung und seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116 b SGB V) sowie ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V). Mit der Möglichkeit zur Gründung von MVZ fand ebenfalls eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung statt. Alle Modelle hatten eine verbesserte Verzahnung im ärztlichen Versorgungsbereich zum Ziel. Da die ambulante Versorgung / Leistungserbringung durch Krankenhäuser nur sehr „punktuell“ zur Überwindung der Sektorengrenzen dient, soll an dieser Stelle nicht weiter auf diese Modelle eingegangen werden.

3.6.2 Modellvorhaben

Modellvorhaben sollen der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit dienen. Mit zugelassenen Leistungserbringern beziehungsweise Gruppen dieser werden Weiterentwicklungen in Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Ver-

Integrierte Versorgung §§ 140a-d SGB V	Strukturverträge § 73a SGB V	Modellvorhaben §§ 63 ff. SGB V	Hausärztl. Versorgung § 73b i.V.m. §65a SGB V
Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern (verschiedener Sektoren) und mind. einer Krankenkasse Ziel ist Entwicklung neuer <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstrukturen • Vergütungsstrukturen • Übertragung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> • Auf Dauer angelegt 	Vereinbarungen zwischen KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen. Ziel ist Entwicklung neuer <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstrukturen • Vergütungsstrukturen • Übertragung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> • Auf Dauer angelegt 	Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern Ziel ist Entwicklung neuer <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstruktur • Vergütungsstruktur <ul style="list-style-type: none"> • Zeitlich befristet 	Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zur Regelung der Gewährung von Boni in Hausarztversorgungssystemen Ziel ist Entwicklung neuer <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstrukturen mit Stärkung der hausärztlichen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Auf Dauer angelegt oder zeitlich befristet, abhängig ob als eigenständiges Vorhaben oder in Verbindung mit der Integrierten Versorgung bzw. einem Modellvorhaben durchgeführt

Abbildung 6: Integrierte Versorgungsstrukturen auf Basis des SGB V, Quelle: Güssow, *Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*, S. 46

gütungsformen angestrebt. Ähnlich der IV wird auch hier die vertikale Kooperation zwischen Sektoren gestärkt. Meist handelt es sich hierbei um indikationsspezifische Projekte⁶⁵, jedoch gibt es auch Unterschiede. So ist eine zeitliche Begrenzung von 5-8 Jahren vorgesehen⁶⁶, der Grundsatz der Beitragsstabilität behält seine Gültigkeit⁶⁷. Des weiteren gibt es eine Pflicht zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung⁶⁸ (diese wurde bei der IV durch das GMG 2004 gestrichen). Möglichen Vertragspartner der IV wie Apotheken, Sanitätshäuser, Managementgesellschaften und MVZ stehen nicht zur Verfügung⁶⁹.

3.6.3 Strukturverträge

Strukturverträge können von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden. Regional begrenzte Kooperationen von Hausärzten und Fachärzten sollen hierbei Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigern. Leistungen, die derzeit stationär erbracht werden sollen, soweit medizinisch indiziert, durch das ambulante Operieren substituiert werden.

⁶⁵Vgl. Baumberger, *So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa*, S. 171.

⁶⁶nach §63 Abs. 5 SGB V.

⁶⁷nach §§ 63 Abs.3 S 1, 140b Abs.4 S 2 SGB V.

⁶⁸nach § 65 SGB V.

⁶⁹nach §§ 64 Abs.1, 140b Abs.1 SGB V.

Anreiz für die Teilnahme eines Arzt ist es vor allem die Möglichkeit, das Honorar extrabudgetär zu erhalten. So gibt es die Option, eine Budgetverantwortung zu vereinbaren, in die auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden können. Hiermit ist bereits ein wichtiges Ziel der IV enthalten.

Die erhoffte Vorgabe des Gesetzgebers, den ambulanten und stationären Sektor stärker zu verzahnen sowie die Übernahme ökonomischer Verantwortung, konnten in den meisten Fällen jedoch noch nicht erreicht werden. Hinderungsgrund waren hier getrennte Finanzierungskreise der unterschiedlichen Sektoren, um stationäre Leistungen dauerhaft in den ambulanten Sektor zu verlagern⁷⁰. Weitere Gründe, die für ein Scheitern angegeben wurden, waren umfangreicher Organisationsaufwand, fehlende Standards, hohe Investitionskosten sowie mangelnde Kundenorientierung und nicht ausreichender Einsatz von Technologien⁷¹.

3.6.4 Hausarztzentrierte Versorgung

Nach § 73b SGB V sind Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten ein Modell zur Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Hierbei wählen die Versicherten für mindestens ein Jahr ihren Hausarzt, der für weiterführende fachärztliche Behandlungen als „Lotse“ fungieren soll. Auf diesem Wege werden auch Behandlungen über Sektorengrenzen hinweg abgestimmt und vom Hausarzt koordiniert, beurteilt, dokumentiert und evaluiert⁷².

Erhoffte Vorteile sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in die Behandlung einzubinden, Doppeluntersuchungen zu vermeiden sowie Arzneimittel gezielt zu verordnen. Um eine hohe Qualität zu gewährleisten hat der Gesetzgeber bestimmte Anforderungen an teilnehmende Ärzte gestellt, die wie folgt formuliert sind: eine Ausrichtung an evidenzbasierten Leitlinien, Einführung eines Qualitätsmanagements sowie mindestens eine adäquate EDV-Ausstattung.

Eine solche Einschränkung gibt es bei der IV nicht, weshalb es als eine der Hauptkritikpunkte neben der Einschränkung der freien Arztwahl gilt.

3.6.5 Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sind, ähnlich wie die Entstehung der Integrierten Versorgung, auf Entwicklungen der USA zurückzuführen. Dort wie hier sollte zur Überwindung sektoraler Trennungen ein strukturiertes Behandlungsprogramm mit evidenzbasierten, sektorübergreifender Behandlungsleitlinien

⁷⁰Vgl. März, *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*, S. 6.

⁷¹Vgl. Kreft, Baur und Schmelzer, „Praxisnetze. Zeit für Professionalisierung“, S. 12.

⁷²Vgl. Fries, *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit*, S. 107.

eingesetzt werden⁷³. Erstmal in Deutschland eingeführt wurden DMP im Jahre 2002 unter § 137f SGB V. Beispielhaft sind Programme, die Krankheitsbilder wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Brustkrebs umfassen⁷⁴. Ziel war und ist, dass Krankenkassen mit behandelnden Ärzten einen Vertrag schließen um nach gesichertem wissenschaftlichem Standard chronisch kranke Patienten zu versorgen.

Wie bei der Integrierten Versorgung ist der Begriff für DMP weder einheitlich noch verbindlich definiert. Gut zu handhaben, da sehr weit gefasst, ist die Definition nach Lauterbach: „Disease Management ist eine systematischer, sektorübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg⁷⁵. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein“⁷⁶. Die Definition beschreibt also Krankheiten und ihre Behandlung als einen kompletten Prozess, der alle Aspekte und Stufen einer Krankheit berücksichtigt.

Während die Integrierte Versorgung die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine sektorübergreifende Versorgung bietet, steht bei Disease-Management-Programmen die medizinische interdisziplinäre Versorgung an zentraler Stelle. Bei beiden Modellen befindet sich, in diesem Punkt herrscht Konformität, der gesamte Behandlungsprozess des Patienten über alle organisatorischen Leistungserbringergrenzen hinweg im Mittelpunkt.

