

Wissenschaft & Praxis

Die Einführung einer flächendeckenden integrierten Versorgung in der Gesundheitswirtschaft – Bedingungen und Möglichkeiten

Michael Schütte / Daniel Homscheid

FOM

Hochschule
für Oekonomie & Management
University of Applied Sciences

M Akademie
Verlag

Schütte, Michael / Homscheid, Daniel

Die Einführung einer flächendeckenden integrierten Versorgung
in der Gesundheitswirtschaft – Bedingungen und Möglichkeiten

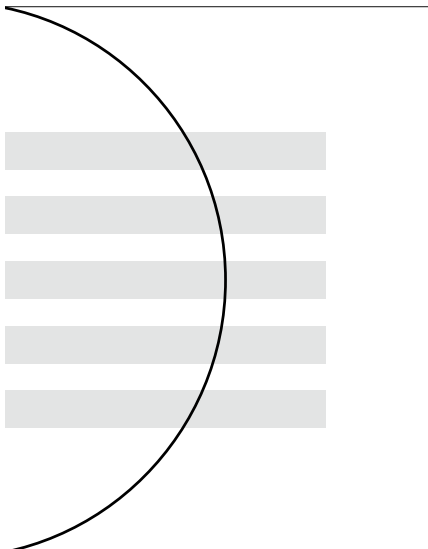
FOM-Schriftenreihe: Beiträge für die Wirtschaftspraxis, Nr. 15

Essen 2010

ISBN 3-89275-062-9

© 2010 by

**MA Akademie
Verlag**



MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen

Tel. 0201 81004-351

Fax 0201 81004-610

Kein Teil des Manuskriptes darf
ohne schriftliche Genehmigung in
irgendeiner Form - durch Fotokopie,
Mikrofilm oder andere Verfahren
- reproduziert werden. Auch die
Rechte der Wiedergabe durch Vor-
trag oder ähnliche Wege bleiben
vorbehalten.

ISBN 3-89275-062-9

Vorwort

Die Integrierte Versorgung ist zu einer eigenständigen Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland herangewachsen. Bundesweit sind bereits über 4.500 integrative Verträge geschlossen worden. Mit Hilfe der Integrierten Versorgung erhalten die Akteure des Gesundheitswesens die historische Chance die Gesundheitsversorgung in Deutschland eigenständig mit zu gestalten.

Um jedoch eine adäquate Substitution der Regelversorgung zu erreichen, müssen diese regional begrenzten Projekte flächendeckend allen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zugänglich gemacht werden. In diesem Beitrag wird beispielhaft aufgezeigt, wie eine Umsetzung der flächendeckenden Versorgung aussehen könnte. Es werden strategische Ausrichtungsmöglichkeiten, Herausforderungen des Managements sowie praktische Umsetzungsmöglichkeiten für Mediziner und Verwaltung dargestellt.

Der Beitrag richtet sich an interessierte Ärzte, die in der Integrierten Versorgung und deren Netzwerken tätig sind, an Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen und an weitere Interessierte, die den aktuellen Wandel im volkswirtschaftlich bedeutsamen Gesundheitssektor in Deutschland verfolgen.

Die Autoren

Prof. Dr. Michael Schütte

Daniel Homscheid

Wissenschaftliche Schriftenleitung

Prof. Dr. Sabine Fichtner-Rosada

Essen, Juni 2010

Inhalt

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Historie und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung.....	3
1.2 Problemstellung.....	6
1.3 Zielsetzung und Vorgehensweise	7
2 Konzept zur Einführung der flächendeckenden Integrierten Versorgung	7
2.1 Planung und Organisation	8
2.1.1 Strategie und Ziele.....	8
2.1.2 Organisation der flächendeckenden Versorgung.....	9
2.2 Kriterien zur Auswahl der auszudehnenden Integrationsnetze.....	14
2.2.1 Definition der Handlungsfelder	14
2.2.2 Qualitätsverbesserung und Kostenersparnis.....	16
2.3 Auswahl der Standorte und Netzteilnehmer.....	19
2.3.1 Struktur- und Qualitätsindikatoren	19
2.3.2 Vergaberechtliche Vorschriften	20
2.4 Organisation und Kommunikation der Integrationsnetze	27
2.4.1 Vertretung der Integrationsnetze	30
2.4.2 Kommunikation und Informationstransfer	31
2.5 Wissenstransfer an neue Netzteilnehmer	35
2.5.1 Fortbildung des ärztlichen Personals	35
2.5.2 Fortbildung des nicht ärztlichen Personals.....	35
2.6 Vergütung der Leistungen in der Integrierten Versorgung	36
2.6.1 Vergütungsformen	37
2.6.2 Anforderungen an die Vergütung.....	38
2.7 Kosten der flächendeckenden Versorgung	39
2.7.1 Kosten der Leistungserbringer	39
2.7.2 Kosten der Krankenkassen.....	40

2.8 Evaluation der Integrationsnetze	41
2.8.1 Anforderungen an eine Evaluation und deren Inhalte	41
2.8.2 Evaluationsansätze	44
3 Fazit.....	46
Literaturverzeichnis.....	48
Rechtsquellenverzeichnis	54
Rechtsprechungsverzeichnis	55

Abkürzungsverzeichnis

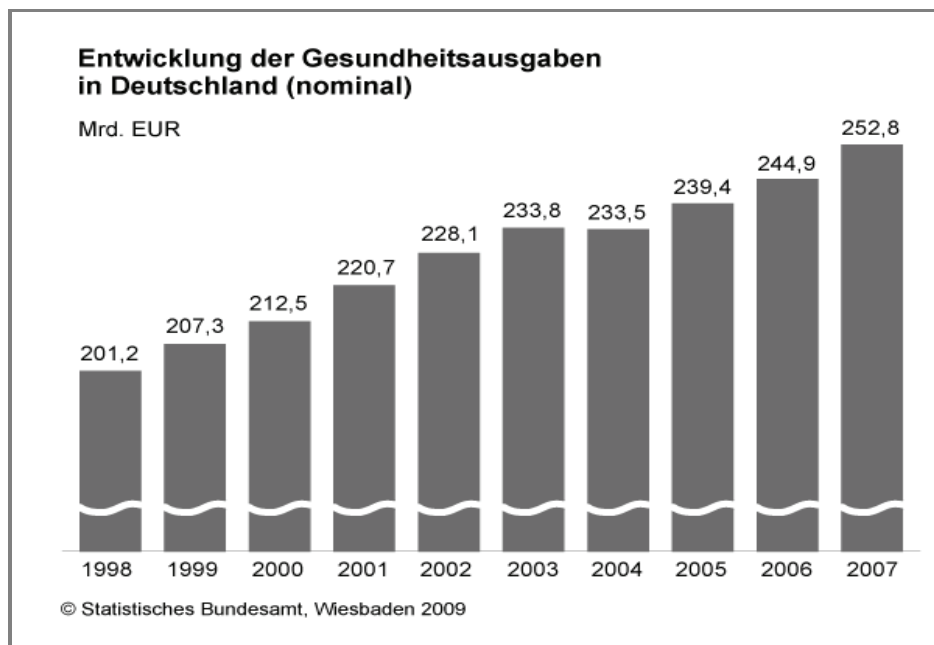
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Medikamenten Klassifikation
BDI	Bund Deutscher Industrie
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
D2D	Doctor to Doctor
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
ICD	International Classification of Diseases
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KIS	Krankenhausinformationssystem
LSG	Landessozialgericht
MedR	Medizinrecht
MOS	Medical Outcomes Study
SF	Short Form
SGB	Sozialgesetzbuch
SVHV	Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung
VgV	Vergabeverordnung
VOF	Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen
VOL/A	Verdingungsordnung für Leistungen, Teil A

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal).....	1
Abbildung 2: Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung.....	5
Abbildung 3: Exemplarische Darstellung eines Strukturplans.....	13
Abbildung 4: Exemplarische Zeit- Ablaufplanung	14
Abbildung 5: Bewertungsmatrix der Integrierten Versorgungsnetze	18
Abbildung 6: Beispiel transsektoral vernetzter Versorgung mit gemeinsamer EDV	32

1 Einleitung

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Trotz einiger Kostendämpfungsgesetze wuchsen sie auf 252,8 Mrd. Euro im Jahr 2007 und stiegen damit um 7,8 Mrd. Euro gegenüber dem Vorjahr.¹ Für diese Ausgabenentwicklung zeichnen sich vor allem die demographische Entwicklung mit den vermehrt auftretenden Multimorbiditäten, der medizinisch-technische Fortschritt², die Veränderung des Leistungsvolumens als auch die Preissteigerungen verantwortlich.³ In diesem Zusammenhang bedeutet Multimorbidität das Vorkommen mehrerer Diagnosen unterscheidbarer Krankheiten nebeneinander.⁴ Wesentlicher Ausgabenträger ist mit 135,87 Mrd. Euro die gesetzliche Krankenversicherung.⁵



In Anlehnung an: Statistisches Bundesamt Deutschland (2009)

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal)

Im internationalen Vergleich wird dieser Wert nur noch von der Schweiz, Frankreich und den USA übertroffen. Trotz dieser hohen Ausgaben findet innerhalb des Gesundheitssystems keine optimale Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen statt.⁶ In diesem Zusammenhang versteht man unter der effizienten Allokation den Versuch, die überflüssigen und fragwürdigen Leistungen auszuschließen mit dem Ziel, die Kosten zu

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Stand 22.11.2009.

² Vgl. Mühlbacher, A. (2004), S.76.

³ Vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006), S. 187.

⁴ Vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2007), S. 1015.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Stand 29.03.2008.

⁶ Vgl. Mühlbacher, A. et al. (2006), S.10.

senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern.⁷ Vor dem Hintergrund dauerhaft steigender Kosten und Einnahmen der Krankenkassen, welche gleichzeitig hohen Konjunkturschwankungen ausgesetzt sind, ist die Finanzierung des Gesundheitssystems problematisch. Die Behandlung und Therapie der gesetzlich Versicherten orientiert sich deshalb nicht nur am medizinisch Machbaren, sondern wird auch durch die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Kostenträger determiniert.⁸ Hinzu kommen Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen, die sowohl zu einer Überversorgung der Versicherten, aber auch zu einer Unterversorgung von chronisch- und schwerstkranken Menschen führen.⁹ Diese Fehlsteuerungen ergeben sich zum einen aus der strikten Trennung der einzelnen Versorgungssektoren, an deren Übergängen Koordinationsverluste entstehen, sowie durch Fehlen eines ökonomischen Anreizsystems, mit dem Effektivitäts- und Effizienzverluste vermieden werden könnten.¹⁰ „Aufgrund der Unterteilung in unterschiedliche Leistungssektoren werden häufig Entscheidungen unter einzelwirtschaftlichen Aspekten getroffen, ohne die Perspektive der betroffenen Versicherten zu beachten“.¹¹ Dabei kommt es zu Verzögerungen bei Überweisungen und damit zu einer suboptimalen Zuordnung der einzelnen Behandlungsschritte auf die optimale Versorgungsstufe.¹² Der Versorgungsprozess wird infolgedessen nicht durch ärztliches Wissen gesteuert, sondern die einzelnen Leistungsstellen werden je nach Behandlungsfall situativ durchlaufen.¹³ Durch zahlreiche Schnittstellen werden Therapiemaßnahmen unterbrochen. Diese Schnittstellen werden zwar durch Überweisungen, Arztbriefe und Behandlungsaufträge überbrückt, dennoch wird ein Wirkungsverlust in Kauf genommen.¹⁴ Diese Trennung der Sektoren führt zu zahlreichen redundanten Tätigkeiten und ist durch Informationsverluste geprägt.

Mit der Einführung der Integrierten Versorgung als substituierende Versorgungsform zur Regelversorgung wurde eine institutions- und sektorenübergreifende bzw. interdisziplinärfachübergreifende Behandlungsmöglichkeit geschaffen, mit der gezielt die bisherige starre Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Bereich abgebaut werden soll. Durch eine engere Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern des Gesundheitssystems und institutionsübergreifender Budgets sollen in der Integrierten Versorgung Schnittstellenprobleme abgebaut sowie Effizienz und Qualität der Versorgung erhöht werden. Die Funktionsweise der Integrierten Versorgung und die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

⁷ Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 42.

⁸ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 6 f.

⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), S. 2.

¹⁰ Vgl. Ulrich, S. (2002), S. 7.

¹¹ Mühlbacher, A. (2004), S.77.

¹² Vgl. Henke, K-D., Hesse, M. (1999), S.266.

¹³ Vgl. Mühlbacher, A. (2004), S.78.

¹⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), S. 352 ff.

1.1 Historie und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

Die Managed Care Organisationen der USA entwarfen und erprobten bereits in den 80er Jahren Konzepte zu Integrierten Versorgungssystemen.¹⁵ Nach einigen Anpassungen an die hiesigen Strukturen wurde im Jahr 2000 die Integrierte Versorgung mit § 140a-d in das Fünfte SGB (Sozialgesetzbuch) der BRD aufgenommen. „Anders als in den USA startete die Integrierte Versorgung nicht aus einem freien Markt heraus, in dem sich Managementstrukturen entwickelten, sondern als Pilotprojekt in einem künstlich geschaffenen Wettbewerbsumfeld, eingebettet in einen immer noch stark regulierten Gesundheitsmarkt.“¹⁶ Seit Beginn der 70er Jahre begann man in den USA den steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen entgegen zu treten. Neue sogenannte Managed Care Modelle sollten die traditionellen Versorgungsstrukturen reformieren.¹⁷ Solche Strukturen aufzubauen, stellt jedoch erfahrungsgemäß einen langwierigen Prozess dar. Die Gründe dafür sind u. a. in der unzureichenden Konzentration, den Entlohnungsformen oder in der mangelnden Integration der Ärzte in das Gefüge der Leistungserbringer zu suchen.¹⁸ Das primäre Ziel der Integrierten Versorgung ist der Aufbau von Unternehmensnetzwerken über den gesamten Versorgungszusammenhang und die Reduktion von Schnittstellen. Bedingungen dabei sind die Sicherung und Verbesserung der Qualität und die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung.¹⁹ Ziel ist eine Überlegenheit in medizinischen und ökonomischen Aspekten im Vergleich zur Regelversorgung sowie ein spürbarer Mehrwert für die Versicherten. Voraussetzung für die Integrierte Versorgung ist eine verschiedene Leistungssektoren (ambulant, stationär, Nachsorge und Rehabilitation) übergreifende, oder eine interdisziplinäre fachübergreifende (Haus- und Fachärzte) Versorgung.²⁰ Eine Optimierung der Versorgung soll über den gesamten Krankheitsprozess hinweg verfolgt werden und nicht – wie bisher – nur begrenzt auf die Dauer einer sektoralen Behandlungsperiode. Durch Zusammenführung von medizinischer und ökonomischer Verantwortung, dem Aufheben der Sektorentrennung sowie der Zusammenarbeit der Leistungserbringer soll die Versorgungsqualität gesteigert und infolgedessen die Ausgaben der Krankenversicherung gesenkt beziehungsweise konstant gehalten werden.²¹

War zu Beginn noch die Kassenärztliche Vereinigung auf Grund des Sicherstellungsauftrages der ambulanten Versorgung zwingender Vertragspartner, so wurde dies mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 geändert. Somit können die Krankenkassen nun selektive Einzelverträge mit Versorgungsnetzen schließen und das kollektivvertraglich geprägte Normensystem durchbrechen.²² Bei den Kontrakten der Integrierten Versorgung

¹⁵ Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 38.

¹⁶ Amelung, V. et al. (2006), S.41.

¹⁷ Vgl. Hartweg, H.R. (2007), S. 86.

¹⁸ Vgl. ebd., S. 109.

¹⁹ Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 64.

²⁰ S. §140 a Abs. 1 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

²¹ Vgl. Focke, A. et. al. (2005), S. 133.

²² Vgl. König, J. (2006), S. 40.

handelt es sich um öffentlich-rechtliche Verträge. Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages ist durch die Vertragsfreiheit ausgeschlossen.²³ Die Vergütung sowie der Inhalt der erbrachten Leistungen sind nicht gesetzlich geregelt, sondern Bestandteil der Verträge.²⁴ Als Leistungen in der Integrierten Versorgung kommen nur solche in Frage, die vom gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind. Die Vertragsleistungen sind in der Regel in evidenzbasierten Behandlungspfaden beschrieben. „Ein Klinischer Pfad ist ein im Behandlungsteam selbst gefundener, berufsgruppen- und institutionenübergreifender Konsens für die beste Durchführung der gesamten [...] Behandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität sowie unter Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen.“²⁵ Klinische Pfade steuern somit den Behandlungsprozess und stellen Potenziale zur Ergebnisverbesserung dar.²⁶ Die Erstellung von Behandlungspfaden für die Integrierte Versorgung wird als unerlässlich angesehen, da sie den Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern, den Krankenkassen und den Patienten fördern.

Trotz der geschaffenen Vertragsfreiheit wurde zu Beginn kaum Gebrauch davon gemacht. Erst mit Einführung der sogenannten Anschubfinanzierung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes vom 01.01.2004 wurden die nötigen finanziellen Anreize geschaffen, so dass keine weiteren Mittel durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden mussten. Demnach werden jährlich 1 Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung (220 Mio. Euro) und 1 Prozent der Rechnungsbeträge der Krankenhäuser (460 Mio. Euro)²⁷ einbehalten, um die Kosten des Aufbaus der Integrierten Versorgung aufzufangen. Somit stehen der gesetzlichen Krankenversicherung 680 Mio. Euro für die Finanzierung der Integrierten Versorgung zur Verfügung.

Da diese einbehaltenen Mittel ausschließlich aus dem ambulanten und stationären Sektor finanziert werden, dürfen seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 01.04.2007 diese Mittel nicht für die Vergütung der Rehabilitation oder sonstiger Vertragspartner eingesetzt werden.²⁸ Besondere Integrationsaufgaben wie die Entwicklung eines sektorübergreifenden Case Managements können jedoch auch weiterhin aus den Mitteln der Anschubfinanzierung bezahlt werden.²⁹ Da der einprozentige Abzug aus der Gesamtvergütung der Ärzte und aller Rechnungsbeträge der Krankenhäuser erfolgt, jedoch diese Mittel nur für Vertragsteilnehmer der Integrierten Versorgung verwendet werden, entsteht ein Anreiz- und ein Sanktionsmechanismus. Zum einen besteht das Risiko des Budgetabzugs, zum anderen aber auch die Chance, Mehrerlöse zu erzielen.³⁰ Damit die Leistungserbringer die einprozentige Rechkungskürzung nachvollziehen können,

²³ S. § 140 a Abs. 1 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

²⁴ S. § 140 a Abs. 1 i. V. m. § 140 c Abs. 1 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

²⁵ Roeder, N. et al. (2003), S. 21 f.

²⁶ Vgl. Schoeller, A. (2005), S. A-1564.

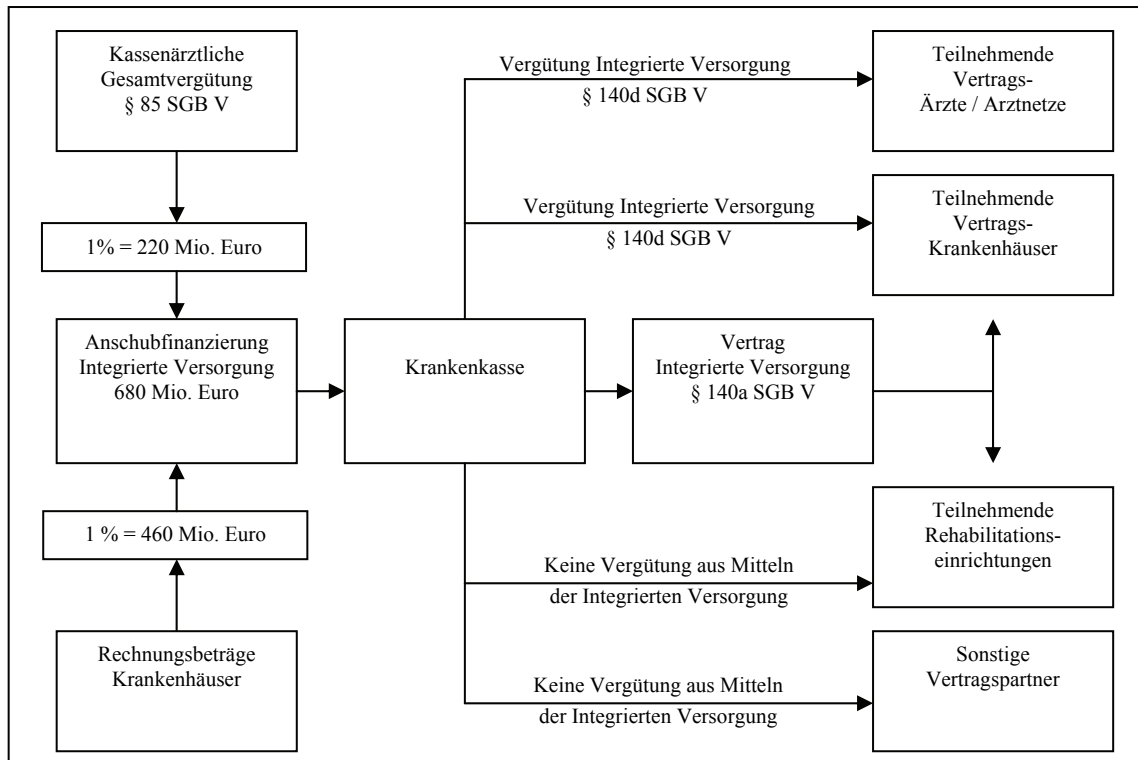
²⁷ Vgl. Carenoble - Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Stand 30.12.2007.

