

# ZiGprint

2007-04

## ***Integrierte Versorgung Handlungsoptionen***

Axel Mühlbacher





2007-04

# **Integrierte Versorgung Handlungsoptionen**

Axel Mühlbacher

## **Herausgeber**

Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)

TEL 11-4

Ernst-Reuter-Platz 7

10587 Berlin

Tel. 030/ 314 76809

Fax 030/ 314 76664

E-Mail: [zig@tu-berlin.de](mailto:zig@tu-berlin.de)

[www.zig-berlin.de](http://www.zig-berlin.de)

Berlin, Mai 2007

ISSN 1862 4871



### Kurzfassung

Demographische und volkswirtschaftliche Entwicklungen, sowie der medizinisch-technische Fortschritt in Verbindung mit einem Vollversicherungsschutz führen zu steigenden Kosten in der Gesundheitsversorgung. Trotz des im internationalen Vergleich hohen Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung, findet in Deutschland innerhalb des Gesundheitssystems keine optimale Ressourcenallokation statt. Die Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven muss mit einer Reorganisation des Gesundheitssystems einhergehen. Der Status Quo zeigt, dass die Organisation der Gesundheitsversorgung durch Segmentierung, Intransparenz und Schnittstellenproblemen geprägt ist, welche Hindernisse für sektorübergreifende Versorgungsprozesse darstellen. Eine zentrale Rolle in den Reformbemühungen spielen Maßnahmen zur Stärkung der Integrierten Versorgung. Durch die Vernetzung der Versorgungsprozesse auf horizontaler und vertikaler Ebene werden Wirtschaftlichkeits- und Effektivitätsparameter für ein besseres Angebot gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Produkte herausgestellt und Koordinations-, Kooperations- und Kommunikationsprozesse verbessert. Mit der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) und den weiteren Handlungsoptionen (Bsp. DMPs) zeichnet sich ein zukünftiges Organisationskonzept parallel zum Kollektivvertragssystem ab, das durch die Integration nicht nur der Versorgungs-, sondern auch die der Versicherungsleistungen vorangetrieben wird. Netzwerke von Leistungserbringern sind in der Lage neue Geschäftsfelder zu definieren, tragen aber zunehmend neben der medizinischen Verantwortung auch die Budgetverantwortung. Zukünftig bedarf es der Implementierung innovativer Versorgungsstrukturen nach dem Managed Care Ansatz in die Regelversorgung. Die Herausforderungen bestehen in der Gestaltung von risikoadäquaten Verträgen und Vergütungssystemen, der Schaffung von geeigneten Informations- und Kommunikationsstrukturen, der Auswertung von Versorgungsdaten für eine Risikoadjustierung der Vergütung und Evaluation. Im Mittelpunkt der administrativen Prozesse steht das Qualitäts-, Finanz-, Informations- und Risikomanagement.



### Abstract

Demographic und economical developments as well as the medical progress in connection with a full insurance lead to rising costs in the health care. Despite of the high quality standard in the international comparison, there is no optimal resource allocation. Rationalization reserves must be exhausted in terms of reorganization process. The status quo shows that the organization of the health care is still shaped by segmenting, no transparency and interface problems, which obstruct the introduction of new integrated processes. Measures play a central role in the reform efforts for the stabilization of the integrated supply. Integration on horizontal and vertical level put out economy and effectiveness parameters for a better supply of health services and products and improved co-ordination, co-operation and communication processes. With the integrated supply (§ 140a-d SGB V) and the further options like DMPs a future organization concept appears parallel to the collective contract system, which is not only advanced by the integration of health care, but also those of the insurance services. Networks are going to define new business fields, carry however increasingly apart from the medical responsibility also the budget responsibility. Future requirements consist of an implementation of managed care structures in the current system. The challenges exist in the organization of information and communication structures suitable by risk contracts and remuneration systems, and the evaluation of morbidity data. In the center of the administrative processes are located the quality, financial, information and risk management.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zielsetzung: Wie sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden?</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Handlungsoptionen: Welche Rahmenbedingungen sind gegeben?</b> .....	<b>6</b>
2.1 Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V .....	8
a. Finanzierung .....	8
b. Organisation .....	9
c. Vertragspartner .....	9
d. Vertragsgegenstand .....	11
e. Vergütung .....	11
f. Information und Datenkommunikation .....	12
g. Neuerungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes .....	14
2.2 Ergänzende Handlungsoptionen .....	16
a. Medizinische Versorgungszentren .....	16
b. Disease Management Programme .....	16
c. Hausarztzentrierte Versorgung .....	17
d. Ambulante Behandlung im und durch das Krankenhaus .....	18
e. Modellvorhaben und Strukturverträge .....	19
f. Gewährung von Boni .....	19
2.3 Entwicklung der Integrierten Versorgung .....	20
a. Entwicklungsphasen .....	20
b. Vertragsgeschehen .....	21
<b>3. Fallstudie: Sind Managed Care Organisationen wie in der Schweiz umsetzbar?</b> .....	<b>22</b>
3.1 Merkmale der HMO Gesundheitsplan .....	23
a. Organisation und Verträge .....	23
b. Finanzierung und Vergütung .....	24
c. Information und Datenkommunikation .....	24
3.2 Kennzahlen der HMO Gesundheitsplan .....	25
3.3 Hemmnisse der Implementierung und breiten Akzeptanz von HMOs in der Schweiz .....	25
<b>4. Fazit: Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung in Deutschland</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>29</b>



### 1. Zielsetzung: Wie sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden?

Die aktuellen Rahmenbedingungen - demographische und volkswirtschaftliche Entwicklungen, medizinisch-technischer Fortschritt in Verbindung mit einem weitgehenden Vollversicherungsschutz - resultieren in steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung. Die Aufdeckung von Rationalisierungspotentialen durch eine Reorganisation des Gesundheitssystems erscheint unausweichlich. Die organisatorische Ausgestaltung der Leistungserbringung in Deutschland wurde bereits vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hinreichend kritisiert. Im Sachstandsbericht 1994 wird aufgezeigt, dass eine Integration der ambulanten und stationären Versorgung aus wirtschaftlichen und medizinischen Gründen ratsam erscheint.

Die Organisation der Gesundheitsversorgung ist geprägt durch Schnittstellen. So ist das deutsche Gesundheitssystem rechtlich in die Bereiche Krankenbehandlung, Vorsorge, Rehabilitation sowie Pflege segmentiert, welche wiederum jeweils in einen ambulanten und stationären Sektor unterteilt sind. Die ambulante Krankenbehandlung kann zudem rechtlich in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie die Pflege in die Grund- und Behandlungspflege gegliedert werden (Tabelle 1). Diese Segmentierung und die daraus resultierende Schnittstellenproblematik stellen Hindernisse für sektorübergreifende Versorgungsprozesse dar. Hieraus folgt wiederum eine Diskontinuität des Behandlungskontinuums, d.h., die Verantwortung und Betreuung der Patientenbehandlung wird nicht kontinuierlich durch die geeigneten Stellen übernommen. Bei der Behandlung von schwer oder chronisch kranken Patienten sind viele Leistungserbringer nicht mehr in der Lage, alle Phasen der Patientenversorgung zu überschauen und zu koordinieren. Eine Transparenz der einzelnen Behandlungsschritte ist nicht gegeben, jeder Leistungserbringer überblickt nur einen Ausschnitt des Behandlungsverlaufs. Aufgrund der Schnittstellen werden Therapiemaßnahmen unterbrochen und somit ein Wirkungsverlust der bereits vorgenommenen Therapien in Kauf genommen. Schnittstellen zwischen den Organisationseinheiten werden mit Überweisungen, Arztbriefen, Befunden und Behandlungsaufträgen überbrückt. Diese Dokumente sind durch Informationsreduktion gekennzeichnet. Eine optimale Behandlungskontinuität wird nicht gewährleistet, da aus den Brüchen in der Patientenbehandlung redundante Tätigkeiten hervorgehen. Aus der beschriebenen funktionalen Gliederung resultiert ein erheblicher zusätzlicher organisatorischer bzw. administrativer Aufwand. Durch die Einzelleistungsorientierung im ambulanten Sektor ergeben sich Tendenzen zur Leistungsausweitung. Bedingt durch Anreize der Vergütungsstruktur kommt es zu Verzögerungen bei der Überweisung und damit zu einer suboptimalen Zuordnung der einzelnen Behandlungsschritte auf die optimalen Versorgungsstufen. Speziell bei der stationären Versorgung führt die Vergütung durch Fallpauschalen zu sektorspezifischen Strategien. Die sektorale Budgetierung verhindert, dass sektorenübergreifende Strategien der Versorgungsgestaltung durchgeführt werden. Unzureichende oder fehlende Prävention und Nachsorge sind die Folge.

Wirtschaftliche  
und medizinische  
Gründe für  
Integration

suboptimale  
Vernetzung von  
Informationen und  
Leistungen



<b>Versorgungssektor</b>	<b>ambulant</b>	<b>stationär</b>
<i>Prävention/ Gesundheitsförderung</i>	§§ 20-26, 65a SGB V	§§ 23, 107, 111a SGB V
<i>Kuration</i>	§§ 27-38, 69-90 SGB V (hausärztlich/ fachärztlich)	§§ 39, 107-123 SGB V
<i>Pflege</i>	§ 37 SGB V, §§ 36-42, 71-76 SGB XI (Grund-/ Behandlungspflege)	§§ 43, 71-76 SGB XI
<i>Rehabilitation</i>	§§ 40-42 SGB V, §§ 9-15 SGB VI, SGB IX	§§ 40-43, 107, 111a SGB V, §§ 9-15 SGB VI, SGB IX

**Tabelle 1:** Rechtliche Segmentierung des Gesundheitssystems (Quelle: eigene Darstellung)

Auf diesen Tatsachen beruht die Forderung nach der Umgestaltung des Versorgungssystems, und zwar so, dass die Kooperationen sich für alle Beteiligten lohnen. Mit der Einführung des § 140a-d SGB V und weiterer Optionen des Gesetzgebers steht in Deutschland die Reorganisation der Gesundheitsversorgung mit Hilfe Integrierter Versorgungsformen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion - ein Novum und tief greifender Umbruch. Mit Hilfe neuer Organisations- und Unternehmensformen, Einzelverträgen und neuen Vergütungssystemen kann die Integrierte Versorgung in der Regelversorgung etabliert werden.