3.7 Nutzung der Anschubfinanzierung

Insgesamt sind in den Jahren 2004 bis 2008 Jahren 1,68 Milliarden Euro im Rahmen der Anschubfinanzierung einbehalten und den Krankenkassen für die Integrierte Versorgung zur Verfügung gestellt worden. Die Tabelle 6 zeigt dabei, wie die Mittel anteilig für die verschiedenen Leistungsarten eingesetzt wurden.

Während der Phase der Anschubfinanzierung gab es auch kritische Stimmen. So wurde erwartet, dass entwickelte IV-Modelle nach einem Auslaufen der Anschubfinanzierung vom Markt verschwinden, da es keine langfristigen Vorgaben vom Gesetzgeber zur Finanzierung gibt⁷⁷.

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 wurde den Kranken-

⁷³Vgl.Lauterbach, *Gutachten zu Disease Management in Deutschland*, S. 34.

⁷⁴Vgl.Bundesärztekammer, *Einführung DMP*.

⁷⁵Es sollte hierbei noch angemerkt werden, das sich nicht zwingend auf chronisch Kranke beschränkt werden muss.

⁷⁶Vgl.Lauterbach, *Gutachten zu Disease Management in Deutschland*, S. 29.

⁷⁷Vgl.Schlingensiepen, „Viele IV-Verträge werden vom Markt verschwinden“, S. 3.

Tabelle 6: Verwendung der einbehaltenen Finanzmittel

	Anzahl	Anteil
voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen von Krankenhäusern	659	46%
ambulante, vertragsärztliche Leistungen	1.077	76%
Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben	304	21%
ohne Angabe	190	13%

Quelle: BQS, *Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung*, S. 44
Stand: 04.12.2009

kassen die Verpflichtung auferlegt, nicht verbrauchte Mittel bis spätestens Ende September 2009 zurückzuzahlen. Eine weitere Verwendung der Mittel wurde ausgeschlossen. Dabei waren nicht verbrauchte Mittel der Jahre 2004 bis 2006 nur anteilig an die Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht aber an die Krankenhäuser zurückzuzahlen. Mittel der Jahre 2007 und 2008 mussten anteilig an alle Einzahler zurückgezahlt werden⁷⁸.

Die gemeldeten Gesamtausgaben lagen bei mindestens 2,19 Milliarden Euro und damit 0,5 Mrd. höher als die einbehaltenden Mittel. Daraus lässt sich schließen, dass mindestens 25% der Ausgaben für IV nicht aus den Mitteln der Anschubfinanzierung geleistet wurden. Wie viel dies in den einzelnen Jahren war, kann der Tabelle 7 entnommen werden, wobei sich die Rückzahlungsverpflichtung direkt aus den von den Krankenkassen auszufüllenden Meldebögen ergibt⁷⁹.

Tabelle 7: Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung (Mio. Euro)

	Einbehaltene Mittel	getätigte Ausgaben	Rückzahlungsverpflichtung	Rückzahlungsverpflichtung in %
Gesamt 2004	68	177	0,3	0,4%
Gesamt 2005	268	443	4,0	1,5%
Gesamt 2006	364	451	12,0	3,3%
Gesamt 2007	466	534	16,6	3,6%
Gesamt 2008	513	586	33,5	6,5%
Summe	1.679	2.191	66,4	4,0%

Quelle: BQS, *Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung*, S. 47
Stand: 04.12.2009

Hier lässt sich ersehen, dass die Einnahmen durch die Anschubfinanzierung auch genutzt wurden. Wie vom Gesetzgeber gewollt, kam es zu einem starken Ansteigen von Vertragsabschlüssen. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung wurden etwa 20% der Verträge gekündigt, was auf eine Zahl von etwas mehr als

⁷⁸Vgl. Gemeinsame Bundesausschuss, *Verträge zu IV § 140a-d*, S. 2.

⁷⁹Vgl. BQS, *Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung*, S. 47.

5000 Verträgen hinausläuft⁸⁰. Damit scheint vorerst zumindest die Befürchtung widerlegt, dass die Mehrzahl der IV-Verträge auf keiner tragfähigen Basis stehen würden⁸¹.

3.8 Zunehmende Patientensouveränität

Bei den vielen Veränderungen und Einschnitten, denen das Gesundheitssystem unterworfen wurde, gab es auch zunehmend Forderungen nach mehr Mitspracherecht und Selbstbestimmung für Patienten. Somit avancierte sich ein weiterer, bisher wenig beachteter Akteur für den Paradigmenwechsel. Gründe für diese Entwicklung sind sowohl gesellschaftlich, sozial, technologisch, ökonomisch wie auch gesundheitspolitisch⁸². Dies sind unter anderem⁸³:

- Neue informations- und kommunikationstechnische Möglichkeiten (z.B. Internet) werden umfangreich genutzt
- Marketing von Pharmaunternehmen klärt Patienten auf und Patienten informieren sich über Eigenschaften, Nutzen und Risiken
- Ein gesellschaftlicher Wandel und eine kritischere Verbraucherhaltung ändert das Arzt-Patienten-Verhältnis in ein weniger einseitig-dominant geprägtes

So zeigt eine 2005 getätigte Umfrage, dass 68 Prozent der Befragten medizinische Entscheidungen zusammen mit dem Arzt treffen wollen und 24 Prozent gar alleinig⁸⁴. Für Patienten orientiert sich die Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern zunehmend an einsehbaren Qualitätsmerkmalen, was von Krankenkassen aufmerksam verfolgt wird. Kostenträger sehen sich zunehmend darin gefragt, Lösungen für eine qualitativ hochwertige und wirkungsorientiert bezahlte Versorgung zu finden um Versicherte zu halten und neue Mitglieder zu gewinnen⁸⁵.

⁸⁰Vgl. Osterloh und Rieser, *Interview mit Prof. Dr. Volker Amelung*.

⁸¹Vgl. Schlingensiepen, „Viele IV-Verträge werden vom Markt verschwinden“, S. 3.

⁸²Vgl. Dietz, *Patientenmündigkeit: Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten*, S. 1.

⁸³Vgl. Dietz, *Patientenmündigkeit: Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten*, S. 281.

⁸⁴Vgl. TK-Trendmonitor, *Studie: Gesundheit 2005*.

⁸⁵Vgl. Müller, *Fachtagung Patientensouveränität*, 2f.

4 Bisherige Umsetzungen und Erwartungen

4.1 Überwindung von Sektorengrenzen

4.1.1 Schnittstellenmanagement

Erklärtes Hauptziel ist, wie bereits erwähnt, die Überwindung einzelner abgeschotteter Versorgungsbereiche sowie die Substitutionsmöglichkeiten verschiedener Leistungsbereiche zu nutzen. Abstimmungen an den Schnittstellen sollen soweit optimiert werden, dass eine qualitativ verbesserte Versorgung unter Einhaltung eines vereinbarten Budgets erbracht wird. Experten sind sich einig darin, dass die Führung der Patienten innerhalb eines IV-Projetes ein zentrales Problem darstellt⁸⁶. Zur Überwachung der verbundenen Prozesse bieten sich medizinische und finanzielle Controllingfunktionen sowie Lotsenfunktionen an. Lotsenfunktionen umfassen hierbei nicht nur organisatorische Planungen, sondern auch Expertenwissen bezüglich der medizinischen Abläufe.