²⁸ S. § 140d Abs. 1 Satz 2 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

²⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 13.01.2008.

³⁰ Vgl. Amelung, V. et al. (2006), S.23.

wurde im Dezember 2003 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V beschlossen.



In Anlehnung an: König, J. (2006), Integrierte Versorgung, S.74.

Abbildung 2: Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung

Die Krankenkassen sind seither verpflichtet, die abgeschlossenen Verträge sowie deren Finanzvolumen an die Registrierungsstelle zu melden. Die Anschubfinanzierung war zunächst bis Ende 2006 begrenzt, wurde aber im Dezember 2006 durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis zum 31.12.2008 verlängert.³¹ Durch die finanziellen Anreize stieg die Zahl der geschlossenen Verträge sprunghaft an. Ende 2004 waren es noch 300 Verträge, bereits im Herbst 2005 konnten über 1.000 Verträge verzeichnet werden. Im September 2007 lagen der sogenannten Gemeinsamen Registrierungsstelle bereits 4.553 Vertragsmeldungen vor. Hier ist jedoch zu beachten, dass 2.465 Verträge von einzelnen Krankenkassen und 2.088 Gemeinschaftsverträge mehrerer Kassen geschlossen wurden.³²

³¹ S. BGBl. I vom 30.12.2006 Art. 1 Nr. 14 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz.

³² Vgl. Veröffentlichung der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung des §140d SGB V vom 17.10.2007.

1.2 Problemstellung

In regionalen Projekten sollten erste Einschätzungen und Erfahrungen gesammelt werden, um fundierte Aussagen zu den Möglichkeiten und Erfolgchancen der Integrierten Versorgung treffen zu können. Da die regionalen Netze indikationsbezogen und daher nur einer geringen Anzahl betroffener Menschen zugänglich sind, ist die ökonomische Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bislang gering. Um die monetären Ressourcen durch die Behandlung in der Integrierten Versorgung aufzustocken und eine integrativ optimierte Behandlung allen gesetzlich Versicherten gleichermaßen zugänglich zu machen, müssen die Versorgungsprojekte jedoch flächendeckend ausgerollt werden. Das Augenmerk liegt hier bei den Netzen, die Qualitätsverbesserungen erzielen und einen wirtschaftlichen Ressourcen-Einsatz nachweisen. Auch die Bundesregierung hat die Notwendigkeit einer breiter ausgerichteten Integrierten Versorgung erkannt. Mit dem GKV-WSG (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung) wurde § 140a Abs. 1 SGB V geändert. Die Verträge zur Integrierten Versorgung ermöglichen seit dem 01.04.2007 eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung.³³ Darunter sind Versorgungsmodelle zu verstehen, bei denen in einer größeren Region (zum Beispiel mehrere Stadt- und Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (zum Beispiel Diabetes-, Schlaganfall-, Bandscheibenerkrankungen) vernetzt wird. Desgleichen ist in einer kleineren Region die ärztliche Behandlung des gesamten oder eines Großteils des Krankengeschehens im Rahmen der Integrierten Versorgung möglich.³⁴ In diesem Fall spricht man von Modellen der Vollversorgung.

Für die Krankenkassen ergab sich akuter Handlungsbedarf vor dem Hintergrund, allen Versicherten die gleiche Behandlung zugänglich zu machen. Die bisher geschlossenen Verträge wurden dahingehend zu überprüfen, ob die gesetzlich geänderten Rahmenbedingungen in den Versorgungsnetzen umgesetzt worden sind. Entscheidend in diesem Zusammenhang war, ob versorgungsrelevante Volkskrankheiten behandelt wurden. Faktisch ergab sich daraus eine Konzentration auf wenige Indikationsgruppen. Daneben sollten die Integrationsnetze nach Ablauf der Anschubfinanzierung die entstehenden Mehrkosten durch kostensenkende Prozesseffekte decken.³⁵ Auch hier war eine Beurteilung und Auswahl der Netze notwendig. Die selektierten Verträge mussten dann in einem zweiten Schritt modifiziert und flächendeckend ausgerollt werden. Aus diesem Veränderungsprozess ergaben sich zahlreiche Anpassungen in den Kontrakten und Strukturen sowie für die Akteure, die im Rahmen der Verträge die Leistungen bislang erbracht hatten oder neu hinzugetreten waren. Der zeitliche Rahmen für eine flächendeckende Versorgung und die Vertragsanpassungen an die gesetzlichen Vorgaben war eng bemessen, da die gesetzlichen Krankenkassen bis März 2009 die

³³ S. § 140a Abs. 1 Satz 2 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2007).

³⁴ Vgl. Glossar zur Gesundheitsreform, Stand 29.03.2008.

³⁵ Vgl. Boldt, A. (2005), S. 3758.

Verwendung der einbehaltenen Mittel für die Integrierte Versorgung nachweisen mussten und die Anschubfinanzierung zum Ende des Jahres 2008 auslief.³⁶

1.3 Zielsetzung und Vorgehensweise

Ziel dieses Manuskriptes ist es, ein Konzept für die gesetzliche Krankenversicherung zu erstellen, anhand dessen die Einführung der flächendeckenden Integrierten Versorgung beschrieben wird. Als Beispielregion wurde das Rheinland definiert. Aus den Erfahrungen in der Pilotregion wurden die Problemstellungen und Erfolgsfaktoren bestimmt, welche in das im dritten Kapitel vorgestellte Konzept eingeflossen sind. Hierin werden Möglichkeiten der Planung und Organisation der flächendeckenden Umsetzung aufgezeigt. Des Weiteren wird beschrieben, welche Parameter bei der Auswahl und Zusammensetzung des Vertragsportfolios zu beachten sind. Mit Hilfe des Konzeptes werden Möglichkeiten der Identifizierung neuer Vertragsteilnehmer aufgezeigt und die Maßgaben des damit verbundenen Vergabeverfahrens diskutiert. Im Anschluss werden Alternativen für die Netzstrukturen eruiert und Kommunikationsprämissen beleuchtet. Weiterhin werden die unterschiedlichen Vergütungsformen vorgestellt und Umsetzungsmöglichkeiten des Wissenstransfers und der Evaluation erläutert.

Auf Grund des besseren Leseflusses wurde in diesem Beitrag ausschließlich die männliche Personenbezeichnung verwendet, das weibliche Pendant ist jedoch ausdrücklich eingeschlossen und soll durch diese Vorgehensweise nicht diskriminiert werden.

2 Konzept zur Einführung der flächendeckenden Integrierten Versorgung

Die Integrierte Versorgung stellt für die Krankenkassen ein neues Geschäftsfeld dar und schafft Entscheidungsfreiraum, das Versorgungsangebot für ihre Versicherten eigenständig zu gestalten. Aus dem Entscheidungsfreiraum ergeben sich zahlreiche strategische Ausrichtungsmöglichkeiten, wie die Behandlung der Patienten durchgeführt und welche Ziele verfolgt werden sollen. Durch die Vielzahl der Handlungsoptionen ist ein stringentes Vorgehen unabdingbar. Grundlegend für diese Umsetzung ist das Vorliegen eines Konzeptes. In diesem Zusammenhang versteht man unter einem Konzept einen gedanklichen Entwurf, einen Plan beziehungsweise eine klar umrissene Grundvorstellung.³⁷ Hieraus werden Strategien, Ziele, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Für die Ausarbeitung eines Konzeptes gibt es unterschiedliche Gründe. Zunehmender Wettbewerb, Veränderung der Finanzsituation, eine neue Gesetzgebung sowie unklare Aufgabenstellungen und daraus drohender Misserfolg.³⁸ Ein Konzept ist somit die Basis für das weitere Vorgehen und erster Anhaltspunkt für Entscheidungen. Es

³⁶ Vgl. Bund Deutscher Industrie, Stand 29.03.2010.

³⁷ Vgl. Basale Definition nach Duden - Das Fremdwörterbuch (2009), S. 543.

³⁸ Vgl. Klug, W. (2003), S. 13.

dient dem Einstieg und dem Überblick der Thematik. Aus diesem Grund ist die Erstellung eines Konzeptes indiziert. In den folgenden Kapiteln wird der Umsetzungsprozess einer flächendeckenden Integrierten Versorgung in einzelne Konzeptphasen unterteilt. Es werden die entsprechenden Problemstellungen aufgegriffen und Handlungsalternativen abgeleitet.

2.1 Planung und Organisation der flächendeckenden Versorgung

Eine gründliche Planung der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung ist sowohl für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und betroffenen Versicherten erfolgsentscheidend. Eine strukturierte Umsetzung führt in der Folge zur Sicherung der Wirtschaftlichkeitsressourcen für die Kostenträger sowie zu einer möglichen Steigerung der Vergütung für die Leistungserbringer und einer damit einhergehenden Optimierung der Versorgung der Versicherten. Grundlage für die Planung des Ausdehnungsprozesses der Integrierten Versorgung bildet die Situationsanalyse. In dieser Analyse wird sowohl eine externe Betrachtung vorgenommen, wie die Krankenkasse für das Geschäftsfeld „Integrierte Versorgung“ im Vergleich zum Wettbewerb aufgestellt ist, als auch eine interne Betrachtung der Geschäftsprozesse, welche mit der Integrierten Versorgung in Zusammenhang stehen. Auf dieser Basis werden die Ziele entwickelt, welche die gewünschte Zukunftssituation beschreiben. Aus den Zielen leiten sich sowohl die strategische Ausrichtung als auch die zu ergreifenden Maßnahmen ab. Um diese umsetzen zu können, bedarf es einer am Objekt der Integrierten Versorgung ausgerichteten Organisation. Hier sind die Aufbauorganisation, welche die Struktur und den Personaleinsatz definiert und die Ablauforganisation, welche die Koordinierung der Handlungsschritte festlegt, zu unterscheiden. Im Folgenden wird auf diese Bestandteile der Planung näher eingegangen.

2.1.1 Strategie und Ziele

Der Beginn des klassischen Managementkreislaufs ist die Zieldefinition und die strategische Ausrichtung. Dabei wird die Strategieformulierung als Problemlösungsprozess verstanden, der die Bestimmung der zweckmäßigsten Mittel in Form von Strategien und Programmen zur Erreichung der langfristigen Unternehmensziele zum Gegenstand hat.³⁹ Die Teilstrategie für ein bestimmtes Geschäftsfeld - wie der Integrierten Versorgung - ordnet sich dabei in die Gesamtstrategie des Unternehmens ein. Die gewählte Strategie soll künftig den Einsatz von Unternehmensressourcen im Hinblick auf Chancen und Risiken der Umwelt bestmöglich steuern. Bei der Fortführung der Integrierten Versorgung können verschiedene alternative Strategien verfolgt werden. Zu Beginn ist die Wertschöpfungsalternative "make or buy" zu treffen. Darunter ist der Entscheidungsprozess zu verstehen, ob die Krankenkassen die Ausweitung und

³⁹ Vgl. Schreyögg, G. (1984), S. 84.

Steuerung der Integrierten Versorgung *selbst* durchführen, oder eine Managementgesellschaft mit der Umsetzung beauftragen und damit standardisierte Verträge von externen Beratern einkaufen möchte. Da die Integrierte Versorgung ein strategisches Geschäftsfeld darstellt und nach Intention des Gesetzgebers künftig Teile der Regelversorgung vollständig ersetzen soll, ist eine Ausgliederung für die Krankenkasse nicht anzuraten, weil dies den Verlust von Kernkompetenzen bedeutet.

Da die gesetzlichen Krankenkassen in einem Wettbewerb um „gute Risiken“ stehen, muss ebenfalls der strategischen Frage Beachtung geschenkt werden, ob Verträge zur Integrierten Versorgung mit anderen Krankenkassen gemeinsam geschlossen oder das Ziel des Alleinstellungsmerkmals verfolgt werden sollte.

Zu Beginn der Planung sind neben der strategischen Ausrichtung die Formulierung des Gesamtziels sowie die Definition von Teilzielen, die den Umsetzungsprozess in Abschnitte einteilt, sinnvoll. Diese Teilziele sollten soweit als möglich „operational“ formuliert werden. Die Zielerreichung muss eindeutig feststellbar beziehungsweise messbar sein. Zudem muss diese allen Beteiligten klar und verständlich sein.⁴⁰ Bereits bei der Planung empfiehlt es sich, geeignete Kennzahlen zu ermitteln, um die entsprechende Zielerreichung messbar zu machen. Nach der Zieldefinition und strategischen Ausrichtung durch die Unternehmensleitung der Krankenkassen ist die interne Organisation zur Umsetzung der flächendeckenden Versorgung die nächste Hürde, die es zu bewältigen gilt.

2.1.2 Organisation der flächendeckenden Versorgung

Der Prozess der Entwicklung der integrativen Behandlungsmodelle in eine flächendeckende Versorgung stellt eine Fülle von Anforderungen an die Unternehmensführung der Krankenkassen und damit den für diesen Bereich Verantwortlichen dar. Die neu entstehenden Aufgaben zeichnen sich durch ein hohes Maß an Komplexität aus und unterscheiden sich von den täglichen Routinearbeiten. Diese Innovationsaufgaben können als Sonderaufgaben in den Strukturen und mit den Verfahrensweisen der Linienorganisation oder nach dem Arbeitsprogramm des Projektmanagements abgewickelt werden. Die Linienorganisation ist durch eine tief gestaffelte Hierarchie gekennzeichnet. Weisungsbefugnisse laufen innerhalb einer solch gearteten Organisation lediglich von oben nach unten ab, wohingegen die Berichtswege von unten nach oben fließen.⁴¹ Projektmanagement ist das Management, um ein Projekt in einer bestimmten Art, in einer bestimmten Zeit, mit bestimmten Ressourcen zu einem bestimmten Ergebnis zu bringen.⁴² Wie jedoch in der Praxis häufig zu beobachten ist, wird die traditionelle Linienorganisation mit ihrer auf Dauer ausgerichteten Zielsetzung, Aufgabenstellung, Organisationsstruktur, Personal- und Sachmittelplanung diesen

⁴⁰ Vgl. Litke, H-D. (2007), S. 34.

⁴¹ Vgl. Bullinger, H.J. (1997), S. 70.

⁴² Vgl. Kessler, H. (2004), S. 10.

Anforderungen nicht oder nur unzureichend gerecht.⁴³ Das Einrichten einer Planungs- und Lenkungsgruppe, die mit den nötigen Handlungskompetenzen ausgestattet ist und die Vertragsgestaltung steuert, um die flächendeckende Umsetzung der Integrierten Versorgung voranzutreiben, scheint hier erforderlich.

Ebenfalls ist die Umsetzung im Rahmen eines Projektes möglich. Für den Begriff „Projekt“ findet man in der Literatur unterschiedliche Definitionen, ohne dass eine als allgemeingültig anzusehen wäre.⁴⁴ Exemplarisch definiert Martino den Begriff „Projekt“ beispielsweise wie folgt: "A project is any task which has a definable beginning and a definable end and requires the expenditure of one or more resources in each of the separate but interrelated and interdependent activities which must be completed to achieve the objectives for which the task was instituted."⁴⁵ Ein Projektmanagement soll sicherstellen, dass vereinbarte Projektziele im Rahmen der personellen, technischen, terminlichen und finanziellen Rahmenbedingungen erreicht werden.⁴⁶ Da die Integrierte Versorgung jedoch bereits ein fester Bestandteil des Leistungskataloges der Krankenversicherung ist, macht eine Ausgliederung der flächendeckenden Umsetzung im Rahmen eines Projektes nur bedingt Sinn. Dennoch sollten einige Bestandteile des Projektmanagements genutzt werden und in die Umsetzung durch die Planungs- und Lenkungsgruppe einfließen.

Ein weiterer Punkt in der Planungs- und Organisationsphase ist die Auswahl der Personen für die Lenkungsgruppe (Control Board) sowie der Mitarbeiter, die eine flächendeckende Versorgung umsetzen sollen. Bei der Übertragung der Aufgaben ist entscheidend, diejenigen Aufgabenträger zu finden, deren Leistungs- und Know-How-Profil dem Anforderungsprofil der zu übertragenden Aufgabe entspricht.⁴⁷ Der Leitung der Lenkungsgruppe kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Bei den integrativen Versorgungsmodellen bestehen zahlreiche Informationsasymmetrien, was zur sogenannten Prinzipal-Agenten-Problematik führt. Darunter ist zu verstehen, dass zwischen dem Leistungserbringer (Agent) und dem Kostenträger (Prinzipal) unterschiedliche Interessen bei der Leistungserstellung vorliegen.⁴⁸ Die Prinzipal-Agenten-Beziehung beruht auf einer Vertragsbeziehung zwischen mindestens zwei Akteuren. Der Auftraggeber (Prinzipal) engagiert einen Auftragnehmer (Agenten) zur Durchführung eines Auftrages. Hierüber wird ein entsprechender Vertrag aufgesetzt. Aus diesem Vertrag ergeben sich Pflichten zu Leistungen und Gegenleistungen.⁴⁹ Da die Krankenkassen die Leistungserbringung jedoch nur eingeschränkt kontrollieren können, ist davon auszugehen, dass sich die Leistungserbringer opportunistisch zu Lasten des Auftraggebers verhalten werden. Diese medizinischen Informationsvorsprünge der

⁴³ Vgl. Bullinger, H.J. (1997), S. 17.

⁴⁴ Vgl. ebd. S. 18.

⁴⁵ Martino, R.L. (1964), S. 17.

⁴⁶ Vgl. Litke, H-D. (2007), S. 25.

⁴⁷ Vgl. Litke, H-D. (2007), S. 68.

⁴⁸ Vgl. Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H. (2004), S. 63.

⁴⁹ Vgl. Alparslan, A. (2006), S. 13.

Ärzeschaft gegenüber den verwaltungsgeprägten Krankenkassen sowie gegenüber den Versicherten sind auf die hohe Komplexität der medizinischen Informationen und die schwierige Informationsgenerierung zurückzuführen. Um medizinische Informationen zu verstehen, ist ein breites Wissen nötig, das im Medizinstudium und während der nachfolgenden mehrjährigen ärztlichen Weiterbildung erworben wird.⁵⁰ Deshalb sollten die Krankenkassen im Idealfall für die Beurteilung der Vertragsinhalte auf einen Mediziner mit kaufmännisch betriebswirtschaftlicher Zusatzausbildung zurückgreifen können. Ein weiterer Vorteil von medizinischem Know-How in der Lenkungsgruppe ist die Bekämpfung der angebotsinduzierten Nachfrage. Da im Arzt-Patienten-Verhältnis ebenfalls eine Informationsasymmetrie bezüglich medizinisch notwendiger Leistungen besteht, werden angebotene Leistungen durch den Patienten nicht regelmäßig hinterfragt. Einer Erlös-optimierung des Arztes ist trotz vorhandener Budgetierung kaum Einhalt zu bieten, da das Angebot somit auch die Nachfrage bestimmt und die Mechanismen des Marktes hier nicht greifen.⁵¹

Die Versicherten haben ferner keine oder nur unzureichende Kenntnis über die verursachten Kosten durch ihre in Anspruch genommene Leistung. Dieses mangelnde Kostenbewusstsein wird in der Literatur als „Moral hazard“ bezeichnet. Es beschreibt das daraus resultierende mögliche Fehlverhalten der Versicherten und ihrer behandelnden Ärzte, das Maß der eigentlich ausreichenden Behandlung der Symptome eines Versicherten zu überschreiten. Somit werden die Leistungsausgaben der Versicherung künstlich in die Höhe getrieben.⁵² Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Patienten aufgrund ihres mangelnden Wissens und Kostenbewusstseins bezüglich ihrer medizinischen Behandlung mehr Leistungen in Anspruch nehmen, als für ihre derzeitige Situation erforderlich wäre.