**Reorganisation  
mittels Integrierter  
Versorgung**

## **2. Handlungsoptionen: Welche Rahmenbedingungen sind gegeben?**

Zur Kontrolle der Ausgabenentwicklung wurden 1993 gesetzliche Budgetierungsmaßnahmen eingeführt und infolge dessen die kollektivvertraglichen Steuerungsmöglichkeiten sehr stark eingeengt. Die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen bzw. deren Verbände mit den Vertreterorganisationen der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser wurden beschränkt, um dann experimentell die Modellvorhaben (§ 63f. SGB V) und 1997 Strukturverträge (§ 73a SGB V) einzuführen. Schon 1999 zeigte die Reformdebatte, dass erste Versuche zur Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber gefördert werden sollten. Mit dem Inkrafttreten der GKV-Gesundheitsreform 2000 ergaben sich erste Kooperationsmöglichkeiten für die Leistungserbringer. Die Reform des Leistungserbringerrechts sollte den Krankenkassen, deren Verbänden und letztendlich den Leistungserbringern selbst mehr unternehmerische Aktionsparameter zur Verfügung stellen. Die Entwicklung der Integrationsversorgung blieb jedoch weit hinter den Erwartungen zurück. Traditionelle Interessenkonflikte zwischen den Vertragspartnern behinderten eine Umsetzung in der Realität. Das Problem lag darin, dass die Umsetzung den beteiligten Leistungserbringern und Kostenträgern bzw. deren standes- und verbandsrechtlichen Vertretern überlassen wurde – die geschlossenen Rahmenvereinbarungen (§ 140d SGB V) zwischen den

**Gesetzliche  
Umgestaltung  
in den Jahren  
1993 - 2000**

**Interessenkonflikte  
behindern prakti-  
sche Umsetzung**



Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung führte dazu, dass entsprechende Anreize zur Teilnahme für die Leistungserbringer kaum absehbar waren und die Einzelverträge durch die Kassenärztliche Vereinigung blockiert werden konnten.

Die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine Implementierung dieser innovativen Versorgungsformen waren nicht gegeben. Im Jahr 2000 wurden die Disease Management Programme (DMPs; § 137f-g SGB V) eingeführt und im Risikostrukturausgleich verankert. Letztendlich wurden im Reformjahr 2003 die einzelvertraglichen Vereinbarungen zur hausärztlichen Versorgung (§ 73b SGB V) und besonders qualifizierten fachärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und erheblich flexiblere Optionen zur vertraglichen Ausgestaltung der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) diskutiert und eingeführt. Zudem bieten sich neue Optionen für die organisatorische Ausgestaltung mit den Medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 2 SGB V) und der Integration von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung (§ 116a-b SGB V). Auch die Versicherten können an der Wirtschaftlichkeit neuer Versorgungsformen durch Bonusleistungen partizipieren (§ 65a SGB V).

Einige Autoren machen deutlich, dass eine konsequente Umsetzung dieser Reformschritte, d.h., die Förderung neuer Organisationsstrukturen durch Einzelverträge, auch eine Reform des Kollektivvertragsrechts nach sich ziehen muss (Stillfried v., Ryll 2004). Die notwendigen Reformen wurden bereits mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalierung (DRGs) in der stationären Versorgung und den Vorgaben zur Einführung der morbiditätsbezogenen Regelleistungsvolumen (MRLV) in der vertragsärztlichen Versorgung eingeleitet. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) bieten sich somit vielfältige Handlungsoptionen für die Akteure im Gesundheitswesen.

Mit der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) und den weiteren Handlungsoptionen zeichnet sich ein zukünftiges Organisationskonzept parallel zum Kollektivvertragssystem ab: hier soll optional nicht nur die Integration der Versorgungs-, sondern auch die der Versicherungsleistungen vorangetrieben werden. Im Kontext der Finanzierung und Vergütung werden Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern abgeschlossen, die sich auf das gesamte Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagement einschließlich der Datensicherungs- und Datenschutzsystems beziehen (Gesetzesbegründung GMG 2004 zu § 140b Abs. 4 S.2 u. 2 SGB V). Dies bedeutet konkret, dass unabhängig vom bisherigen Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers im Netzwerk der Integrierten Versorgung völlig neue Organisationstypen, mit einem neu zu regelnden Leistungskatalog, mit neuen Rechten und Pflichten, entstehen können.

Ein neuer Markt zieht das Interesse der Akteure auf sich – der Markt für direkte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Der viel diskutierte Systemwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung hat bereits statt gefunden. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) ist eine Zäsur mit einer immensen Auswirkung auf unser Gesundheitssystem. Zukünftig, so will es der Gesetzgeber, sollen die Krankenkassen den Versicherten möglichst wirtschaftliche Versorgungsangebote anbieten. Um dieses Ziel zu erreichen wird neben dem Kollektivvertragssystem auf Dauer ein Einzelvertragssystem etabliert. Diese Gesetzgebung wird

**neue Gesetze zur Ausgestaltung der IV ab dem Jahr 2000**

**Reformierung des Kollektivvertragsrechts**

**IV als zukünftiges, umfassendes Organisationskonzept**

**neuer Markt mit wirtschaftlichen Versorgungsangeboten**





## Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen

nicht nur die Organisation der Leistungserbringung und das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern revolutionieren, sondern auf Dauer auch Auswirkungen auf die solidarische Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (Solidarprinzip) haben.

Die Entwicklung alternativer Versorgungsstrukturen wird heute mit den folgenden Konzepten und Paragraphen in Verbindung gebracht:

§ 140a-d SGB V	Integrierte Versorgung
§ 137f-g SGB V	Disease Management Programme
§§ 63-65 SGB V	Modellvorhaben
§ 65a SGB V	Gewährung von Bonusleistungen
§ 73a SGB V	Strukturverträge
§ 73b SGB V	Hausarztzentrierte Versorgung
§ 73c SGB V	Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
§ 95 Abs.2 SGB V	Medizinische Versorgungszentren
§ 116a SGB V	ambulante Behandlung d. Krankenhäuser bei Unterversorgung
§ 116b SGB V	ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

**Tabelle 2:** Alternative Handlungsoptionen zur Restrukturierung der Gesundheitsversorgung  
(Quelle: eigene Darstellung)

### 2.1 Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGB V

#### a. Finanzierung

Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) können Krankenkassen Einzelverträge über eine sektoren- oder interdisziplinärfachübergreifende Versorgung direkt mit einem Netzwerk von Leistungserbringern (§ 140b Abs. 1 SGB V) abschließen. Der Gesetzgeber etabliert parallel zum Kollektivvertragssystem ein eigenständiges Einzelvertragssystem. Die Finanzierung dieser Versorgungsform wird seit dem GMG 2004 durch eine Anschubfinanzierung ermöglicht, bis zu 1% des GKV-Budgets stehen zur Verfügung. Diese Mittel werden von der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung und von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einbehalten. Finanzmittel, die bis zum Stichtag des 31. Dezember 2006 nicht verwendet wurden, sind an die Kassenärztliche Vereinigung und die einzelnen Krankenhäuser entsprechend der Anteile auszubezahlen. Demgegenüber führen Überschreitungen dieser Budgets in den Jahren 2005 und 2006 zu einer Bereinigung des Gesamtbudgets, d.h., die niedergelassenen Vertragsärzte haften, wenn die Mittel zur Förderung der Integrierten Versorgung 1% des GKV-Budgets überschreiten. Für die Verträge stehen insgesamt 680 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung, 200 Millionen Euro aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und 480 Millionen Euro aus dem Krankenhausbudget.

**GMG 2004: Anschubfinanzierung**

**Verlängerung der Anschubfinanzierung bis Ende 2008**



## Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen

Die Konzeption und Umsetzung von Verträgen der Integrierten Versorgung bedürfen erheblicher Investitionen. Aus diesem Grund galt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 geschlossen wurden, nicht der Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 140b Abs. 4 SGB V). Diese Aufhebung wurde im Rahmen des Gesetzesentwurfs zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, ebenso wie die Anschubfinanzierung, bis Ende 2008 verlängert (BMG 2006). Ab dem Jahr 2009 muss sich die Integrierte Versorgung jedoch finanziell selbst tragen.

### *b. Organisation*

Der Gesetzgeber sieht vor, dass sich niedergelassene Ärzte, Kliniken, ambulante und stationäre Rehabilitation sowie Apotheken in Versorgungsnetzwerken organisieren. Es wird also die Integration verschiedener Leistungssektoren (z.B. ambulant und stationär) oder die Kooperation von unterschiedlichen Fachgruppen (z.B. Hausärzte und Fachärzte) gewünscht. Konkret heißt dies, dass neben einer vertikalen Integration ebenfalls eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung, also eine horizontale Integration möglich ist. Auch die Leistungserbringer innerhalb eines Sektors können sich zu einem Netzwerk zusammenschließen, wenn eine umfassende bzw. an den Versorgungsprozessen orientierte Dienstleistung Gegenstand der vertraglichen Vereinbarungen ist. Einzelne Krankenkassen können vertragliche Vereinbarungen mit diesen Netzwerken von Leistungserbringern, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und nicht ärztlichen Leistungserbringern eingehen. Dabei ist die Teilnahme der Versicherten freiwillig.

**Integration und Kooperation fach- und sektorübergreifend**

Als Ideallösung wird die vertikale Vernetzung angesehen. Diese umfasst möglichst viele Leistungsanbieter unterschiedlicher Versorgungsstufen wie beispielsweise die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Dabei können die folgenden Leistungssektoren integriert werden: ambulante Leistungen der fach- und vertragszahnärztlichen Versorgung, Krankenhausbehandlung, Versorgung mit Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln sowie Verbandsmitteln, ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen, Pflegeleistungen, Krankentransport und sonstige Heilberufe (z.B. Hebammen und Soziotherapie). Innerhalb dieses integrierten Versorgungssystems sollten eingeschriebene Versicherte entsprechend der zwischen den Vertragspartnern verhandelten Versorgungsverträge versorgt werden.

