

ZiGprint

2007-05

Integrierte Versorgung: Auf dem Weg zur virtuellen Organisation

Axel Mühlbacher



2007-05

***Integrierte Versorgung:
Auf dem Weg zur virtuellen Organisation***

Axel Mühlbacher

Herausgeber

Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)
Müller-Breslau-Straße
Schleuseninsel
10623 Berlin
Tel. 030/ 314 76810
Fax 030/ 314 76664
E-Mail: zig@tu-berlin.de
www.zig-berlin.de

Berlin, April 2007

ISSN 1862 4871

Kurzfassung

Managed Care Ansätze in Deutschland sind mit Hilfe von Netzwerkunternehmen nach dem Konzept der virtuellen Organisationen auch in Deutschland denkbar. 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. Die Integration der Versorgungs- und Versicherungsfunktion in einem Netzwerk von Unternehmen der Gesundheitsversorgung bildet die Voraussetzung, um ein weites Behandlungsspektrum im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung gemessen an den Patientenbedürfnissen abdecken zu können. Das Leistungsangebot richtet sich nach den Kernkompetenzen der in Kooperation auf Basis vertraglicher Regelungen stehenden Leistungserbringer. Die virtuelle Organisation ist durch eine intensive Zusammenarbeit von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Unternehmen gekennzeichnet. Im Mittelpunkt dieser Entwicklung stehen die Informations- und Kommunikationstechnologien. Im Wettbewerb der Netzwerkunternehmen zählen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu den Erfolgsfaktoren. Gesetzte Anforderungen erfordern die Anwendung betriebswirtschaftlicher Instrumentarien und das Management der Versorgungsprozesse.

Abstract

After the concepts of virtual organizations network enterprises are also conceivable in Germany as managed care forms in the United States. With the § 140a-d SGB V and further options of the legislator the reorganization of the health care is located in the center of the health-political discussions. The integration of health care and health insurance in one enterprise forms the condition, in order to be able to cover an intensive care around the patients needs. The performance depends on the main skills of suppliers who are contractual in co-operation. The virtual organization is characterized by an intensive coordination process between legal and economically autonomous enterprises. As well as the reorganization of health care delivery information and communication technologies get more important. Both quality and economy are dealing with the effort and success of competitive network enterprises. Requirements of new health care forms demand economical equipment and the management of the supplying processes.



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Gesundheitsversorgung - quo vadis?	4
2. Managed Care und Integrierte Versorgung	5
2.1 Hintergrund: Probleme im Status Quo	5
2.2 Erfahrungen: Managed Care in den USA.....	6
2.3 Fallstudie: Managed Care Organisationen in der Schweiz	8
a) Organisation und Verträge	9
b) Finanzierung und Vergütung	10
c) Information und Datenkommunikation.....	10
d) Kennzahlen der HMO Gesundheitsplan.....	11
2.4 Lösungsansatz in Deutschland: § 140a-d SGB V.....	11
3. Das Konzept der virtuellen Organisation	13
3.1 Kooperation: Institutionelle Integration	13
3.2 Koordination: Funktionelle Integration	17
3.3 Kommunikation: Informationelle Integration	19
4. Kernelemente der Integrierten Versorgung	21
4.1 Strategische Dimensionen	21
a) Finanzierung	21
b) Vergütung	22
c) Vertragspartner	22
4.2 Organisatorische Dimensionen	24
a) Organisation.....	24
b) Vertragsgegenstand.....	25
4.3 Technische Dimensionen	26
a) Informationssysteme.....	26
b) Information und Datenkommunikation.....	26
5. Fazit: Entwicklung der Integrierten Versorgung	28
6. Literaturverzeichnis	31



1. Einleitung: Gesundheitsversorgung - quo vadis?

Managed Care in Deutschland ist möglich. Managed Care Organisationen (MCOs) können in Deutschland mit Hilfe von Netzwerkunternehmen nach dem Konzept der virtuellen Organisationen umgesetzt werden. Die teilweise oder vollständige Integration der Versorgungs- und Versicherungsfunktion in einem Netzwerk von Unternehmen der Gesundheitsversorgung ist eine notwendige Voraussetzung, damit Dienstleistungen angeboten werden, welche die gesamte Spanne von Gesundheitsbedürfnissen von schwer- und chronisch kranken Menschen abdecken können. Derzeit gibt es noch kein singuläres Unternehmen in Deutschland, welches hierzu in der Lage ist – es bedarf vielmehr der Kooperation von Leistungserbringern mit unterschiedlichen Kernkompetenzen, damit eine umfassende, an den Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann. Es geht nicht darum, die Vielfalt an Versorgungsfunktionen und die Versicherungsfunktion in einem Unternehmen zu vereinen, sondern auf Basis vertraglicher Regelungen ein Angebot zu schaffen, welches dem Grundkonzept des Managed Care und der Integrierten Versorgung entspricht.

Ziel: umfassende Versorgung von schwer und chronisch Kranken

Die Summe der in das Netzwerk eingebrachten Kompetenzen unterschiedlicher Leistungserbringer ermöglicht eine umfassende Versorgung und Betreuung entlang der Patientenkarriere – man spricht in diesem Zusammenhang von der „virtuellen Größe“ der angebotenen Leistungen. Virtuell deshalb, weil es einem einzelnen Leistungserbringer nicht gelingen kann bzw. noch nicht gelungen ist, alle notwendigen Prozesse und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung zu beherrschen und anzubieten. In diesem Kontext bezeichnet „virtuell“ die Tatsache, dass aus mehreren Einzelleistungen rechtlich selbständiger Unternehmen eine größere Gesamtleistung konfiguriert wird. Aus der Perspektive des Konsumenten formieren sich die Leistungserbringer zu einer Organisation, die ein einheitliches und umfassendes Leistungsangebot vertritt. Die notwendigen Behandlungsschritte entlang der Patientenkarriere werden entsprechend der Kernkompetenzen der beteiligten Leistungserbringer und der individuellen Ansprüche seitens der Patienten konfiguriert. Nicht nur in der Natur – sondern auch in anderen Wirtschaftsbereichen, zeigt sich, dass vermeintlich kleine Einheiten im Verbund bessere Erfolgspotentiale aufweisen. Erst die Summe der eingebrachten Leistungen und Kompetenzen ermöglicht die Integrierte Versorgung – also ein Angebot an Versorgungsleistungen aus einem Guss. Der Gesetzgeber hat die Vorteile dieses innovativen Konzeptes erkannt und mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) eine weitreichende Reform veranlasst. Eine Gesundheitsreform, die sowohl die Organisation aber auch die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in wesentlichen Teilen verändert hat und weiterhin verändern wird. Managed Care Organisationen (MCOs) werden auch in Deutschland in die Regelversorgung eintreten. Eine Zäsur für das deutsche Gesundheitssystem in ungeahntem Ausmaß.

IV - ein Angebot von Versorgungsleistungen aus einem Guss

Die folgenden Ausführungen sollen zeigen, dass Managed Care Organisationen auch in Deutschland initiiert werden können. Aufbauend auf den Erfahrungen in den USA soll aufgezeigt werden, welche Konzepte bereits in der Schweiz realisiert werden und wie mit Hilfe virtueller Unternehmen Dienst-

Initiierung von MCOs auch in Deutschland möglich



leistungen der Integrierten Versorgung auch in Deutschland angeboten werden können.

2. Managed Care und Integrierte Versorgung

2.1 Hintergrund: Probleme im Status Quo

Die aktuellen Rahmenbedingungen - demographische und volkswirtschaftliche Entwicklungen, der gewünschte medizinisch-technische Fortschritt in Verbindung mit einem weitgehenden Vollversicherungsschutz - resultieren in steigenden Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Seit längerem sind Politik, Wirtschaft und Wissenschaft damit beschäftigt, die Wirtschaftlichkeitspotentiale im deutschen Gesundheitswesen zu identifizieren und eine stetige Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen – als ein Lösungsansatz wird die Integrierte Versorgung beschrieben.

aktuelle Rahmenbedingungen führen zu steigenden Beitragssätzen

Die organisatorische Ausgestaltung der Leistungserbringung in Deutschland wurde bereits vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹ hinreichend kritisiert. Bereits im Sachstandsbericht 1994 wird aufgezeigt, dass eine Integration der ambulanten und stationären Versorgung aus wirtschaftlichen und medizinischen Gründen ratsam erscheint.