Es kann gesagt werden, dass sich Lösungsmöglichkeiten dieser Asymmetrien nur durch überwiegend vertragliche Ansätze gestalten lassen. Diese können aus Sichtweise der Prinzipale die Aufnahme von Kriterien sein, die das opportunistische Verhalten des Agenten berücksichtigen. Die Initiative kann allerdings auch vom Agenten ausgehen. Da dieser aber nicht das Vertragsvorschlagsrecht besitzt, kann er lediglich mit nicht-vertraglichen Lösungsansätzen handeln.⁵³

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die adverse Selektion durch die Leistungserbringer zu thematisieren. Wird im Rahmen der Integrierten Versorgung ein Budget für die medizinische Versorgung einer Versichertengruppe vereinbart, steigt die Gefahr einer Risikoselektion. Die Leistungserbringer werden versuchen, möglichst viele „gute Risiken“ in die Integrierte Versorgung einzuschreiben, weil diese Versicherten durch einen geringen Ressourcenverbrauch bei gleicher Vergütung zu einer Optimierung der Erlössituation beitragen. Durch den Einkauf von medizinischem Wissen auf Seiten der

⁵⁰ Vgl. Schreyögg, J., Gerike, C. (2006b), S. 152.

⁵¹ Vgl. Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (1998), S. 7 f.

⁵² Vgl. Schreyögg, J., Busse, R. (2006a), S. 34.

⁵³ Vgl. Aparslan, A. (2006), S. 28.

Kostenträger können die beschriebenen Effekte bereits bei der Vertragsgestaltung vermieden werden.

Auch die Auswahl der Mitarbeiter für die Umsetzung ist sorgfältig zu treffen. Da die Zeit für die Umsetzung der flächendeckenden Versorgung kurz ist und kaum Zeitraum für die Einarbeitung in diesem Themengebiet unerfahrener Mitarbeiter bleibt, empfiehlt es sich, die Mitarbeiter zu involvieren, die bisher die Integrierte Versorgung betreut haben. Hier kann auf die Erfahrung in den Strukturen und der bisher durchgeführten Projekte zurückgegriffen werden. Dabei kommt den mit der Vertragsverhandlung betrauten Mitarbeitern der Krankenkassen eine Doppelrolle zu. Zum einen entwickeln sie die Verträge mit dem oder mit den am Netz beteiligten Ärzten und zum anderen sind sie die Betreuer (Case Manager) der Netze und damit Ansprechpartner für alle Leistungserbringer. Das Aufgabenspektrum des Case Managers erstreckt sich von der konkreten Ausarbeitung der Struktur des Versorgungsprozesses, der Erstellung einer Aufgabenbeschreibung für die Leistungserbringer sowie der Unterstützung in der Kommunikation zwischen den Netzteilnehmern. Darüber hinaus fallen in seinen Bereich Aufgaben wie die Verteilung relevanter Informationen, die Vertragsumsetzung mit der Organisation und Moderation der Beiratssitzungen, bis hin zur Anpassung und Weiterentwicklung des Vertrages. Die Anzahl der benötigten Mitarbeiter kann an dieser Stelle nicht beschrieben werden, da sie maßgeblich von der Anzahl der auszurollenden Netze abhängig ist. Es ist zu beachten, dass gleich zu Beginn genügend Mitarbeiter ausgewählt werden, um Kostensteigerungen durch langwierige Verhandlungen zu vermeiden.⁵⁴ Um personellen Engpässen durch Fehlzeiten zuvorzukommen, sollte das Wissen der Mitarbeiter auf mehrere Personen verteilt werden. Hierfür ist die Aufbauorganisation des Projektes entscheidend. Die Aufgaben der Aufbauorganisation bestehen in folgenden Punkten⁵⁵:

- Ergebnis- und sachorientierte Festlegung der Funktionsstruktur
- klare Zuordnung von Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen
- effektive Zusammenarbeit und Abstimmung der am Prozess Beteiligten
- schnelle Anpassung der Organisation an geänderte Ziel und Randbedingungen.

Bei der Aufgabenverteilung sind grundsätzlich zwei verschiedene Ansätze denkbar. Erstens der generalistische Ansatz, hier übernimmt ein Mitarbeiter bzw. ein Team alle Aufgaben, die während des Umsetzungsprozesses für ein Versorgungsnetz anfallen. Vorteil dieses Ansatzes ist, dass die Mitarbeiter grundsätzlich jedes Netz betreuen können und die Verantwortung klar zuzuordnen ist. Jedoch entstehen zahlreiche redundante Tätigkeiten, da vor allen die Informationsgenerierung parallel für jedes Netz separat durchgeführt wird. Auf Erfahrungswerte kann in der Regel nicht zurückgegriffen werden. Alternativ ist ein arbeitsteilender Ansatz möglich. Teilaufgaben, die für alle Versorgungsnetze gleichermaßen anfallen, können einem spezialisierten Mitarbeiter

⁵⁴ Vgl. Litke, H-D. (2007), S. 56.

⁵⁵ Vgl. ebd., S. 64.

zugeordnet werden. Hier sind beispielhaft die Ausschreibung von Leistungen beziehungsweise die Erstellung von Vertragsentwürfen aufzuzeigen. Die Betreuung des Netzes richtet sich dabei nach den Aufgaben, die je Umsetzungsstand benötigt werden. Entscheidender Nachteil der Spezialisierung auf Teilaufgaben ist der Verlust des Gesamtüberblicks des Prozesses und eine unklare Gesamtverantwortung. Deshalb empfiehlt sich eine Kombination beider Ansätze. Dabei wird jedem Versorgungsnetz ein verantwortlicher Referent zugeteilt. Zusätzlich kann auf Spezialisten zu einzelnen Teilaufgaben zurückgegriffen werden, die generelle Obliegenheiten für alle Netze übernehmen. Die Unterteilung der Gesamtaufgabe in Teilaufgaben sollte nur so weit betrieben werden, bis die unterste mit Aufgaben betraute Ebene geschlossen an eine Organisationseinheit delegiert werden kann. So weit wie möglich sollten Arbeitspakete eindeutig einer einzigen organisatorischen Einheit oder Person zuweisbar sein, damit eine klare Verantwortung für das jeweilige Arbeitspaket existiert und keine Kompetenzstreitigkeiten entstehen.⁵⁶ Um Projekte im unternehmerischen Umfeld erfolgreich abwickeln zu können, müssen auch die passiv Betroffenen, wie Mitarbeiter und Außenstehende, frühzeitig mit einbezogen werden, da sonst mit Akzeptanzproblemen und daraus resultierenden Widerständen zu rechnen ist.⁵⁷ Zur Erhöhung der Transparenz empfiehlt es sich einen Strukturplan zu erstellen, in dem die einzelnen Organisationseinheiten mit ihren übertragenen Aufgaben und Kompetenzen aufgeführt sind.

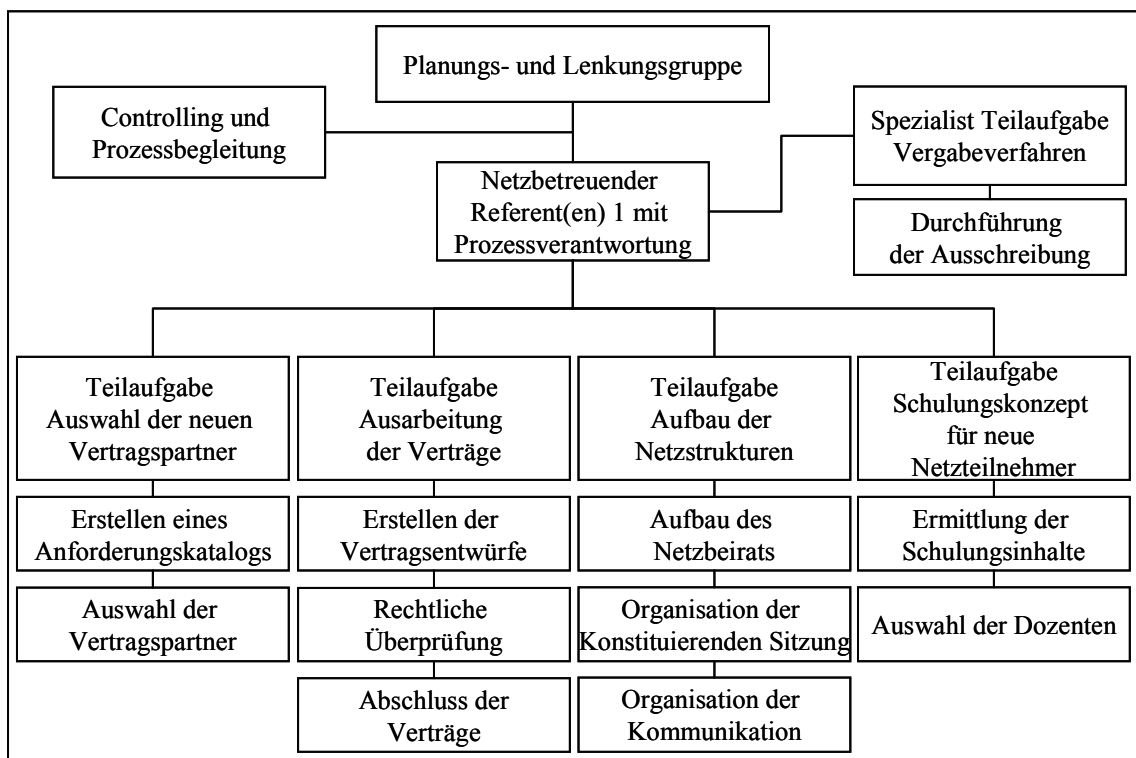


Abbildung 3: Exemplarische Darstellung eines Strukturplans

⁵⁶ Vgl. Burghardt, M. (2006), S. 147 f.

⁵⁷ Vgl. Litke, H-D. (2007), S. 26.

Die Termin- und Ablaufplanung kann anhand eines einfachen Balkendiagramms oder durch Zuhilfenahme anderer Terminplanungstechniken wie beispielsweise der Netzplantechnik erfolgen. Da bei der Planung der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung keine Maschinenkapazitäten aufeinander abgestimmt werden müssen, ist die übersichtliche Aufstellung der zu erledigenden Aufgaben anhand eines Zeitstrahles oder Balkendiagramms angemessen.

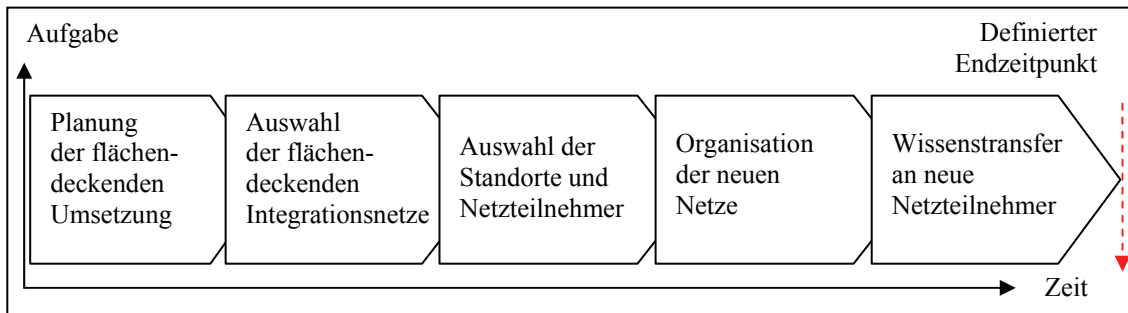


Abbildung 4: Exemplarische Zeit- Ablaufplanung

Erst wenn die Kostenträger den Ausrollprozess intern geplant, organisiert und strukturiert haben sowie alle Personalstellen mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet wurden, kann mit der Umsetzung der geplanten Maßnahmen begonnen werden. Die Planung und Organisation ist die wichtigste Konzeptphase für den Gesamtprozess, da zeitraubende Umstrukturierungen der Abläufe in der folgenden Umsetzung mit Fehlentwicklungen, Informationsverlusten und höheren Kosten einhergehen.

2.2 Kriterien zur Auswahl der auszudehnenden Integrationsnetze

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten wie bereits beschrieben, allen Versicherten gleichermaßen eine optimierte Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung zukommen lassen. Für die Erreichung dieses Zieles ist ein ausgewogenes Vertragsportfolio entscheidend. Den Kostenträgern werden kontinuierlich zahlreiche Behandlungskonzepte zu verschiedenen Indikationen von Kliniken und Arztnetzen vorgelegt. Aus der Vielzahl dieser Konzepte und den bisher durchgeführten Pilotnetzen sind die Versorgungsformen auszuwählen, die größtmögliche Erfolgchancen erwarten lassen. Zur Auswahl der Netze sind deshalb Bewertungsschemata zu entwickeln, die eine objektive Entscheidung ermöglichen. Die zu beachtenden Parameter und Umsetzungsmöglichkeiten werden in den folgenden Abschnitten erörtert.

2.2.1 Definition der Handlungsfelder

In einem ersten Schritt müssen die Handlungsfelder festgelegt werden, für die ein Versorgungsnetz angeboten werden soll. Die Basis für die Definition der Handlungsfelder

bildet eine Analyse der versorgungsrelevanten und kostenträchtigen Indikationen, die für eine Integrierte Versorgung in Frage kommen. Bei der Analyse gebührt besonderes Augenmerk den Erkrankungen, von denen eine große Anzahl von Versicherten betroffen ist. Die Versorgungsbereiche, in denen ein hoher medizinischer Bedarf besteht und in denen gleichzeitig ökonomische Effekte zu erwarten sind, sollten durch integrative Versorgungsnetze bedient werden. Im strategischen Kontext sind bei der Bestimmung der Handlungsfelder und Auswahl der Verträge neben den kostenträchtigen Indikationen auch die Verträge mit ins Kalkül einzubeziehen, die aus marktpolitischer Sicht für das Unternehmen von Bedeutung sind. Soll beispielsweise eine Krankenkasse nach ihrer Marktstrategie als besonders familienfreundlich dargestellt werden, so ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung für Kinder mit in das Portfolio aufzunehmen. Für die Krankenkassen hat mit Einführung des Gesundheitsfonds und einem damit einhergehenden einheitlichen Beitrag, das Vertragsportfolio an Bedeutung gewonnen. Der Mehrwert des Kunden in Form einer verbesserten Behandlung kann, bei entsprechender Vermarktung, als Wettbewerbsvorteil wahrgenommen werden. Jay Barney beschreibt einen Wettbewerbsvorteil daher als: "A sustainable competitive advantage is one in which the firm is implementing a value creating strategy not simultaneously being implemented by any current or potential competitors."⁵⁸ Eine Entscheidung zum Vertragsportfolio wird durch die Ergebnisse einer Konkurrenzanalyse flankiert. Diese Komponente ermöglicht eine genaue Identifizierung der spezifischen Fähigkeiten des eigenen Unternehmens im Vergleich zum Wettbewerb, die als Kernkompetenzen verstanden werden können.⁵⁹ Bei der Auswahl der Verträge sollte demnach darauf geachtet werden, dass möglichst viele Kernkompetenzen genutzt werden, um besser als die Mitbewerber zu sein.

Perspektivisch ist es sinnvoll, einige artverwandte Indikationen beziehungsweise Erkrankungen mit gleichen medizinischen Ursachen zusammenzulegen. Ein Beispiel hierfür sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Diabetes mellitus Typ 2. Beide Indikationsfelder korrelieren miteinander und gehen medizinisch meist auf Adipositas⁶⁰ zurück. Die ärztliche Behandlung der einzelnen Erkrankung ist nur dann erfolgversprechend, wenn die Co-Morbidität ebenfalls behandelt wird. Der Konzentrationsprozess auf Indikationsgruppen ermöglicht, größere Teile des Versorgungsspektrums abzudecken und erleichtert in der Praxis die Arbeit der Mediziner. Diese Konzentrationsprozesse sind bereits bei den Disease-Management-Programmen zu beobachten. So leiden 75 Prozent der Diabetiker an einer Herz-Kreislauf-Komplikation und 75 Prozent aller Herzinfarkt-patienten haben Diabetes bzw. eine gestörte Glukosetoleranz.⁶¹ Die dokumentierten Parameter sind in vielen Fällen sowohl bei koronarer Herzerkrankung als auch beim Diabetes mellitus zu ermitteln. Dieser Zusammenschluss mehrerer Indikationen kann

⁵⁸ Barney, J. (1991), S. 99-120.

⁵⁹ Vgl. Buchner, D. et al. (2001), S. 193.

⁶⁰ Vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2007): Eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes, die zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führt, S. 25.

⁶¹ Vgl. Dörr, R. (2006), S. 64.

auch auf andere Indikationsfelder angewendet werden, um so die Versorgung relevanter Volkskrankheiten zu begünstigen.

Grundentscheidungskriterium bei der Auswahl der auszudehnenden Netze sollte die Gesetzes- und Rechtskonformität sein. Seit Abschluss der ersten Verträge hat sich die Rechtslage dahingehend verändert, dass Verträge, die nach dem 01.04.2007 geschlossen wurden, eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen und versorgungsrelevante Volkskrankheiten als Interventionsansatz haben sollen.⁶² Eine weitere Neuerung ergibt sich durch das Urteil des Sechsten Senats des Bundessozialgerichtes vom 06.02.2008. Darin wird verdeutlicht, dass die Integrierte Versorgung auf eine eigenständige Versorgung neben der Regelversorgung ausgerichtet ist und künftig die bisherige Versorgung ersetzen soll. Verträge, die vollständig auf der traditionellen hausärztlichen Versorgung aufsetzen und lediglich zusätzliche Leistungen beschreiben, genügen den Anforderungen an die Integrierte Versorgung nicht.⁶³ Der Rechtsauslegung folgend, müsste eine strategische Neuausrichtung der Integrierten Versorgung Vollversorgungsnetze mit eigener Budgetverantwortung zum Ziel haben. Neben der möglichen Vollversorgung einer Region sind für das Gericht auch die Verträge zulässig, die über ein Fallmanagement hinaus die Versorgungssektoren verschmelzen und neue Leistungen und Behandlungsstrukturen hervorbringen. Alle bisherigen Integrationsnetze wurden deshalb überprüft, ob eine Rechtskonformität auch in Anbetracht der aktuellen Rechtsprechung gegeben ist. Um den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen gerecht zu werden, wird von den Krankenkassen daher eine Kombination aus regional begrenzten Netzen und neuen flächendeckenden Netzen angestrebt, die versorgungsrelevante Volkskrankheiten sowie Netze zur Vollversorgung zum Inhalt haben.

2.2.2 Qualitätsverbesserung und Kostenersparnis

Nach der Definition der Handlungsfelder sollten im zweiten Schritt aus der Reihe der regionalen Netze, in denen bisher Erfahrungen in der Integrierten Versorgung gesammelt wurden, die Netze ausgewählt werden, die für eine flächendeckende Umsetzung in Frage kommen. Gerade die Netzwerke, die eine sektorenübergreifende Verbesserung der Versorgung unter wirtschaftlichem Einsatz der Mittel nachweisen, sind hier zu identifizieren. Diese regionalen Verträge könnten grundsätzlich ohne Veränderungen auch auf andere Regionen übertragen werden, wenn die entsprechenden Strukturen vorliegen würden. Die veränderten Rahmenbedingungen durch das GKV-WSG führen allerdings dazu, dass ein einfaches Rollout der Integrationsnetze auf andere Regionen nicht ausreicht. Eine Anpassung der Verträge sowie eine Neuorientierung bei der Vertragspartnerwahl (Einzelnetze, Managementgesellschaften, Verbände) müssen vollzogen werden.

⁶² S. § 140a Abs. 1 Satz 2 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2007).

⁶³ Vgl. Presseveröffentlichung des Bundessozialgerichts, Stand 12.02.2008.