**vertikale Vernetzung als Ideallösung**

### *c. Vertragspartner*

Für den kooperativen Zusammenschluss der Leistungserbringer stehen grundsätzlich sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung: Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts sowie Kapitalgesellschaften und Vereine. Auch die Gründung einer BGB-Gesellschaft ist möglich, bei offenen Handelsgesellschaften und Kommanditgesellschaften gilt es jedoch zu beachten, dass diese den Betrieb eines Handelsgewerbes voraussetzen (§ 1 Abs.2 HGB). Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe sind allerdings an die speziellen Regelungen der jeweiligen Heilberufsgesetze und Berufsordnungen gebunden, teilweise üben sie freie Berufe aus und keine gewerbliche Tätigkeit.

**Rechts- und Gesellschaftsformen für Kooperation**



Vertragspartner der Integrierten Versorgung können sein:

- gesetzliche Krankenkassen (§ 140a Abs. 1 SGB V),
- Verbände von Krankenkassen, soweit durch die einzelnen Kassen beauftragt, (§ 140a SGB V in Verbindung mit §§ 211, 217 SGB V),
- einzelne zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte sowie sonstige zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften (§ 140b Abs. 2 SGB V).

Neben den allgemein bekannten Leistungserbringern (einzelne Vertragsärzte/ -zahnärzte und Psychotherapeuten) können folgende Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer spezifiziert werden:

- Managementgesellschaften, die nicht selbst Träger einer zugelassenen Einrichtung sind, sondern nur Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern haben (Integrationsanbieter),
- Träger medizinischer Versorgungszentren (§ 95 SGB V),
- zugelassene Krankenhausträger,
- Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V),
- ambulante Rehabilitationseinrichtungen,
- zugelassene Pflegeeinrichtungen,
- Apotheken (auch Versandapotheken, §§ 121a, 129 SGB V),
- Haushaltshilfen, häusliche Pflege und Soziotherapeuten (§§ 132, 132a, 132b SGB V),
- Zahntechniker (§ 88 SGB V),
- Heil- und Hilfsmittelerbringer (§§ 124, 125 SGB V),
- Krankentransportunternehmen (§ 133 SGB V),
- Hebammen (§ 134 SGB V) und
- Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer.

Die Auswahl der Leistungserbringer durch die Krankenkassen muss auf Basis sachgerechter materieller Auswahlkriterien erfolgen. Die Teilnahme orientiert sich ausschließlich am Artikel 12 (Berufsfreiheit, Verbot der Zwangsarbeit) in Verbindung mit dem Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (Gleichheit vor dem Gesetz). Das Gebot der Wahrung der Chancengleichheit im Wettbewerb wird nicht verletzt, wenn die Kassen die sachlichen Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit beim Vertragsabschluss heranziehen (Wigge et al. 2005).

Einige Autoren gehen auch davon aus, dass die Kassen selbst an einem Netzwerk der Integrierten Versorgung beteiligt sein können, da das Eigenbetriebsverbot (§ 140 SGB V) nur in der Regelversorgung gilt, in der Integrierten Versorgung jedoch ausgeschlossen ist (Henke et al. 2004). Damit ergibt sich die Option für die Kassen, bereits bei der Gründung eines Netzwerkes der Integrierten Versorgung finanziell und inhaltlich auf die Ausgestaltung dieser Versorgungsform Einfluss zu nehmen. Die bisher uneingeschränkte Beitrittsmöglichkeit Dritter wurde vom Gesetzgeber im GMG 2004 relativiert

**Teilnahme der Leistungserbringer orientiert sich am Grundgesetz**

**Eigenbetriebsverbot für Kassen in der IV aufgehoben**



(§ 140b Abs. 5 SGB V). Ein Beitritt zu bereits abgeschlossenen Verträgen ist nach der Zustimmung aller Vertragspartner zulässig.

### *d. Vertragsgegenstand*

Die Vertragspartner müssen sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung verpflichten (§ 140b Abs. 3 SGB V). Grundsätzlich besteht jedoch Vertragsfreiheit. Die Versorgungsleistungen sind nicht im Gesetz definiert, sondern müssen Gegenstand der Versorgungsverträge sein, wobei Einsparungseffekte bereits vor Abschluss der Verträge absehbar sein sollten. Der Vertragsinhalt bzw. der Leistungsumfang ist durch den Gesetzgeber nicht geregelt, das Versorgungsangebot ergibt sich aus dem Vertrag zur Integrierten Versorgung. Nach § 140b Abs. 4 SGB V können Leistungserbringer auch Leistungen außerhalb ihres Zulassungs- und Ermächtigungsstatus erbringen, soweit sie sich „auf Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der Integrierten Versorgung darauf verständigen“. Dies bedeutet jedoch auch, dass keine Leistungen erbracht werden dürfen, die nicht durch die Vertragspartner bzw. deren Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus gedeckt sind. § 140b Abs. 3 SGB V legt fest, dass Leistungen nur Gegenstand der Verträge sein dürfen, solange der gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

**§ 140b SGB V als gesetzlicher Rahmen für Vertragsgegenstand**

Der Leistungsumfang ist nicht mehr, wie in der Regelversorgung, auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt – das Maß des Notwendigen darf im Rahmen der Verträge der Integrierten Versorgung im Sinne der Qualitätsverbesserung überschritten werden. Die Vertragspartner sind frei, innovative Versorgungsformen einzuführen, solange diese den Einschränkungen des § 140a Abs. 3 SGB V gerecht werden: „In den Verträgen müssen sich die Vertragspartner zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. [...] Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen [...]“.

**Leistungsumfang nicht am Kassenkatalog gebunden**

### *e. Vergütung*

Verträge können kassenindividuelle Vergütungsregelungen enthalten und ohne die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen werden. Die Vergütung der Integrierten Versorgung ist nicht vom Gesetz vorgegeben, sondern muss im Vertrag geregelt werden (§ 140c Abs. 1 SGB V). Der Gesetzgeber gibt weder für die Höhe noch die Art der Vergütung eine Orientierung vor. Die Vergütung kann bezogen auf die Einzelleistungen oder budgetiert nach Pauschalen vereinbart werden. Alle denkbaren Vergütungsregelungen können zum Einsatz kommen:

**Vergütung wird im Vertrag geregelt und nicht vom Gesetz**



- Einzelleistungsvergütung,
- Fall- oder Fallkomplexpauschalen und
- morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen (capitation).

Die Budgetverantwortung kann insgesamt oder für definierte Teilbereiche auf die Leistungserbringer übertragen werden (§ 140c Abs. 2 SGB V). Der Gesetzgeber zielt neben der Integration der Versorgungsfunktion auch auf die teilweise Integration der Versicherungsfunktion. Damit kann das Morbiditätsrisiko auf die Leistungserbringer übertragen werden (§ 140c Abs. 2 Satz 2 SGB V). Bei der Berechnung des Budgets ist die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Damit soll das Risiko der Vertragsparteien begrenzt und die Risikoselektion vermieden werden. Mit der vereinbarten Vergütung sind alle Leistungen der eingeschriebenen Versicherten, soweit im vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrag vereinbart, abgegolten. Dies gilt auch für Leistungen, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Es gilt jedoch festzuhalten, dass Versicherte das Versorgungssystem nicht beliebig verlassen und fremde Leistungen beanspruchen dürfen. Nach § 140c Abs. 1 SGB V ist ihnen dieses außerhalb des Versorgungsauftrages der Integrierten Versorgung lediglich gestattet, wenn sie an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder sie durch die Verträge zur Inanspruchnahme außerhalb stehender Leistungserbringer bevollmächtigt sind.

**Übertragung von Budgetverantwortung und Morbiditätsrisiko auf Leistungserbringer**

### *f. Information und Datenkommunikation*

Eine interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit (§ 140a Abs. 1 SGB V) ist nur möglich, wenn eine ausreichende Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen gewährleistet werden kann und eine „[...] ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss [...]“ (§ 140b Abs. 3 SGB V) sichergestellt ist. Leistungserbringer dürfen die Informationen aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 SGB V nur abrufen, soweit sie Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten betreffen und der Versicherte ihm gegenüber die Einwilligung erteilt. Der Datenschutz ist ein zentrales Thema der Integrierten Versorgung. Der Leistungserbringer muss zum Personenkreis gehören, der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Diese sind unter anderem:

**bereichsübergreifende Kommunikation und Dokumentation**

- Arzt,
- Zahnarzt,
- Apotheker oder Angehörige eines Heilberufes mit staatlich geregelter Ausbildung,
- Berufspsychologen mit wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
- Berater in einer Beratungsstelle,
- staatlich anerkannte Sozialarbeiter,



## **Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen**

---

- Angehörige eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung,
- im öffentlichen Dienst besonders Verpflichtete oder
- Personen, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben aufgrund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden sind (§ 203 Abs. 1 und 2 StGB).

Die Dokumentation und Auswertung der Daten durch eine nicht-ärztliche Managementbetreibergesellschaft ist also fraglich. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme und der Notwendigkeit zur Einwilligung der Versicherten in die Nutzung ihrer Daten ist eine Verbesserung der Transparenz und Kommunikation gegenüber dem Patienten eine notwendige Bedingung der Integrierten Versorgung. Die Versicherten haben das Recht umfassend über die Verträge, Leistungserbringer, Leistungen und Qualitätsstandards informiert zu werden (§ 140a Abs. 3 SGB V).

**Versicherte müssen ausreichend informiert werden**

Die Dokumentation der Daten bedarf einer Einwilligung des Versicherten. Bei umfassenden Versorgungsprogrammen der Regelversorgung oder bei schwer- und chronisch Kranken muss es dem Patienten möglich sein, „je nach Behandlungszusammenhang teilweise teilzunehmen [...], im Hinblick auf andere Behandlungszusammenhänge aber die Integration auszuschließen“ (Weichert 2004). Im Sinne der Versicherten sind im Rahmen der Integrierten Versorgung Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Für die Qualitätssicherung nach § 140 Abs. 3 Satz 3 SGB V gelten die allgemein Vorschriften der §§ 135 ff. SGB V (vgl. 2004). Die Qualitätssicherungsmaßnahmen können in pseudonymisierter Form durchgeführt werden, wobei einzelne Stichproben auch auf den Individualfall zurückgreifen können (§ 136 SGB V). Dann muss jedoch die Art der Auswahl vertraglich in den Versorgungsverträgen festgehalten werden.