Sachverständigenrat fordert bereits 1994 Integration

Die Organisation der Gesundheitsversorgung ist geprägt durch Schnittstellen, welche ein Hindernis für sektorübergreifende Versorgungsprozesse darstellen. Hieraus folgt 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 lediglich 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 wiederum 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 und ambulanten Versorgung führt die Budgetierung zu sektorspezifischen Strategien. Die sektorale Budgetierung verhindert, dass sektorenüber-

Auswirkungen der Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung

¹ seit 1.1.2004 umbenannt in Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



greifende Strategien der Versorgungsgestaltung durchgeführt werden. Unzureichende oder fehlende Prävention und Nachsorge sind die Folge.

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.

**IV im Mittelpunkt
der politischen
Diskussion**

2.2 Erfahrungen: Managed Care in den USA

Die zu Beginn der 70er Jahre in den USA durchgeführten Interventionen zur Kontrolle des Ausgabenanstiegs waren – ähnlich der Bemühungen in Deutschland - auf Dauer nicht erfolgreich (Seitz et al. 1997; Schmidt 1997). In den USA zeigte sich, dass die tradierten Versorgungsstrukturen ebenso wie die Akteure im Gesundheitswesen nicht in der Lage waren, das Gesundheitswesen nachhaltig zu reformieren. Erst mit der Einführung von Organisationsformen des Managed Care vor etwa 15 Jahren zeichnete sich ein grundlegender Wandel ab (Altman/ Wallack 1997; Seitz et al. 1997).

**Reformation in den
USA erst mit
Managed Care
erfolgreich**

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben konnte in den USA durch 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 (Altman et al. 2000) und tragen damit direkt zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben bei – ohne 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 Selektionseffekten. Traditionelle Versicherungsunternehmen und Leistungsanbieter verlieren zunehmend Marktanteile, da Managed Care Organisationen eine qualitativ gleiche oder bessere Versorgung zu günstigeren Preisen anbieten (Lankers 1997). Im Ergebnis erfuhren die Ansätze, welche mit dem Konzept des Managed Care in Verbindung gebracht werden, erst eine nationale, dann weltweite Verbreitung (Gildemeister 1998).

**Kostensenkung bei
gleichwertiger
Qualität**

Grundsätzlich wird mit dem Begriff Managed Care ein marktwirtschaftliches Versorgungs- und Versicherungskonzept beschrieben, dessen Ziel die effiziente Allokation der knappen Mittel im Gesundheitswesen ist (Schwartz/ Wismar 1998). Hierunter versteht man den Versuch, die überflüssigen und fragwürdigen Leistungen auszuschließen, um die Kosten zu senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern. Mit dieser Zielsetzung sind die folgenden Strategien verbunden:

**Zielsetzung und
Strategien des
Managed Care**

- die Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand,
- eine effiziente Strukturierung des Leistungsangebotes,



- die Beschränkung der Leistungen auf das "Bedarfsgerechte" und medizinisch Notwendige,
- die Kontrolle von Umfang und Qualität der Leistungserbringung,
- ökonomische Anreize für die Leistungserbringer und
- eine Verlagerung des Versicherungsrisikos auf die Leistungserbringer (Arnold et al. 1996).

Im Rahmen des Managed Care schließen die Kostenträger (Versicherungen) mit den Leistungserbringern (Ärzten und Krankenhäusern) Verträge ab, die einen bestimmten Leistungskatalog festlegen und durch prospektive Zahlungen im Voraus entlohnen. Die typische Managed Care Organisation vereint die Leistungs- und Versicherungsfunktion. Die Höhe der Vergütung pro Kopf ergibt sich aus der Risikostruktur der eingeschriebenen Versichertengemeinschaft. "Die in dieses System eingebundenen Mediziner sind deshalb daran interessiert, präventiv zu handeln und eine hinreichende Versorgung möglichst kostengünstig zu gestalten." (Wendt 1997)

MCO vereint Leistungs- und Versicherungsfunktion

Mit der Weiterentwicklung von Managed Care Organisationen (MCOs) gab es Bestrebungen zur Integration, d.h. der Zusammenfassung von Versorgungsleistungen entlang des Versorgungskontinuums eines Versicherten. Behinderte und (chronisch) kranke Menschen sollten die notwendige soziale, medizinische und erzieherische Unterstützung und Koordination erhalten (Wendt 1997). Die Organisationsstruktur der Leistungsanbieter hat sich aufgrund des immer stärker werdenden Wettbewerbsdrucks in den USA verändert - auf der Anbieterseite wurde die Entwicklung von Integrated Health Care Delivery Systems (IDS) gefördert. IDS können als die am weitesten fortgeschrittene Form von Managed Care Organisationen bezeichnet werden. Man geht davon aus, dass die Effizienz von MCOs mit dem Grad der Integration steigt (Seitz et al. 1997).

IDS fortschrittlichste Form von MCOs

In Anlehnung an Shortell et al. (1996) definieren Amelung et al. (2004) ein IDS als ein Netzwerk, "das Leistungen selbst erbringt oder die Erstellung organisiert - und zwar über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg - und gleichzeitig übernimmt ein IDS sowohl die medizinische als auch die finanzielle Verantwortung für die Versorgung der vorab definierten Bevölkerungsgruppe". Diese regionalen Netzwerke von Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens gewährleisten im Einzelfall für eine Kopfpauschale (Capitation) die gesundheitliche Versorgung.

IDS übernimmt Leistungserbringung sowie medizinische und finanzielle Verantwortung

Mit der Implementierung von integrierten Anbietersystemen war ursprünglich die Zielsetzung verbunden, alle im System der Gesundheitsversorgung beteiligten Stakeholder zu koordinieren und ihnen - in Übereinstimmung mit ihren Zielen - die medizinische und wirtschaftliche Verantwortung zu übertragen (Lankers 1997; Baumberger 2001). Im Idealfall eines integrierten Anbietersystems werden die Patienten durch ein komplettes, alle Behandlungsaspekte umfassendes Versorgungssystem versorgt. Bereits Ende der 80er Jahre führten diese Gedanken in den USA zu einer starken vertikalen Integration der Leistungsanbieter, welche insbesondere von den Krankenhäusern durch die Akquise von ambulanten Anbietern und Pflegediensten vorangetrieben wurde. Die Struktur bzw. Konfiguration von Integrierten Versorgungssystemen

USA: Integrierte Versorgungsformen sind ebenfalls Zukunftsvisionen



men wird zwar ausgiebig diskutiert, aber selbst in den USA ist die Versorgung durch Integrierte Versorgungssysteme weitgehend eine Zukunftsvision. Alternativ wird in den USA das Konzept der „virtuellen“ Integration diskutiert (Roberts/ Haas 1997; Seitz et al. 1997). Zielsetzung dieses Konzeptes ist die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter innerhalb eines Unternehmensnetzwerkes unter der Bedingung der Beibehaltung der rechtlichen Selbständigkeit der eigenen Identität und Mission. Die Verbindung der verschiedenen Leistungsanbieter kann durch leistungsfähige Koordinations- und Informationssysteme gewährleistet werden. Das Problem der vertikalen Integration, die unterschiedlichen Ziele der beteiligten Leistungserbringer mit Hilfe hierarchischer Entscheidungen zu koordinieren bzw. ein gemeinsames Zielsystem vorzuschreiben, ist im Rahmen der „virtuellen“ Integration nicht gegeben, da aufgrund der rechtlichen Selbständigkeit jeder Kooperationspartner seine Eigenständigkeit bzgl. finanzieller, unternehmensrechtlicher und Managemententscheidungen beibehalten kann.

Alternative: virtuelle Integration

2.3 Fallstudie: Managed Care Organisationen in der Schweiz

Der Gesetzgeber in der Schweiz ermöglicht bereits seit längerem die Gründung von Managed Care Organisationen (MCOs). Sie haben heute einen Marktanteil von 8% - HMOs etwa 4% (GfS-Forschungsinstitut 2003). Im Folgenden sollen anhand eines Fallbeispiels die Organisationsstruktur und die Dienstleistungen einer Managed Care Organisation in der Schweiz aufgezeigt werden.² Wie die Ausführungen zeigen werden, steht der Umsetzung eines ähnlichen Konzeptes in Deutschland nichts im Wege.