Die Kostenträger verfolgen primär das Ziel, selbsttragende Netze zu schaffen, denn nur so ist es möglich, die Wirtschaftlichkeitsressourcen zu heben. Das bedeutet, dass die Mehrkosten, die durch eine verbesserte Versorgung entstehen, durch vermiedene Ausgaben kompensiert werden. Im Optimalfall werden die Mehrkosten direkt durch eine Prozessoptimierung innerhalb des Netzes eingespart. Eine Gegenfinanzierung der zusätzlichen Kosten ist jedoch auch dann gegeben, wenn die Kostenersparnis nicht innerhalb des Netzes sondern in einem anderen Ausgabenbereich möglich wird. Als Beispiel sind hier sinkende Aufwendungen für Krankengeld oder Pflegekosten anzuführen. Ein Beleg des kausalen Zusammenhangs zwischen der Intervention und der Ausgabensenkung ist jedoch weitaus schwieriger. Die Fortführung eines Integrationsnetzes und eine eventuelle flächendeckende Ausweitung sollten grundsätzlich davon abhängig gemacht werden, ob entweder Qualitätsverbesserungen oder Kosteneinsparungen im Vergleich zur Regelversorgung durch die Integrierte Versorgung erreicht werden. Porter beschreibt dies in den Wettbewerbsstrategietypen „umfassende Kostenführerschaft“ und „Differenzierung“. Die umfassende Kostenführerschaft setzt dabei eine bessere Produktionskostenstruktur als der Wettbewerb voraus.⁶⁴ Im Fall der Integrierten Versorgung bedeutet dies, dass die Leistung durch Prozessoptimierung günstiger als in der Regelversorgung erbracht werden kann. Differenzierung hingegen ist der Strategietyp, in dem die Qualität der Leistung so verbessert wird, dass eine deutlich bessere Versorgung der Patienten im Vergleich zum Status Quo entsteht.⁶⁵ Im Idealfall werden jedoch die Kosten reduziert und die Qualität der Versorgung verbessert. Dies scheint dem ökonomischen Prinzip zu widersprechen, jedoch liegen zwei nicht simultan verlaufende Prozesse vor. Zuerst wird durch eine Prozessoptimierung die Qualität der Versorgung verbessert und als Folge daraus, sollen die Kosten gesenkt werden können. Um den Nachweis zu erbringen, dass ein Netz erfolgreicher als die Regelversorgung ist, werden die Pilotprojekte evaluiert. Bei der Evaluation werden die Patienten der Integrierten Versorgung einer risikostratifizierten Vergleichsgruppe der Regelversorgung gegenübergestellt. Dabei werden die Kosten der stationären Behandlung, der ambulanten Behandlung, die Kosten für Pflege sowie die Kosten für Arzneimittel gegenübergestellt. Für jedes Integrationsnetz muss ein individueller Analyseplan erstellt werden, der den Strukturverhältnissen vor Ort (rein ambulantes Versorgungsnetz bzw. Netz mit zentraler Bedeutung eines Krankenhauses) Rechnung trägt. Ebenso müssen die Parameter für die Eingrenzung der Diagnose zur Bestimmung der Vergleichsgruppe individuell angepasst werden, damit die tatsächlichen Erfolge beziehungsweise Misserfolge offengelegt werden können. Dennoch ist bei der Erstellung der Bewertungspläne darauf zu achten, dass eine Vergleichbarkeit der Netze untereinander erhalten bleibt.

Für die Auswahl der Netze können Bewertungsschemata der Betriebswirtschaftslehre hinzugezogen werden. Als Hilfsmittel, die Pilotnetze in einer für den folgenden Strategieformulierungs-Prozess geeigneten Weise zu erfassen und abzubilden, werden in der

⁶⁴ Vgl. Porter, M.E. (1999), S. 70-76.

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 70-76.

Regel sogenannte Portfolio-Matrizen empfohlen.⁶⁶ Die einfachste und zugleich bekannteste dieser Matrizen wurde von der Boston Consulting Group entwickelt. Die Grundidee dieser Darstellungsform wird hier aufgegriffen und zur Bewertung der Integrierten Versorgung adaptiert.

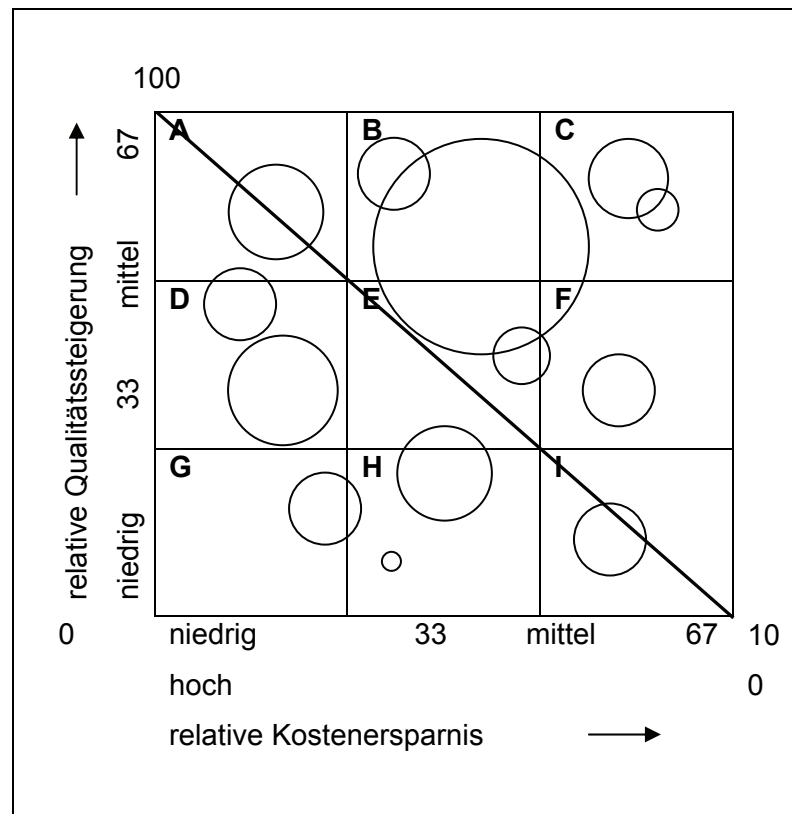


Abbildung 5: Bewertungsmatrix der Integrierten Versorgungsnetze

Die bewerteten Integrationsnetze werden nach Abschluss der Analyse eingetragen und mit den Ergebnissen der Regelversorgung in Relation gesetzt. In der hier gewählten Darstellung ist die Größe der Kugel abhängig von der Zahl der im Netz betreuten Patienten; dabei liegt als Annahme die Gültigkeit des sogenannten Erfahrungskurven-Effektes zugrunde, wonach mit einer Verdopplung der kumulierten Behandlungsfälle (=Erfahrung) die Stückkosten potentiell um 20-30 Prozent gesenkt werden können.⁶⁷

Aus der Matrix ergeben sich drei Normstrategien für die Erreichung eines optimalen Vertragsportfolios:

1. Felder B, C, F: Fortführen / Ausweiten der Netze (Zone der Mittelbindung)
2. Felder A, E, I: Selektieren ggf. Deckungsbeitragsrechnung einbeziehen
3. Felder D, G, H: Kündigung der Verträge (Zone der Mittelfreisetzung)

⁶⁶ Vgl. Schreyögg, G. (1984), S. 92.

⁶⁷ Vgl. ebd., S. 92.

Ziel der Bewertung ist, die Netze zu identifizieren, die in den Feldern B, C und F platziert sind und die in der Folge durch den Ausrollprozess in eine flächendeckende Versorgung die höchsten Einsparvolumina bei gleichzeitiger medizinischer Überlegenheit zur Regelversorgung erwarten lassen. Hier entsteht eine klassische Win-Win-Situation. Die Leistungserbringer steigern ihre Erlöse, die Krankenkassen heben Wirtschaftlichkeitsressourcen und gleichzeitig wird die Versorgung der Versicherten optimiert.

2.3 Auswahl der Standorte und Netzteilnehmer

Nachdem die Netze identifiziert wurden, welche in einer flächendeckenden Versorgung umgesetzt werden sollen, ist es notwendig, die neuen Netzteilnehmer und regionalen Standorte auszuwählen. Dabei können mehrere Herangehensweisen zielführend sein. Wird eine flächendeckende Versorgung beispielsweise für die Diabetes-Erkrankung mit speziellen „Fußzentren“ präferiert, in denen eine Versorgung ausschließlich von Spezialisten durchgeführt wird, so wird nur eine geringe Zahl an Behandlungspunkten benötigt. Durch eine Konzentration auf wenige behandelnde Ärzte werden höhere Fallzahlen in den Zentren vereinigt. Dies führt zu Skaleneffekten, die eine wirtschaftliche Versorgung unterstützen. Dies hätte jedoch zur Folge, dass betroffene Patienten längere Fahrten zu den Behandlungszentren in Kauf nehmen müssten. Bei einem bevölkerungsbezogenen Ansatz gilt es zu ermitteln, wie viele Netzärzte notwendig sind, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Neben der Anzahl der Ärzte ist zusätzlich die regionale Verteilung ausschlaggebend. Entscheidend ist jedoch der Bedarf der Versicherten. Anhand Morbiditäts- beziehungsweise Mortalitätskennzahlen⁶⁸ sollten neue Netzstandorte dort errichtet werden, wo der Versorgungsbedarf am Größten ist.

2.3.1 Struktur- und Qualitätsindikatoren

Um die neuen Netzteilnehmer auszuwählen, die in der Folge die Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung fortführen, sind Struktur- und Qualitätsindikatoren zu ermitteln.⁶⁹ Erst wenn die strukturellen Voraussetzungen einer Region vorhanden sind, können die Qualifikationen der potentiellen Vertragspartner geprüft werden. Die grundlegenden Elemente - wie einheitliche Dokumentation und eigener Qualitätszirkel - müssen vor dem Beitritt etabliert sein. Die Kassen beziehungsweise die Verbände, mit denen ggf. Verträge abgeschlossen werden, überprüfen, ob die Voraussetzungen einer Teilnahme erfüllt sind. Die Prozessqualität wird durch die stringente ärztliche Behandlung nach Leitlinien sichergestellt. Weitere Voraussetzung ist, dass eine Schnittstellenbeschreibung und ein darauf abgestimmter Behandlungspfad bestehen. Die Behandlung wird dokumentiert. Die Dokumentation umfasst die Fallschwere, das Ergebnis der

⁶⁸ Mortalität bedeutet in diesem Zusammenhang vorzeitiger Tod.

⁶⁹ Vgl. Schell, H., Lauterbach, K.W. (2002), S. 39.

Behandlung sowie einzelne Kostenaspekte. Die dokumentierten Fälle werden im Rahmen regelmäßiger Qualitätszirkel in einem offenen Benchmarking diskutiert. Auch die personellen und räumlich-technischen Voraussetzungen sind zu definieren. Neben den ärztlichen Anforderungskriterien sind ebenfalls die Kriterien für die sonstigen Vertrags- und Kooperationspartner festzulegen. Da diese Partner aufgrund ihrer umsatzsteuerpflichtigen Leistungen nicht lediglich Vertragsteilnehmer, sondern auch Kooperationspartner werden und die Leistungen in der Regel standardisiert sind, erfolgt eine Auswahl in der Regel auf Grund der Erfahrung der ärztlichen Vertragspartner. Wenn die Leistung der Kooperationspartner der gesetzten Anforderung nicht entspricht, können jederzeit andere Anbieter einbezogen werden.

2.3.2 Vergaberechtliche Vorschriften

Nachdem die persönlichen und strukturellen Zugangparameter definiert wurden, ist in der Folge bei der Auswahl der neuen Netzteilnehmer die Problematik zu thematisieren, ob die gesetzlichen Krankenkassen bei der Beschaffung von Leistungen das förmliche Vergaberecht zu beachten haben. Ausgelöst durch das GKV-WSG haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, Einzelverträge mit Leistungserbringern im Rahmen der Integrierten Versorgung zu schließen. Im SGB V wird in Bezug auf die Integrierte Versorgung keine Verpflichtung zur Ausschreibung normiert. Grundsätzlich regelt § 69 Abs. 1 SGB V abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern und ihren Verbänden einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse.⁷⁰ Somit wären die kartellrechtlichen Vorschriften des GWB (Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen) und der EU-Vergaberichtlinien 2004/18/EG und 2004/17/EG nicht auf die Verträge zur Integrierten Versorgung anzuwenden.⁷¹ Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass dies im Rahmen der Reform zur Modernisierung des Gesundheitswesens beabsichtigt war, so dass § 69 SGB V jedenfalls die Anwendbarkeit des auf zwingendes EU-Recht zurückgehenden Vergaberechts in den §§ 97 ff. GWB nicht verdrängt. Vielmehr können die Grundprinzipien des Wettbewerbs-, Gleichbehandlungs- und Transparenzgebots und insbesondere der Primärrechtsschutz durch die Vergabekammern und Vergabesenate nicht von vornherein ausgeschlossen werden.⁷² Bei Kollision von nationalem Recht und Gemeinschaftsrecht gebührt nach einhelliger Auffassung in der Rechtsprechung der Vorrang dem Gemeinschaftsrecht.⁷³ Daraus folgt, dass die Regelungen des GWB entgegen des § 69 SGB V anzuwenden sind. Gleiches gilt für die Regelungen des § 22 Abs. 1 SVHV (Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung). Hiernach muss dem Abschluss von Verträgen über Lieferung und Leistung eine öffentliche Ausschreibung vorausgehen, es sei denn, es handelt sich um Verträge, die der

⁷⁰ S. § 69 Abs. 1 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

⁷¹ Vgl. Goodarzi, J. (2007), S. 633.

⁷² Vgl. Boldt, A. (2005), S. 3758.

⁷³ Vgl. Goodarzi, J. (2007), S. 633.

Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Versicherungsleistungen dienen. Jedoch ist auch hier dem Vorrang der gemeinschaftsrechtlichen Vergabevorschriften ab Erreichung des Schwellenwertes Rechnung zu tragen.⁷⁴

Voraussetzungen für die Anwendung des Vergaberechts nach dem GWB sind:

- Es handelt sich um einen öffentlichen Auftraggeber (§ 98 GWB).
- Es liegt ein öffentlicher Auftrag vor (§ 99 GWB).
- Der Schwellenwert wird überschritten (§ 100 GWB).

In den folgenden Ausführungen werden die zuvor stehenden Voraussetzungen überprüft. § 98 GWB definiert in Nummer 2 öffentliche Auftraggeber als andere juristische Personen des öffentlichen und des privaten Rechts, die zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nichtgewerblicher Art zu erfüllen.⁷⁵ Bei gesetzlichen Krankenkassen handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art übernehmen.⁷⁶ Das Ziel der Krankenkassen besteht darin, keine Gewinne zu erzielen, was den Tatbestand der Nichtgewerblichkeit erfüllt.⁷⁷ Eine weitere Voraussetzung für öffentliche Auftraggeber nach § 98 GWB ist, eine überwiegende Finanzierung durch den Staat sicherzustellen, oder dass die Aufsicht über die Leitung des Auftraggebers durch den Staat erfolgt.⁷⁸ Das OLG (Oberlandesgericht) Düsseldorf hat mit Beschluss vom 23.05.2007 diese Fragestellungen zur Klärung an den Europäischen Gerichtshof weitergegeben. Der Entscheidungsbegründung des OLG Düsseldorf ist zu entnehmen, dass die überwiegende Finanzierung durch den Staat im Sinne des § 98 Nr. 2 GWB darin gesehen wird, dass etwa 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Es ergibt sich somit kein Unterschied, ob der Staat die Mittel für die gesetzliche Krankenversicherung selbst einzieht und im Anschluss an die Krankenversicherungen weitergibt oder die Kassen die Beiträge selbst erheben. Die Auftraggebereigenschaft der Krankenkassen wurde durch den Beschluss vom 09.05.2007 der ersten Vergabekammer des Bundes bestätigt. Der überwiegenden Finanzierung der Krankenkassen durch staatliche Stellen sei auch durch Beitragszahlungen Genüge getan, die kraft Gesetz garantiert werden.⁷⁹ Deshalb ist zu erwarten, dass der Europäische Gerichtshof die Vorlage des OLG Düsseldorf dahin gehend beantworten wird, dass eine indirekte Finanzierung durch die Beitragspflicht der Versicherten für eine Finanzierung im Sinne der Richtlinie 2004/18/EG ausreicht.⁸⁰

⁷⁴ Vgl. Gabriel, M. (2007), S. 345.

⁷⁵ Vgl. Schmidt, R., Vollmöller T. (2007), S. 183.

⁷⁶ S. § 4 Abs.1 SGB V (BGBl. I, S. 2495) zuletzt geändert durch Gesetz vom 30.07.2009. (BGBl. I, S. 3024) und § 1 und 2 SGB V (BGBl. I, S. 2495) zuletzt geändert durch Gesetz vom 30.07.2009.

⁷⁷ Vgl. Byok, J. (2005), S. 55.

⁷⁸ Vgl. Schmidt, R., Vollmöller, T. (2007), S. 185.

⁷⁹ Vgl. Erste Vergabekammer des Bundes, Nr. 26/07.

⁸⁰ Vgl. Byok, J. (2007), S. 554.

Die Vergabekammer Düsseldorf geht von einer Staatsaufsicht aus. Im Beschluss vom 31.10.2007 heißt es, § 98 Nr. 2 GWB fordere keine hierarchische Aufsicht, welche auch die Zweckmäßigkeit des Handelns umfassen müsse. Auch durch eine Rechtsaufsicht könne eine Einflussnahme bis auf die Beschaffungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Dies reiche für eine staatliche Aufsicht nach § 98 Nr. 2 GWB aus.⁸¹ In der Beschlussbegründung des OLG Düsseldorf heißt es weiter hierzu: „Stellt die staatliche Aufsichtsbehörde fest, dass die Krankenkasse Rechtsverletzungen begeht, kann die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse anweisen, die Rechtsverletzung zu beheben; dies ist mit Hilfe des Verwaltungszwangs durchsetzbar (§ 89 Abs. 1 SGB IV).“⁸² Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes bleibt abzuwarten, dennoch sprechen die Urteile und Beschlüsse aus jüngster Vergangenheit dafür, dass Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber gemäß § 98 Nr. 2 GWB anzusehen sind.

Die Anwendbarkeit des Vergaberechts setzt des Weiteren voraus, dass ein öffentlicher Auftrag nach § 99 GWB vorliegt. Unter einem öffentlichen Auftrag ist ein gegenseitiger entgeltlicher Vertrag zwischen einem öffentlichen Auftraggeber und einem Unternehmen zu verstehen, der Liefer-, Bau- oder Dienstleistungen zum Gegenstand hat.⁸³ Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn eine Krankenkasse Waren oder Dienstleistungen für sich selbst einkauft. Bei der Integrierten Versorgung wird der Vertrag jedoch im Dreiecksverhältnis zwischen dem Leistungserbringer, der vergütenden Krankenkasse und dem nutznießenden Versicherten durchgeführt. Dieses Dreiecksverhältnis verhindert jedoch nicht, dass ein öffentlicher Auftrag im Sinne des Vergaberechts vorliegt. Im Ergebnis genügt hierfür, dass ein öffentlicher Auftraggeber als Nachfrager am Markt in Erscheinung tritt.⁸⁴ Die Entgeltlichkeit des Vertrages zur Integrierten Versorgung ist durch die Anbietervorauswahl der Krankenkassen gewährt. Die Leistungserbringung erfolgt nicht durch den geschlossenen Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Leistungsanbieter, sondern durch die konkrete Inanspruchnahme durch die Versicherten. Bei der freiwilligen Teilnahme des Versicherten an der Integrierten Versorgung ist die Wahl des Leistungserbringers auf die ausgewählten Vertragspartner beschränkt. Durch die Vorauswahl der Leistungserbringer werden spätere entgeltliche Verträge erst ermöglicht, was ein Wesensmerkmal öffentlicher Verträge ist.⁸⁵ Demzufolge liegen die Voraussetzungen eines öffentlichen Vertrages vor.

Weiteren Klärungsbedarf sieht der Senat des OLG Düsseldorf in seinem Beschluss vom 23.05.2007 in der Frage, ob es sich bei der zu erbringenden Leistung um einen Liefervertrag, eine Dienstleistung und infolgedessen ggf. um eine Dienstleistungskonzession handelt. Besonders bei der Verflechtung von Sach- und Dienstleistung ist eine eindeutige Zuordnung schwierig. Entscheidend ist nach § 99 Abs. 6 Satz 1 GWB das

⁸¹ Vgl. ebd., S. 555.

⁸² S. Beschluss des OLG Düsseldorf vom 23.05.2007, VII Verg. 50/06 von 2007.

⁸³ Vgl. Goodarzi, J. (2007), S. 635.

⁸⁴ Vgl. Sieben, P. (2007), S. 708.

⁸⁵ Vgl. Sieben, P. (2007), S. 709.