**Versicherte müssen der Dokumentation zustimmen**

Bei der Konzeption der Integrierten Versorgung, insbesondere bei der Kalkulation morbiditätsorientierter Vergütungspauschalen, müssen Patientendaten herangezogen und eventuell Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Daten des stationären Bereiches zusammengeführt werden. Dies sollte geschehen, um die Risikofaktoren der Versorgungsverträge zu bestimmen und Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erst zu ermöglichen. Hierfür wurde durch den Gesetzgeber keine eigenständige Rechtsgrundlage geschaffen. Ein möglicher Lösungsansatz könnte sein: die Patienten aufzufordern, in die Nutzung ihrer Daten zu Planungs- und Kalkulationszwecken einzuwilligen. Die Daten könnten dann durch ein unabhängiges Forschungsinstitut wissenschaftlich ausgewertet werden – hier kann auf den § 75 SGB X in Verbindung mit dem § 203 Abs. 2 StGB aufgebaut werden.

**Zusammenführung und Auswertung der Patientendaten**

Das Netzwerk der Integrierten Versorgung kann aggregierte Patientendaten einem Forschungsinstitut zur Verfügung stellen, um der in § 140c Abs. 2 SGB V geforderten Berücksichtigung der Risikostruktur der Versicherten zu entsprechen. Die Morbiditätskriterien müssen zu Beginn ermittelt und im Rahmen begleitender Maßnahmen auf ihre Relevanz hin überprüft werden. Hierzu ist eine fallbezogene Auswertung erforderlich. Nur so können ergänzende Morbiditätskriterien in den Vertragsvereinbarungen berücksichtigt und die Prognosefähigkeit der Kriterien verbessert werden. Gleiches gilt für die

**Patientendaten und Prognose der Risikostruktur**



Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Maßnahmen. Die Patientendaten können nur in wissenschaftlichen Begleituntersuchungen eingebracht werden, wenn die Versicherten zuvor explizit zugestimmt haben. Ohne Einwilligung können Leistungsdaten nur in pseudonymisierter Form an ein Forschungsinstitut weitergegeben werden (auch hier ist der § 75 SGB X zu beachten). Unabhängig davon soll die Auswahl der Morbiditätskriterien so erfolgen, dass diskriminierende Effekte der Risikoselektion vermieden werden können (Weichert 2004). § 78b SGB X kann zudem wie folgt interpretiert werden: „Im Interesse der Datensparsamkeit [...] sind nur allgemeine Kriterien festzulegen, die keine zu große Detailliertheit bzw. Tiefe aufweisen“ (Weichert 2004).

Insgesamt werden die unternehmerischen Interessen bezüglich der Angebotskalkulation, der Berechnung morbiditätsadjustierter Kopfpauschalen, des Leistungsmanagements und der Qualitätssicherung sehr stark durch die Patienteninteressen bzw. den Datenschutz behindert. Eine eindeutige Rechtslage ist derzeit nicht gegeben, insofern gelten die Datenschutzbestimmungen der Länder. Eine der Zielsetzungen der Integrierten Versorgung ist die konsequente und verbesserte Kontrolle der Inanspruchnahme bzw. der verrechneten Leistungen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Kontrolle findet während und nach der Leistungserstellung statt; im Idealfall aber bereits vor der Leistungserstellung.

Die Betreiber eines Netzwerkes der Integrierten Versorgung bleiben jedoch Kontrolleure ohne Handlungsgrundlage, solange die datenschutzrechtlichen Aspekte bezüglich der Patientendaten, der medizinischen Ergebnisse und Qualitätsindikatoren ungeklärt bleiben. Diese schlechte Datenlage ist auch ein Grund für die Zurückhaltung der Leistungserbringer bei der Übernahme der finanziellen Verantwortung im Rahmen von Versorgungsverträgen der Integrierten Versorgung (z.B. bei Vergütung durch Kopfpauschalen).

**Behinderung durch Patienteninteressen und Datenschutz**

**Kontrolleure ohne Handlungsgrundlage**

### *g. Neuerungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes*

Auch die anstehende Gesundheitsreform (Gesetzesentwurf im Oktober 2006) unterstützt die konsequente Etablierung der Integrierten Versorgung und bietet neue umfassendere Möglichkeiten für ihre praktische Ausgestaltung. So soll der positive Trend der Vertragsschließungen durch die Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum 31.12.2008 unterstützt werden. Jedoch gilt es hierdurch nicht die Quantität der Integrationsverträge, sondern vorrangig die Anzahl der qualitativen Verträge zu fördern und zu steigern. Bislang ist die Versorgung hauptsächlich auf bestimmte medizinische Indikationen (z.B. Apoplex, Hüft- und Knieendoprothesen) ausgerichtet, sektoren- und indikationsübergreifende sowie bevölkerungsbezogene Vollversorgungsprojekte sind hingegen noch die Ausnahme (BMG 2006).

Eines dieser umfassenderen IV-Projekte stellt das Versorgungsnetzwerk Gesundes Kinzigtal dar. In der Region können die AOK-Versicherten seit dem 30.06.2006 „auf ein Netzwerk von Haus- und Fachärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Physiotherapeuten vertrauen“ ([www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de)). Der Hausarzt fungiert als erste Anlaufstelle und lotst den Patienten individuell durch das Versorgungsnetzwerk. Von der integrierten Versorgung können im

**Verlängerung der Anschubfinanzierung**

**positives Beispiel: Gesundes Kinzigtal**



Rahmen des gesunden Kinzigals seit dem 1. Januar 2007 auch LKK-Versicherte profitieren.

Um eben solche IV-Projekte zunehmend in der Gesundheitsversorgung zu etablieren, stehen für nach dem 1. April 2007 geschlossenen Verträge „[...] nur dann Mittel der Anschubfinanzierung zur Verfügung, wenn diese Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung zum Gegenstand haben.“ (BMG 2006). Dies bedeutet, dass entweder die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit umfassend in einer größeren Region (z.B. mehrere Stadt- oder Landkreise) angeboten oder aber das gesamte bzw. ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer IV gewährleistet werden muss. Zwar können auch weiterhin Integrationsverträge ohne bevölkerungsbezogene Flächendeckung abgeschlossen werden, doch müssen diese dann ohne Mittel aus der Anschubfinanzierung umgesetzt werden (BMG 2006).

**Vorraussetzungen  
für Mittel aus der  
Anschubfinanzierung**

Des Weiteren strebt der Gesetzgeber den Abbau der Schnittstellen zwischen der Pflege- und der Krankenversicherung an. So soll die Pflege zukünftig als eigenständiger Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung einbezogen werden und selbstständig agieren können. Die Grundlage wird mit der Einführung des § 92b ins Sozialgesetzbuch XI sowie der Erweiterung des § 140b SGB V (Vertragspartner in der IV können nun auch die Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen sein) geschaffen. Der § 92b SGB XI besagt, dass Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und/ oder den in § 140b SGB V benannten Vertragspartner Verträge zur Integrierten Versorgung schließen oder aber mit deren Zustimmung bereits bestehenden Verträgen beitreten können. Nähere Angaben zu den zu erbringenden Leistungen sowie Vergütungsregelungen werden nicht gesetzlich vorgeschrieben, sondern sind von den Beteiligten in den jeweiligen Verträgen zu vereinbaren. Außerdem können die vereinbarten Regelungen von den Vorschriften der §§ 75 (Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung), 85 (Pflegesatzverfahren) und 89 (Grundsätze für die Vergütungsregelung) SGB XI abweichen, wenn:

**die Pflege als eigenständiger Leistungserbringer**

- der Vertrag dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht,
- die qualitative, effektive und effiziente Verbesserung der Versorgung der Pflegeeinrichtungen angestrebt wird oder
- die Abweichungen aus sonstigen Gründen zur Durchführung der IV erforderlich sind (BMG 2006).

Inwieweit die Pflege die Herausforderungen der Integrierten Versorgung nutzt und sich als eigenständiger Leistungserbringer in die Integrationsversorgung einbringen wird, bleibt ebenso abzuwarten wie die Entwicklung der vom Gesetzgeber geforderten qualitativen Vertragsgestaltung.





### 2.2 Ergänzende Handlungsoptionen zur Restrukturierung

#### a. Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen mit Vertragsärzten oder angestellten Ärzten. Diese innovative Versorgungsform verlangt die Kombination von mindestens zwei ärztlichen Disziplinen und gegebenenfalls die Hinzuziehung weiterer Leistungserbringer (Apotheken, Pflegedienste oder etwa Physiotherapeuten).

mindestens zwei  
ärztliche Disziplinen  
notwendig

Durch Kooperation werden in der Versorgung der Patienten Vorteile eines Kompetenznetzes sichtbar, das qualitative und kosteneffiziente abgestimmte Behandlungsangebote mithilfe eines umfangreichen, hausinternen Wissenstransfers ermöglicht. Innerhalb eines MVZ können flexiblere Arbeitszeiten organisiert und Marketingstrategien nach außen angewandt werden. Im Vergleich zur Einzelpraxis sind Ärzte durch festes Gehalt weniger wirtschaftlichen Risiken ausgesetzt. Nachteilig gestaltet sich das Investitionsrisiko von Medizinischen Versorgungszentren, da eine nachhaltige Amortisierung der Kosten nicht gesichert ist. Zudem gibt es bislang keine evidenten Erfahrungswerte auf denen andere MVZ-Gründer aufbauen könnten. Für die Gesamtvergütung der Vertragsärzte bildet sich nachteilig für die Vertragsärzte die Ausweitung des ambulanten Angebotes in Form von MVZ durch die Krankenhäuser aus, die ihre Kosten zu senken beabsichtigen und diese ambulanten Leistungen über die Gesamtvergütung abrechnen (KVB 2006). Die Rechtsform ist nach dem Gesetz unerheblich, solange eine ärztliche Leitung besteht und das Medizinische Versorgungszentrum an der Regelversorgung teilnimmt, d.h. die Genehmigung der Bedarfsplanung unterliegt. Einzelverträge der Krankenkassen mit Medizinischen Versorgungszentren sind grundsätzlich nicht möglich (lediglich im Rahmen der Vereinbarungen über eine Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V).