Auch unter den Ärzten gibt es Stimmen, die eine Organisation durch Managementgesellschaften fordern⁸⁷. So ist es eine Idee, Betreuungszentren einzurichten, Termine vereinbart, Fragen beantwortet und Informationen über Gesundheitsprogramme vermittelt werden. Auf die Frage an welcher Stelle eine solche Funktion geschaffen werden soll gibt es verschiedene Lösungen.

Die erste liegt im Krankenhaussektor, da dort bereits häufig Managementstrukturen vorgehalten werden und auch die Notwendigkeit für die IV erkannt wurde. Voraussetzung sollte hier sein, dass das Krankenhaus über eine sehr gute Eingangsdagnostik und Prozesssteuerung vorhanden ist⁸⁸. Defizite werden vor allem an der Schnittstellenkommunikation noch häufig gesehen⁸⁹.

Eine zweite Lösung besteht darin, Vertragsärzten diese Funktion zu übertragen. Durch ihre Nähe zu den Patienten scheinen sie sich dafür auszuzeichnen, beratende und koordinierende Tätigkeiten zu übernehmen. So spricht dafür, dass in Deutschland 97% der Kranken einen Hausarzt haben und 78% dieser bei ihm länger als 5 Jahre in Behandlung sind⁹⁰. Problematisch ist, dass Ärzte häufig nicht über die entsprechenden Management-Erfahrungen verfügen, beziehungsweise die Bereitschaft mitbringen diese (auch aus Zeitgründen) zu erlernen⁹¹.

Ist eine passende Organisationsform gefunden, gibt es einige mögliche Ansätze

⁸⁶Vgl.DGIV, „Expertenworkshop zur Integrierten Versorgung“, S. 23.

⁸⁷Vgl.Steinberg, „Vernetzung ärztlicher Tätigkeiten aus ärztlicher Sicht“.

⁸⁸Vgl.Salfeld, Hehner und Wichels, *Modernes Krankenhausmanagement*, S. 207.

⁸⁹Vgl.Sawicki, „Qualität der Gesundheitsevrversorgung“.

⁹⁰Vgl.Sawicki, „Qualität der Gesundheitsevrversorgung“.

⁹¹Vgl.Wissbecker, *e-health Studie 2005: Visionen-Versorgungsmanagement*.

zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen:

- Abbau räumlicher Distanzen zwischen den Leistungserbringern
- Förderung und Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur
- Die elektronische Vernetzung der Leistungserbringer (siehe dazu auch Kapitel Informationsmanagement)
- Entwicklung von Dokumentationsstandards und Behandlungspfaden (Clinical Pathways)
- Gemeinsame Budgetverantwortung

Insgesamt scheint problematisch, dass die Ausgestaltung der zu übernehmenden Aufgaben zu wenig konkretisiert ist und das außerdem nicht genügend Finanzmittel für ein aufwendiges Controlling bereitstehen, sollte dieses nicht bereits bestehen. Management-Ressourcen und die Bereitschaft aller Leistungserbringer sind notwendig, da ansonsten gesteckte Ziele bei der Umsetzung von IV-Modelle nicht erreicht werden⁹². Eine wirtschaftlich nicht tragfähige Behandlung wäre die Folge⁹³.

4.1.2 Informationsmanagement

Eine besondere Schwachstelle an den Schnittstellen der Leistungserbringer ist der unzureichende Informationsfluss. Besonders für Einrichtungen die in ihrer bisherigen Tätigkeit eine geringe Informationsvernetzung nach außen zeigten ist es wichtig die Möglichkeiten der Kommunikation besser zu nutzen. Hierzu sollen Informations- und Kommunikationstechnologie aufgebaut und genutzt werden um Kommunikationslücken und Intransparenz zu vermeiden.

Gründe hierfür sind:

- zunehmende Komplexität der medizinischen Versorgung
- starke Zunahme medizinischen Wissens⁹⁴
- die starke Ausprägung der sektoralen Gliederung in funktionsorientierte Bereiche⁹⁵
- wenig Kostenbewusstsein bei Ärzten (z.B. Doppeluntersuchungen oder Fehlbelegungen), auch entstanden durch Misskommunikation⁹⁶

Durch die geschaffene Transparenz können auch Schwachstellen im Versorgungs-

⁹²Vgl. Amelung, „Wir brauchen mehr Beständigkeit“, S. 21.

⁹³Vgl. Salfeld, Hohner und Wichels, *Modernes Krankenhausmanagement*, S. 207.

⁹⁴Vgl. Dietzel, *Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept*, S. 2.

⁹⁵Vgl. Krüger-Brand, „Teamplayer im Netz sind gefragt“, S. 734.

⁹⁶Vgl. Strotbek, „Studie zur Arzt-Arzt-Kommunikation“, S. 106.

prozess aufgedeckt und Kosten besser abgebildet werden. Mit aussagekräftigen Informationen über einen Patienten steigt auch die Wahrscheinlichkeit im Behandlungsprozess die bestmögliche Entscheidung zu treffen. Für die Qualität der medizinischen Versorgung bedeutet dies eine positive Entwicklung. Aber auch ein Umdenken der Leistungserbringer kann erforderlich werden. Ursprünglich primäre Informationsempfänger können auch zu Informationssendern werden, da eine Optimierung nur erreicht werden kann, wenn alle Beteiligten ein offenes und aktives Informationsverhalten zeigen⁹⁷.

Bisherige Umfragen zu der Nutzung verschiedener Kooperationsformen unter Leistungserbringern hat ergeben, dass zwar auf sehr vielfältige Art miteinander kommuniziert wird, von den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien jedoch nur selten Gebrauch gemacht (siehe auch Abbildung 7). Die Versendung von Arztbriefen und Befunden sowie telefonische Kontakte gehören hier noch zum Regelfall (ca. 80%). Häufig werden auch Qualitätszirkel und Feedbackrunden eingesetzt (66%). Verhältnismäßig wenig genutzt wird bisher noch elektronische Datenvernetzung in Form von E-Mail und Internet. Nur jeder zweite Kooperationspartner schöpft hier von den Möglichkeiten, die sich ihm bieten. Vorreiter sind hier häufig Ärztenetze/Ärzteverbände, weniger Akutkrankenhäuser und Praxiskliniken und am wenigsten Gebrauch findet sich bei Rehakliniken und Haus-/ Fachärzten ohne Kooperationsverbund⁹⁸.