Werteverhältnis vom Wert der Ware zum Wert der Beratung und Aufklärung.⁸⁶ Eine Einstufung als Liefervertrag führt zur vollständigen Anwendung des Vergaberechts. Sollte der Gegenstand des Auftrages als Dienstleistung einzuordnen sein, ist die Frage entscheidend, ob es sich um einen Dienstleistungsauftrag oder um eine Dienstleistungskonzession handelt. Dienstleistungskonzessionen sind Verträge, die von öffentlichen Dienstleistungsaufträgen nur insoweit abweichen, als die Gegenleistung für die Erbringung der Dienstleistungen ausschließlich in dem Recht zur Nutzung der Dienstleistung besteht.⁸⁷ Unter der Prämisse, dass es sich um eine Dienstleistungskonzession handelt, erhält der Leistungserbringer auf der Grundlage eines Integrationsvertrages keine Grundvergütung, sondern lediglich das Recht, die Leistung (Krankenbehandlung) im Rahmen des Vertrages anzubieten.⁸⁸ Die Bezahlung erhält er nicht vom Auftraggeber der Dienstleistung (der Krankenkasse), sondern direkt vom Benutzer.⁸⁹ In diesem Fall handelt es sich um eine vergabefreie Konzession, wenn der Leistungserbringer (z.B. Arzt oder Krankenhaus) seine Dienstleistung des Integrationsvertrages so anbietet, dass er die wirtschaftlichen Risiken in Bezug auf Erbringung und Nutzung alleine trägt.⁹⁰ Aus den Verträgen zur Integrierten Versorgung entsteht für den Leistungserbringer keine Garantie, dass er vom Versicherten als Versorger gewählt wird, da die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig ist. Somit verbleibt das Marktrisiko beim Leistungserbringer, nur die Zahlung der Vergütung wird durch die Krankenkasse sichergestellt. Dies widerspricht dem Vorliegen einer Dienstleistungskonzession. Festzuhalten bleibt, dass der Leistungserbringer sein Entgelt nicht vom Versicherten, sondern weiterhin von der Krankenkasse erhält, so dass insofern keine Verlagerung des wirtschaftlichen Risikos auf den Konzessionär erfolgt. Es spricht daher viel dagegen, Verträge zur Integrierten Versorgung unter den Begriff der Dienstleistungskonzession zu fassen.⁹¹ Entscheidet der Europäische Gerichtshof dennoch, dass es sich bei der Leistung im Rahmen der Integrierten Versorgung um eine Dienstleistungskonzession handelt, ist die Richtlinie 2004/18/EG nicht anzuwenden.⁹² Ein aufwendiges EU-weites offenes Vergabeverfahren bliebe den Krankenkassen erspart. Wird seitens des Europäischen Gerichtshofs das Vorliegen einer Dienstleistungskonzession jedoch verneint, ist das EU-weite Vergabeverfahren anzuwenden. In diesem Zusammenhang ist die zuständige Gerichtsbarkeit anzusprechen. Entgegen des § 51 Sozialgerichtsgesetz, wonach die Sozialgerichte in Angelegenheiten der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung vorgesehen sind, sieht das OLG Düsseldorf die Zuständigkeit weiter bei den Vergabekammern und Senaten sowie bei den Oberlandesgerichten als gegeben.⁹³ Aber auch hier sind die Beschlüsse der Gerichte inkonsistent. Das Bundessozialgericht hat das

⁸⁶ Vgl. Byok, J. (2005), S. 728.

⁸⁷ S. Richtlinie 2004/18/EG Artikel 1 Abs. 4 des Europäischen Parlaments und des Rates (2004).

⁸⁸ Vgl. Burgi, M., Brohm, M.U. (2005), S. 80.

⁸⁹ Vgl. ebd., S. 80.

⁹⁰ Vgl. König, J. (2006), S. 111.

⁹¹ Vgl. Gabriel, M. (2007), S. 350.

⁹² S. Richtlinie 2004/18/EG Artikel 17 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31.03.2004.

⁹³ S. OLG Düsseldorf Beschluss vom 19.12.2007, VII-Vergabekammer 47/07.

Sozialgericht Stuttgart als Gericht für den Rechtsstreit bestimmt, jedoch nicht ausdrücklich darüber entschieden, ob die Sozialgerichte überhaupt für den Rechtsstreit zuständig sind. In der Folge hat der Fünfte Senat des Landessozialgerichts mit Beschluss vom 6. Februar 2008 entschieden, dass die Sozialgerichtsbarkeit und nicht die Zivilgerichte bei Vergabeverfahren der gesetzlichen Krankenkassen anzurufen sind.⁹⁴ Die Rechtsbeschwerde ist zugelassen, so dass eine endgültige Entscheidung der zuständigen Gerichtsbarkeit noch immer nicht getroffen ist.

Weitere Voraussetzung für die Anwendbarkeit des Vergaberechts in der Integrierten Versorgung ist die Überschreitung des Schwellenwertes nach § 100 GWB. Für die Beurteilung des Schwellenwertes sind alle zu erwartenden Aufwendungen über die gesamte Vertragsdauer zu schätzen.⁹⁵ Der Schwellenwert für die Vergabe von Liefer- und Dienstleistungsaufträgen ist für das Jahr 2008 auf 206.000 Euro abgesenkt worden.⁹⁶ Bei einer flächendeckenden und auf Dauer ausgelegten Erweiterung der Regelversorgung der Versicherten durch die Integrierte Versorgung ist von einer Erreichung des Schwellenwertes auszugehen. Infolgedessen wären alle Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des formellen Vergaberechts erfüllt. Die Krankenkassen müssten die Verträge zur Integrierten Versorgung in einem EU-weiten Vergabeverfahren ausschreiben. Grundsätzlich sind Krankenkassen auch unterhalb des Schwellenwertes dazu verpflichtet, Aufträge auszuschreiben. Es wird lediglich ausgeschlossen, eine öffentliche Ausschreibung vorzunehmen, wenn es sich um die Erbringung von gesetzlichen oder satzungsgemäßen Versicherungsleistungen handelt.⁹⁷

Zur Ausschreibung stehen drei Alternativen zur Verfügung. Die Art des Vergabeverfahrens richtet sich grundsätzlich nach den VOL/A (Voraussetzungen der Verdingungsordnung für Leistungen, Teil A)⁹⁸ sowie der VGV (Vergabeverordnung).⁹⁹ Die Alternativen der Vergabeverfahren werden in nationale und EU-weite Vergabeverfahren differenziert. Die nationalen Vergabeverfahren sind die öffentliche Ausschreibung, die beschränkte Ausschreibung und die freihändige Vergabe. Analog hierzu werden die EU-weiten Vergabeverfahren in das offene, das nichtoffene und das Verhandlungsverfahren unterschieden. Entscheidend, ob ein nationales Verfahren oder ein EU-weites Verfahren auszuwählen ist, hängt von der Erreichung des Schwellenwertes ab. Wird der Schwellenwert erreicht, wovon bei der Vergabe der Integrierten Versorgung ausgegangen werden muss, so sind die Möglichkeiten der EU-weiten Vergabe zu prüfen.

Im Regelfall ist das offene Verfahren gemäß § 3a Nr. 1 I VOL/A in Verbindung mit § 101 Abs. 2 GWB anzuwenden. Der öffentliche Auftraggeber schaltet zuerst eine europaweite Bekanntmachung im EU-Amtsblatt. Daraufhin können die Interessenten die

⁹⁴ S. LSG Baden-Württemberg Beschluss vom 06.02.2008 Az. L 5 KR 316/08 B.

⁹⁵ Vgl. Goodarzi, J. (2007), S. 635.

⁹⁶ Vgl. AOK-Bundesverband (2007), S. 1.

⁹⁷ Vgl. König, J. (2006), S. 115.

⁹⁸ S. Verdingungsordnung für Leistungen - Teil A vom 06.04.2006 (Bundesanzeiger Jg. 58, Nr. 100).

⁹⁹ S. Vergabeverordnung vom 09.01.2001 (BGBl. I 2001, S. 110).

Verdingungsunterlagen von der Krankenkasse anfordern und ihr Angebot in der vorgesehenen Frist abgeben. Nachverhandlungen über Preis und Inhalt sind unzulässig.¹⁰⁰

Das nichtoffene Verfahren ist dadurch gekennzeichnet, dass im Gegensatz zum offenen Verfahren der Teilnehmerkreis durch einen vorgeschalteten Teilnahmewettbewerb eingegrenzt wird. Die geeigneten Teilnehmer werden zur Abgabe eines Angebotes aufgefordert. Der nachstehende Verlauf entspricht dem offenen Verfahren. Das nichtoffene Verfahren ist nach § 3 Nr. 3 VOL/A nur dann zugelassen, wenn die Leistung in ihrer Eigenart nur von einem beschränkten Kreis von Unternehmen in geeigneter Weise ausgeführt werden kann und für die besonders außergewöhnliche Fachkunde, Leistungsfähigkeit oder Zuverlässigkeit erforderlich sind. Die Ausnahmeregelung trifft ebenfalls zu, wenn die öffentliche Ausschreibung für den Auftraggeber oder die Bewerber einen Aufwand verursachen würde, der zu dem erreichbaren Vorteil oder dem Wert der Leistung nicht im angemessenen Verhältnis steht. Ein weiterer Ausnahmetatbestand liegt vor, wenn eine öffentliche Ausschreibung zu keinem annehmbaren Ergebnis geführt hat oder die öffentliche Ausschreibung aus anderen Gründen, z.B. Dringlichkeit, Geheimhaltung, nicht sinnvoll ist. Für die Integrierte Versorgung kann kein Ausnahmetatbestand generell bejaht werden.

Das Verhandlungsverfahren ist nur unter engen Voraussetzungen zulässig.¹⁰¹ Der Ablauf dieses Verfahrens ist mit dem der sogenannten Freihändigen Vergabe für Verfahren unterhalb der Schwellengrenze vergleichbar. Die Zulässigkeit der Freihändigen Vergabe ist nach § 3 Nr. 4 VOL/A gegeben, wenn für die Leistung aus besonderen Gründen (z.B. besondere Erfahrung, Zuverlässigkeit, Einrichtungen oder bestimmte Ausführungsarten) nur ein Unternehmen in Betracht kommt. Ebenso liegt Zulässigkeit vor, wenn die Leistung nach Art und Umfang vor der Vergabe nicht insoweit eindeutig und erschöpfend beschrieben werden kann, dass hinreichend vergleichbare Angebote erwartet werden können. Ein Ausnahmetatbestand liegt weiter vor, wenn die Leistung besonders dringlich oder es aus Gründen der Geheimhaltung erforderlich ist. Das Verhandlungsverfahren ist auch dann zulässig, wenn bereits eine öffentliche oder beschränkte Ausschreibung in die Wege geleitet oder diese aufgehoben wurde, aber eine erneute Ausschreibung kein annehmbares Ergebnis verspricht. An dieser Stelle wurden nur die Ausnahmetatbestände aufgeführt, die theoretisch möglich sind, jedoch kann für die Integrierte Versorgung auch hier kein grundsätzlicher Ausnahmetatbestand ermittelt werden. Das offene Verfahren müsste demnach für die Ermittlung der Leistungserbringer gewählt werden.

Bislang in der Literatur kaum beachtet sind die persönlichen Eigenschaften der Leistungserbringer. Da in der Regel in der Integrierten Versorgung die Leistungen von Ärzten erbracht werden und diese freiberuflich tätig sind, ist die Anwendung der VOF (Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen) möglich. Für die Freiberuflichkeit wird vorausgesetzt, dass es sich um eine selbständige Tätigkeit höherer Art auf der Grundlage

¹⁰⁰ Vgl. Goodarzi, J. (2007), S. 636.

¹⁰¹ Vgl. ebd., S. 636.

besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung handelt, die persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig erbracht wird.¹⁰² Die von den Krankenkassen nachgefragten geistig schöpferischen und planerischen Dienstleistungen der Integrierten Versorgungskonzepte werden kaum im Voraus eindeutig und erschöpfend beschrieben werden können. Daraus folgt, dass die Vorschriften über das offene oder nichtoffene Verfahren der VOL/A nicht in Betracht kommen würden. Hingegen sieht die Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen als Vergabeverfahren das Verhandlungsverfahren nach § 5 VOF vor. Dieses Verfahren würde die Vergabe der Integrierten Versorgung stark vereinfachen und Verhandlungen über Preis und Art der Leistung ermöglichen. Entscheidend für diese Vorgehensweise ist, dass es sich um eine sogenannte nicht prioritäre Dienstleistung des Anhang I B der VOF beziehungsweise Anhang II B der Richtlinie 2004/18/EG handelt. Ein formales Verfahren ist für die Vergabe dieser nicht prioritären Dienstleistungen nicht vorgeschrieben.¹⁰³ So muss beispielsweise kein förmliches Ausschreibungsverfahren durchgeführt oder die beabsichtigte Beschaffung integrierter Versorgungsleistungen europaweit bekannt gegeben werden. Es sind jedoch in jedem Fall die Grundsätze der Transparenz, der Nichtdiskriminierung und des Wettbewerbs zu beachten. Hintergrund für diesen eingeschränkten Vergabecharakter dieser Dienstleistungen nach Anhang I B VOF ist, dass diese Dienstleistungen keine grenzüberschreitende Bedeutung haben, die ein umfassendes EU-Ausschreibungsverfahren rechtfertigen. Das hier beschriebene Vergabeverfahren beschränkt sich auf die Regelungen des § 13 VgV. Hiernach hat der Auftraggeber lediglich die Bieter spätestens 14 Kalendertage vor Zuschlagserteilung über die beabsichtigte Vergabe an den erfolgreichen Bieter zu informieren. Der Name des erfolgreichen Bieters und die Gründe für die Nichterteilung sind darzulegen.

Eine weitere hier bislang nicht erörterte Vertragsoption ist der Abschluss von Rahmenverträgen in der Integrierten Versorgung. In Anlehnung an Artikel 32 der Vergabekoordinierungsrichtlinie 2004/18/EG versteht man unter Rahmenvereinbarungen Verträge mit einem oder mehreren Unternehmen, in denen die Bedingungen für die Einzelaufträge (insbesondere Preis und Menge) festgelegt werden, die im Laufe eines bestimmten Zeitraums zu erbringen sind. Die Richtlinie setzt weiter voraus, dass es sich um einen geschlossenen Teilnehmerkreis handelt.¹⁰⁴ Die Auftraggeber ersparen sich bei der Vergabe von Leistungen als Rahmenvereinbarungen aufwändige Einzelausschreibungen und erhalten Effizienzvorteile durch gebündelte Beschaffung. Die beschriebenen Voraussetzungen wären dann erfüllt, wenn die Verträge zur Integrierten Versorgung nicht mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen würden, sondern beispielsweise mit einem Berufsverband. Regionale Gemeinschaften von Leistungserbringern, die die vertraglich vereinbarten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, können dem Rahmenvertrag ohne gesondertes Vergabeverfahren beitreten. Die Vorteile überwiegen, da die Krankenkassen

¹⁰² Vgl. Gabriel, M. (2007), S. 350.

¹⁰³ Vgl. ebd., S. 351.

¹⁰⁴ Vgl. Gabriel, M. (2007) S. 349.

nur einmal den langwierigen Prozess der Vertragsgestaltung und der Leistungskalkulation durchlaufen müssen. Die Leistungserbringer können sich mit geringem Aufwand dem Vertrag anschließen, Vertragsmodifikationen und notwendige Nachverhandlungen können mit der professionellen Unterstützung der Verbände leichter vorgenommen werden. Alle Qualitätsvoraussetzungen und fachlichen Eignungen könnten in einem solchen Vertrag festgeschrieben werden. Der Verband übernimmt die Überprüfung der Zugangsvoraussetzung seiner Mitglieder. Ein weiterer Vorteil dieser Vertragsoption ist die höhere Akzeptanz bei den Leistungserbringern, weil hier der eigene Berufsverband involviert ist. Auch die Vermarktung der Verträge ist unter Einbezug der Verbände deutlich erleichtert. Eine flächendeckende Versorgung kann so am effektivsten umgesetzt werden, was für die Versichertenversorgung vor Ort von entscheidender Bedeutung ist. Die Verpflichtung, ein formales Vergabeverfahren einzuleiten, wird jedoch durch die Option des Rahmenvertrages nicht tangiert. Der Abschluss von Rahmenverträgen mit Verbänden wird nach Abwägung der Vor- und Nachteile als Handlungsempfehlung favorisiert.

Da die Verträge zur Integrierten Versorgung keine einheitliche Vertragsstruktur aufweisen, ist eine Prüfung im Einzelfall unabdingbar. Die Krankenkassen sollten allein auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebots des SGB V um eine wirtschaftliche Vergabe der Aufträge und Auswahl der Vertragspartner bemüht sein. Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs sind für die Beurteilung der vergaberechtlichen Voraussetzungen essenziell und müssen deshalb ständig verfolgt werden. Eine Fehleinschätzung der Rechtslage hätte bei den zu erwartenden Auftragsvolumina fatale Folgen. Eine Anfechtung der zu schließenden Verträge beziehungsweise ein zeit- und kostenintensives kartell- oder wettbewerbsrechtliches Nachprüfverfahren sollte unbedingt vermieden werden, zumal während der Dauer eines Nachprüfverfahrens das Zuschlagsverbot gilt. Den Kostenträgern gingen so sämtliche Einsparpotentiale für die Dauer des Verfahrens verloren.

2.4 Organisation und Kommunikation der Integrationsnetze

„Dem in der Integrierten Versorgung erhobenen Anspruch einer funktionsübergreifenden, patientenorientierten und rationalen Versorgung über das gesamte Kontinuum an Gesundheitsleistungen zur Behandlung einer Indikation oder einer Versorgungsregion kann nur durch Zusammenarbeit der Leistungsanbieter entsprochen werden.“¹⁰⁵ Deshalb müssen die ausgewählten Vertragspartner der Integrierten Versorgung vor Aufnahme der Netzarbeit Strukturen der Organisation und Kommunikation schaffen, um eine transsektorale Versorgung effizient umzusetzen. Ebenso haben die Partner eines integrativen Leistungsvertrages die Aufgabenverteilung, die hiermit im Zusammenhang stehende Vergütung sowie die Haftungsverhältnisse untereinander zu regeln. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen

¹⁰⁵ Mühlbacher, A. et al. (2000), S. 595 f.

Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Des Weiteren muss eine am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, sichergestellt sein.¹⁰⁶ Das Spektrum der Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung reicht von der verbindlichen Vereinbarung zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer, gemeinsamen Behandlungsstandards und einer gemeinsamen elektronisch gestützten Kommunikationsplattform bis hin zu einem alle Leistungsanbieter zusammenfassenden Unternehmen mit einer Trägerschaft.¹⁰⁷ Maßgeblich ist die Wahl der Organisationsform. Das SGB sieht als Partner der Integrierten Versorgung Zusammenschlüsse einzelner Ärzte, Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie medizinische Versorgungszentren und deren Gemeinschaften vor. Eine Einschränkung der Organisationsform besteht grundsätzlich nicht. Die Haftung für etwaige Behandlungsfehler kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Demnach stehen sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereinen.¹⁰⁸ Um gezielt Synergieeffekte zu nutzen und Wirtschaftlichkeitsreserven in der Praxis- und Krankenhausorganisation zu heben, können Managementgesellschaften als eine Art Trägerschaft oder Holding gegründet werden. Die Managementgesellschaft ist in diesem Fall der virtuelle Zusammenschluss rechtlich selbständiger Einzelpraxen und Krankenhäuser mit zentraler Steuerung und dezentraler Ausführung. Dies dient der zentralen Informations- und Datenverwaltung, der professionellen Verhandlung mit den Kostenträgern, der Vereinfachung der Abrechnung der erbrachten Leistungen sowie der Übertragung des Finanzmanagements für Budget- und Honorarverteilung. In der Führung der Managementgesellschaft werden die medizinische und die betriebswirtschaftliche Leitung zusammengeführt. Dabei kommen der medizinischen Leitung folgende Aufgaben zu:

- Koordination des Leistungsprozesses
- Sicherstellung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern
- Definition der Dokumentationsparameter
- medizinisches Qualitätsmanagement im Rahmen turnusmäßiger Audits
- Organisation von Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätszirkeln
- Schnittstelle zur Ärztekammer, zu den Berufsverbänden und zum Beirat
- Verhandlungen mit Pharmaunternehmen für einen gemeinsamen Einkauf der Medizinprodukte
- Definition der geforderten Leistung für externe Kooperationspartner
- Veröffentlichung von Publikationen über medizinische Erfolge des Netzwerks

¹⁰⁶ S. § 140b Abs. 3 Satz 3 (BGBl. I, S. 2495) SGB V (2009).

¹⁰⁷ Vgl. Bundesverband Managed Care e.V. (2003), S. 2.

¹⁰⁸ Vgl. Bundesverband Managed Care e.V. (2003), S. 3.

- Konzipierung der medizinischen Evaluationsinhalte

Hingegen übernimmt die betriebswirtschaftliche Leitung die Aufgaben:

- Verhandlung der Budgets mit den Kostenträgern
- Analyse der Morbidität der Patientenklientel zur Berechnung der Kopfpauschalen
- Abrechnung und Verteilung der Honorare
- Controlling der ökonomischen Aspekte für die Leistungserbringer und den Beirat
- Zusammenführung der Datenbestände der Einzelpraxen und Erstellung einer einheitlichen Patientenverwaltung und Dokumentationssoftware
- Bereitstellung einer Kommunikationsplattform für die Leistungserbringer
- Schnittstelle zu Krankenhausträgerschaften, zu den Kostenträgern, zur Politik, zu Aufsichtsbehörden und zur Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
- Konzipierung der ökonomischen Evaluationsinhalte

Für die Mediziner ergeben sich entscheidende Vorteile. Der Patient wird durch den gesamten Leistungsprozess auf der kosteneffektivsten Behandlungsstufe versorgt. Alle administrativen Aufgaben werden an die Managementgesellschaft übertragen, so dass mehr Freiräume für die Konzentration auf den Medizinbetrieb entstehen. Ein professionelles und betriebswirtschaftlich orientiertes Netzwerkmanagement verfügt über die nötige Erfahrung und benötigte Arbeitszeit, die bei den Leistungserbringern meist nicht hinreichend vorhanden ist.¹⁰⁹ Eine Unterstützung der Managementgesellschaften durch Fachpersonal mit betriebswirtschaftlicher Ausbildung, welches die Abrechnung, das Controlling und die Budgetverteilung innerhalb des Netzes übernimmt, könnte zu Beginn durch die beteiligten Krankenkassen gestellt werden. Mittels des Eingriffes in die Wertschöpfungskette durch die Krankenkassen in Anlehnung an das Konzept des Supply-Chain-Managements können zukünftige Erfolge durch aktive Prozesssteuerung gesichert werden. Die Investitions- und Betriebskosten der Managementgesellschaft sollten durch einen prozentualen Abzug der Zusatzvergütung der Netzärzte sowie durch anteilige Beteiligung der Kostenträger finanziert werden. Als wirtschaftlichen Anreiz für eine effektive und effiziente Leistungserbringung kann den Managementgesellschaften ein Budget für die Sicherstellung der Versorgung übertragen werden. Die Managementgesellschaft ist am Verlustrisiko begrenzt beteiligt. Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung könnten anteilmäßig an die Leistungserbringer und die beteiligten Krankenkassen ausgeschüttet werden.