#### b. Disease Management Programme (DMPs)

Bereits seit der vorletzten GKV-Gesundheitsreform 2000 ist der Aufbau von strukturierten Behandlungsprogrammen möglich. Die §§ 137f-g SGB V regeln den Rahmen der Disease Management Programme (DMPs). Der Gesetzgeber versteht hierunter einen systematischen und populationsbezogenen Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankenstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. DMPs gestalten einen umfassenden Versorgungsprozess, garantiert durch die vertragliche Regelung (z.B. Vergütungshöhe) und die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt. Die Organisation der Verträge bleibt den Kassen und möglichen Vertragspartnern freigestellt, sofern die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Verordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V (Risikostrukturausgleichsverordnung, RSAV) erfüllt sind. Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (vom 10.12.2001, BGBl I 2001 Nr. 66) wurden DMPs als ein weiterer Zwischenschritt auf dem Weg zur Integrierten Versorgung initiiert. Es werden hier ebenfalls Kriterien zur Auswahl der Erkrankungen festgelegt. Die Teil-

strukturierte  
Behandlungspfade  
zur besseren  
Versorgung  
chronisch  
Krankter



nahme ist freiwillig und schriftlich, nach ausführlicher Information der Krankenkasse, durch den teilnehmenden Patienten zuzustimmen. Weiterhin sind die Programme durch einen externen Sachverständigen zu evaluieren. Die Zulassung der Programme wird durch § 137g SGB V geregelt; die Krankenkasse muss diese beim Bundesversicherungsamt (BVA) beantragen. Nachdem die in § 137f SGB V genannten Anforderungen erfüllt wurden, wird die Zulassung befristet erteilt und kann nach einer externen Evaluation verlängert werden.

Der hohe Stellenwert dieser Versorgungsform resultiert aus den epidemiologischen Erkenntnissen, die eine deutliche Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität vorhersagen. Um diesen Anforderungen zu entsprechen, ist eine koordinierte Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Einrichtungen mit einheitlichen Therapiestandards unerlässlich. So werden Folgeerkrankungen und unnötige Kosten vermieden, was nicht zuletzt Probleme Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Vergangenheit vermeidet. Ein Disease Management Programm soll die folgenden Elemente enthalten:

- Einschreibung der Patienten in das Programm,
- Bereitstellung von Handlungsempfehlungen und Schulungen für Ärzte und Patienten,
- Gewährleistung von Überweisungs- und Dokumentationsroutinen,
- Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie der Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme.

Diese Maßnahmen sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Eine qualitätsgesicherte Betreuung der Patienten soll stabile Lebensstandards schaffen. Disease Management Programme können durch Netzwerke der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) erbracht werden. Evaluationsmaßnahmen sichern nachhaltig eine Verbesserung des Ressourceneinsatzes. Krankenkassen und Leistungserbringer sorgen für einheitlich definierte Leistungspakete und die Eingliederung der Patienten in den Versorgungsprozess.

### *c. Hausarztzentrierte Versorgung*

Die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) ist ein Pflichtangebot aller gesetzlichen Krankenkassen, d.h., es besteht die Verpflichtung zum Abschluss von Einzelverträgen mit besonders qualifizierten Hausärzten. Die Zielsetzung ist eine integrierte Versorgungssteuerung, die auf den einzelnen Patienten (Individuum) fokussiert und die administrativen Prozesse verbessert. Somit können Kosten eingespart und zugleich die Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung erreicht werden. Die Einzelverträge müssen ausgeschrieben werden. Dabei werden die Grundelemente der Verträge, z.B. Leistungsinhalte, Qualifikation und Vergütung, kollektivvertraglich im Bundesmantelvertrag bzw. in den Gesamtverträgen auf Landesebene vereinbart (§ 73b SGB V). Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, jedoch handelt es sich nach der Einschreibung um ein Primärarztssystem, d.h., mit der Einschreibung verpflichtet sich der Patient ein Jahr lang einen bestimmten

**Pflichtangebot der  
GKV – Teilnahme  
der Versicherten ist  
jedoch freiwillig**



Hausarzt im Bedarfsfall zu konsultieren. Hierin ist ein Nachteil des Versorgungsmodells zu sehen, sowie dadurch dass Hausärzte oft nicht ausreichend auf ihre Funktion als Gatekeeper vorbereitet sind.

In den umgesetzten Verträgen beziehen sich Bonusregelungen als Anreize zur Teilnahme am Modell häufig auf eine Erstattung der Praxisgebühr, das Serviceangebot von Präventionskursen oder eine verringerte Wartezeit. Dennoch zeigen sich bei der praktischen Umsetzung Probleme bei der Definition der Qualifikationsanforderungen und der aufwendigen Umsetzung durch das festgelegte Ausschreibungsverfahren. Die Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung wird durch den § 73c SGB V geregelt. Einzelverträge zur Förderung der Qualität sind möglich; die Ausgestaltung erfolgt über gesamtvertragliche Vereinbarungen der Versorgungsverträge, deren Erfüllung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen stellt und nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt. Diese Verträge sind ebenfalls ausschreibungspflichtig und verlangen eine komplizierte und aufwendige Umsetzung.

### *d. Ambulante Behandlung im und durch das Krankenhaus*

Nach dem § 116b SGB V ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus grundsätzlich möglich. Diese Sonderregelung bezieht sich auf die Teilnahme an Disease Management Programmen (§ 116b Abs. 1 SGB V), die Erbringung hochspezialisierter Leistungen und im Rahmen der Behandlung seltener Erkrankungen (§ 116b Abs. 2 SGB V). Mit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sollen die Schranken zwischen den beiden primären Sektoren des Gesundheitssystems überwunden werden. Komplexe Behandlungen bedürfen einer qualitativ besseren Versorgung aus einer Hand. Dabei steht die Frage nach der Definition abzugrenzender Leistungen vom ambulanten Bereich im Vordergrund, die wesentliche Elemente des Leistungs- und Qualitätswettbewerbs beinhalten (Robbers/Wallhäuser 2007). Die Teilnahme der Versicherten ist generell freiwillig und die Bindung an den Programmen wird allein durch das Bonussystem erreicht. Die Leistungen erfolgen nach Maßgabe des Kataloges des Gemeinsamen Bundesausschusses. Nach § 116a SGB V kann der Zulassungsausschuss bei Unterversorgung in einer Region die Krankenhäuser in bestimmten Fachgebieten für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zulassen. Hierbei besteht jedoch nicht die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen. Die Zulassung stationärer Einrichtungen zur Erbringung ambulanter Leistungen birgt die Gefahr von Doppelstrukturen und erfolgt derzeit ohne die Bereinigung der Gesamtvergütung, d.h. ambulante Leistungen, die durch das Krankenhaus erbracht werden, führen nicht zu einer Umverteilung zwischen stationärem und ambulanten Budget.

weder Abschluss  
von Einzelverträgen  
noch Budget-  
umverteilung



### e. Modellvorhaben und Strukturverträge

Mit der Zielsetzung der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität durch neue Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen wurden die §§ 63-65 SGB V bereits sehr früh vom Gesetzgeber initiiert. Neue Organisationsformen für eine Stärkung des Wettbewerbs, die auch die Risikostruktur der betroffenen Patienten berücksichtigen, konnten getestet werden. Eine verbesserte Koordinierung der Versorgung durch informationstechnische Kooperationsstrukturen oder Behandlungspfade bot die Grundlage zur Vertragsgestaltung. Im Rahmen der Verträge zu Modellversuchen nach den §§ 63 und 64 SGB V können die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Ärzten/ Zahnärzten abschließen. Alternativ können sowohl Gemeinschaften von Ärzten/ Zahnärzten als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner der Krankenkassen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist aber nicht zwingend in die Vertragsgestaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer aufzunehmen. Zur Umsetzung von Modellvorhaben sind jedoch ein Satzungsbeschluss und eine Evaluation verpflichtend vorgeschrieben. Modellvorhaben sind auf maximal 8 Jahre befristet, wobei der Grundsatz der Beitragsstabilität gültig bleibt. Modellvorhaben müssen entsprechend der Risiken der betreuten Versicherten evaluiert werden - § 64 Abs. 3 SGB V schreibt vor, dass beim Abschluss von Modellversuchen die Zahl und die Risikostruktur der betroffenen Versicherten zu berücksichtigen ist. Modellvorhaben sind Einzelverträge, die mit einzelnen Kassen oder mehreren Kassen geschlossen werden. Das Verfahren ist im Vergleich zur Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) aufwendig und bietet weniger Gestaltungsspielraum im Regelungs- und Geltungsbereich und den ökonomischen Vereinbarungen.

**Modellvorhaben aufwendiger und starrer in der Gestaltung als IV**

Der § 73a SGB V ermöglicht die Vereinbarung von Strukturverträgen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen mit innovativen Vergütungsmodellen. Praxisnetze sind in der Lage mit einem Krankenkassenverband und/ oder der Kassenärztlichen Vereinigung ein kombiniertes Budget zu vereinbaren. Strukturverträge können als eine Spielart der vertragsärztlichen Versorgung (Praxisvernetzung) angesehen werden. Strukturverträge werden auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 73a SGB V abgeschlossen, wobei die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung zwingend vorgeschrieben ist. Strukturverträge sind keine Einzelverträge sondern Kollektivverträge.

**Kollektivverträge auf Landesebene**

### f. Gewährung von Boni

Derzeit ist eine generelle Beitragsreduktion oder eine risikogerechte Beitrags- bzw. Prämiengestaltung im System der Gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich. Bei der Teilnahme an der Integrierten Versorgung kann auf Basis individueller Satzungsregelungen eine Ausnahme gemacht werden. Die Krankenkassen sind dann in der Lage nach § 65a SGB V die Zuzahlungen ihrer Versicherten zu ermäßigen. Voraussetzung für die Gewährung von Boni ist deren nachweisbare Refinanzierung durch Einsparungen.

**Voraussetzung: Refinanzierung durch Einsparungen**



### 2.3 Entwicklung der Integrierten Versorgung

#### a. Entwicklungsphasen

Die Entwicklungsphasen der Integrierten Versorgung können anhand unterschiedlicher Versorgungsszenarien und Vertragstypen skizziert werden:

- partielle Integrierte Versorgung (Fallkomplexe mit Indikationsbezug),
- umfassende Integrierte Versorgung bei chronisch- und schwerkranken Patienten (indikationsspezifische umfassende Versorgungsprozesse) und
- Integrierte Versorgung für Versichertenpopulationen (Vollversorgung).