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 22000 Versicherte in diesem System (ca. 13% Marktanteil). Die HMO Gesundheitsplan hat derzeit mit vier Krankenkassen Verträge abgeschlossen.

integriertes Versorgungs- und Versicherungsmodell

² Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Interview mit Herrn Stefan Schütz, Mitglied der Geschäftsführung HMO Gesundheitsplan, Basel. Die Angaben sind autorisiert.

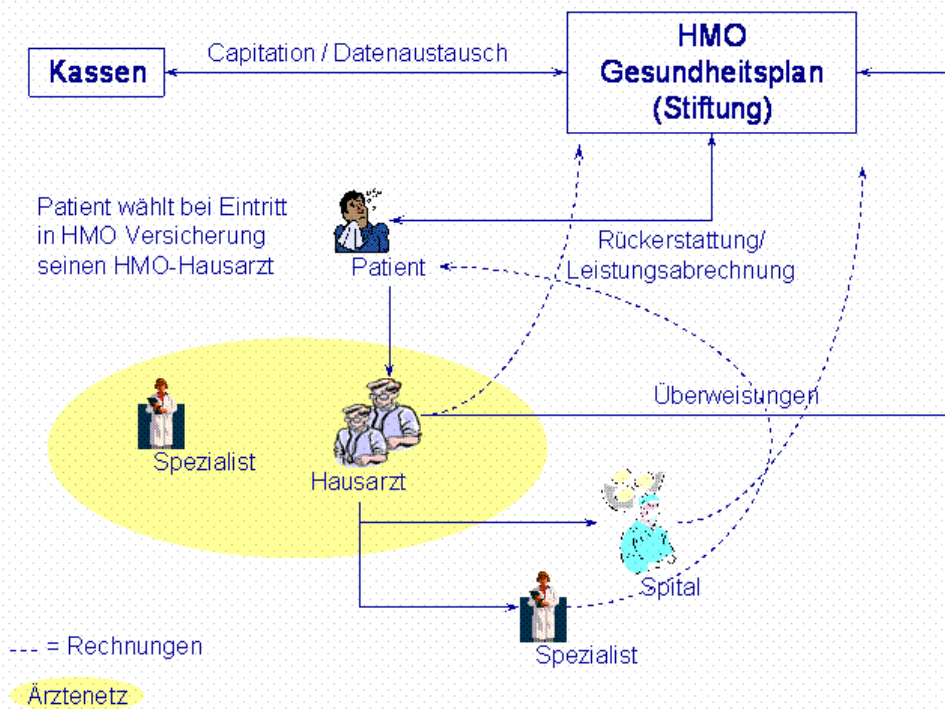


Abbildung 1: Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen der HMO Gesundheitsplan – Capitation mit Leistungsabwicklung (Quelle: HMO Gesundheitsplan)

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. Notfälle 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 Drittleistungserbringer 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 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.

Verträge zur Zusammenarbeit



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 sowohl die medizinische als auch wirtschaftliche Verantwortung für ihr Handeln. Das finanzielle Risiko des einzelnen Arztes ist klar definiert und begrenzt (Bonus-Malus-Modell).

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.

Ärzte tragen auch wirtschaftliche Verantwortung

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).

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 Leistungskoordination 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



d) Kennzahlen der HMO Gesundheitsplan

Die Kennzahlen der HMO Gesundheitsplan gestalten sich für das Jahr 2004 wie folgt:

- 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 1: 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).

2.4 Lösungsansatz in Deutschland: § 140a-d SGB V

Betrachtet man die Organisationen des Gesundheitswesens und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den USA und der Schweiz, dann wird klar, dass aufgrund der Heterogenität der Versorgungs- und Finanzierungsformen ein Vergleich mit dem deutschen Gesundheitswesen nur schwer möglich ist. Die in den USA favorisierte Integration der Versorgungs- und Versicherungsfunktion war bedingt durch das deutsche Kollektivvertragssystem lange Zeit nicht möglich.

Zur Kontrolle der Ausgabenentwicklung wurden 1993 gesetzliche Budgetierungsmaßnahmen eingeführt. Damit wurden bereits 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. Bereits 1999 zeigte die Reformdebatte, dass erste Versuche zur Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber gefördert werden sollten.

**gesetzliche
Budgetierungs-
maßnahmen 1993**



Mit dem Inkrafttreten der GKV-Gesundheitsreform 2000 ergaben sich erste weitgehende Kooperationsmöglichkeiten für die Leistungserbringer. Die Reform des Leistungserbringerrechts sollte den Krankenkassen, deren Verbänden und letztendlich den Leistungserbringern mehr unternehmerische Gestaltungsparameter 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 durch die beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger deren standes- und verbandsrechtlichen Vertretern überlassen wurde – die geschlossenen Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung führten 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.

**Gesundheitsreform
2000**

Die Vision sektorenübergreifender Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern war dennoch ungebrochen - das Reformjahr 2004 brachte eine erheblich flexiblere vertragliche Ausgestaltung der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) und auch die Versicherten konnten fortan an der Wirtschaftlichkeit neuer Versorgungsformen durch Bonusleistungen partizipieren (§ 65a SGB V). Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) bieten sich vielfältige Handlungsoptionen für die Akteure im Gesundheitswesen: mit dem Gesetz zur Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V) zeichnet sich - parallel zum Kollektivvertragssystem - ein neues Organisationskonzept, das optional nicht nur die Integration der Versorgungs-, sondern auch der Versicherungsleistungen zulässt. 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 Datenschutzsysteme beziehen (Gesetzesbegründung GMG 2004 zu § 140b Abs. 4 S. 2 u. 3 SGB V). Der Gesetzgeber hatte damit das Fundament für neue Organisationsformen gelegt.

GMG 2004

Der erwartete Systemwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung hat bereits stattgefunden. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) ist eine Zäsur mit ungeahnten Auswirkungen 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 langfristig ein Einzelvertragssystem etabliert. Diese Gesetzgebung wird 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. Konkret: Unabhängig vom bisherigen Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus der Leistungserbringer, können völlig neue Organisationstypen – Unternehmensnetzwerke mit einem neu zu regelnden Leistungskatalog mit neuen Rechten und Pflichten entstehen. Ein neuer Markt etabliert sich im deutschen Gesundheitssystem – der Markt für direkte Ver-

**GMG: Zäsur mit
ungeahnten Aus-
wirkungen**



sorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Netzwerken der Integrierten Versorgung. Es fehlt allein am organisatorischen Know How zur Ausgestaltung dieser Netzwerke. Einen positiven Ansatz stellt jedoch das Konzept der virtuellen Organisation dar. Dieses soll im Folgenden vorgestellt werden.

3. Das Konzept der virtuellen Organisation

Der Begriff virtuelle Organisation wurde bereits 1992 durch Davidow und Malone (1992) geprägt, als sie in ihrem Buch „The Virtuell Corporation“ die traditionellen Unternehmensgrenzen in Frage stellten. Die Unternehmen würden in Folge der Reorganisation ihrer Geschäftsprozesse (Hammer/ Champy 1993) zu virtuellen Organisationen, d.h., durch die interne Restrukturierung kann die überbetriebliche Zusammenarbeit mit Kunden und Lieferanten verbessert werden.