¹⁰⁹ Vgl. Dreykluft, H. (2000), S. 599.

2.4.1 Vertretung der Integrationsnetze

Neben der internen Organisation des Behandlungsnetzes ist auch die Vertretung nach außen zu regeln. In den Pilotnetzen wurde ein Beirat gegründet, der sowohl über Beitritte weiterer Leistungserbringer und Krankenkassen entscheidet als auch das Netz nach außen repräsentiert. Als beschlussfassendes Gremium stellt der Beirat die Entscheidungsinstanz des Netzes dar. Der Beirat hat insbesondere über Fragen des Leistungsumfanges, der Qualität, der Vereinbarauslegung und der Vertragsweiterentwicklung, der Vergütung, der Dokumentation sowie der ökonomischen und medizinischen Entwicklung des integrierten Versorgungsnetzes zu beraten. Weitere Aufgaben sind die Definition von Kennzahlen, die Information der Vertragspartner und die Überprüfung des Versorgungsauftrages. Der Beirat ist paritätisch mit Leistungserbringern und Kostenträgern besetzt. Der Vorsitz des Beirates wechselt halbjährlich zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern.

Bei einer flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung stellt sich nun für die Kostenträger die Frage, ob je Region ein eigener Netzbeirat gegründet werden oder ein Gesamtbeirat für alle Netze der entsprechenden Indikation zuständig sein soll. Vorteil einer regionalen Vertretung der Leistungserbringer ist das direkte Mitspracherecht. Dies trägt dazu bei, dass die vertraglichen Vereinbarungen mit Leben gefüllt werden und die Motivation der Leistungserbringer steigt. Das Wissen der einzelnen Netzteilnehmer kann für alle Teilnetze genutzt werden. Die Gefahr von regional begrenzten Beiräten ist jedoch, dass Informationsasymmetrien entstehen und die Netze sich unterschiedlich entwickeln. Bei abweichenden Vereinbarungen in den Netzbeiräten könnte schnell Unmut entstehen, wenn vermeintlich positivere Regelungen in einer anderen Region vereinbart werden. Der administrative Aufwand, einen eigenen Beirat je Netzregion zu etablieren, wäre immens. Die Kosten für Information und Kontrolle würden steigen.¹¹⁰ Entscheidungen, die für alle Teilnetze gleichermaßen getroffen würden, bedürften eines langwierigen Abstimmungsprozesses in jedem Beirat. Der zeitliche Aufwand, alle Regionalbeiräte zu informieren, würde zudem mehr Personal binden, da Rückfragen beantwortet werden beziehungsweise weitergehende Informationen zur Entscheidungsfindung angefordert werden müssten. Ein weiterer Nachteil wäre es, dass dezentrale Entscheidungen miteinander unvereinbar sein könnten, wodurch eine Inkonsistenz der Teilentscheidungen entstehen könnte. Doch auch ein zentraler Gesamtbeirat birgt Nachteile. So ist mit Informationsverlusten bei der Weitergabe an den Gesamtbeirat zu rechnen. Die Belastung für die Beiratsmitglieder, die alle Regionen gemeinsam vertreten, ist groß. Die Koordination und Vorbereitung der Entscheidung für den Beirat ist aufwendig und bedarf technischer Unterstützung. Problematisch ist zudem, wenn unter den zu vertretenden Leistungserbringern kein einheitliches Votum entsteht. Vertragspartner, deren Interessen unberücksichtigt bleiben, werden demotiviert. Mangelnde Detailkenntnisse aus den einzelnen Regionen können zu Fehlentscheidungen führen.

¹¹⁰ Vgl. Bea, F.X., Göbel, E. (2002), S. 145.

Die Vorteile eines Gesamtbeirates überwiegen jedoch. Durch eine einstufige Entscheidungsinstanz können Beschlüsse rascher gefasst werden, was eine höhere Flexibilität zur Folge hat. Die Kosten und der zeitliche Aufwand eine Entscheidung herbeizuführen, sind um ein Vielfaches geringer als bei zahlreichen Regionalbeiräten. Zudem werden Entscheidungen einheitlich in allen Netzen gleichermaßen umgesetzt. Im Vorfeld zu einer Sitzung des Gesamtbeirates empfiehlt sich eine getrennte Vorbesprechung der Leistungsanbieter und Kostenträger. Durch den vorgeschalteten Abstimmungsprozess unter den regionalen Leistungserbringern und Kostenträgern entsteht eine sachliche Diskussion und kreative Lösungsansätze können gesammelt werden. Diese Sitzung kann gesondert nach ambulantem und stationärem Sektor erfolgen. In dieser Vorbesprechung sollten Kennzahlen und Tagesordnungspunkte besprochen und abgestimmt werden. Die Netzärzte je Versorgungsregion bestimmen einen Obmann, der sie in der Vorbesprechung der Leistungserbringer für den Gesamtbeirat vertritt. Diese Netzbetreuer erhalten für ihre Tätigkeit einen festzulegenden prozentualen Betrag der Einkünfte der übrigen Teilnehmer aus der Integrierten Versorgung. Das Protokoll der Sitzung muss allen Beteiligten durch die Netzbetreuer unverzüglich (möglichst elektronisch) zugänglich gemacht werden, damit alle Beteiligten Kenntnisse über die Beschlüsse und Neuerungen erhalten. Weiter gehören zu den Aufgaben des Obmanns für das Versorgungsnetz die Abstimmung der Termine, die Beantragung der Akkreditierung der Qualitätszirkel als Fortbildungsveranstaltung bei der Ärztekammer sowie das Führen der Teilnehmerlisten und die Abstimmung der Referenten.

Sollten die Leistungserbringer durch Berufsverbände oder Managementgesellschaften vertreten werden, ist der administrative Aufwand für die Leistungserbringer gering und eine Professionalität der Vertretung im Beirat gegeben. Durch die Konzentration auf einen Beirat können Kompetenzen eindeutig abgegrenzt und zugeordnet werden. Die Definition der Kompetenzen sollte im Einklang mit allen Vertretenden vorgenommen werden, um Nachverhandlungen Einzelner auszuschließen. Nach Abwägung der vorgetragenen Vor- und Nachteile kann eine Empfehlung für einen zentralen Gesamtbeirat für alle Teilnetze einer Indikation ausgesprochen werden.

2.4.2 Kommunikation und Informationstransfer

Neben der Organisationsstruktur und der Vertretung der Integrationsnetze ist ein weiterer Aspekt die Kommunikation und der Informationstransfer innerhalb des Netzes. Für die Kostenträger ist die Kommunikationssicherstellung der Kernerfolgswertfaktor, um die gesetzten Ziele der Integrierten Versorgung erreichen zu können. „Je besser der behandelnde Arzt über Diagnoseergebnisse und den Therapiestatus seines Patienten informiert ist, desto besser kann er seine Behandlung auf die medizinischen Erfordernisse abstimmen.“¹¹¹ Befunde, Therapieangaben und weitere notwendige medizinische Informationen sollten jederzeit dort abrufbar sein, wo sie benötigt werden. Die Behandlungsdaten

¹¹¹ Bundesministerium für Gesundheit, Stand: 29.03.2008.

müssen von Arzt zu Arzt über die Sektorengrenzen hinweg ausgetauscht werden können. Erst durch die gemeinsame Nutzung der Behandlungsdaten kann ein Therapieplan für den einzelnen Patienten konsequent verfolgt werden und eine zielgerichtete Überweisung ohne Auftreten von Mehrfachuntersuchungen erfolgen. Voraussetzung dafür sind einheitliche Regelungen zur Dokumentation sowie die Konfluenz der Patientendaten der am Netzwerk beteiligten Leistungserbringer sowie eine einheitliche Informationsinfrastruktur. Die Diagnose, die Begleiterkrankungen, die einzunehmenden Arzneimittel, die Behandlungshistorie mit Untersuchungsergebnissen, der Therapiefad und die Informationen über das soziale Umfeld des Patienten müssen verschmelzen. Dabei wird die Behandlung als Work-flow dargestellt. Diese Funktion könnte eine elektronische Patientenakte übernehmen.

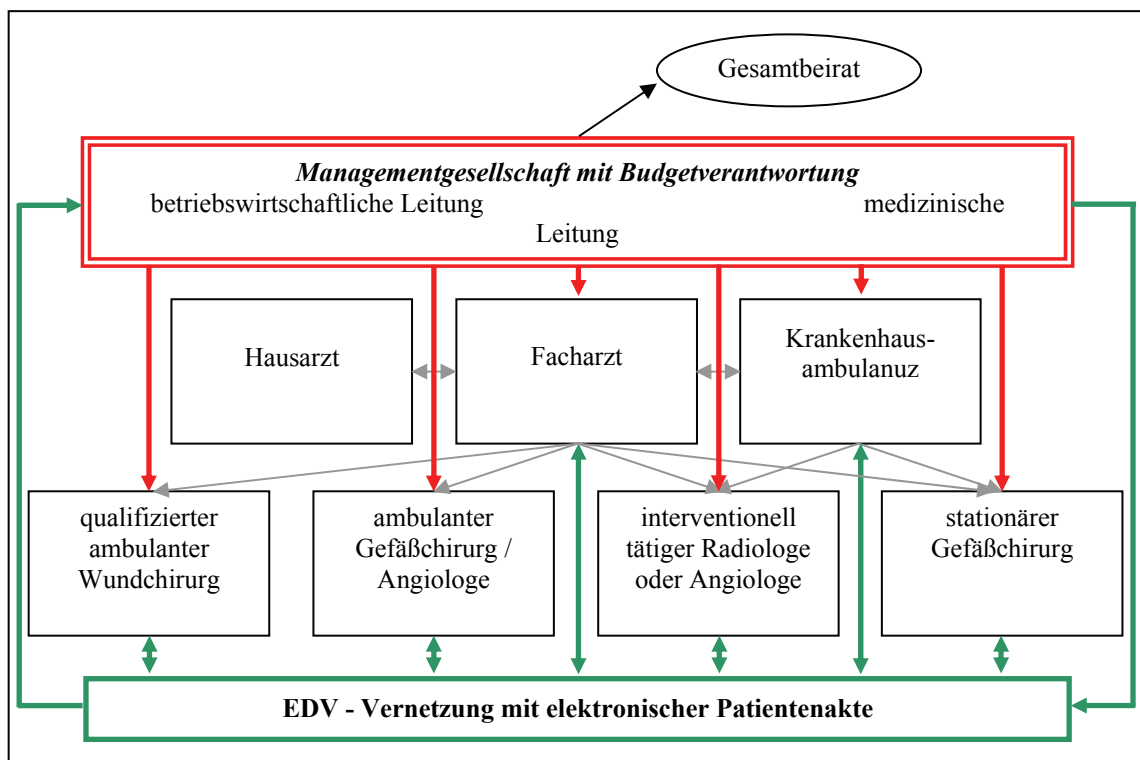


Abbildung 6: Beispiel transsektoral vernetzter Versorgung mit gemeinsamer EDV

Mit der elektronischen Patientenakte würden zeitraubende Überleitungsberichte entfallen und eine vernetzte Versorgung von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen sowie Fach- und Hausärzten könnte flächendeckend umgesetzt werden.

Die Informationsinfrastruktur, welche in einem Versorgungsnetz etabliert werden sollte, übernimmt dabei folgende Aufgaben¹¹²:

- Vernetzung mehrerer Leistungsanbieter, die am Wertschöpfungsprozess beteiligt, jedoch räumlich oder zeitlich getrennt sind.

¹¹² Vgl. Picot, A., Reichwald, R. (1994), S. 549 ff.

- Unterstützt eine schnelle und kostengünstige Kommunikation.
- Bereitstellung von Steuerungsinformationen für das Management des Netzwerkes zur Verbesserung der Leistungsprozesse.

Weitere Anforderungen, die an eine gemeinsam genutzte EDV gestellt werden, sind eine einfache Bedienbarkeit sowie adäquate Investitions- und Betriebskosten. Eine gemeinsame EDV führt in der Praxis jedoch zu Problemen, da die Leistungserbringer mit unterschiedlichen Softwaresystemen und Hardware von unterschiedlichen Anbietern arbeiten.¹¹³

Grundvoraussetzung für den elektronischen Austausch der Patientendaten ist die Einhaltung des Datenschutzes. Hier könnte auf bereits bestehende Technologien zurückgegriffen werden, die den geforderten Sicherheitsstandard erfüllen. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bietet beispielsweise das System D2D („Doctor to Doctor“) an.¹¹⁴ Dieses System ist eine Ergänzung zur Praxissoftware und kompatibel zu den KIS (Krankenhausinformationssystemen). Hier werden mit Hilfe einer ISDN-Leitung die Daten von Leistungserbringer zu Leistungserbringer transferiert. Eine risikoreiche Übermittlung der sensiblen Daten über das Internet ist somit nicht nötig. Alle Daten werden während der Übertragung und Speicherung auf einem speziell geschützten Server kryptographisch verschlüsselt und können nur vom autorisierten Empfänger entschlüsselt werden. Durch zusätzliche Transport-Signaturen werden die Unversehrtheit und Authentizität der Daten sichergestellt.¹¹⁵ Durch die Nutzung einer bereits bestehenden Anwendung entfallen eine aufwändige und kostenträchtige Programmierung und die Zulassung durch die Datenschutzbeauftragten. Ein weiterer Vorteil für die Leistungserbringer sind die geringen Investitionskosten für ISDN-Router und Software.

Neben der Organisation und Kommunikation der Leistungserbringer müssen bei einer flächendeckenden Integrierten Versorgung auch die Kostenträger ihre Strukturen an die neuen Paradigmen anpassen. Die nötige Organisation zur Erstellung und Weiterentwicklung der Verträge sowie der Betreuung der Netze sind mit Einführung der Integrierten Versorgung historisch gewachsen und haben sich bislang bewährt. Dennoch ist zum Zeitpunkt, in dem die regionalen Netze in eine flächendeckende Versorgung transformiert werden sollen, eine Reorganisation der internen Abläufe notwendig. Die strikte Sektorentrennung im Gesundheitssystem findet sich in der internen Organisation der Krankenkassen spiegelbildlich wider. Doch die Integrierte Versorgung verbindet im Idealfall all diese Aufgabenbereiche, so dass eine Trennung eine zielorientierte Umsetzung behindert. Auch hier empfiehlt es sich, erprobte Modelle aus der Betriebswirtschaft zu übernehmen. Hilfestellung bietet dabei das Business-Process-Reengineering. Jedes Netz, welches flächendeckend umgesetzt werden soll, bildet dabei einen eigenen Business-Process. Homogene Netze werden zusammengefasst und eine

¹¹³ Vgl. Kissinger, K., Borchardt, S. (1996), S.22.

¹¹⁴ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Stand 08.03.2008.

¹¹⁵ Vgl. ebd., Stand 08.03.2008.

einheitliche Vorgehensweise konzipiert. In der Umsetzung wird vom gewünschten Resultat (funktionierende flächendeckende Netze) der vollständige Wertschöpfungsprozess rückwärts betrachtet. Alle Arbeitsschritte und die daran beteiligten Mitarbeiter und Organisationseinheiten werden identifiziert. Losgelöst von der bisherigen Organisation werden anhand des Prozesses neue Arbeitsstrukturen gebildet und alle Ressourcen des Unternehmens neu geordnet, deren Ausrichtung der optimale Prozessablauf ist.¹¹⁶ Das bedeutet nicht, dass die bis dato gewählte Vorgehensweise schlecht war. Deshalb sollte eine Analyse der bisherigen Prozessabwicklung durchgeführt werden, um etablierte „Best-Practices-Modelle“, die ihre Wertschöpfung unter Beweis gestellt haben, zu bewahren.¹¹⁷ Bei der Prozessanalyse sollte besonders auf Redundanzen geachtet werden, die sich in die gewachsene Unternehmensstruktur eingeschlichen haben. Der Gesamtprozess wird dabei in Teilprozesse, sogenannte Elementarprozesse, zerlegt und optimal wieder zusammengesetzt. Dabei unterliegen alle Einzelschritte einem qualitativen Anspruch, der durch definierte Kennzahlen nachgewiesen wird. Jedes auszudehnende Netz und damit jeder Business-Process, benötigt einen Administrator als Prozessverantwortlichen. „Der Prozessverantwortliche ist für die Prozessgestaltung, ihre schriftliche Fixierung und die Schulung der Prozessbeteiligten in Struktur und Ablauf zuständig.“¹¹⁸ Da man die Umsetzung der Integrierten Versorgung nicht isoliert betrachten und alle internen Prozesse ausschließlich auf die Bedürfnisse dieses Segments zuschneiden kann, ist eine Umsetzung in Form eines Business-Process-Reengineering zwar wünschenswert aber kaum umzusetzen. Deshalb könnte die Implementierung eines Patensystems die nötige interne Vernetzung verbessern, ohne die Organisation für andere Aufgabenbereiche gänzlich zu verändern. Hierbei wird aus jedem betroffenen Geschäftsbereich ein Mitarbeiter Pate über ein Netz der Integrierten Versorgung und damit Ansprechpartner für die Steuerungsgruppe. Jegliche Veränderungen, die sich auf die Integrierte Versorgung auswirken könnten, beziehungsweise alle Absprachen aus der Integrierten Versorgung, die Auswirkungen auf andere Geschäftsbereiche haben, werden zwischen dem Netzbetreuer und dem Paten ausgetauscht. So entsteht eine vernetzte Kommunikation einzelner Geschäftsbereiche. Genau wie auf der ärztlichen Seite ist auch auf Seiten der Kostenträger eine EDV-gestützte Patientenverwaltung notwendig. Die Versicherten, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen, müssen die transsektoralkoordinierte Behandlung als besondere Leistung ihrer Krankenkasse erleben, damit ein Wettbewerbsvorteil daraus erwächst. Das bedeutet, dass die Versicherten die Verbindung zwischen der ärztlichen Versorgung und ihrer Krankenkasse erkennen. Eine Zuordnung der abgerechneten Leistungen zum entsprechenden Versorgungsnetz wird durch Pseudo-Abrechnungsziffern, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden, sichergestellt. Die Betreuung der Versicherten vor Ort sollte durch die regionalen Vertretungen der Krankenkassen gewährleistet werden. Diese können zudem innerhalb ihres Einzugsgebietes die Akquise der Ärzte für die Versorgungsnetze übernehmen und

¹¹⁶ Vgl. Buchner, D. et al. (2001), S. 191.

¹¹⁷ Vgl. ebd., S. 207.

¹¹⁸ Buchner, D. et al. (2001), S. 220.

bei auftretenden Problemen das Bindeglied zwischen Versorgungsnetz und Gesamtbeirat darstellen. Voraussetzung dafür ist, dass die Regionalvertretungen in den Prozess der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung frühzeitig mit einbezogen werden.

2.5 Wissenstransfer an neue Netzteilnehmer

Eines der wichtigsten Elemente im Prozess einer flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung ist, die ausgewählten neu hinzutretenden Leistungserbringer in die Lage zu versetzen, die Behandlung nach Maßgabe der gegebenen Leitlinien und gesetzten Ziele durchzuführen. Hierbei ist zwischen der ärztlichen Fortbildung und der Befähigung des Praxispersonals zu differenzieren.

2.5.1 Fortbildung des ärztlichen Personals

Durch die flächendeckende Ausweitung des Versorgungsnetzes werden neue Qualitätszirkel in jeder Versorgungsregion entstehen. Diese neuen Qualitätszirkel sollten die gleichen Aufgaben wie der ursprüngliche Zirkel übernehmen. Damit dies möglich ist, sollten die Zirkel anfänglich durch jeweils einen Teilnehmer der Pilotregion als Multiplikator unterstützt werden. Die Einbindung der Hausärzte erfolgt ebenfalls über Qualitätszirkel, in denen in regelmäßigen Abständen zur Indikationsthematik referiert wird. Die Qualitätszirkel erfüllen nach diesem Verständnis nicht nur die Funktion der Wissensgenerierung, sondern insbesondere auch die Funktion des Wissenstransfers.