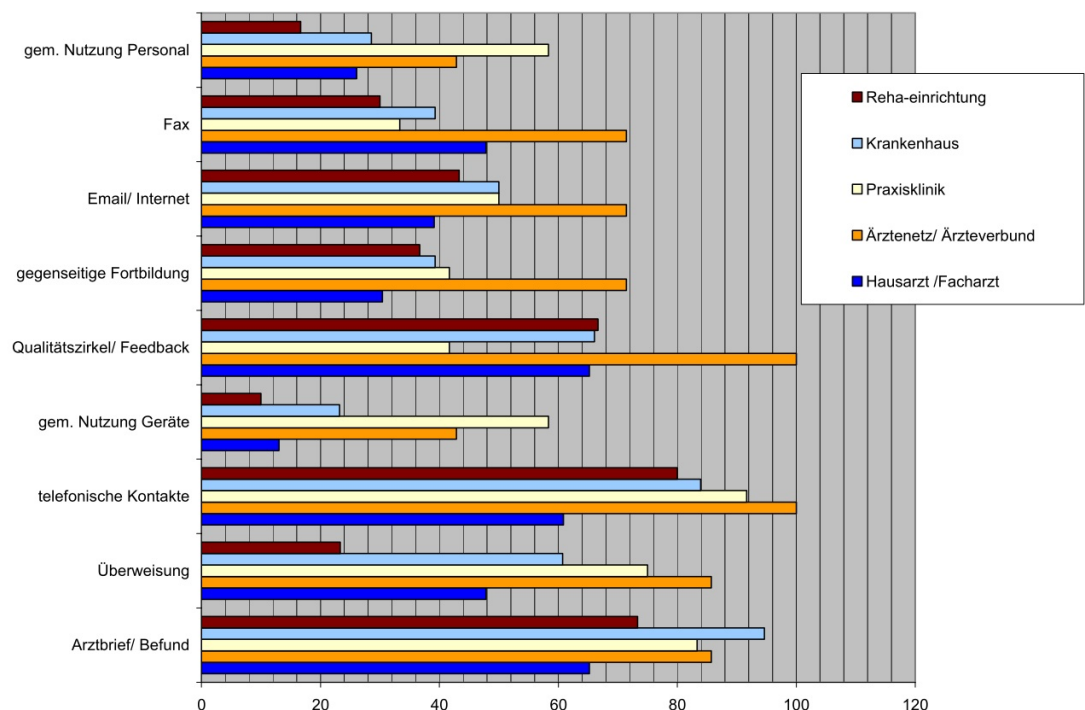


Abbildung 7: Kooperationsform nach Leistungserbringer, Quelle: Mühlbacher u. a., *Status Quo der IV*, S. 31

⁹⁷Vgl. Mühlbacher, *Integrierte Versorgung: Management/Organisation*, 230f.

⁹⁸Vgl. Mühlbacher u. a., *Status Quo der IV*, 30f.

Gerade in den letzten Jahren gab es viele Entwicklungen bei den Anwendung der Informations- und Kommunikationstechnologien zu beobachten. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der Medizin- oder Gesundheitstelematik in dessen Zusammenhang unter anderem entstanden sind:

- die elektronische Patientenakte zusammen mit dem elektronischen Rezept⁹⁹
- die elektronische Gesundheitskarte und der elektronische Arztbrief¹⁰⁰
- Medizinische Call-Center¹⁰¹
- Konzepte zum eLearning¹⁰²
- Diagnostik / Monitoringlösungen die die räumliche Entfernung zwischen Arzt und Patient überwinden¹⁰³

Immer noch existieren Probleme, die ein stärkeres Durchsetzen von Informations- und Kommunikationstechnologien zu behindern scheinen. So bestehen Unklarheiten bezüglich des Datenschutzes, Standards für Dokumentation und Datenübertragung oder es stehen nicht die nötigen Finanzmittel für eine bessere Vernetzung zur Verfügung¹⁰⁴.

Trotzdem lassen sich auch zunehmend erfolgreich Projekte für eine gelungene Vernetzung finden. Als Beispiel kann hier das Pilotprojekt zur Weiterentwicklung des Ärztehauses MediLev genannt werden¹⁰⁵. Hier ist man der Überzeugung, dass es notwendig für den mittel- und langfristigen Erfolg des Projektes Integrationsversorgung ist, den sektorübergreifenden Informationsaustausch auch informationstechnologisch zu unterstützen.

4.2 Kostenreduktion

4.2.1 Auf Seiten der Kostenträger

Wie bereits in Kapitel 2.5.1 angemerkt, besteht ein großes Bedürfnis bei den Krankenkassen weitere Ausgabensteigerungen zu begrenzen, ohne dass die Qualität hierunter leidet. In unterschiedlicher Weise werden Hoffnungen geweckt, mittels IV eine Kostenersparnis bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung zu erlangen. Kritische Stimmen behaupten, dass dies nicht möglich sei und sich zwischen einer Kostenverringerung bei gleicher Qualität oder in einer verbesserten Qualität

⁹⁹Vgl. Dietzel, *Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept*, S. 4.

¹⁰⁰Vgl. Kaiser, *Chancen und Grenzen in der Regelversorgung*, S. 186-188.

¹⁰¹Vgl. Bericht der Bund-Länder-AG, *Bericht der Bund-Länder-AG Telematik*, S. 8.

¹⁰²Vgl. Bericht der Bund-Länder-AG, *Bericht der Bund-Länder-AG Telematik*, 8ff.

¹⁰³Vgl. Bericht der Bund-Länder-AG, *Bericht der Bund-Länder-AG Telematik*, S. 7.

¹⁰⁴Vgl. Dietzel, *Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept*, S. 4 und KBV, *Bestandsaufnahme für den Aufbau der Telematikinfrastruktur*.

¹⁰⁵Vgl. Rühle, *Pilotprojekt zur Weiterentwicklung des Ärztehauses MediLev*, S. 14.

bei gleichen Kosten entschieden werden müsse¹⁰⁶. Verträge bei denen eine direkte Kosteneinsparung (sogenannte „Rabattverträge“) im Vordergrund steht, sind häufig für einzelne indikationsbezogene Leistungen. Schwerpunkte sind Krankheitsbilder wie Kardiochirurgie, Endoprothetik und stationsersetzende Leistungen bei diversen operativen Eingriffen.

Nach der Darstellung der Techniker Krankenkasse enthielten viele der Konzepte wenig neue Ansätze, da sie primär ökonomisch orientiert waren¹⁰⁷. Solche Verträge scheinen nicht immer auf einer soliden finanziellen Basis zu stehen und versprechen daher eher einen geringen langfristigen Erfolg. Dies bestätigte sich mit dem Rückgang der Vertragszahlen nach Beendigung der Anschubfinanzierung.

Wesentlich umfassender sind populationsbezogene Konzepte, die auf ein sogenanntes Capitation-Modell setzen (mehr dazu in Kapitel 4.3.2), welches eine umfassendere Vollversorgung für Versicherte bieten soll. Beispiel für ein solches Projekt ist das „Gesunde Kinzigtal“, das im Jahre 2005 gegründet wurde. Ergebnisse des Konzeptes zeigten Einsparungen in Höhe von 2 Prozent nach 2 und 3,4 Prozent nach 2,5 Jahren¹⁰⁸.

Somit zeigt sich, dass Beitragssatz-relevante Einsparpotentiale auch mittel- und langfristig durch Abschlüsse von IV-Verträgen möglich sind und genutzt werden. Trotzdem soll nicht der Eindruck entstehen, dass direkte finanzielle Einsparung nötig für Kostenreduktionen sein müssen. Auch die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung kann im Mittelpunkt eines IV-Vertrags stehen. So können Folgekosten für wiederholten Krankenhausaufenthalten, Reoperationen sowie langwieriger Wundversorgung bei einem verbesserten Behandlungskonzept vermieden werden¹⁰⁹.

4.2.2 Auf Seiten der Leistungserbringer

Da der Erfolg der IV mit von der Leistungsfähigkeit der Partner abhängt, ist es im hohen Maße erforderlich, dass Leistungserbringung effizient erfolgt. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung hat dieser Punkt an zusätzlicher Bedeutung gewonnen, da Projekte nun dem direkten Vergleich mit der Regelversorgung standhalten müssen.