interne Restrukturierung verbessert externe Zusammenarbeit

Das durch den § 140a-d SGB V gesetzlich verankerte Konzept der Integrierten Versorgung soll durch den Aufbau neuer Organisationsstrukturen und umfassender Versorgungsprozesse die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Erfahrungen aus anderen Wirtschaftssektoren zeigen, dass zur Koordination arbeitsteiliger Aufgaben symbiotische bzw. hybride Organisationsformen zwischen Markt und Hierarchie vorteilhaft sind. Innerhalb dieser Organisationsformen fokussiert der einzelne Unternehmer seine Aktivitäten auf ausgewählte Kernkompetenzen, welche er als Teilleistung in die organisationsübergreifenden Leistungsprozesse einbringt. Diese Organisationsformen sind gekennzeichnet durch eine intensive Zusammenarbeit von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Unternehmen. Überträgt man diesen theoretischen Ansatz auf den Kooperationsbedarf im Gesundheitswesen, dann wird zukünftig das gesamte Dienstleistungsspektrum durch ein Netzwerk von unabhängigen Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften, Kliniken und weiteren Heil- und Hilfsberufen abgedeckt. Im Mittelpunkt dieser Entwicklung stehen die Informations- und Kommunikationstechnologien. Diese Technologien bewirken sinkende Transaktionskosten bei der Kooperation mit anderen Unternehmen. Somit können auch kleinere Unternehmen über die Marktmechanismen flexibel in übergreifende Wertschöpfungsprozesse integriert werden (Malone/ Laubacher 1998). Diese organisationsübergreifenden Wertschöpfungsprozesse sind der Wirkung nach vorhanden – dem Kunden der Leistung scheint es, als ob ein Unternehmen die gesamte Leistungsvielfalt anbietet. Der Sache nach werden jedoch die einzelnen Teilleistungen durch weiterhin rechtlich selbständige Unternehmen erbracht – erst die Koordination dieser Teilleistungen ermöglicht die Konfiguration umfassender Versorgungsprozesse.

umfassende Versorgungsprozesse über Unternehmensgrenzen hinweg

3.1 Kooperation: Institutionelle Integration

Die Kooperation wird als Organisationsform zwischen rein interner (hierarchischer) und rein externer (marktlicher) Organisation beschrieben – charakterisierend ist dabei die Kooperation komplementärer Partner. Als Merkmale für die institutionelle Ausgestaltung der virtuellen Organisation gelten:

Merkmale der institutionellen Ausgestaltung



- die Kooperation zur Erreichung gemeinsamer Ziele,
- eine problem- und aufgabenbezogene Konfiguration der Kernkompetenzen,
- die zeitliche Befristung der aufgabenorientierten Leistungserstellung,
- ein geschlossenes und einheitliches Auftreten gegenüber den Kunden,
- der weitgehende Verzicht auf zentrale Managementfunktionen und
- der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Koordination der Leistungserstellung.

(Alt et al. 2005; Davidow/ Malone 1992; Klein 1994; Arnold et al. 1995; Gerpott/ Böhm 2000; Kemmner/ Gillessen 2000; Picot et al. 2003; Kasper-Fuehrer/ Ashkanasy 2004)

Virtuelle Unternehmen verzichten weitgehend auf den Aufbau eines eigenen Mitarbeiterstamms und dauerhafter Vertragsbeziehungen oder Eigentumsrechte – die Kooperation konkretisiert sich an den Zielen und einer speziellen Aufgabenstellung. Lediglich die Vertragsbeziehungen, die zur Aufrechterhaltung der Kooperation notwendiger Managementfunktionen dienen, müssen vorgehalten werden. Ist die Aufgabe erfüllt, z.B. die Betreuung eines einzelnen Patienten, so lösen sich die Partner und die Aufgabenzuordnung wird entsprechend der Nachfrage im Netzwerk neu konfiguriert. Durch die flexible Partnerzusammensetzung kann die virtuelle Organisation flexibel agieren und effiziente Leistungen anbieten.

Vorteile durch Konfiguration entsprechend der Nachfrage

	Joint Venture	Strategische Allianz	Unternehmensnetzwerk	
Funktionsverknüpfung	Funktionszusammenlegung	Funktionsabstimmung	Funktionsabstimmung	
Anzahl der Partner	meist 2-5 Partner	meist 2-5 Partner	> 3, meist > 10 Partner	
Netzwerktypen	Projektnetzwerke	strategische Netzwerke	Verbundnetzwerke	virtuelle Unternehmen
Steuerungsform	fokal	fokal	polyzentrisch	polyzentrisch
Aufgabenzuordnung	instabil	stabil	stabil	instabil
Beispiel	Großprojekte im Bauwesen	Zulieferernetzwerke in der Automobilindustrie	Verkehrsverbund in größeren Städten	Verbund von Leistungserbringern im Gesundheitswesen

Tabelle 2: Ansätze der überbetrieblichen Kooperation (Quelle: Alt et al. 2005, Hess 2002)

Die Kooperation von Unternehmensnetzwerken kann sowohl vertikal als auch horizontal ausgerichtet sein. Eine vertikale Vernetzung beschreibt die



Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern unterschiedlicher Versorgungsstufen. In vertikaler Richtung werden kooperative Beziehungen zwischen Lieferanten und Zulieferern auf der einen und den Kunden auf der anderen Seite aufgebaut. In vertikalen Kooperationsbeziehungen werden ganze Versorgungsprozesse oder Teilabschnitte von Versorgungsprozessen vernetzt. Eine mögliche Zielrichtung der vertikalen Vernetzung ist die Sicherung der Qualität über die verschiedensten Abschnitte der Leistungserstellung. Damit soll eine optimale Gestaltung der Leistungstiefe erreicht werden.

vertikale Vernetzung: optimale Gestaltung der Leistungstiefe

Eine Zusammenarbeit bzw. Kooperation von Unternehmen der gleichen Wertschöpfungsstufe bezeichnet man als horizontale Vernetzung. Ein Aspekt der horizontalen Vernetzung ist die kooperative und zugleich kompetitive Beziehung der Partner, welche auch als "Coopetition" bezeichnet wird (Brandenburger/Nalebuff 1996). Die Zusammenarbeit bei gleichzeitigem Wettbewerb wurde bereits als Lösungsansatz für die Organisation des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen Erfolg versprechend diskutiert (Monka/Rath 1999). Der Wettbewerbsvorteil der "Coopetition" ergibt sich aus den Synergieeffekten. Die Strategie der Diversifizierung und des Aufbaus von Systemkompetenzen veranlasst Unternehmen zu organisationsübergreifenden Kooperationen.

Horizontale Vernetzung: Wettbewerbsvorteil durch Synergieeffekte

In Diskussionen über virtuelle Unternehmen wird in der Literatur die Auflösung der Organisationsgrenzen diskutiert (Picot/ Reichwald 1994). Gerade aber die rechtliche Selbständigkeit der beteiligten Unternehmen und die Existenz von Organisationsgrenzen impliziert die eigenständige Identität von Organisationen. Im Kontext von Unternehmensnetzwerken wird nicht die Auflösung von Systemgrenzen, sondern die Durchlässigkeit der Organisationsgrenzen analysiert (Picot/ Reichwald 1994). Letztendlich kann von einer Auflösung der organisatorischen Grenzen nicht die Rede sein, sondern nur von einer Verschiebung derselben (Sydow 1996, Tacke 1997). Ein gewisser Grad der Durchlässigkeit von Organisationsgrenzen ist wichtig, denn ohne den Ab- und Zufluss von Informationen wäre beispielsweise eine Gesundheitsversorgung über den gesamten Versorgungszusammenhang nicht möglich. Deshalb stellt sich nicht die Frage, ob Organisationsgrenzen im Gesundheitswesen abgebaut werden müssen – mit dem Ziel, dass ein singuläres Unternehmen neben der Gewährleistung umfassender Versorgungsleistungen auch die Versicherungsfunktion für die eingeschriebenen Versicherten übernehmen muss. Die Frage muss vielmehr lauten, wie hoch der Grad der Durchlässigkeit der Organisationsgrenzen sein muss und inwieweit die Versorgungs- und Versicherungsfunktion mit Hilfe vertraglicher Vereinbarungen auf die Netzwerkpartner übertragen werden kann.