Verträge der partiellen Integrierten Versorgung beziehen sich auf Behandlungskomplexe, die im Verhältnis zu umfassenden Konzepten schnell umsetzbar sind. Qualitäts- und Effizienzsteigerung werden erwartet, wobei das Kostensenkungspotential begrenzt sein dürfte und eine Qualitätsverbesserung vom Umfang der einbezogenen Leistungen abhängig ist. Einsparungen liegen im administrativen Bereich. Hier können durch Bündelung der Einkaufsmacht und Skaleneffekte Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden.

**Verträge einer partiellen Integrierten Versorgung**

Indikationsspezifische Verträge der Integrierten Versorgung sind sinnvoll bei der Behandlung von Erkrankungen mit hohem Substitutionspotential zwischen den Sektoren oder bei hohen Erwartungen bezüglich des Optimierungspotentials. Der Entwicklungsaufwand dieser Versorgungskonzepte ist hoch. Demgegenüber verspricht diese Versorgungsform jedoch ein hohes Kostensenkungspotential. Die Risiken für die Leistungserbringer steigen – die Chancen aber auch.

**indikationsspezifische Verträge**

Die stärksten Impulse für eine Strukturveränderung hat die Integrierte Versorgung, wenn Verträge über die Vollversorgung einer Bevölkerungsgruppe vereinbart werden. Der Entwicklungsaufwand ist sehr hoch und die Risiken für die Vertragspartner entsprechend. Dennoch können durch diese Versorgungsformen die Wirtschaftlichkeitsreserven am besten erschlossen werden (Wigge et al. 2005).

**Verträge für die Vollversorgung einer Bevölkerungsgruppe**

In Deutschland werden zukünftig Netzwerkunternehmen versicherungstechnische Risiken tragen und im Wettbewerb konkurrieren. Qualität und Wirtschaftlichkeit wird zunehmend zum Erfolgsfaktor von Unternehmen der Gesundheitsversorgung. Um den Anforderungen an diese Versorgungsformen gerecht zu werden, muss das betriebswirtschaftliche Instrumentarium in diesen Organisationen angewendet werden. Das Management der Versorgungsprozesse und der Organisation selbst wird ein wichtiger Faktor zur Sicherung der Wertschöpfungsprozesse in der Integrierten Versorgung. Neben Leitlinien für Diagnostik und Therapie, der Qualitätssicherung und neuen Versorgungsangeboten wie Case und Disease Management werden ergebnisorientierte Vergütungsformen den Geschäftsalltag im Gesundheitswesen bestimmen. Wie die Leistungen der Integrierten Versorgung vergütet werden sollen, hat der Gesetzgeber nicht geregelt. Eines wird aber deutlich, durch die Möglichkeit der Übertragung der Budgetverantwortung auf die Leistungs-

**zukünftiger Fokus: Qualität und Wirtschaftlichkeit, ergebnisorientierte Vergütungsformen**



erbringer ist das Finanz- und Risikomanagement eine notwendige Bedingung für eine gut funktionierende Integrierte Versorgung.

### *b. Vertragsgeschehen*

Nur wenige Leistungserbringer stellten sich bis zum Beginn des Jahres 2004 den Herausforderungen der Integrierten Versorgung. Doch mit den verbesserten Möglichkeiten durch das GKV-Modernisierungsgesetz (Anschubfinanzierung und Lösung von den Kassenärztlichen Vereinigungen) stieg auch die Motivation der Leistungserbringer sich an Integrationsverträgen zu beteiligen. Lag die Anzahl der abgeschlossenen Verträge bis zum April 2004 bundesweit lediglich bei 60, stieg diese bis zum Ende des Jahres bereits auf 342 (Mühlbacher et al. 2006). Auch in den beiden folgenden Jahren stellten sich immer mehr Kassen und Leistungserbringer der Herausforderung, die Gesundheitsversorgung der Menschen in der Bundesrepublik mit Hilfe der Integrierten Versorgung zu optimieren sowie das Kostensenkungspotential dieser Versorgungsform zu nutzen. Dies zeigt sich deutlich an den folgenden Vertragszahlen:

- 4. Quartal 2005: 1913 Verträge
- 3. Quartal 2006: 2901 Verträge ([www.bqs-register140d.de](http://www.bqs-register140d.de))

**Anzahl der Verträge steigt seit 2004**

**vorrangige Vertragspartner: Krankenhäuser, Ärzte, Rehabilitation**

Trotz der positiven Entwicklung in Bezug auf die Quantität der Integrationsverträge wird in der qualitativen Betrachtungsweise deutlich, dass der Großteil der Verträge von den Kassen lediglich mit Krankenhäusern (20,8 %) oder niedergelassenen Ärzten (15,8 %) sowie den Vertragspartnerkombinationen Rehabilitation/ Krankenhaus (17,8 %) oder niedergelassener Arzt/ Krankenhaus (18 %) geschlossen wurden. Eine umfassendere Versorgung, die auch die Unterstützung kleiner Leistungserbringer wie Heil- und Hilfsmittelerbringer, ambulante Physiotherapeuten, Transportunternehmen, Apotheken und zugelassene Pflegeeinrichtungen etc. sowie Netzwerklotsen (z.B. Case und Disease Manager) nutzt, blieb bislang die Ausnahme. Für chronisch und Schwerkranke ist eine derartige Versorgung – horizontal und vertikal vernetzt - im Hinblick auf die aktuellen Probleme und Zukunftsaussichten unseres Gesundheitssystems jedoch unerlässlich. Somit bleibt nicht vorrangig die Herausforderung, die Vertragszahlen zu steigern, sondern die Integrierte Versorgung sektoren- und fachübergreifender und somit qualitativer umzusetzen.



### 3. Fallstudie: Sind Managed Care Organisationen wie in der Schweiz umsetzbar?

Die dargestellten Handlungsoptionen beim Aufbau von Unternehmensnetzwerken der Integrierten Versorgung zeigen, dass in Deutschland mehrere Szenarien der Integrierten Versorgung denkbar sind. Eine weitere Reform ist nicht notwendig – vielmehr bedarf es Kapital, Mut und einer Vision. Managed Care Organisationen (MCOs), vergleichbar mit den Organisationstypen in der Schweiz, können bereits heute durch Ärzte etabliert und in die Regelversorgung eingeführt werden. Die Teilnahme für Leistungserbringer und Patienten ist freiwillig – es handelt sich vielmehr um die Chance, im Sinne des „try and error“, die Alltagstauglichkeit dieser theoretischen Konzepte zu überprüfen. Untersuchungen in den USA belegen die Erfolgchancen dieser Konzepte.

**MCOs – Erfolg in den USA belegt**

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben konnte in den USA durch die Dienstleistungen der Managed Care Organisationen (MCOs) gesenkt werden (Sullivan 2000; Cutler, Sheiner 1997; Baker/ Brown 1999). MCOs sind in der Lage die gleichen medizinischen Leistungen zu einem günstigeren Preis anzubieten (Altmann et al. 2000) und tragen damit direkt zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben bei, ohne damit die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu verschlechtern. Mehrere Studien belegen, dass eine Reduktion der Inanspruchnahme ohne Qualitätseinbußen möglich war (Miller, Luft 1994, 1997, 2002). Der Erfolg dieser Organisationsformen basiert im Wesentlichen auf der Verbesserung der Kostenstrukturen innerhalb der Versorgungsprozesse und der Selektionseffekte (für die Schweiz: Ziegler 2005).

**Kostensenkung bei gleichwertiger Qualität**

Der Gesetzgeber ermöglicht in Deutschland die Umsetzung integrierter Versorgungsformen und die Gründung von Managed Care Organisationen (MCOs). Diese sollen auf einem Markt für Versorgungsverträge mit den Kassen verhandeln. Diese Art von Unternehmen und das Angebot von Versorgungsverträgen ist pure Theorie, praktisch jedoch kaum umgesetzt. Nicht so in vielen Nachbarstaaten.

**MCOs sind in Deutschland noch Theorie**

In der Schweiz haben Managed Care Organisationen (MCOs) einen Marktanteil von 8%, HMOs etwa 4% (GfS-Forschungsinstitut 2003). Die Organisationsstruktur und die Dienstleistungen einer Managed Care Organisation in der Schweiz sollen im Folgenden anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt werden.<sup>1</sup> In weiten Teilen steht einer Umsetzung eines ähnlichen Konzeptes in Deutschland nichts im Wege. Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung könnten gemeinsam die Virtualisierung der Versorgungsprozesse in innovativen Kooperationsformen vorantreiben. Das Fallbeispiel zeigt konkret, wie die Aufbau- und Ablauforganisation der IV – auch in Deutschland - gestaltet werden kann.

**Umsetzung des Schweizer Konzeptes in Deutschland möglich**

---

<sup>1</sup> Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Interview mit Herrn Stefan Schütz, Mitglied der Geschäftsführung HMO Gesundheitsplan, Basel. Die Angaben sind autorisiert.

### 3.1 Merkmale der HMO Gesundheitsplan

Die HMO Gesundheitsplan ist ein integriertes Gesundheitsversorgungs- und Versicherungsmodell, das seit 1991 in der Schweiz in der Region Basel betrieben wird. Im Jahr 2005 waren rund 22.000 Versicherte in diesem System (ca. 13% Marktanteil). Derzeit hat die HMO Gesundheitsplan mit vier Krankenkassen Verträge abgeschlossen.