Großer Vorteil der IV ist die mögliche Einbindung von Managementgesellschaften oder Krankenhausträgern, die über besondere Erfahrung im Bereich Kostencontrolling verfügen. Vor allem Krankenhäuser haben auf diesem Gebiet in den letzten Jahren, verstärkt auch durch die Einführung der DRGs, Fortschritte

¹⁰⁶Vgl. Wasem u. a., „Evaluation der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Sicht“.

¹⁰⁷Vgl. Herzfeld, *Integrierte Versorgung – Erfahrungen / Ergebnisse / Perspektiven*, S. 13.

¹⁰⁸Vgl. Wasem u. a., „Evaluation der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Sicht“.

¹⁰⁹Vgl. Bernhardt-Mayer, „Die Qualitätsanforderung in der Integrierten Versorgung“, S. 20.

verzeichnen können. Diese können in Folge dessen auch Vertragspartnern durch Synergieeffekte zugute kommen. Besonders Praxisnetze streben mit einer Beteiligung an einem IV-Projekt auch eine Senkung der Kostenbelastung an¹¹⁰.

Nach einer Umfragen von Unternehmensberatern werden Krankenhäuser verstärkt auf externen Sachverstand für die Entwicklung von Strategien, Strukturen und Prozessen setzen. Vor allem Großkrankenhäuser sind hier einen Schritt voraus, während bei kleineren Häusern noch Nachholbedarf besteht¹¹¹.

Trotz dieser Vorsätze scheinen zumindest kurzfristig keine Einsparungen möglich, da die IV Investitionen einen hohen Verwaltungs- und Organisationsaufwand erfordern. Eine Senkung der durchschnittlichen fixen Fallkosten scheint allerdings durch Fallzahlsteigerungen machbar.

4.3 Vertragsgeschehen

4.3.1 Selektives Kontrahieren

Im Kapitel 2.4.1 wurde bereits der Begriff des selektives Kontrahierens erläutert. An dieser Stelle soll sich nun noch einmal kritischer mit dieser Form der Gestaltung auseinandergesetzt werden.

Einzelverträge abzuschließen bedeutet auch, dass Vertragsbedingungen individuell zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt werden. Eine Gefahr wird darin gesehen, dass sich wegen zunehmender Unübersichtlichkeit Abweichungen im Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung ergeben, sowie höhere Transaktionskosten drohen¹¹². Sollten Versicherte aufgrund bestimmter Angebote ihrer Krankenkasse daran interessiert sein ein Angebot zur IV anzunehmen, so wird außerdem ihre Wahlfreiheit stark eingeschränkt, da die Leistungserbringer bereits vorbestimmt wurden. Zudem kann ein selektives Auswählen bestimmter Leistungsanbieter durch die Krankenkassen zu einer Risikoselektion führen. Es werden also nur Ärzte oder andere Leistungserbringer unter Vertrag genommen, die den unter Umständen nicht nachvollziehbaren Anforderungen nach Leistung, Qualität oder Kosten entsprechen¹¹³. Vor allem Ärzte sehen hier die Gefahr des „Preisdumpings“.

Aber auch Vorteile in Form von marktwirtschaftlichen Anreizen werden gleichzeitig gesehen. So soll sich ein Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern um Verträge und Vertragspartner entwickeln. Weiter konkurriere-

¹¹⁰Vgl.Plassmann, *Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*, S. 16.

¹¹¹Vgl.Herrendorf, „Bedarf an externem Sachverstand wird steigen“, S. 1080.

¹¹²Vgl.Sachverständigenrat, *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*.

¹¹³Vgl.Breyer, Zweifel und Kifmann, *Gesundheitsökonomie*, S. 299.

ren Leistungserbringer um die Gewinnung zusätzlicher Patienten¹¹⁴. Dies kann effizientere und innovativere Versorgungsformen fördern, da sich Krankenkassen und Anbietergruppen stärker um ein gutes Produktangebot bemühen¹¹⁵. Eine Entwicklung wie sie schon auf anderen Märkten beobachtet werden kann, die für den Wettbewerb geöffnet wurden.

4.3.2 Vertragsmodelle

Mit der Entwicklung der Integrierten Versorgung haben sich verschiedene Arten von Vertragsarten gebildet, die sich zumindest grob differenzieren lassen und im folgenden vorgestellt werden sollen.

Unterschieden wird hierbei allgemein nach drei Dimensionen, der Integrations-tiefe (ambulante / stationäre Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Pflege, Rehabilitation), dem Indikationsumfang (medizinische Indikation, Fachgebiet, Gesamtversorgung) und dem Ausmaß der Risikoübernahme¹¹⁶.

Verträge mit Komplexpauschalen bzw. **indikationsbezogene Verträge** sind bisher die am häufigsten gewählte Kategorie¹¹⁷ und gehören zum klassischem Fallmanagement. Typischerweise sollen Schnittstellen zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung gestärkt werden, indem Kooperationen geschaffen werden die Einsparungen generieren¹¹⁸. Zum Leistungsumfang gehören meist operative Indikationen wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben. Damit verknüpft ist in der Regel ein Rabatt, der den Kassen eingeräumt wird, sowie eine Gewährleistung für die erfolgreiche Behandlung. So kann beispielsweise vereinbart sein, dass Kosten für eine Reoperation, die infolge einer Komplikation erforderlich ist, von den Leistungserbringern übernommen werden müssen¹¹⁹.

Umgewandelte Strukturverträge werden z.B. mit ambulant tätigen Chirurgen, Belegärzten und Praxis- oder Tageskliniken geschlossen. Ziele für Kostenträger können sein, Erfahrungen im Umgang mit Einzelverträgen zu sammeln sowie Einsparungen in Folge von verringerten stationären Eingriffen zu erzielen¹²⁰. Für Leistungserbringer sind Verträge interessant, da keine Deckelung des Budgets besteht und Einnahmen unter Umständen sogar höher sind als eine vergleichbare Behandlung in der Regelversorgung.

Während die Krankenkassen Einsparungen von bis zu 1000 Euro pro Patient er-

¹¹⁴Vgl. Sachverständigenrat, *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*, 12f.

¹¹⁵Vgl. Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, S. 24.

¹¹⁶Vgl. dazu Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, S. 28.

¹¹⁷Vgl. Mühlbacher u. a., *Status Quo der IV*, S. 38.

¹¹⁸Vgl. dazu Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, S. 30.

¹¹⁹Vgl. dazu Tophoven, „Chance für eine zukunftsfähige Gestaltung“.

¹²⁰Vgl. Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, S. 26.

ziehen und unter Umständen gewisse Wettbewerbsvorteile erlangen, ergibt sich auch die Chance das Eingriffszahlen unnötig steigen und die Qualität der Behandlung belastet wird¹²¹.

Einen dritten Typus stellen **Case-Management-Verträge** dar. Diese werden meist mit Ärztegruppen, teilweise auch unter Einbindung von Krankenhäusern, abgeschlossen. Ökonomisch sind mittel- bis langfristige Einspareffekte erhofft. Versorgungsoptimierung sollen besser abgestimmte Behandlungsabläufe über die Sektorengrenzen hinweg sowie weniger Krankenhauseinweisungen sein. Hierfür sind Kostenträger gewillt, auch zusätzliche Vergütungen zu zahlen und erhoffen sich dabei noch die Gewinnung neuer Versicherter. Für Krankenhäuser kann auch hier die besserer Vernetzung mit niedergelassenen Vertragsärzten im Vordergrund stehen¹²².