Verschiebung der Organisationsgrenzen

Das Vorhandensein von komplementären und/ oder gemeinsamen Zielen ist ein konstituierendes Merkmal von Unternehmensnetzwerken. Die gemeinsame Zielsetzung aller Partner eines Netzwerkes ist die Steigerung der einzelunternehmerischen Leistungsfähigkeit. Die Zielfunktion bildet die angestrebten Dimensionen des Kooperationsnutzens ab (Balling 1997). Die Übertragung der Versicherungsfunktion kann nur im Sinne einer gemeinsamen Zielsetzung von Krankenkasse und Leistungserbringer geschehen – die Übernahme des Morbiditätsrisikos muss mit einer entsprechenden Risikoprämie für das Unternehmensnetzwerk abgegolten werden.

komplementäre Ziele



Die Führung eines Unternehmensnetzwerks kann fokal oder polyzentrisch organisiert sein. Fokal geführte Netzwerke werden von einem oder mehreren Unternehmen wesentlich beeinflusst. Diese bestimmen die strategische Ausrichtung sowie die Form und den Inhalt der internen Beziehungen (Sydow 1992). Die Position der Netzwerkpartner bestimmt sich vorwiegend aus der Bedeutung der eingebrachten Kernkompetenzen für die Wettbewerbsfähigkeit des Netzwerkes bzw. der anderen Einzelunternehmen. Die Häufigkeit der Einbeziehung in die Prozesse der Leistungserstellung kann zudem die Position eines Unternehmens stärken. Von einer polyzentrischen oder dezentralen Führung der Unternehmensnetzwerke spricht man, wenn keiner der beteiligten Partner eine dominante Führungsposition wahrnimmt und zwischen den Partnern relativ homogene Abhängigkeiten existieren. Entscheidungs- und Koordinationskompetenzen und die damit verbundene Verantwortlichkeit sind auf die einzelnen Netzwerkteilnehmer gleich verteilt. Diese Art der Führung von Unternehmensnetzwerken erfordert einen regelmäßigen Informationsaustausch, der durch ein Lenkungsgremium, das für die Abstimmung grundlegender Fragen der Leistungserstellung verantwortlich ist, gewährleistet werden kann.

fokale oder polyzentrische Führung

Aufgrund der rechtlichen Unabhängigkeit der beteiligten Leistungsanbieter im Gesundheitswesen besitzt keiner der Beteiligten die Möglichkeit, seine Interessen aufgrund von Anweisungen durchzusetzen. Die Führung liegt somit im Spannungsfeld zwischen den Interessen der beteiligten Einzelunternehmen und der strategischen Ausrichtung. Die wesentlichen Aufgaben des Lenkungsgremiums sind:

Aufgaben des Lenkungsgremiums

- die Selektion geeigneter Netzwerkpartner,
- die Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen,
- die Bewertung und Evaluation der kooperativen Geschäftsaktivitäten und die
- Regulation von Aktivitäten/ Beziehungen (Krystek et al. 1997).

Überträgt man das Konzept der virtuellen Organisation auf die Gesundheitsversorgung, so bedeutet dies, dass mit Hilfe der Virtualisierung der Versorgungsprozesse eine patientenspezifische Gesamtlösung aus einer Hand angeboten werden kann. Bei der Zusammenführung unterschiedlicher Teilsysteme des funktional differenzierten und arbeitsteilig organisierten Gesundheitssystems ist die Kooperation unterschiedlicher Leistungsanbieter die wesentliche Forderung des §140a-d SGB V. Dem Patienten bleiben so die sektoralen Grenzen und Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems verborgen – er erhält eine speziell für ihn konfigurierte Leistung, die alle notwendigen Behandlungsschritte unabhängig von den beteiligten Institutionen der Leistungserbringer, der funktionalen Zuordnung der Leistungsinhalte und der Vergütungs- und Informationssysteme umfasst. Aus der Perspektive der Leistungserbringer werden die einzelnen Teilleistungen auf mehrere rechtlich selbständige Organisationen oder Personen mit komplementären Kernkompetenzen verteilt – jeder erbringt arbeitsteilig die Leistung, für die er sich spezialisiert und qualifiziert hat. Nach dem Konzept der virtuellen Organisation bündeln die Partner ihr Know How und bieten aufgaben- und projektbezogen eine umfassende Leistung an – sie treten gegenüber dem Patienten als eine Einheit auf. Die Zielsetzung dieses Konzeptes besteht darin, dass der

Ergebnis: effiziente, patientenspezifische Gesamtlösung aus einer Hand



einzelne Spezialist durch die Konzentration auf seine Kernkompetenzen eine höhere Effizienz erzielt.

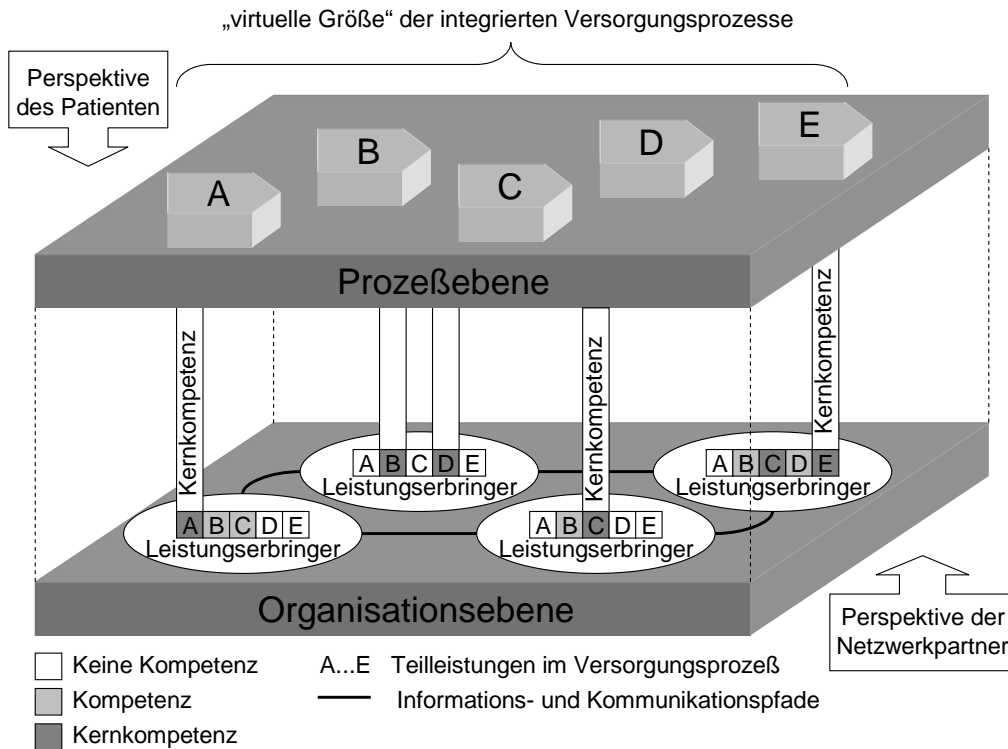


Abbildung 2: Organisations- und Prozessebene der virtuellen Integration (Quelle: eigene Darstellung)

Die virtuelle Organisation der Leistungserbringer etabliert ein Netzwerk von Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, dass in der Lage ist die gesamte Spanne von Gesundheitsbedürfnissen von schwer- und chronisch Kranken zu befriedigen. Diese Leistungsvielfalt kann mit Hilfe der Netzwerkpartner bzw. ihrer Kernkompetenzen erbracht und organisiert werden. Die virtuelle Organisation, d. h. die kooperierenden Leistungserbringer, sind zukünftig in der Lage, gemeinschaftlich die finanzielle Verantwortung für die Versorgung einer vorab definierten Bevölkerungsgruppe zu übernehmen.

gemeinschaftliche finanzielle Verantwortung

3.2 Koordination: Funktionelle Integration

Das Konzept der virtuellen Organisation umfasst neben der institutionellen Kooperation von Leistungserbringern in einer instabilen polyzentrischen Organisation auch eine funktionale Perspektive. Die Virtualisierung der Versorgungsprozesse bezieht sich dabei auf die räumliche und zeitliche Entkopplung der arbeitsteilig erbrachten Versorgungsprozesse und deren Zuordnung auf mehrere Dienste und Einrichtungen. Virtuelle Unternehmen können aus der Kooperation mehrerer kleinerer Leistungserbringer, z.B. Haus- und Fachärzte, entstehen. Ebenso kann aber auch ein größerer Leistungserbringer, wie z.B. ein Krankenhaus, in kleinere Versorgungseinheiten aufgeteilt und ineffiziente Leistungseinheiten ausgelagert werden. Diese Maßnahmen erfolgen immer unter dem Gesichtspunkt der Effizienz.

räumliche und zeitliche Entkopplung der arbeitsteiligen Versorgungsprozesse



Die funktionale Betrachtung ermöglicht die Unterscheidung verschiedener Dimensionen der Virtualität. Mehrere Intensitätsstufen können bei der Realisation von virtuellen Unternehmen unterschieden werden. Die Virtualität von Leistungsprozessen kann durch die drei folgenden Dimensionen beschrieben werden:

Dimensionen der Virtualität

- Interaktion mit dem Kunden (Customer interaction),
- Konfiguration der Leistungen (Asset Configuration),
- Konzentration von Expertenwissen (Knowledge Leverage) (Venkatraman/Henderson 1998; Alt et al. 2005).