integriertes Gesundheits- und Versorgungsmodell

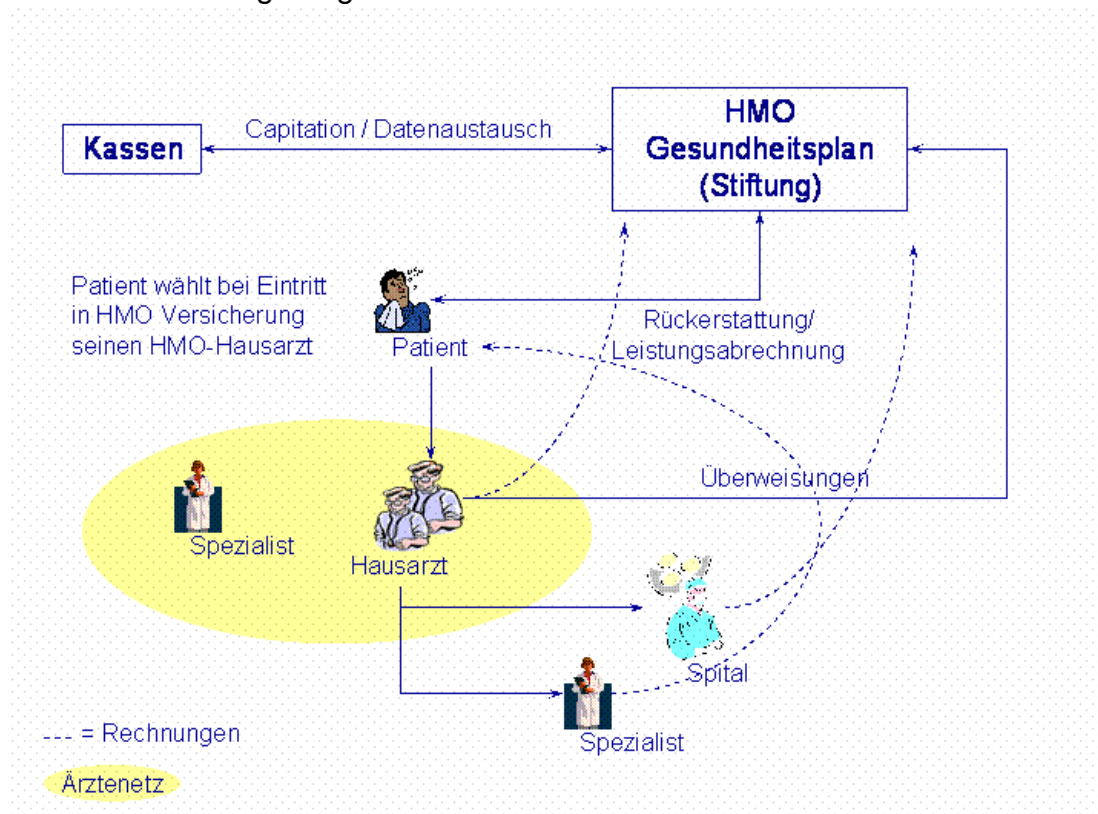


Abbildung 1: Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen der HMO Gesundheitsplan – Capitation mit Leistungsabwicklung (Quelle: HMO Gesundheitsplan)

#### a. Organisation und Verträge

**Hausarztprinzip:** Die Versicherten wenden sich bei Krankheit immer zuerst an den gewählten HMO-Hausarzt. Überweisungen zu Spezialisten oder in ein Spital werden von diesem veranlasst und koordiniert. Nottfälle und Routinekontrollen beim Augenarzt sowie beim Gynäkologen sind vom Hausarztprinzip ausgenommen.

Hausarzt als erste Kontaktstelle

**Leistungsabwicklung:** Die Übernahme von Budgetverantwortung erfordert eine systematische Leistungskontrolle. HMO Gesundheitsplan führt die Leistungsabwicklung durch, tritt gegenüber Dritteleistungserbringer als Kostenträger auf und ist für die Versicherten Ansprechpartner in Leistungsfragen. (Arbeitsteilung: Die Kasse ist für die Produktseite, d.h. Produktgestaltung, Verkauf, Beratung, Marktkommunikation, Prämien, Risikoausgleich zuständig. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags geht der Versicherte zur HMO Gesundheitsplan über.)

Arbeitsteilung zwischen Kasse und HMO

**Virtuelles Netzwerk:** In der Anfangsphase betrieb die Stiftung eine HMO





## Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen

---

Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten. Um das Versichertenwachstum zu bewältigen, wurde angesichts der sehr hohen Ärztedichte in der Region darauf verzichtet, weitere Praxen zu eröffnen. Stattdessen wurden mit frei praktizierenden Ärzten Verträge zur Zusammenarbeit abgeschlossen (Struktur- und Prozessmerkmale sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte als Selektionskriterien). Für die spezialärztliche und die Spitalversorgung wurde von Beginn an entschieden, diese Bereiche auf Vertragsbasis ins Netzwerk zu integrieren.

### b. Finanzierung und Vergütung

**Finanzierung durch Capitation:** Die nicht-gewinnorientierte Stiftung trägt die Budgetverantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung der HMO-Versicherten. Dazu schliesst sie Verträge mit den Kassen ab und vereinbart risikoadjustierte Pauschalen pro versicherte Person (Risikokriterien: Alter, Geschlecht, Region und Vorkosten). Die Budgetverantwortung erfordert die Bildung von Reserven, um alle fälligen Verluste zu decken. Für Hochrisiken besteht eine Rückversicherung.

Stiftung trägt Budgetverantwortung

**Finanzielle Erfolgsbeteiligung der Hausärzte:** Die Hausärzte tragen nicht nur die medizinische, sondern auch die wirtschaftliche Verantwortung für ihr Handeln. Das finanzielle Risiko des einzelnen Arztes ist klar definiert und begrenzt (Bonus-Malus-Modell).

Ärzte tragen auch wirtschaftliche Verantwortung

**Finanzielle Anreize auch für die Versicherten:** Die Schweiz kennt in der Sozialen Krankenversicherung die Kopfprämie. Die HMO-Prämie wird durch die Krankenkasse nach Massgabe der gesetzlichen Vorschriften festgelegt. Die Versicherten bei HMO Gesundheitsplan erhalten einen Prämienrabatt von bis zu 20%. Wird das Hausarztprinzip nicht eingehalten, besteht keine Kostendeckung, d.h., die Versicherten tragen die Kosten selbst.

Prämienrabatt für Versicherte

### c. Information und Datenkommunikation

**Qualitätssicherung:** Die Ärzte im Netzwerk verpflichten sich zur Mitarbeit in strukturierten Qualitätszirkeln. Daneben wird für das ganze Netzwerk die externe Qualitätszertifizierung angestrebt. Bisher unterzieht sich die Gruppenpraxis der Stiftung als (erste und weiterhin) einzige Praxis der Nordwestschweiz einer externen Qualitätszertifizierung ([www.equam.ch](http://www.equam.ch)).

Qualitätszirkel und Zertifizierungen

**Unabhängige Beschwerdestelle für HMO Versicherte:** Um in Situationen, in welchen das direkte Gespräch keine Lösung brachte, weiterzukommen, wurde eine unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet.

**Systematischer Einsatz von Instrumenten der Leistungscoordination und -steuerung:** Im Vordergrund stehen das Überweisungsmanagement durch die Hausärzte, ein ausgebauter vertrauensärztlicher Dienst, das Case Management und die Vereinbarungen mit bevorzugten Leistungserbringern (Medikamente, Diagnostik und ambulantes Operieren). Disease Management Programme sind in der Aufbauphase. Die Netzwerkärzte erhalten regelmässig Statistiken zur Inanspruchnahme und den Kosten ihrer Patientinnen (inkl. risikoadjustiertes Benchmarking: eigene Praxis im Vergleich zum Netzwerk). Zudem besteht eine Zusammenarbeit mit einem 24h-Call-Center (Triage: Notfall, Selfcare oder Gatekeeper; 2nd Opinion-Stelle: Beratung in allgemeinen Gesundheitsfragen oder Unterstützung im Ausland).

gute Koordination und Steuerung fördern den Erfolg



### 3.2 Kennzahlen 2004 der HMO Gesundheitsplan

- Versicherte: ca. 21.000
- Anzahl Kooperationskassen: 4
- Umsatz: 45 Mio. CHF
- Ärztenetz: ca. 80 Ärzte (Grundversorger, teilweise mit Subspezialitäten, z. B. Onkologie, Pneumologie etc.)
- Mitarbeitende: 38 (davon 16 in der HMO Gruppenpraxis)

	2000	2001	2002	2003	2004
Versicherte HMO Gesundheitsplan	14.030	15.274	17.301	18.496	20.062
Durchschnittliche Prämie konventionelle KV (alle Kassen)*	3.396	3.600	3.900	4.272	4.536
HMO-ÖKK Prämie	2.538	2.692	2.826	3.293	3.715

**Tabelle 2:** Bestands- und Prämienentwicklung 2000 – 2004 (Quelle: HMO-Gesundheitsplan, Angaben der Geschäftsführung)

\* fee for service; Der Einfachheit halber sind nur die Prämien eines Kooperationspartner aufgeführt. Zwischen den Kassen bestehen auch bei der HMO Prämie Differenzen (u.a. unterschiedliche Risikostrukturen, die sich auf die Kopfprämie auswirken).

### 3.3 Hemmnisse der Implementierung und breiten Akzeptanz von HMOs in der Schweiz

Managed-Care-Modelle in der Schweiz haben bisher noch nicht den Erfolg gezeigt, der anfangs erwartet wurde. Trotz der Vorteilhaftigkeit der HMO-Netze in Bezug auf die Einspareffekte im Gesamtsystem beschreiben sie nur einen geringen Anteil des Marktes in der Schweiz. Die Einschränkung des Wahlrechtes infolge der Teilnahme an einem integrierten Versorgungsmodell besitzt grundlegend negativen Charakter aus der Sicht der Versicherten. Aber nicht nur von den Versicherten ist gegenwärtig eine geringe Teilnahme am HMO-Konzept zu verzeichnen, sondern auch von Seiten der Leistungserbringer. Dies erschwert grundsätzlich die Implementierung vorteilhafter integrierter Versorgungsstrukturen zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Das HMO-Konzept ist weitgehend marktwirtschaftlich ausgerichtet und riskiert dadurch, dass das öffentliche Vertrauen in einer umfassenden, bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung verloren geht. Um die Steuerung der Gesundheitsversorgung zu realisieren, sind Managementvoraussetzungen zu schaffen. Ein effektives Management im Konzept der HMO muss den Patienten und die Kooperation aller Leistungsanbieter steuern können (vgl. Baur 2002).



## Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen

Grundlegende Einflussfaktoren auf die Implementierung der HMO Gesundheitsplan und deren Akzeptanz bei den Leistungserbringern werden folgend erläutert (vgl. Klingenberger 2002; Schnetzler 2004):

Die vertragliche Ausgestaltung von Einzelverträgen innerhalb korporatistischer Strukturen führt dazu, dass Krankenversicherungen sich in der Marktstruktur einem höheren Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzdrucks ausgesetzt sehen. Dieser Effekt wird verstärkt durch:

- einen geringen **Risikoausgleich** zwischen den Versicherern
- ähnliche **Risikoausgleichsbeiträge** für gute Risiken in der Managed-Care-Versorgung und in der konventionellen Grundversicherung, es fehlen also Einsparungspotentiale auf Seiten der Kassen
- **Anreiz zur Risikoselektion**, der mehr Gewinne verspricht als es mit der effizienten Versorgung schlechter Risiken (z.B. chronisch Kranke) zu erzielen gibt

⇒ **Folge:** fehlende Investitionen in Managed Care-Modelle durch Versicherer und wachsende Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungsanbietern

Die ungünstige Verhandlungsposition der Leistungserbringer ist maßgeblich beeinflusst durch die

- Ablösung der Einzelleistungsvergütung durch **pauschale, prospektive Modelle**
- Übertragung **wirtschaftlicher Verantwortung** und verändertes Aufgabenspektrum der Ärzte

⇒ **Problem:** keine risikogerechte Vergütung, fehlende Markttransparenz, Ärzte haben keine Erfahrungen mit Aufgaben des Controlling und Management

Das neue Rollenverständnis der Leistungserbringer wirkt sich nicht nur negativ auf die Patienten- sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte aus. Innerhalb des Kompetenznetzes bestehen die Schwierigkeiten aus Sicht der Leistungsanbieter in der zunehmenden

- **Fremdkontrolle** und **Verlust der Autonomie** durch die Monopolstellung des Netzes resultierend aus dem Kompetenzvorsprung, der Anerkennung nichtärztlicher Therapeuten und der Gatekeeperfunktion
- **Interessenkonflikte** unter der Ärzteschaft durch interprofessionelle Kooperation

Für die Entwicklung von Arztnetzen bedarf es eines hohen Zeitaufwandes und hoher Flexibilität. Auf den bisherigen Erfahrungen muss aufgebaut werden können - entweder in Form einer schrittweisen Übernahme der Budgetverantwortung mit risikoadäquaten Versichertenpauschalen und/oder realistischer Zielparameter sowie deren Überprüfung in Zusammenarbeit aller Beteiligten (vgl. Baur 2002).



### 4. Fazit: Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung in Deutschland

Die tief greifende Reorganisation des Gesundheitssystems und die ungeahnten Möglichkeiten der Vertragsgestaltung bieten enorme Chancen und weitreichende Risiken für alle Beteiligten. Das traditionelle Leistungsangebot kann durch neue Serviceelemente für die Versicherten ergänzt werden. Die Regelungen des § 140a-d SGB V bieten größere leistungsspezifische und ökonomische Gestaltungsspielräume für die Krankenkassen und Leistungserbringer. Dabei soll jedoch nicht verschwiegen werden, dass eine funktionierende Integrationsversorgung eines ausgereiften Managementsystems bedarf und hierfür zusätzliche Investitionen anfallen dürften. Die Netzwerke der Leistungserbringer sind in der Lage neue Geschäftsfelder zu definieren, müssen aber im Gegenzug neben der medizinischen Verantwortung auch die Budgetverantwortung übernehmen.

**enorme Chancen  
und weitreichende  
Risiken**

Die Herausforderungen bestehen in der Gestaltung von risikoadäquaten Verträgen und Vergütungssystemen, der Schaffung von geeigneten Informations- und Kommunikationsstrukturen, der Auswertung von Versorgungsdaten für eine Risikoadjustierung der Vergütung und Evaluation. Im Mittelpunkt der administrativen Prozesse steht das Qualitäts-, Finanz-, Informations- und Risikomanagement. Trotz der enormen Anforderungen oder gerade deshalb erhofft man sich durch die Übertragung der Budgetverantwortung eine wirtschaftlichere Leistungserbringung, welche auf längere Sicht zu Einsparungen für das gesamte Gesundheitssystem führen kann. Sektorale Budgets haben bisher die Entwicklung neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen behindert, dagegen erlauben die Regelungen des § 140a-d SGB V eine völlige Aufhebung der Sektorengrenzen. Neue Organisationsformen aber auch neue Zuständigkeiten sind die Folge. Diese neuen Versorgungsformen werden nicht durch zusätzliche Finanzmittel von den Kassen finanziert, sondern aus dem Gesamtbudget bestritten. Das Angebot innovativer Versorgungsleistungen reduziert wiederum die Finanzmittel, die im Rahmen der Regelversorgung bzw. der vertragsärztlichen Leistungen erbracht werden. Die Integrierte Versorgung wurde vom Gesetzgeber als Regelversorgung konzipiert und tritt als eigenständiges Einzelvertragssystem neben das Kollektivvertragssystem. Mit dem Gesetz zur Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) ist das trojanische Pferd vor die Mauern des deutschen Gesundheitssystems gerollt worden: außen Reorganisation des Versorgungssystem, innen Neustrukturierung des Finanzierungssystem zur nachhaltigen Veränderung korporativer Systeme (vgl. Oberender 2001). Die Möglichkeit einer freien Ausgestaltung der Versorgungs- und Versicherungsfunktion wird das deutsche Gesundheitssystem auf lange Sicht beschäftigen.

**Herausforderungen  
und Erwartungen  
an die Zukunft**

**trojanisches Pferd  
steht vor den Mauern  
des Gesundheitssystems**



### **Autor**

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



## **5. Literaturverzeichnis**

**Altman, D./ Cutler, D./ Zeckhauser R. J. (2000):** Enrollee Mix, Treatment Intensity and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 7832, August, <http://nber.org/papers/w7832>

**Baker, L. C./ Brown, M. (1999):** Managed Care, Consolidation among Health Care Providers and Health Care: Evidence from Mammography, in: RAND Journal of Economics 30(2), S. 351-374

**Baur, R. (2002):** Die erste Generation Arztnetze. Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Basel [online im Internet unter: [http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/rita\\_baur.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/rita_baur.pdf)].

**BQS (2006):** [www.bqs-register140d.de](http://www.bqs-register140d.de) (28.11.2006)

**Bundesministerium für Gesundheit (2006):** Gesetzentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. [http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/gesetzentwurf\\_wettbewerbsstaerkungsgesetz.pdf](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/gesetzentwurf_wettbewerbsstaerkungsgesetz.pdf) (28.11.2006)

**Cutler, D./ Sheiner, L. (1997):** Managed Care and the Growth of Medical Expenditures, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 6140, <http://papers.nber.org/papers/w6140.pdf>

**EQUAM:** Stiftung für Externe Qualitätskontrolle in Managed Care. [www.equam.ch](http://www.equam.ch)

**Gesundes Kinzigtal GmbH (2006):** [www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de) (19.12.2006)

**GfS-Forschungsinstitut (2003):** Univox Studie 2002/ 2003, Teil II E: Sozialversicherung. Zürich

**Henke, K. -D./ Rich, Robert F./ Steinbach, A./ Borchardt, K. (2004):** Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung: neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins, Diskussionspapier 2004/12, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation der TU Berlin

**Klingenberg, D. (2002):** Health Maintenance Organizations in der Schweiz - Darstellung und Kritik -, IDZ-Information 1/2002 [Online im Internet unter: <http://www.wzn.de/hmo-schweiz.pdf>]

**KVB (2006):** Medizinische Versorgungszentren (MVZ), [online im Internet unter: <http://www.kvb.de/servlet/PB/show/1105341/IV-MVZ-230306.pdf>].



**Miller, R. H./ Luft, H. S. (1994):** Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis, in: JAMA (Journal of the American Medical Association) 271(19), S. 1512-19

**Miller, R. H./ Luft, H. S. (1997):** Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? in: Health Affairs 16(5), S. 7-25

**Miller, R. H./ Luft, H. S. (2002):** HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature, 1997-2001, Health Affairs 21(4), S. 63-86

**Mühlbacher, A. (2002):** Integrierte Versorgung. Management und Organisation, Hans Huber Verlag, Bern

**Mühlbacher, A./ Berhanu, S./ Happich, M. (2003):** Alternative Vergütungskonzepte zur Finanzierung der Integrierten Versorgung, Z.Allg.Med.2003; 79: 559-562

**Mühlbacher, A./ Nübling, M./ Lubs, S./ Röhrig, N./ Schultz, A./ Zimmermann, I. (2006):** Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland - eine empirische Analyse -. ZiGprint: Berlin 10/2006

**Oberender, P. (2001):** Integrierte Versorgung – das trojanische Pferd beim Untergang korporativer Systeme?, in: Albring, M.; Wille, E. (Hrsg): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung, Frankfurt am Main, S. 263-276.

**Robbers, J./ Wallhäuser, M. (2007):** Ambulante Behandlung im Krankenhaus – neue Chancen für Krankenhäuser, Arzt und Krankenhaus, 6, [online im Internet unter: [http://www.vlk-online.de/files/articles/2007-06/200706\\_d3fabb6110.pdf?PHPSESSID=6fa8cecc021e5917d6302b0ffcad580b](http://www.vlk-online.de/files/articles/2007-06/200706_d3fabb6110.pdf?PHPSESSID=6fa8cecc021e5917d6302b0ffcad580b)].

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994):** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 - Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Nomos Verlag, Baden-Baden

**Schnetzler, R. (2004):** Rette sich, wer will? Veranstaltungsbericht, Managed Care, 2. [online im Internet unter: <http://www.forummanagedcare.ch/archiv/2004/2/17-veran-retteSich.pdf>]

**Shortell, S.M. (2000):** Remaking Health Care in America, San Francisco

**Stillfried, v. D./ Ryll, A. (2004):** Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung. Erste empirische Ergebnisse, Gesundheits- und Sozialpolitik, 11-12, 2004, S. 36-50

**Sullivan, K. (2000):** On the 'Efficiency' of Managed Care Plans, Health Affairs, 19 (4): 139-148



## **Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen**

---

**Troschke, v. J./ Mühlbacher, A. (2005):** Grundwissen. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege, Verlag Hans Huber, Bern

**Weichert, T. (2004):** Datenschutz und integrierte Versorgung – sichere und akzeptierte Datenkommunikation im Bereich der Integration, Beitrag zum 2. Lübecker Symposium Integrierte Versorgung 2004, <http://www.datenschutzzentrum.de/medizin/arztprax/integrierteversorgung.htm>

**Wigge, P./ Waldorf, K./ Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, C./ Susen, B. (2005):** Integrierte Versorgung. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus, Ärztekammer Nordrhein

**Ziegler, M. (2005):** Mobilität von Managed-Care-Versicherten – Eine Fallstudie, Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 24, S. 1471-1474