Als letzte typische Kategorie findet sich der Vertrag mit kompletter **Budgetverantwortung** („Capitation-Konzept“). Wirtschaftlicher Grundgedanke ist hier, dass eine Budgetgarantie für die Gesamtkosten besteht, die bei der Übernahme der Versorgungsverantwortung zusammenkommt. Dies soll als Anreiz für die Leistungserbringer dienen, Erlössituationen zu verbessern und eine effizientere Steuerung der Behandlungsabläufe zu realisieren. Erwirkte Einsparungen werden in einem jeweils vereinbarten Verhältnis aufgeteilt. Für alle Beteiligten entsteht ein wirtschaftlicher Anreiz, unnötige Leistungserbringung zu vermeiden¹²³.

Vor allem das Modell der Budgetverantwortung bietet trotz seiner Komplexität besondere strategische Potentiale. Durch die Verschiebung des Risikos auf die Leistungserbringerseite gibt es zusätzliche Anreize für eine effizientere Versorgung ohne Qualitätseinbußen¹²⁴.

¹²¹Vgl. Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, S. 26.

¹²²Vgl. Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, 28f.

¹²³Vgl. Bischoff-Everding und Hildebrandt, *IV für eine moderne Gesundheitswirtschaft*, 29f.

¹²⁴Vgl. Feldmann und Bischoff-Everding, „Population statt Indikation“, S. 997.

5 Fazit

Angesichts der stetig wachsenden Gesundheitsausgaben und dem zunehmenden demographischen Wandel befindet sich das deutsche Gesundheitswesen in einer Lage, bei der strukturelle Änderungen nötig sind um eine zuverlässige Versorgung auch für die Zukunft garantieren zu können. Retrospektiv betrachtet zeigt sich, dass die sektorale Abgrenzung dauerhaft keinen Bestand haben wird und stattdessen transsektorale Versorgungsmodelle an Bedeutung gewinnen werden. Die Integrierte Versorgung bietet in diesem Zusammenhang eine Alternative in der aktuellen Versorgungslandschaft und kann Teile der Regelversorgung künftig ersetzen.

Ein Aspekt wie der steigende Wettbewerb gewinnt bei allen Teilnehmern auf dem Gesundheitsmarkt an zunehmender Bedeutung. So ergibt sich die Chance für Krankenkassen selektive Verträge abzuschließen und Teile der Versicherungsver-sorgung selbst zu bestimmen. Durch vertikale und horizontale Vernetzung von Leistungserbringern ist eine verbesserte Verzahnung und damit gleichzeitig auch eine Reduzierung von Koordinationsproblemen und Effizienzverlusten realisierbar. Ziele wie bessere Vernetzung, Fallzahlsteigerungen und Reduzierung von Kosten durch Kooperationen werden verfolgt und ausgebaut.

Trotzdem wäre es verfrüht von einem umfassenden Umbruch zu sprechen. Noch fehlt es an sektorübergreifenden Behandlungskonzepten die langfristige Perspektiven aufweisen. Außerdem hat sich auch mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung gezeigt, dass Projekte, die auf den Prüfstand gestellt worden, nicht immer den Erwartungen gerecht geworden sind. Für Leistungserbringer müssen genügend ökonomische Anreize für ein Weiterführen von Projekten bestehen. Erwartungsgemäß werden diese nur Bestand haben, wenn aus Sicht der Krankenkasse auch qualitative Vorteile für Patienten festgestellt werden können.

Dies bedeutet für das deutsche Gesundheitssystem, dass Änderungen auch weiterhin nur schrittweise erfolgen. Eine Weiterentwicklung von Modellen die sich bewährt haben ist nötig, damit dies flächendeckend umgesetzt werden kann. Besonders Verträge mit voller Budgetverantwortung bieten an dieser Stelle eine große Chance und bedürfen weiterer Beobachtung.

Anhang

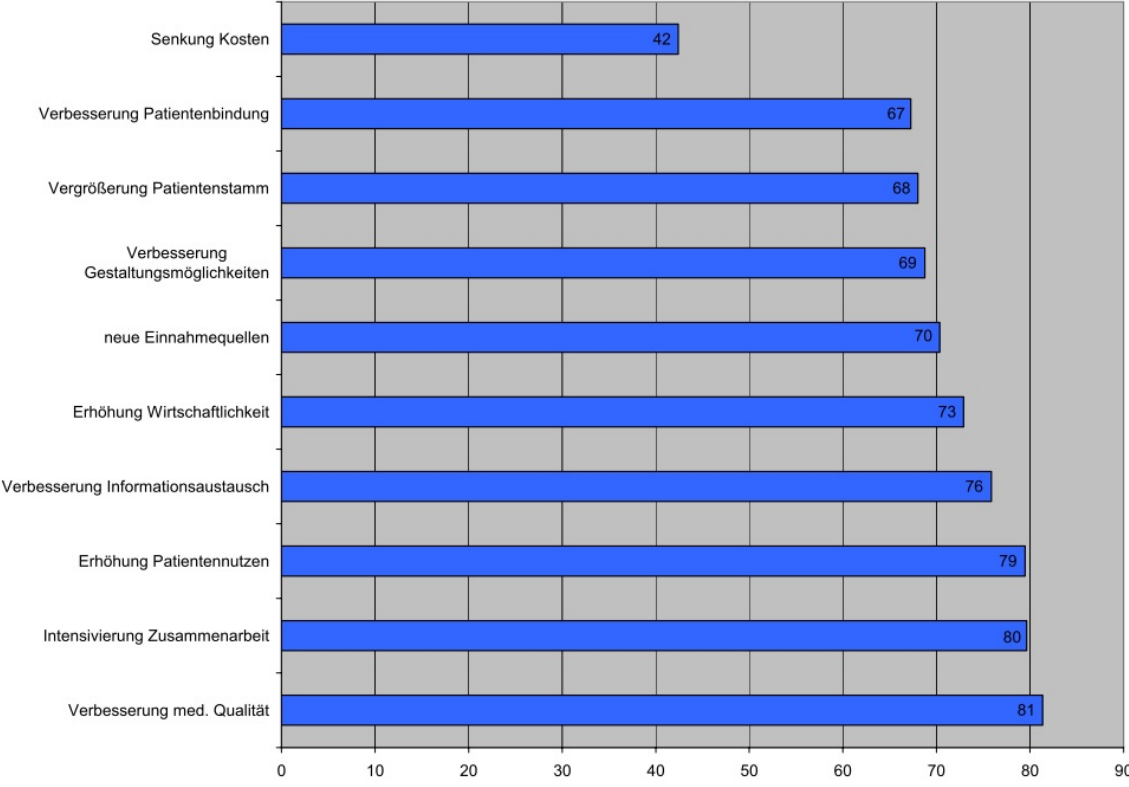


Abbildung 8: Ziele der IV-Vertragspartner, Quelle: Mühlbacher u. a., *Status Quo der IV*, S. 12