Die Interaktion mit dem Kunden soll durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien intensiviert und individualisiert werden. Mit Hilfe geeigneter Technologien, z.B. der elektronischen Gesundheitskarte und Patientenkarte, wird diesem Anspruch entsprochen. Durch die Konfiguration der verschiedenen Kompetenzen der Netzwerkpartner können die Leistungen individuell, entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse, konfiguriert werden. Dabei tritt das Netzwerk als eine Einheit auf, d.h., der Patient hat einen festen Ansprechpartner, der die Leistungen der übrigen Ärzte, Pfleger und Krankenhäuser koordiniert. Die Schnittstelle des Patienten zum Versorgungssystem wird durch einen Gatekeeper vertreten – aufreibende Mehrfachuntersuchungen und Informationsverluste können so verhindert werden.

verbesserte Interaktion durch Informations- und Kommunikationstechnologien

Die Konfiguration der Leistungen bezieht sich auf die Einbindung mehrerer Ressourcen in die organisationsübergreifenden Versorgungsprozesse. Das Leistungsspektrum der gewöhnlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen bezieht sich lediglich auf Teilleistungen im Versorgungskontinuum eines Patienten. Die Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegern und anderen Heilberufen entlang der Patientenkarriere ist ein Schwerpunkt der Integrierten Versorgung. Innerhalb dieser Organisationen ist die Zusammenarbeit durch die Koordinierung der unterschiedlichen beruflichen Fertigkeiten (Kernkompetenzen) zu gewährleisten. Kooperation wird hergestellt, indem alle Mitglieder einen allgemeinen Operationsplan (Leitlinien, Richtlinien oder Kriterien der Evidence based Medicine) annehmen. Somit kann die Arbeit am Patienten inhaltlich spezifiziert und die verfahrensmäßigen Beziehungen der Leistungserbringer untereinander festgelegt werden. Um die vereinbarten Ziele zu realisieren, kombinieren die Netzwerkpartner ihre individuellen Kompetenzen (Doz/Hamel 1998). Mit der Kombination von Kernkompetenzen im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses ist der wechselseitige Austausch von materiellen und immateriellen Gütern und Dienstleistungen verbunden. Zur Realisierung nachhaltiger Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmensnetzwerkes ist deshalb die Qualität der eingebrachten Kernkompetenzen von besonderer Wichtigkeit (Bellmann/ Hippe 1996). Die Partner einer virtuellen Organisation konkretisieren die Zusammenarbeit durch Verträge: hierin können beispielsweise Fragen der Vergütung, des Qualitätsmanagement und des Leistungsmanagements vereinbart werden. Der Inhalt dieser Verträge wird in fortlaufenden Verhandlungen an unvorhergesehene Ereignisse angepasst. Um die Vertragsbeziehungen der Partnerunternehmen zu erhalten, sind die zentralen Aspekte (z.B. Funktionen, Dienstleistungen und die Zusammenarbeit auf den Märkten, die Aufteilung der Gewinne und Kosten so-

Konfiguration: Koordinierung der Kernkompetenzen



wie die Entscheidung über die Aufnahme neuer Kooperationspartner) auch nach Vertragsabschluss den Umweltbedingungen anzupassen (Picot et al. 2003).

Die Konzentration von Expertenwissen in virtuellen Unternehmen erfolgt durch das kurzfristige dokumentieren und auswerten von dezentral verteilten Informationen. Die operative Integration führt zu Teams, die aus den Mitarbeitern der beteiligten Unternehmen zusammengestellt werden. Die technologische Integration, d.h. die Zusammenführung von Informationssystemen zu einem Gesamtsystem, kann als Voraussetzung der operativen und strategischen Integration betrachtet werden. Die Teammitglieder müssen auf das Wissen der beteiligten Unternehmen zugreifen können. Die personelle Integration im Unternehmensnetzwerk zeigt sich in der Problem- und Arbeitsbewältigung in Teamstrukturen. Als Voraussetzung hierfür kann die kulturelle Integration gesehen werden, welche sich durch vorhandenes, gegenseitiges Vertrauen auszeichnet (Bleicher 1991). Der Austausch von Informationen und die Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis erfordert ein gegenseitiges Vertrauen – nur so können Effizienzgewinne gemeinsam realisiert werden und die Wettbewerbsfähigkeit der virtuellen Organisation gestärkt werden. Bei fortschreitender Integration wird der Grad der wirtschaftlichen Selbständigkeit eingeschränkt, die rechtliche Selbständigkeit der Partner im Unternehmensnetzwerk durch die kooperativen Beziehungen jedoch nicht beeinflusst.

**gegenseitiges
Vertrauen und
gemeinsame
Wissensbasis
stärken Effizienz
und Wettbewerbs-
fähigkeit**

3.3 Kommunikation: Informationelle Integration

Die Informations- und Kommunikationstechnologie bestimmen maßgeblich die Intensität der Koordination. Die wechselseitige Abstimmung der Aktivitäten mit dem Team und mit den Patienten, kann in ihrer Wirksamkeit durch die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt werden. Diese Technologien entfalten ein hohes Wertschöpfungspotential, wenn mehrere Leistungserbringer räumlich oder zeitlich getrennt an den Versorgungsprozessen beteiligt sind. Sie ermöglichen eine schnelle und kostengünstige Kommunikation zwischen organisationsinternen und -externen Partnern. Dabei können alle Beteiligten auf gemeinsame Datenbestände zugreifen. Die unternehmensübergreifende Aufbereitung der Patientendaten kann zur Erhebung von Steuerungsinformationen genutzt werden. Damit ist das Management in der Lage, die Leistungsprozesse im Netzwerk zu verbessern – denn gerade die erfolgreiche Koordination ist auf die Kommunikation und Bereitstellung von Informationen angewiesen. Die Kommunikation ist eine zwingende Voraussetzung für die Koordinierung der arbeitsteiligen Prozesse der Integrierten Versorgung. Im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass die im Versorgungszusammenhang erfassten Informationen (Patientendaten, Diagnosen, Medikation, Röntgenbilder usw.) unter den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht und zu jeder Zeit und an jedem Ort den Berechtigten zur Verfügung gestellt werden können. Breit akzeptierte und genutzte Informationsinfrastrukturen müssen aufgebaut werden und etablierte Datenformate für den überbetrieblichen Datenaustausch eingeführt werden – nur

**hohes Wertschöp-
fungspotential
durch Technologien**



so kann die Geschwindigkeit und Effizienz der Partnerbeziehungen gesteigert werden.

Bei der Vernetzung von unterschiedlichen Unternehmen bzw. Organisationseinheiten müssen die unterschiedlichen Hard- und Softwarekomponenten zusammengeführt werden. Grundlage für eine schnelle und wirtschaftliche informationstechnische Zusammenführung der Netzwerkpartner ist die technische Offenheit und Modularität. Offene und modulare Systeme sind durch ihre Portabilität, Interoperabilität und Skalierbarkeit gekennzeichnet. Unter Portabilität versteht man die systemübergreifende Einsetzbarkeit einzelner Hard- und Softwarekomponenten. Die Interoperabilität ermöglicht die Anwendung und Verarbeitung von Daten unabhängig von ihrem physikalischen Speicherort. Unter der Skalierbarkeit versteht man die Übertragbarkeit von Anwendungsprogrammen auf unterschiedlich große Systeme der vernetzten Organisationen (Meffert 1994).