Dabei läuft der Wissenstransfer auf zwei Ebenen ab. Zunächst wird neues Wissen innerhalb des Qualitätszirkels durch kollektive Lernprozesse auf alle Mitglieder übertragen. Im zweiten Schritt wird das neue Wissen an die übrigen Netzangehörigen vermittelt.¹¹⁹

2.5.2 Fortbildung des nicht ärztlichen Personals

Weitaus schwieriger gestaltet sich der Prozess, dem Praxispersonal die Inhalte der Integrierten Versorgung zu vermitteln. Dies ist auf mangelnde Fortbildungsstrukturen zurückzuführen. Qualitätszirkel auf Ebene des Praxispersonals bilden die Ausnahme. Ein Rückgriff auf die vorhandenen Strukturen, wie es bei der ärztlichen Fortbildung praktiziert wird, ist demnach hier nicht möglich. Dennoch besteht bei der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung ein hoher Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen für das Praxispersonal. Die Belastung für das Personal wird durch zusätzliche Aufgaben, die es innerhalb der integrierten Versorgung übernimmt, weiter steigen. Die Aufgaben im

¹¹⁹ Vgl. Haun, M. (2007), S. 215.

Fälle der medizinischen Leistungen stellen ein Job enrichment¹²⁰ und im Falle der administrativen Aufgaben ein Job enlargement¹²¹ dar, welche neben den herkömmlichen Praxisaufgaben zu leisten sind.

Von der Information zum Wissen gelangt der Einzelne erst dann, wenn vorhandene Informationen auch nutzbar und sinnvoll verfügbar gemacht werden. Hier ist auf eine möglichst praktische Wissensvermittlung im Praxisalltag zu achten. Dies könnte durch „Training on the Job“ durch den Arzt durchgeführt werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Transfer von Handlungswissen, indem die auszuführende Arbeit vor- und anschließend nachgemacht wird.¹²² Eine Internalisierung wird erst durch Nachahmen und Üben zu praktischem Wissen und Können. Zusätzliche Informationen und Hilfestellungen müssen bei Bedarf abrufbar sein. Durch eine Erweiterung der Praxis- oder Dokumentationssoftware um „Electronic-Learning-Module“, können Fragestellungen des Praxispersonals in dem Moment beantwortet werden, wenn sie entstehen. Die Reduktion von Verzögerungen bei der Umsetzung der gestellten Aufgaben hat zweifellos auch ökonomische Vorteile. So können Problemstellungen auch in Abwesenheit des Arztes gelöst werden. Durch Simulationen können Inhalte anschaulich gemacht werden, was die Wissensvermittlung in den Arbeitsprozess integriert. Zudem können durch „Electronic-Learning-Module“ Fragestellungen, die bisher nicht thematisiert wurden, aufgenommen und allen Netzteilnehmern gleichzeitig zur Verfügung gestellt werden. Ein weiterer Vorteil entsteht bei Fluktuation des Praxispersonals. Informationen gehen nicht verloren, sondern stehen dem Nachfolger gleichermaßen zur Verfügung. E-Learning wird die Präsenzvermittlung nicht ersetzen, sondern stellt eine Unterstützung im Praxisalltag dar. Die Rahmenbedingungen für eine zügige Befähigung des Praxispersonals sind in Anbetracht der Arbeitsbelastung nicht optimal. Umso wichtiger erscheint es, eine strukturierte und vor allem praxisbezogene Schulung zu konzipieren. Die Ausfallzeiten sollten dabei so gering wie möglich gehalten werden, um die Akzeptanz zu erhöhen.

2.6 Vergütung der Leistungen in der Integrierten Versorgung

Entscheidend für den Erfolg einer flächendeckenden Integrierten Versorgung ist, dass eine aufwandgerechte Vergütung gezahlt wird. Investitionen in neue Konzepte werden nur dann getätigt, wenn sich daraus für die beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger nachhaltige Wettbewerbsvorteile generieren lassen, respektive ein Return-on-Investment realisiert werden kann.¹²³

¹²⁰ Vgl. Definition nach Peterke, J. (2006): Job enrichment ist die Ausweitung der Arbeitsinhalte durch Aufgaben mit höherem Anspruchsgrad und erweiterten Entscheidungsbefugnissen, S. 216 f.

¹²¹ Vgl. Definition nach Peterke, J. (2006): Job enlargement ist die Ausweitung der Arbeitsinhalte durch gleichartige Aufgaben derselben Ausführungsebene, S. 216 f.

¹²² Vgl. Haun, M. (2007), S. 215.

¹²³ Vgl. Amelung, V. et al. (2006), S. 23.

2.6.1 Vergütungsformen

Für die Art der Vergütung ist die Gestaltung des Versorgungsvertrages ausschlaggebend. Grundsätzlich können zwei Versorgungsformen unterschieden werden. Erstens die indikationsbezogene Erweiterung beziehungsweise Neugestaltung der Versorgung, um medizinische und koordinierende Leistungen, die über das Maß der Regelversorgung hinausgehen, und zweitens populationsbezogene integrative Netze mit Vollversorgungsansatz, in denen der Netzverbund für eine definierte Region das gesamte Versorgungsspektrum abdeckt. Diese Unterscheidung wirkt sich unmittelbar auf die Vergütungsform aus. So werden für die indikationsbezogenen Netze alle Regelleistungen über den EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstab) abgebildet und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Alle zusätzlichen Leistungen, die über das Maß der Regelversorgung hinausgehen, sind Bestandteil des Integrationsvertrages und werden unter den Vertragspartnern ausgehandelt. Meist wird als Vergütung eine „Komplexpauschale“ für die erbrachten Leistungen vereinbart. Alle Therapieinhalte des Behandlungspfades werden dabei zu einem Bündel aggregiert und mit den Kosten des durchschnittlichen Ressourceneinsatzes in einer Pauschale abgegolten.¹²⁴ Die Abrechnung erfolgt über Pseudoabrechnungsziffern. Diese werden den Kostenträgern gesondert in Rechnung gestellt und sind nicht Bestandteil der budgetierten ärztlichen Gesamtvergütung. Für die Vergütung der stationären Leistungen kommen die gesetzlichen Regelungen des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetzes), der BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) und des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetzes) zur Anwendung.

Im Falle der Vollversorgung besteht die Besonderheit in der Übernahme finanzieller Verantwortung durch die Leistungserbringer, beispielsweise durch ein kombiniertes Budget oder prospektiv morbiditätsadaptiert berechnete Kopfpauschalen. Die ökonomische Steuerung in der Integrierten Versorgung kommt hier durch finanzielle Anreize für Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Versorgung und begrenzte Beteiligung am Verlustrisiko bei unwirtschaftlicher Versorgung zustande.¹²⁵ Dabei spricht man von „Pay for Performance“, indem der Arzt sein Einkommen durch besonders gute Leistung verbessern kann. Zur Ermittlung der zukünftig zu erwartenden Versorgungskosten, die als Grundlage der Budgetkalkulation populationsbezogener Ansätze der Integrierten Versorgung dienen, reichen die Versichertenmerkmale Alter und Geschlecht nicht aus. Zusätzliche Parameter zum Gesundheitszustand der Versorgungsklientel müssen bei der morbiditätsadjustierten der Kopfpauschalen hinzugezogen werden.¹²⁶ Bei der Kalkulation der Budgets besteht die Gefahr, dass bei einer zu geringen Kopfpauschale eine Selektion der Patienten vorgenommen wird und so notwendige Behandlungen vorenthalten werden oder unnötigerweise Überweisungen an andere Versorgungseinrichtungen erfolgen.¹²⁷

¹²⁴ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 20.

¹²⁵ Vgl. Bundesverband Managed Care e.V. (2003), S. 3.

¹²⁶ Vgl. Wiechmann, M. (2003), S. 172.

¹²⁷ Vgl. Peager, A. (2004), S. 173 f.

2.6.2 Anforderungen an die Vergütung

Für beide Versorgungsformen besteht bei der Vergütung das Problem, dass die Aufwendungen für das jeweilige Versorgungssegment nach ihren Kosten ausgegliedert und dargestellt werden müssen. Eine Vergütungsverhandlung setzt voraus, dass die eigenen Kosten bekannt sind. Dies ist besonders schwierig, da die Leistungserfassung in der Vergangenheit auf Erfassung von funktionalen Leistungen (z.B. Röntgen, Ultraschall, Therapien oder Diagnosen) basierte. Um den eigentlichen Aufwand zu ermitteln, wäre jedoch eine Prozesskostenträgerrechnung nötig. Wesentliches Kennzeichen der Prozesskostenrechnung ist, dass die Kostenstellen (z.B. der Operationsbereich eines Krankenhauses) in den Hintergrund treten und hierfür abteilungs- oder unternehmensübergreifende Prozesse als Größe der Kostenverursachung in den Mittelpunkt der Betrachtung gelangen.¹²⁸ Eine Abrechnung der Leistungen nach EBM spiegelt nicht den konkreten Aufwand wider, der bei einer Kostenermittlung benötigt wird. Hilfestellung könnten die Leitlinien zur Behandlung bieten. Anhand der Leitlinien beziehungsweise Behandlungspfade könnten bewertete und konzentrierte Leistungsprozesse geschaffen werden.¹²⁹ Diese Leistungsprozesse dienen ebenfalls als Basis zur Verteilung der Honorare, da alle Teilleistungen aufgeführt und einem Behandler beziehungsweise einer Versorgungseinrichtung zugeordnet sind.

Für die differierenden Schweregrade einer Erkrankung müssen unterschiedliche Pauschalen berechnet werden, die den Aufwand widerspiegeln. Insbesondere sollte die Vergütung gerecht sein (Praxen oder Ambulanzen, in denen besonders viele schwere Fälle behandelt werden, dürfen nicht benachteiligt sein), die Vergütung sollte die richtigen Anreize bieten (fallbezogene Vergütung über den gesamten Versorgungsprozess hinweg und nicht eine Vergütung pro Kontakt oder Quartal) und die Vergütung sollte justitiabel sein (ein Ausgleich der Vergütung zwischen besonders schweren Fällen sowie leichteren Fällen).¹³⁰ Neben den medizinischen Leistungen ist über die Abgeltung der Investitionskosten für Software und Praxisausstattung gesondert zu beraten.

Ein weiterer Aspekt der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung ist die Inhomogenität der Vergütung der historisch gewachsenen Verträge. So kommt es zurzeit vor, dass eine Praxis, die an zwei oder mehr Integrationsverträgen teilnimmt, für den gleichen Dokumentationsaufwand im ersten eine höhere Vergütung als im zweiten Netz erhält. Dies ist auf das Verhandlungsgeschick der Leistungserbringer und auf mangelnde Absprachen innerhalb der Riege der Kostenträger zurückzuführen. Die Motivation der Leistungserbringer, den schlechter vergüteten Vertrag mit dem gleichen Engagement wie einen Vertrag mit höherer Vergütung voranzutreiben, sei hier in Frage gestellt. Deshalb sind zum Zeitpunkt der Neuauflage und flächendeckenden Umsetzung der Verträge die Vergütungen für artverwandte Leistungen und Dokumentationen anzugleichen.

¹²⁸ Vgl. Drosse, V., Vossebein, U. (2005), S.175.

¹²⁹ Vgl. Melchert, O. (2001), S. 135.

¹³⁰ Vgl. Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V., Stand 29.03.2008.

2.7 Kosten der flächendeckenden Versorgung

Bei der Ermittlung der Gesamtkosten, die im Falle einer flächendeckenden Integrierten Versorgung entstehen würden, sind zwei Kostenbereiche getrennt aufzuzeigen. Zum einen die Einzelkosten, die durch die Leistungserstellung in der Integrierten Versorgung entstehen und direkt einem Kostenträger (Versicherten) zugeordnet werden können, und zum anderen die Gemeinkosten, die im Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der Netze zu erwarten sind und daher für alle Versicherten gleichermaßen entstehen. Weiter ist eine Aufgliederung der entstehenden Kosten nach Leistungserbringer und Krankenkassen vorzunehmen. Indirekte Kosten, wie beispielsweise Einkommensverluste des Versicherten als Folge der Arbeitsunfähigkeit, Produktivitätsausfall als Kenngröße des gesamtwirtschaftlichen Schadens bzw. Mortalität, sind bei dieser Aufstellung auf Grund mangelnder Praktikabilität und Bedeutung für die Krankenversicherung vernachlässigt geblieben.

2.7.1 Kosten der Leistungserbringer

Für Leistungserbringer können folgende Gemeinkostenpositionen aufgeführt werden:

- Fortbildungskosten inkl. Kosten für die Ausfallzeiten
- Praxisausstattung
- Dokumentationssoftware inkl. Support und Updates

Hinzu kommen die laufenden Gemeinkosten für Praxisräume und Nebenkosten, um nur einige aufzuzeigen. Diese Gemeinkosten werden nur unter sehr hohem Aufwand der Integrierten Versorgung zuzurechnen sein. Ein pauschaler Ansatz durch eine gewissenhafte Schätzung der beteiligten Ärzte wird hier zielführend sein. Für die verursachungsgerechte Zuordnung der laufenden Personalkosten auf die behandelten Patienten sind die einzelnen Prozessschritte des Behandlungspfades für das ärztliche und nichtärztliche Praxispersonal getrennt mit Behandlungszeiten zu bemessen. Aus der Summe der Prozessschritte ergibt sich der Gesamtzeitaufwand je Berufsgruppe. Multipliziert man nun den Zeitaufwand mit den entsprechenden Bruttopersonalkosten je Minute, erhält man die zuzurechnenden Personalkosten. Nicht unerheblich sind je nach Indikation neben den Personal- auch die Sachkosten, wie beispielsweise Verbandsmaterial. Dies sind Einzelkosten, die jedem Patienten verursachungsgerecht zugeordnet werden können. Diese Zusammenstellung der Prozesskosten ist für die Ermittlung der durch das Versorgungsnetz entstehenden Gesamtkosten sowie der Vergütung aus der Integrierten Versorgung, unabdingbar.

Im Zusammenhang mit der Kostenermittlung bei einer flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung sind jedoch noch weitere Parameter zu berücksichtigen. Die Fallzahl der zu versorgenden Patientenklientel steht in engem Zusammenhang mit der Amortisation der Investitionskosten. Anreizsysteme zur Steuerung der Patientenströme

werden immer wichtiger, da die Teilnehmerzahlen der Versicherten in der Integrierten Versorgung hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind. Der Aufwand der Integrierten Versorgung lohnt sich nur dann wirtschaftlich, wenn über die Erhöhung der Fallzahlen auf Seiten der Leistungserbringer Skaleneffekte und Effizienzsteigerungen erreicht werden können.¹³¹ Die Attraktivität der Integrierten Versorgung aus Sicht des Patienten generiert sich aus Leistungs-, Qualitäts-, Komfort- und Finanz-Anreizen.¹³² Diese könnten zumindest zum Teil durch Satzungsregelungen der Kostenträger erfüllt werden. Ein Erlass der Praxisgebühr, besondere Ermäßigungen bei Medikamentenzuzahlungen beziehungsweise Hilfsmittelversorgung für die Patienten, die einen Netzarzt aufsuchen, seien an dieser Stelle aufgeführt, reichen jedoch für eine effiziente Patientensteuerung wahrscheinlich nicht aus. Zusätzliche Prämienzahlungen an die Versicherten bei dauerhafter Teilnahme an der Integrierten Versorgung sind prognostizierend erforderlich. Voraussetzung für solche finanziellen Anreize ist jedoch, dass die Integrierte Versorgung neben der Verbesserung der Ergebnisqualität auch Kostenersparnisse in dem Maße nachweist, dass das Ziel, selbsttragende Netze zu generieren, nicht gefährdet wird.

2.7.2 Kosten der Krankenkassen

Die Kosten für die Krankenkassen sind im Vergleich zu den Arztpraxen weitaus schwieriger. Hier entstehen für jedes Netz, welches flächendeckend ausgerollt werden soll, Kosten, die dem jeweiligen Netz direkt zugeordnet werden können. Anzuführen sind hier die intern entstehenden Personalkosten für den Netzbetreuer, der die Vertragsentwicklung vorantreibt und die Betreuung der Leistungserbringer übernimmt. Neben den Personalkosten für den netzbetreuenden Mitarbeiter kommen anteilige Personalgemeinkosten der zuständigen Führungskraft und des Gesamtprozessverantwortlichen hinzu. Ebenso müsste bei einer Bestimmung der Kosten je Integrationsnetz eine anteilige Zurechnung der Gemeinkosten für den Support der Rechtsabteilung, für die Arbeiten anderer Geschäftsbereiche sowie anteilige Kosten der Mitarbeiter in den Regionalvertretungen der Krankenkassen, die für das Netz der Integrierten Versorgung tätig sind, vorgenommen werden. Weitere Gemeinkosten sind die anteilig auf das Integrationsnetz entfallenden Verwaltungskosten.

Durch den originären Leistungsprozess entsteht für die Krankenkassen der größte Kostenblock. Eine exakte Ermittlung der zu erwartenden Kosten bei einer flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, da diese Kosten mit der Anzahl der auszurollenden Netze und der zu erwartenden Leistungsfälle korrelieren. Zur Ermittlung der zu erwartenden Kosten ist in einem ersten Schritt eine Potentialermittlung vorzunehmen. Dafür müssen alle Versicherten identifiziert werden, die an der jeweiligen Indikation bereits erkrankt sind beziehungsweise pro Jahr neu daran erkranken. Im zweiten Schritt sind nun die Kosten für einen Patienten in der

¹³¹ Vgl. Gabriel, M. (2007), S. 348.

¹³² Vgl. Schönbach, K.H. (2004), S. 97.

Integrierten Versorgung, die sogenannten Einzelkosten des Leistungsprozesses, zu ermitteln. Die Einzelkosten je Behandlungsfall differieren jedoch auf Grund unterschiedlicher Schweregrade der Erkrankung, deshalb ist ein Durchschnittswert zu ermitteln. Dieser ist dann mit den Kosten der Regelversorgung zu vergleichen.

Neben den Kosten für die Leistungserbringung in der Integrierten Versorgung sind die Kosten für die Pflegeversicherung, die Hilfsmittelversorgung, die verordneten Arzneimittel sowie die Entgeltersatzleistungen zu bestimmen. Eine Refinanzierung der durch den Leistungsprozess verursachten Kosten sollte, wenn möglich, durch vermiedene Ausgaben für Krankenhausbehandlung und pflegerische Leistungen kompensiert werden. Eine Querfinanzierung durch Rückführungen von Einsparungen aus den Bereichen Arzneimittelkosten, Hilfsmittelkosten und Rehabilitation ist ebenso denkbar.

2.8 Evaluation der Integrationsnetze

Angesichts der Kostendynamik im Gesundheitssystem und dem erklärten politischen Willen, die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung konstant zu halten, stellt sich die Frage, wie die knappen Ressourcen effizient eingesetzt werden können.¹³³ Dies impliziert, wenn eine selektivvertragliche Integrierte Versorgung und eine kollektivvertragliche Versorgung nebeneinander bestehen sollen, muss sichergestellt sein, dass die selektivvertragliche Versorgung tendenziell besser, effizienter und effektiver ist.¹³⁴ Aus diesem Grunde muss mit Hilfe einer Evaluation belegt werden, dass die Integrierte Versorgung der Regelversorgung überlegen ist. Unter einer Evaluation versteht man eine umfassende Messung und Bewertung der Nutzen und Kosten von Gesundheitstechnologien und Versorgungsformen.¹³⁵ In diesem systematischen Prozess werden die Konzeption, die Ausgestaltung, die Umsetzung und die Wirksamkeit einer Intervention analysiert.¹³⁶ Grundlage für die Evaluation ist die Erhebung von Indikatoren zur Versorgungsqualität sowie Daten zur Wirtschaftlichkeit,¹³⁷ die in ökonomischen Kenngrößen bereits bei der Evaluationsplanung Berücksichtigung finden müssen.¹³⁸

2.8.1 Anforderungen an eine Evaluation und deren Inhalte

Voraussetzung für die Durchführung einer Evaluation ist, dass sich die Beteiligten des Netzes der Integrierten Versorgung Ziele setzen, deren Erreichung mit Hilfe einer Evaluation überprüft werden soll. Die Integrierte Versorgung hat zum Ziel, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu verbessern. Die Unterscheidung in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse geht auf die Qualitätstheorie von Donabedian zurück, der die

¹³³ Vgl. Schulenburg, Graf v.d., J.M. (2000a), S. 22.

¹³⁴ Vgl. Bundesverband Managed Care e.V. (2003), S. 4.

¹³⁵ Vgl. Amelung, V. E. (2007), S.253.