Literatur

- Adomeit, Dr. Alin. *Deutscher Krankenhaussektor: Veränderungsprozesse verlangen eine Professionalisierung des Managements*. 2011. URL: <http://www.egonzehnder.com/de/practices/industries/lifesciences/thoughtleadership/article/id/43700031> (besucht am 23.04.2011).
- Amelung, V. „Wir brauchen mehr Beständigkeit“. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 9 (2005), S. 21.
- Amelung, V. E. und H. Schumacher. *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2004.
- Arentz, Christine. *Medizinisch-technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung ohne Alternative?* Discussion Paper. März 2011. URL: http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWIWO_DP_1_2011.pdf.
- Baumberger, J. *So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa*. Stuttgart: Thieme, 2001.
- Bericht der Bund-Länder-AG. *Telematik im Gesundheitswesen an die 75. Gesundheitsministerkonferenz*. Düsseldorf, 2002.
- Bernhardt-Mayer, Dr. med. Karin. „Die Qualitätsanforderung in der Integrierten Versorgung“. Magisterarb. Universität Witten / Herdecke, Apr. 2006.
- Beule, Claudia. *Rechtsfragen der integrierten Versorgung (§§ 140a bis 140h SGB V)*. Berlin: Springer-Verlag, 2003.
- Beyrle, B. „Integrierte Versorgung – Erfahrung aus Sicht der TK zu Transparenz und Wirtschaftlichkeit“. In: *Expertenforum der SEG 3 und SEG 4*. MDK Baden-Württemberg. Freiburg, 2006.
- Bischoff-Everding, C. und H. Hildebrandt. *Integrierte Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bundesländern*. 2005. URL: http://www.bbsr.bund.de/cln_016/mn_21272/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BBSROnline/2002_2006/DL_IntegrierteVersorgung_templateId=raw_property=publicationFile.pdf/DL_IntegrierteVersorgung.pdf (besucht am 12.04.2011).

Bohle, Thomas. *Integrierte Versorgung – Rechtsfragen - Checklisten - Vertragsmuster*. 2. Aufl. Economica, 2008.

BQS. *Aktualisierter Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung 2004 - 2008*. 2009. URL: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d-Aktualisierung.pdf> (besucht am 16.04.2011).

– *Übersicht gemeldete Verträge zur Integrierten Versorgung*. 2009. URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/iv/vertraege/iv_bqs_311208.pdf (besucht am 10.04.2011).

Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann. *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer Verlag, 2003.

Bundesministerium für Gesundheit. *Daten des Gesundheitswesens 2010*. 2010. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Daten_des_Gesundheitswesens.pdf (besucht am 14.04.2011).

– *Glossarbereich Integrierte Versorgung*. 2010. URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html> (besucht am 17.04.2011).

Bundesärztekammer. *Einführung der Disease-Management-Programme*. 2010. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3472> (besucht am 15.04.2011).

Bundesverband Managed Care e.V. *Stellungnahme zur Integrationsversorgung*. 2003. URL: http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Verband/20030623_Stellungnahme_I_Integrationsversorgung.pdf (besucht am 16.04.2011).

Bundeszentrale für politische Bildung. *Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens*. URL: http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAB119#6 (besucht am 15.04.2011).

– *Monopole und Trennung der Versorgungssektoren*. URL: http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAB383&guid=AAB119#6 (besucht am 15.04.2011).

– *Entwicklung der Lebenserwartung*. 2008. URL: <http://www.bpb.de/wissen/YDGMRC> (besucht am 13.04.2011).

- Deutsche Bundesregierung. *Relevante Gesetzestexte zur Integrierten Versorgung*. 2004. URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/iv/grundlagen/gesetzliche_begruendung_integrierte_versorgung.pdf (besucht am 16.04.2011).
- *Gesetz zu Einsparungen im Arzneimittelbereich*. 2010. URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/ArtikelNeuregelungen/2010/2010-07-27-gesetzliche-neuregelungen.html> (besucht am 18.04.2011).
- DGIV. „Sichere Grundlagen schaffen – Expertenworkshop zur Integrierten Versorgung“. In: *Krankenhaus Umschau* 9 (2005), S. 23.
- *Monitoring IV - Ergebnisse zur Integrierte Versorgung*. 2010. URL: http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Presse/Monitoring-IV_Ergebnisse-2010-kurz.pdf (besucht am 18.04.2011).
- Dietz, Beatrix. *Patientenmündigkeit: Messung, Determinanten, Auswirkungen und Typologie mündiger Patienten*. Mannheim: Gabler-Verlag, 2006.
- Dietzel, G. T. W. *Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept*. Hrsg. von K. Nagel/ E. and Jähn. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004, S. 2–6.
- DKG. *GKV-Modernisierungsgesetz: Neue Versorgungsformen im Krankenhaus - Orientierungshilfe*. 2004. URL: <http://www.dkgev.de/media/file/2449.Versorgung-31-08-04.pdf> (besucht am 14.04.2011).
- Feldmann, M. und C. Bischoff-Everding. „Jetzt kommen die komplexeren Modelle: Population statt Indikation – Potenziale der Integrierten Versorgung erkannt“. In: *Krankenhaus Umschau* 11 (2004), S. 996–997.
- Flintrop, J. „Lexikon: Integrierte Versorgung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 10 (2004), S. 668.
- FOCUS-MONEY. *Mangelnder Wettbewerb – Interview mit TK-Chef Norbert Klusen*. 2005. URL: http://www.focus.de/finanzen/news/money-politik-mangelnder-wettbewerb_aid_266359.html (besucht am 22.04.2011).
- Fries, H. *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit*. Hrsg. von P. Löcherbach u. a. München: Luchterhand, 2003, S. 101–117.

- FZG. *Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009*. 2010. URL: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiI/downloads/fzg-aktuell/fzg-aktuell-09.pdf> (besucht am 24.04.2011).
- Gabler Verlag. *Selektives Kontrahieren*. URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17860/selektives-kontrahieren-v9.html> (besucht am 23.04.2011).
- Gemeinsame Bundesausschuss. *Gemeinsame Empfehlung zur Zwischenabrechnung der Verträge zu integrierten Versorgungsformen gemäß §§ 140a bis d SGB V*. 2007. URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/iv/vertraege/2007_09_25_gem_empf_zwischenabrechnung.pdf (besucht am 15.04.2011).
- Grabka, Markus Michael. *Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland*. 2004. URL: http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2004/788/pdf/grabka_markus.pdf (besucht am 14.04.2011).
- Güssow, Jan. *Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen: Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive*. Hrsg. von Günther E. Braun und Hans-Konrad Selbmann. Gabler Edition Wissenschaft. Gesundheits- und Qualitätsmanagement. DUV, 2007.
- Hartmannbund. *Mitgliederinformation zur integrierten Versorgung*. 2004.
- Hartweg, Hans-R. *Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland - Eine Analyse der Selektivvertragsmöglichkeiten gemäß der Regelungen der §§ 140 a - d SGB V unter Aspekten der Neuen Institutionenökonomie und der Evolutionsökonomie*. Bd. 4. Gesundheitsökonomie: Politik und Management. Münster: LIT-Verlag, 2007.
- Haus, Eric und Steffen Gross. *Chirurgie, Orthopädie, Urologie*. Hrsg. von Michael Zimmer. 6. Aufl. Bd. 5. Weisse Reihe. Heidelberg: Elsevier - Urban & Fischer, 2005.
- Häckl, Dennis. *Neue Technologien im Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Akteure*. Schriftenreihe der HHL - Leipzig Graduate School of Management. Gabler Verlag, 2011.
- Herrendorf, P. „Zufrieden mit den Beratern? – Aktuelle Studie zeigt: Der Bedarf an externem Sachverstand wird steigen“. In: *Krankenhaus Umschau* 12 (2005), S. 1080–1081.