Grundlage: technische Offenheit und Modularität

Eine weitere notwendige Voraussetzung sind Standards, welche die gesamte Netzwerkfähigkeit erhöhen. Standards, bezogen auf Kommunikation und Austausch von Daten, sind eine notwendige Bedingung für die Offenheit und Modularität. Kommunikationsstandards begünstigen die problemlose Nutzung von elektronischen Kommunikationsstrukturen unter den Netzwerkpartnern und dienen dem reibungslosen Austausch von Geschäftsdaten. Ein standardisierter Austausch kann durch eine einheitliche Gestaltung der elektronischen Dokumente in Syntax und Semantik erreicht werden. Neben der gemeinsamen Nutzung von Daten (Datenverbund) ist es kennzeichnend für die Informationsinfrastruktur in Unternehmensnetzwerken, dass sowohl Rechnerkapazitäten (Lastenverbund) und Anwendungen (Anwendungsverbund) unter den am Unternehmensnetzwerk beteiligten Partnern geteilt werden.

Standards für Kommunikation notwendig

Beim Austausch von Daten und Informationen innerhalb der Prozesse der Gesundheitsversorgung besteht die Gefahr des Datenmissbrauchs (Preuß 1997). Um Datenmissbrauch (z. B. unberechtigter Zugriff auf Informationen) zu verhindern, sind Sicherheitsmechanismen innerhalb der Informationsstrukturen einzubauen. Es muss gewährleistet werden, dass ein unbefugter Zugriff auf Daten des Netzwerkes der Leistungsanbieter nicht stattfinden kann. Daten und Funktionsweise der Informationsgewinnung dürfen nicht manipulierbar sein. Die Integrität der Daten muss garantiert sein, d.h., es muss sichergestellt werden, dass der Informationsgehalt der gespeicherten Daten nicht geändert werden kann. Die Verbindlichkeit der ausgetauschten Informationen und Daten ist zu garantieren. Es ist ein Nachweis über die im Netzwerk getätigten Transaktionen zu führen. Deshalb müssen die angewendeten Sicherheitsmechanismen die Identifikation, Authentisierung und Überwachung der Aktivitäten garantieren.

Verhinderung von Datenmissbrauch durch Sicherheitsmechanismen



4. Kernelemente der „virtuellen“ Integrierten Versorgung

Betrachtet man das deutsche Gesundheitssystem, so wird deutlich, dass die dynamische Konfiguration von Versorgungsprozessen über virtuell arbeitende Unternehmen nicht in der Realität umgesetzt wird. Der Gesetzgeber hat die notwendigen Voraussetzung geschaffen um die Integrierte Versorgung mit Hilfe des Konzeptes der virtuellen Organisation einzuführen – die Virtualisierung der Versorgungsprozesse hat jedoch nicht mit einem großen Wurf begonnen, sondern wurde und wird in kleinen Schritten realisiert. Ähnlich der innerbetrieblichen Planung der Aufbau- und Ablauforganisation bedarf die virtuelle Organisation der Versorgungsprozesse einer klaren Vorstellung von den zu gestaltenden Strukturen.

Umsetzung der virtuellen Organisation in kleinen Schritten

4.1 Strategische Dimensionen

Ausgehend von der Interaktion mit dem Patienten, sollen die Leistungen, die verteilt im Netzwerk erbracht werden können, vom Patienten als Einheit wahrgenommen werden. Dies erfordert die Einbeziehung mehrerer Leistungserbringer mit unterschiedlichen Kompetenzen. Es bedarf einer Einigung über die Form der zu erbringenden Leistungen, der einbezogenen Netzwerkpartner und der Finanzierung der erbrachten Leistungen. Diese strategischen Fragestellungen werden durch den Geschäftsplan beschrieben (Geschäftsarchitektur). Er legt die Verflechtung der Leistungen im Organisationsverbund fest. Hierzu bedarf es in einem ersten Schritt der Analyse der gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Aufbau eines Netzwerkes der Integrierten Versorgung.

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

Die Konzeption und Umsetzung von Verträgen der Integrierten Versorgung bedürfen erheblicher Investitionen. Aus diesem Grund galt für Verträge, die

Verlängerung der Anschubfinanzierung bis Ende 2008



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) 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:

- 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.

c) Vertragspartner

Als treibende Kraft initiieren und entwickeln einzelne Leistungserbringer (Integratoren) das Netzwerk und bringen weitere Unternehmen in einem Partnerpool zusammen. Der Integrator kann auch Ansprechpartner für die Patienten und die Kostenträger sein. In diesem Kontext können sich seine Aufgaben auf die Akquisition und die Steuerung der Partner im Rahmen der Planung der Versorgungsprozesse beschränken oder aber auch die Ver-

Vergütung wird im Vertrag geregelt und nicht vom Gesetz

Übertragung von Budgetverantwortung und Morbiditätsrisiko auf Leistungserbringer

Integrator fördert Zusammenarbeit



handlung mit den Kostenträgern einschließen. Durch den Aufbau und die Bereitstellung einer gemeinsamen Informationsplattform sowie der Durchsetzung von Standards kann der Integrator die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner untereinander verbessern.

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).

Teilnahme der Leistungserbringer orientiert sich am Grundgesetz

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

Eigenbetriebsverbot für Kassen in der IV aufgehoben

4.2 Organisatorische Dimensionen

Nachdem die Fragen der Finanzierung, der Vergütung und des Managements geklärt sind, bedarf es zur weiteren Definition des Netzwerkes der Festlegung der organisatorischen Ausgestaltung und der Formalisierung der Versorgungsprozesse bzw. des Vertragsgegenstandes. Bei mangelnder Abstimmung und Festlegung der operativen auftragsbezogenen Aktivitäten entstehen Ineffizienzen (z.B. Informationsbrüche) sowie ein erheblicher Koordinationsaufwand (z.B. Interpretations- und Reaktionszeiten). Die Organisations- und Prozessarchitektur ermöglicht den Netzwerkpartnern, die Abläufe durch Prozessketten zu definieren und diese Aufgaben – entsprechend der Organisation der einbezogenen Leistungserbringer – den einzelnen Partnern zuzuordnen (Alt et al. 2005). In der Gesundheitsversorgung bedarf dies der Abstimmung über die Organisation der Leistungserbringer, der Definition der Vertragspartner und der Festlegung des Vertragsgegenstandes bzw. der Ausgestaltung der Versorgungsprozesse.

a) 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 Vereinbarun-

Integration und Kooperation fach- und sektorübergreifend



gen mit diesen Netzwerken von Leistungserbringern, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und nicht ärztlichen Leistungserbringern eingehen. Dabei ist die Teilnahme der Versicherten freiwillig.

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**

b) 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 Kassen-
katalog gebunden**



4.3 Technische Dimensionen

a) Informationssysteme

Leistungsfähige Informationssysteme unterstützen die oben diskutierten Dimensionen der Virtualisierung. 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 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).

**Patientendaten und
Prognose der Risikostruktur**

b) 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 Daten-

**Bereichsübergreifende
Kommunikation
und Dokumentation**



schutz 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:

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

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

Behinderung durch Patienteninteressen und Datenschutz



keit 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).

Kontrolleure ohne Handlungsgrundlage

5. Fazit: Entwicklungsphasen der Integrierten Versorgung

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 fehlt es an Kapital, Mut und einer Vision.

Seit Beginn der Diskussionen über die virtuelle Organisation haben sich die Voraussetzungen durch die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien zunehmend verbessert. Die Technologien ermöglichen heute bereits eine reibungslose überbetriebliche Vernetzung (Alt et al. 2005):

überbetriebliche Vernetzung durch Technologien

- Das Internet stellt ein global verfügbares Kommunikationsnetz bereit.
- Für viele betriebliche Prozesse stehen heute branchenbezogene und branchenübergreifende Standardlösungen zur Verfügung. Die technische Konnektivität ist weitestgehend vorhanden. Da der Fokus auf der Anwendungsebene liegt und die Nutzung kompatibler Anwendungssysteme die Vernetzung vereinfacht, sind jedoch weiterhin Anpassungen notwendig.
- Die XML-Entwicklungen erweitern die Möglichkeiten der Integration im Vergleich zu den EDI-Ansätzen. Das Konzept der Web Services bietet mit seinen Standards SOAP, WSDL und UDDI (Simple Object Access Protocol, Web Service Description Language und Universal Description, Discovery and Integration) eine plattformunabhängige, technische Integration.

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

Vertrags- und Versorgungstypen im Überblick

- 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 schneller umsetzbar sind. Eine Verbesserung der Qualität und Effizienz wird erwartet, wobei das Kostensenkungspotential für ein Netzwerk der Integrierten Versorgung begrenzt sein dürfte und eine Qualitätsverbesserung vom Umfang der einbezogenen Leistungen abhängig ist. Die Einsparungen liegen im ad-



ministrativen Bereich. Hier können durch Bündelung der Einkaufsmacht und durch Skaleneffekte Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden. Indikationsspezifische Verträge der Integrierten Versorgung sind sinnvoll bei der Behandlung von Erkrankungen mit hohem Substitutionspotential, d.h., wenn Teilleistungen in günstigere Versorgungsstufen verlagert werden können oder bei hohen Erwartungen bezüglich des Optimierungspotentials. Der Entwicklungsaufwand dieser Versorgungskonzepte ist hoch. Demgegenüber verspricht diese Versorgungsform auch ein höheres Kostensenkungspotential. Die Risiken für die Leistungserbringer steigen – die Chancen aber auch. 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).

In Deutschland werden zukünftig Netzwerkunternehmen versicherungstechnische Risiken tragen und im Wettbewerb konkurrieren. Qualität und Wirtschaftlichkeit werden außerdem zunehmend zu Erfolgsfaktoren 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 werden. 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, die Budgetverantwortung auf die Leistungserbringer zu übertragen, werden sich die Finanzierung sowie Organisation der Leistungserbringung in den nächsten Jahren erheblich wandeln.

**Zukunft: Wandlung
von Finanzierung
und Organisation
der Leistungs-
erbringung**



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)



6. Literaturverzeichnis

Alt, R./ Legner, C./ Österle, H. (2005): Virtuelle Organisation - Konzept, Realität und Umsetzung. In: HMD-Praxis der Wirtschaftsinformatik, 242, 2005, S. 7-20

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 2000 (<http://nber.org/papers/w7832>)

Altman, S.H./ Wallack, S. (1997): Gesundheitsausgaben: Können die Vereinigten Staaten sie kontrollieren? In: Arnold, M./ Lauterbach, K.W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart, New York, S. 53-74

Amelung, V.E./ Schumacher, H./ Amelung, A. (2004): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. Auflage. Gabler Verlag: Wiesbaden

Arnold, M./ König, H.-H./ Seitz, R. (1996): Managed Care: Prinzipien, Effekte, Grenzen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., H. 1, S. 8-12

Arnold, O./ Faisst, W./ Härtling, M./ Sieber, P. (1995): Virtuelle Unternehmen als Unternehmenstyp der Zukunft? In: HMD, 32, 1995, Nr. 185, S. 8-23

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

Balling, R. (1997): Kooperation. Strategische Allianzen, Netzwerke, Joint-Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis. Europäische Hochschulschriften, Reihe 5 Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 2099: Frankfurt am Main

Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Suttgart, New York

Bellmann, K./ Hippe, A. (1996): Kernthesen zur Konfiguration von Produktionsnetzwerken. In: Bellmann, K., Hippe, A. (Hrsg.): Management von Unternehmensnetzwerken. Wiesbaden, S. 55-86

Bleicher, K. (1991): Organisation: Strategien - Strukturen - Kulturen. Wiesbaden

Brandenburger, A.M./ Nalebuff, B.J. (1996): Mehr Geschäftserfolg - Dank der Spieltheorie. In: Harvard Business Manager, 18, 2, S. 82-84



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>)

Davidow, W. H./ Malone, M. S. (1992): The Virtual Corporation. Structuring and Revitalizing the Corporation for the 21st Century. Harper Collins: New York

Doz, Y. L./ Hamel, G. (1998): Alliance Advantage: The Art of Creating Value through Partnering. Boston (Mass.)

Gerpott, T. J./ Böhm, S. (2000): Strategisches Management in virtuellen Unternehmen. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 2000, Nr. Ergänzungsheft 2, S. 13-36

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

Gildemeister, S. (1998): Wettbewerb und Managed Care: Kritik der wirtschaftstheoretischen Grundlagen am Beispiel der USA. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 29, Hamburg, S. 53-74

Hammer, M., Champy, J. (1993): Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution. Nicholas Brealey: London

Henke, K. -D./ Rich, R. 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: Berlin

Hess, T. (2002): Netzwerkcontrolling: Instrumente und ihre Werkzeugunterstützung. Deutscher Universitätsverlag: Wiesbaden

Kasper-Fuehrer, E. C./ Ashkanasy, N. M. (2004): The Interorganizational Virtual Organization. In: International Studies of Management and Organization, 33, 2004, Nr. 4, S. 34-64

Kemmner, G.-A./ Gillessen, A. (2000): Virtuelle Unternehmen: Ein Leitfaden zum Aufbau und zur Organisation einer mittelständischen Unternehmenskooperation. Physica: Heidelberg

Klein, S. (1994): Virtuelle Organisation. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 23, 1994, Nr. 6, S. 309-311

Krystek, U./ Redel, W./ Reppegather, S. (1997): Grundzüge virtueller Organisationen: Elemente und Erfolgsfaktoren, Chancen und Risiken. Gabler Verlag: Wiesbaden



Lankers, C. H. R. (1997): Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten. WidO Materialien, Bd. 37: Bonn

Malone, T. W./ Laubacher, R. J. (1998): The Dawn of the E-Lance Economy. In: Harvard Business Review, 76, 1998, Nr. 5, S. 144-152

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

Monka, M./ Rath, T. (1999): Fallmanagement in Deutschland "Social Coepetition": Ein praktikabler Einstieg in die Managed Care-Techniken. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 16. Jg., Heft 4

Picot, A./ Reichwald, R. (1994): Auflösung der Unternehmung? Vom Einfluss der IuK-Technik auf Organisationsstrukturen und Kooperationsformen. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Heft 64, S. 547-570

Picot, A./ Reichwald, R./ Wigand, R. T. (2003): Die grenzenlose Unternehmung: Information, Organisation und Management, 5. Auflage. Gabler Verlag: Wiesbaden

Preuß, K.-J. (1997): Informations-, Kommunikations-Technologien und Vernetzung im Gesundheitssektor als Basis für Managed Care-Konzepte. In: Arnold, M./ Lauterbach, K.W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart, New York, S. 259-300

Roberts, M. J./ Hass, S. T. (1997): Die Zukunft von Managed Care: virtuelle - nicht vertikale Integration. In: Arnold, M./ Lauterbach, K.W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart, New York, S. 123-132

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

Schmidt, S.L. (1997): Qualität und Effizienz als strategische Herausforderung im Gesundheitswesen. Ein Forschungsprojekt an der Harvard Business School München



Schwartz, F.W./ Wismar, M. (1998): Planung und Management. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, J. (Hrsg.), Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore, S. 558-573

Seitz, R./ König, H.-H./ v. Stillfried, D. (1997): Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M./ Lauterbach, K. W./ Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart, New York, S. 3-23

Shortell, S. M./ Anderson, D. A./ Gillies, R. R./ Erickson, K. M. (1996): Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems. San Francisco

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

Sydow, J. (1992): Strategische Netzwerke. Wiesbaden

Sydow, J. (1996): Fuzzy oder Faktal? - Auf dem Weg zur entgrenzten Organisation. In: Freimuth, J./ Straub, F. (Hrsg.): Demokratisierung von Organisationen - Philosophie, Ursprünge und Perspektiven der Metaplan-Idee. Wiesbaden, S. 225-233

Tacke, V. (1997): Systemrationalisierung an ihren Grenzen - Organisationsgrenzen und Funktionen von Grenzstellen in Wirtschaftsorganisationen. In: Schreyögg, G./ Sydow, J. (Hrsg.): Managementforschung, 7. Berlin, New York

Venkatraman, N./ Henderson, J. C. (1998): Real Strategies for Virtual Organizing. In: Sloan Management Review, 40, 1998, Nr. 1, S. 33-48

Weichert, T. (2004): Datenschutz und integrierte Versorgung – sichere und akzeptierte Datenkommunikation im Bereich der Integration. Beitrag zum 2. Lübecker Symposium Integrierte Versorgung

Wendt, W.-R. (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Lambertus Verlag: Freiburg i.Br.

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