- Herzfeld, Thomas. *Integrierte Versorgung – Erfahrungen / Ergebnisse / Perspektiven*. Bad Pyrmont: Techniker Krankenkasse, Sep. 2005. URL: http://www.frauengesundheit-online.de/de/index.php?lia_page=newspdf&id=311.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich*. 2008. URL: <https://www.iqwig.de/index.817.html> (besucht am 25.04.2011).
- *Aufgaben und Ziele*. 2010. URL: <https://www.iqwig.de/index.938.html> (besucht am 22.04.2011).
- Jacobs, K. u. a. *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos, 2002.
- Kaiser, R. H. *Chancen und Grenzen in der Regelversorgung*. Hrsg. von Dr. K. Jähn und E. Nagel. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2004, S. 186–191.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. *Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V*. 2006. URL: <http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/KVB-IV-140a-230306.pdf> (besucht am 12.04.2011).
- KBV. *Bestandsaufnahme für den Aufbau der Telematikinfrastruktur aufgenommen*. 2009. URL: <http://www.kbv.de/telematik/25071.html> (besucht am 24.04.2011).
- Kreft, M., S. Baur und R. Schmelzer. „Praxisnetze. Zeit für Professionalisierung“. In: *Deutsches Ärzteblatt/ Praxis Computer* 1 (2002), S. 11–13. URL: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/99/11/s11.pdf>.
- Krüger-Brand, H. „E-Health als Innovations- und Wachstumsmotor. Teamplayer im Netz sind gefragt“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 11 (2005), S. 734–736.
- Krämer, Prof. Dr. Walter. „Gesundheitspolitik zwischen Reformbedarf und Patientenwut“. In: *Die BKK* 11 (2005), S. 492–497.
- KV Berlin. *Die KVen und die integrierte Versorgung, Außen vor und doch mittendrin*. 2004. URL: http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/publikation/archiv/kvblatt04_01/kvb0401c.html (besucht am 25.03.2011).

- Lauterbach, Prof. Dr. Dr. Karl W. *Gutachten zu Disease Management in Deutschland - Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation*. 2001. (Besucht am 04.201).
- Mühlbacher, Axel. *Integrierte Versorgung: Management/Organisation*. Hans Huber Verlag, 2002.
- Mühlbacher, Axel u. a. *Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland - eine empirische Analyse* -. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG). Berlin, Okt. 2006.
- Müller, Hardy. *Der Stellenwert von Patienteninformation und -kommunikation im Versorgungsmanagement der TK*. 2010. URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/268982/Datei/47907/Mueller-Stellenwert-Patienteninformation.pdf> (besucht am 22.04.2011).
- März, M. *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*. Hrsg. von C. Tophoven und L. Lieschke. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003. Kap. Praxisnetze – eine wettbewerbsfähige Angebotsstruktur für Niedergelassene Ärzte?, S. 1–10.
- Osterloh, Falk und Sabine Rieser. *Interview mit Prof. Dr. Volker Amelung: Zur integrierten Versorgung gibt es keine Alternative*. 2010. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=74546> (besucht am 17.04.2011).
- Plassmann, Walter. *Integrierte Versorgung - Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*. Hrsg. von C. Tophoven und L. Lieschke. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003.
- Rühle, Dr. Jörg. *Gesundheitspark: Pilotprojekt zur Weiterentwicklung des Ärztehauses MediLev und besseren Vernetzung der Partner*. 2006. URL: http://www.ppp.nrw.de/pilotprojekte/kliniken/leverkusen/bericht_aerztehaus_medilev.pdf (besucht am 23.04.2011).
- Roeder, Norbert. *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege*. Hrsg. von Peter Hensen. Deutscher Ärzte-Verlag, 2008.
- Roeder, PD Dr. Norbert, Holger Bunzemeier und Dr. Stefan Glocker. „G-DRGs 2004: Erreichtes und nicht Erreichtes“. In: *das Krankenhaus* 4 (2004), S. 251–260. URL: <http://dkg.digramm.com/pdf/385.pdf>.
- Rürup, Prof. Bert. *Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung – Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitswesen*. 2010. URL: <http://www.iges.de/publikationen/gutachten/versorgungsstrukturen/>

e5281/infoboxContent5762/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf (besucht am 22.04.2011).

Sachverständigenrat. *Sondergutachten: Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Hrsg. von Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bd. Band II. Fortschritts, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1997.

– *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bonn, 2005.

Salfeld, Prof. Dr. Rainer, Dr. Steffen Hehner und Dr. Reinhard Wichels. *Moderne Krankenhausmanagement – Konzepte und Lösungen*. 2. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, 2009.

Sawicki, P. „Qualität der Gesundheitsevrorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht“. In: *Medizinische Klinik* 100(11) (2005), S. 1–14.

Schlender, Michael, Oliver Schwarz und Christian Thielscher. *Gesundheitsökonomie - Eine Langfristorientierung*. Hrsg. von Beate Kremin-Buch u. a. Bd. Band 7. Managementschriften. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis Dr. Brauner, 2004, S. 83–129.

Schlingensiepen, I. „Viele Integrationsverträge werden wieder vom Markt verschwinden“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 10 (2004), S. 3.

Schmeinck, Wolfgang. *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Hrsg. von Herbert Rebscher. Bd. XIII. Tübingen: Economica-Verlag, 2006. Kap. Medizinisch-technischer Fortschritt – Fluch oder Segen?, S. 223–240.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden. *Gesundheitsausgaben 2009*. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml> (besucht am 22.04.2011).

– *Statistik 1950 - 2009: Geborene und Gestorbene*. 2009. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/LangeReihen/Bevoelkerung/Content100/lrbev04a,templateId=renderPrint.psml> (besucht am 13.04.2011).

- Statistisches Bundesamt Wiesbaden. *Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Anteil zum Bruttoinlandsprodukt*. 2011. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/AnteilBIP,templateId=renderPrint.psml> (besucht am 12.04.2011).
- Steinberg, B. „Vernetzung ärztlicher Tätigkeiten aus ärztlicher Sicht“. In: *ZaeFQ* 99 (2005), S. 117–119.
- Strotbek J. and Schlaudt, H.-P. „Weicher Faktor – harte Wirkung! Studie zur Arzt-Arzt-Kommunikation“. In: *Krankenhaus Umschau* 2 (2005), S. 104–106.
- TK-Trendmonitor. *Studie: Gesundheit 2005*.
- Tophoven, Christina. „Integrierte Versorgung – Chance für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“. In: *VPP* 1 (2005), S. 1–12.
- Ulrich, V. *Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren?* 2000, S. 163–172.
- Wasem, J. u. a. „Evaluation der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Sicht“. In: *4. Dt. Kongress für Versorgungsforschung*. Berlin, 2005.
- WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH. *Gutachten: Kostensteuerungsmechanismen in der GKV*. 2005. URL: http://www.wiso-gruppe.de/download/kurzfassung_studie_2005.pdf (besucht am 17.04.2011).
- Wissbecker, A. *e-health Studie 2005: Visionen-Versorgungsmanagement*. Hrsg. von Wegweiser GmbH. Berlin: Deutsche BKK - Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft, 2005.
- Zifonun, Natalie. „Gesundheitsausgaben 1992 bis 2000“. In: *Wirtschaft und Statistik* 7 (2002), S. 596–602.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich versichere auch, dass ich bei allen Gedanken, Befunden und anderen Inhalten, die nicht von mir stammen, direkt vor Ort auf die entsprechenden Quellen verwiesen habe. Alle wörtlichen Zitate sind als solche kenntlich gemacht.