¹³⁶ Vgl. Øvretveit, J. (2002), S. 25.

¹³⁷ Vgl. Häussler, B., Bohm, S. (2002), S. 103 f.

¹³⁸ Vgl. Greiner, W. (2000), S. 161.

theoretischen Grundlagen der Outcome-Forschung entwickelt hat. Dabei bezieht sich der Begriff „Struktur“ auf die administrative, organisatorische und physische Ausstattung des behandelnden Netzes, wie Geräteausstattung, Personalbestand und Qualifikation des Personals sowie der Aufbau- und Ablauforganisation. Die Annahme, die hierbei zugrunde liegt ist, dass Anbieter, die bestimmte strukturelle Standards erfüllen, auch ein besseres Versorgungsergebnis produzieren.¹³⁹ Die Behandlungsprozessqualität wird an Indikatoren gemessen wie Dauer der Behandlung bis zur Gesundung, Anzahl der notwendigen Überweisungen, Vorhandensein von Leitlinien oder Behandlungspfaden. Die Ergebnisqualität wird in der Outcome-Forschung an medizinischen Kriterien wie beispielsweise vermiedenen Amputationen oder Indikatoren der Mortalität gemessen.¹⁴⁰ Der Nutzen drückt sich zum anderen aber auch in nicht-monetären Größen aus, die in Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analysen eingehen. Dazu zählen unterschiedliche medizinische oder epidemiologische Outcome-Einheiten wie z.B. gewonnene symptomfreie Tage, gewonnene Arbeitstage, Anzahl vermiedener Tumore, Veränderung des Blutdrucks oder auch zusätzliche Lebensjahre.¹⁴¹ In diesem Zusammenhang sind ebenfalls intangible Kosten zu nennen. Mit intangiblen Kosten und Nutzen werden monetär nicht messbare Effekte wie Schmerz, Freude oder physische Beschränkungen bezeichnet.¹⁴² Eine Messung dieser Faktoren könnte im Rahmen der Integrierten Versorgung anhand des für die Medical Outcomes Study erfolgen. „These studies have been designed in the mid 1980’s with the initiation of the MOS (Medical outcomes study) and various HMO (health maintenance organization demonstration evaluations). They describe the comparison between managed care patients and patients with similar conditions receiving care under free-for-service reimbursement”.¹⁴³ In dem eigens dafür entwickelten Fragebogen MOS SF (Short Form) 36 werden acht Komponenten der Gesundheit in 36 Fragen unterschieden¹⁴⁴:

- physische Funktionen
- physisch bedingte Rollenbeschränkungen
- emotional bedingte Rollenbeschränkungen
- soziale Funktionen
- Schmerzen
- geistige Gesundheit
- Vitalität
- allgemeine gesundheitliche Einschätzung

¹³⁹ Vgl. Amelung, V. E. (2007), S.269 f.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S.269 f.

¹⁴¹ Vgl. Greiner, W. (2000), S. 169.

¹⁴² Vgl. ebd., 169.

¹⁴³ Manning, F.J. et. al. (1996), S.97.

¹⁴⁴ Vgl. Amelung, V.E. (2007), S.259.

Für die Praxis sicher leichter einzusetzen ist die Kurzfassung (SF 12) des Fragebogens, der aus 12 Fragen besteht und alle Komponenten unter den Dimensionen physisches und mentales Wohlbefinden zusammenfasst.¹⁴⁵ Da jedoch in der Regelversorgung die Lebensqualität nicht durch Einsatz eines Fragebogens erhoben und durch gesonderte Vergütung finanziert wird, ist ein Vergleich zur Integrierten Versorgung in diesem Segment nicht möglich. Eine schnellere Gesundung beziehungsweise ein Ausbleiben von Rezidiven lässt demnach nur indirekt Rückschlüsse auf gewonnene Lebensqualität zu. Die Evaluation kann grundsätzlich in zwei verschiedenen Ansätzen durchgeführt werden. Hier werden retrospektive und prospektive Studien unterschieden. Bei einer retrospektiven Studie werden nach Ablauf einer bestimmten Versorgungszeit die Ergebnisse überprüft, ohne dass zu Beginn eine genaue Definition erfolgt, welche Parameter für die Zielmessung eingesetzt werden. Hingegen sollte bei der flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung der Untersuchungsgegenstand, die Zielsetzung der Evaluation und die gemessenen Parameter bereits vor der Leistungserstellung definiert werden. Entscheidender Vorteil einer prospektiven Studie ist demnach, dass die Evaluationsdaten nach einem für die Auswertung benötigten Schema erfasst werden, welches zur Beantwortung der Fragestellung benötigt wird. Somit sind prospektive Studien hinsichtlich Genauigkeit, Aussagekraft und Transparenz für die beteiligten Leistungserbringer sowie in der Aktualität retrospektiv ausgerichteten Ansätzen zu überlegen. Die Vorteile lassen sich wie folgt zusammenfassen:¹⁴⁶

Vorteile:

- Die Studie kann exakt auf die Problemstellung / Zielgruppe ausgerichtet werden
- Schätzungen, Annahmen oder Hypothesen sind in weit geringerem Umfang notwendig
- Die Erfassung der Lebensqualität von Patienten ist möglich
- Der Qualitätsstandard der Studien ist hoch, dies erhöht die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz
- Nachteile:
- Die Studien sind zeit- und kostenintensiv
- Es besteht die Gefahr der Selektion von Patienten und die Verwendung eines Studiendesigns, das nicht die Behandlungswirklichkeit widerspiegelt
- Eine frühzeitige Planung der Studie ist notwendig

Um Aussagen über die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Integrierten Versorgung treffen zu können, muss ausgeschlossen werden, dass die eingetretenen signifikanten Veränderungen der gemessenen Parameter auf externe Einflussfaktoren zurückzuführen sind.¹⁴⁷ Ein gemessener Effekt könnten beispielsweise sinkende

¹⁴⁵ Vgl. ebd., S.259.

¹⁴⁶ Vgl. Schulenburg, Graf v.d., J.M., Claes, C. (2000b), S. 55.

¹⁴⁷ Vgl. Bürger, C. (2003), S. 38.

Arzneimittelkosten sein. Die gesunkenen Ausgaben lassen sich jedoch nicht ausschließlich im Zusammenhang mit der Intervention der Integrierten Versorgung erklären, da die Einführung der Rabattverträge auch in der Regelversorgung zu sinkenden Arzneimittelausgaben geführt hat. Im Zusammenhang mit der Validität der Analyseergebnisse ist ebenfalls die Auswahl der Behandlungsfälle, die einer Evaluation unterzogen werden, von entscheidender Bedeutung. Um aussagekräftige Ergebnisse aus der Evaluation zu erhalten, müssen genügend Patienten in einer integrierten Netzstruktur behandelt worden sein. Deshalb empfiehlt es sich, die Evaluation nicht mit Beginn der Netzarbeit zu starten, sondern erst nach einer gewissen Anlaufzeit.¹⁴⁸ Mit steigender Zahl evaluierter Fälle nähert sich die Verteilung in der Stichprobe der Verteilung der Grundgesamtheit an.¹⁴⁹ Das Risiko von Fehlinterpretationen sinkt. Da gerade zu Beginn der Integrierten Versorgung erst eine geringe Zahl an Patienten eingeschrieben ist, werden alle Behandlungsfälle der Evaluation unterzogen. Eine Vorselektion der Evaluationspatienten und somit eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse ist infolgedessen ausgeschlossen. Die eingeschriebenen Patienten sollten dann hinsichtlich der Behandlungsergebnisse einer mindestens zwölfmonatigen Verlaufsevaluation unterzogen werden.¹⁵⁰ Die Dauer der Evaluation korreliert jedoch mit der Indikation des Behandlungsnetzes. So lassen sich einige Effekte - wie beispielsweise Rezidive - erst nach Monaten oder in Bezug auf eine verminderte Mortalitätsrate erst nach einigen Jahren nachweisen.

Eine weitere Anforderung an die Evaluation der Integrierten Versorgung ist, dass die Ergebnisse der einzelnen Netzevaluationen miteinander vergleichbar sein sollten und entsprechende Parameter standardisiert erfasst werden. Nur so ist sichergestellt, dass später eine Entscheidung getroffen werden kann, welches Netz fortgeführt werden sollte. Bei der Konzeption des Analyseplans der Evaluation sollten die beteiligten Leistungserbringer mit einbezogen werden, da sie aus den Erfahrungen der Behandlung genaue Kriterien zur Ergebniserfassung beisteuern und die Akzeptanz der analysierten Ergebnisse so gesteigert werden kann. Bei der Definition der Analysepläne müssen ebenfalls sektorübergreifende Interventionseffekte berücksichtigt werden. Eine schnellere Krankenhausentlassung könnte höhere ambulante Pflegekosten zur Folge haben. Dann würde zwar das gesetzte Ziel erreicht, aber faktisch nur eine Verschiebung in andere Ausgabenbereiche vorgenommen.

2.8.2 Evaluationsansätze

Die größte Aussagekraft erhält man bei der direkten Gegenüberstellung der Integrierten Versorgung zur Regelversorgung. Dabei wird zu jedem Patienten der Integrierten Versorgung ein Pendant in der Regelversorgung ermittelt. Das sogenannte „Matched-

¹⁴⁸ Vgl. Müller, B., Münch, E. (1999), S. 145.

¹⁴⁹ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 47.

¹⁵⁰ Vgl. Hefner, H., et al. (2004), S. 45.

Pairs-Verfahren“.

Bei diesem Verfahren sollte die risikostratifizierte Vergleichsgruppe eine Übereinstimmung in Alter, Geschlecht, Co-Morbidität, Sozialstruktur und Schwere der Erkrankung aufzeigen. Durch den Einbezug weiterer Matchingmerkmale wie Pflegebedürftigkeit, Krankenhausaufenthalte, Anzahl ambulanter Arztkontakte und verordnete Medikamente, konvergieren die Vergleichspersonen.¹⁵¹ Im Idealfall ist der einzige Unterschied zwischen den Patienten die Versorgungsform, in der sie therapiert werden. Um Verfälschungen durch eventuelle statistische Ausreißer entgegenzutreten, können auch Patientengruppen zusammengefasst und mit einer homogenen Gruppe der Regelversorgung verglichen werden.

Zur Ermittlung der Versorgungsqualität können standardmäßig erhobene Routedaten der gesetzlichen Krankenversicherung wie Mortalität oder Wiederaufnahmeraten Anwendung finden. Dessen ungeachtet sollten auch gesonderte netzindividuelle Daten erhoben werden.¹⁵² Die Routedaten enthalten in der Regel die Haupt- und Nebendiagnose sowie die angewandte Prozedur. Der Einsatz einer Morbiditäts-Gruppierungs-Software, mit deren Hilfe maschinell das jeweilige Pendant aus den vorhandenen Daten der Krankenhauseschlussdiagnosen, ATC (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Medikamenten Klassifikation)-Medikamentencodierungen und ICD (International Classification of Diseases)-Diagnoseschlüssel selektiert wird, ist die wahrscheinlich einfachste und zugleich effizienteste Lösung dieses Problems.¹⁵³

Ein weiterer Evaluationsansatz ist der Regionenvergleich. Diese Analyseform bietet sich immer dann an, wenn alle Patienten mit entsprechender Indikation aus dieser Region durch ein Netz der Integrierten Versorgung erfasst werden. Dieser Interventionsregion wird dann eine in Größe und Struktur adäquate Vergleichsregion entgegengestellt, in der die Patienten ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung betreut werden. Zum Beleg der Überlegenheit der Integrierten Versorgung müsste die Ergebnisqualität in der Interventionsregion signifikant besser sein als in der Vergleichsregion. Werden nicht alle Versicherten einer Indikation in der Integrierten Versorgung behandelt, kann eine Evaluation nach dem Ansatz des Regionenvergleiches de facto nicht eindeutig belegen, dass gemessene Effekte auf die Intervention der Integrierten Versorgung zurückzuführen sind. Deshalb sollte vor einer Ausdehnung der Integrierten Versorgung auf andere Regionen eine intensive Akquise in der Pilotregion betrieben werden. Nur bei einer nahezu vollständigen Abdeckung aller indikationsbezogenen Behandlungsfälle einer Region durch die Integrierte Versorgung ist der Regionenvergleich durchzuführen. Erst in einem zweiten Schritt ist eine Ausdehnung auf andere Regionen sinnvoll, wenn sich die Netzarbeit als effektiv erwiesen hat. Ein weiterer Nachteil eines Vergleiches zweier regionaler Netze untereinander besteht darin, dass dieser Evaluationsansatz ausschließlich auf indikationsbezogene und damit nicht auf populationsbezogene Vollversorgungsnetze anzuwenden ist. Die Patienten- und Leistungserbringerstruktur wird bei einem populationsbezogenen

¹⁵¹ Vgl. Focke, A. et. al. (2005), S. 141.

¹⁵² Vgl. ebd., S. 136 ff.

¹⁵³ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 82 ff.

Versorgungsnetz nicht mit der einer anderen Region übereinstimmen und infolgedessen werden die Ergebnisse nicht ausschließlich der Versorgungsform zuzurechnen sein.

Ist ein direkter Vergleich der Integrierten Versorgung mit der Regelversorgung nicht möglich, weil die benötigten Daten außerhalb der Integrierten Versorgung nicht routinemäßig erfasst werden oder eine vollständige Erhebung der Qualitätsparameter aus finanziellen beziehungsweise zeitlichen Gründen nicht möglich ist, kann auf einen Vergleich mit Referenzwerten der Literatur zurückgegriffen werden. Diese sind jedoch aufgrund mangelnder Aktualität und regionaler Besonderheiten kaum adäquat anwendbar.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Evaluationsansätze sollte vom reinen Ergebnis her der direkte Vergleich der Integrierten Versorgung mit der Regelversorgung angestrebt werden. Da dies jedoch auf Grund der mangelnden Datenlage der Regelversorgung kaum umzusetzen ist, sollte der Regionenvergleich stattdessen angewandt werden, um eine Über- oder Unterlegenheit der Integrierten Versorgung belegen zu können.

3 Fazit

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist unter Anbetracht der demographischen Entwicklung und ständig steigender Kosten an einem Punkt angelangt, wo strukturelle Änderungen ergriffen werden müssen, um auch zukünftig die Versorgung bei angemessener Höhe der Beiträge sicherstellen zu können. Die Integrierte Versorgung, die nach Intention des Gesetzgebers künftig Teile der Regelversorgung vollständig ersetzen soll, stellt dabei eine hoffnungsvolle Alternative zur kollektivvertraglichen Ist-Situation dar. Durch interdisziplinäre und institutionenübergreifende Unternehmensnetzwerke der Leistungserbringer ist eine Reduktion von Schnittstellen und damit einhergehenden Koordinations-, Effektivitäts- und Effizienzverlusten realisierbar. Mit der Möglichkeit, selektive Verträge mit einzelnen Versorgungsnetzen zu schließen, besteht für die Krankenkassen die historische Chance, Teile der Versichertenversorgung selbst zu bestimmen. Auch in Bezug auf den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Integrierte Versorgung immer wichtiger. Die Kassen haben ihren Versicherten in der Vergangenheit eine Vielzahl an Prämien-, Bonus- und Hausarztmodellen sowie Wahlтарifen und Zusatzversicherungen angeboten, um sich von den Konkurrenten zu unterscheiden. Mit Einführung des Gesundheitsfonds und dem damit einhergehenden einheitlichen Beitrag ist ein neuer Wettbewerb um Vertragskonzepte und Versorgungsqualität zwischen den Versicherern entstanden.

Mit der Beendigung der Anschubfinanzierung ist für den Fortgang der Integrierten Versorgung nun entscheidend, ob eine Überlegenheit in den medizinischen und ökonomischen Aspekten im Vergleich zur Regelversorgung nachgewiesen werden kann. Die Versorgungsnetze müssen belegen, dass entstehende Mehrkosten der optimierten Behandlung durch kostensenkende Prozesseffekte aufgefangen und somit selbsttragende

Versorgungseinheiten geschaffen werden können. Des Weiteren muss eine Rechtskonformität auch unter Maßgabe der neuen Rechtsprechung gegeben sein. Da die Krankenkassen bis März 2009 die Verwendung der einbehaltenen Mittel für die Integrierte Versorgung nachweisen mussten, sind die Netze kontinuierlich dahingehend zu überprüfen, ob versorgungsrelevante Volkskrankheiten behandelt werden und eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung gegeben ist. Dabei muss deutlich werden, dass ein greifbarer Unterschied zum Status Quo besteht. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob dauerhaft eine Parallelität von Integrierter Versorgung und Regelversorgung ohne Budgetbereinigung Bestand haben wird.

Das Vorgehen der gesetzlichen Krankenkassen, zu Beginn der Integrierten Versorgung kleine Versorgungseinheiten zu schaffen, war vor dem Hintergrund mangelnder Erfahrung, begrenzter Managementkapazitäten und einer zeitlich befristeten Anschubfinanzierung sicher sinnvoll. Der folgerichtig nächste Schritt zur Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung ist die Netze, welche sich in der Praxis bewährt und sowohl qualitative als auch wirtschaftliche Vorteile nachgewiesen haben, flächendeckend umzusetzen. Voraussetzung für eine erfolgreiche flächendeckende Ausdehnung der Integrierten Versorgung wird jedoch ein einheitliches Konzept sein.

Dieser Beitrag erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, hat jedoch die wesentlichen Problematiken aufgezeigt, die es hinsichtlich der Umsetzung noch zu überwinden gilt. Die angeführten Handlungsalternativen können zum jeweiligen Umsetzungsstand aufgegriffen, weiterentwickelt und umgesetzt werden. Die Integrierte Versorgung wird aufgrund vorhandener Restriktionen nicht die Regelversorgung komplett ersetzen können, aber sie wird sie besonders in den Schnittstellen sinnvoll ergänzen können. Die Erfahrungen in den USA zeigen jedoch, dass der Aufbau integrativer Versorgungssysteme deutlich mehr Zeit benötigt und keinen geeigneten Lösungsansatz zur Behebung kurzfristiger Probleme darstellt.¹⁵⁴ Dennoch ist besonders aus Sicht der Patienten eine Weiterentwicklung und flächendeckende Umsetzung der Integrierten Versorgung zu verfolgen. Durch einen koordinierten Versorgungsprozess kann die Behandlungsdauer verkürzt werden, was zur Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten sowie zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit beiträgt und gleichzeitig die Kosten für die Krankenkassen reduziert.

¹⁵⁴ Vgl. Amelung, V.E. et.al. (2006), S. 43.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Alparslan, A. (2006): Strukturalistische Prinzipal-Agent-Theorie, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden 2006.
- Amelung, V.E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Weatherly, J. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Von der Idee zur Umsetzung, Berlin, 2006.
- Amelung, V.E. (2007): Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Auflage, Wiesbaden, 2007.
- Bea, F. X., Göbel, E. (2002): Organisation - Theorie und Gestaltung, 2. neu bearbeitete Auflage, Stuttgart, 2002.
- Buchner, D., Hofmann, U., Magnus, S. (2001): Change Power - Veränderungsstrategien mit Merger-, Prozess- und Wissens-Power erfolgreich nutzen, Wiesbaden, 2001.
- Bullinger, H.J. (1997): Forschungs- und Entwicklungsmanagement, Stuttgart, 1997.
- Bürger, C. (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, in: Braun, G. E., Selbmann, H-K. (Hrsg.): Gesundheits- und Qualitätsmanagement, Wiesbaden, 2003.
- Burghardt, M. (2006): Projektmanagement - Leitfaden für die Planung, Überwachung und Steuerung von Projekten, 7. Auflage, Berlin und München, 2006.
- Drosse, V., Vossebein, U. (2005): Kostenrechnung - Intensivtraining, Wiesbaden, 2005.
- Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (1998): Managed Care Strategien zur Verbesserung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Krankenhausversorgung, in: Eichhorn, S. Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart, Berlin 1998, S. 7 f.
- Focke, A., Höppner, K., Schillo, S., Hessel, F., Schulz, S., Wasem, J., (2005): Evaluation der Integrierten Versorgung aus ökonomischer Perspektive, in: Badura, B., Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsforschung, Bern, 2005, S. 133.
- Greiner, W. (2000): Die von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, in: Schöffski, O., Schulenburg, Graf v. d., J-M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, zweite vollständig überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S. 161- 169.
- Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H. (2004): Gesundheitsökonomie - Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele, zweite überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, 2004.
- Häussler, B., Bohm S. (2002): Evaluation des Praxisnetzes Medinet Berlin 2000, in: Preuß, K-J. Rübiger, J., Sommer, J. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, 2002, S. 103 f.

- Haun, M. (2007): Handbuch Wissensmanagement - Grundlagen und Umsetzung, Systeme und Praxisbeispiele, Berlin, Heidelberg, New York, u.a. 2002.
- Hefner, H., Klitza, K., Schmidt, J., Riedel, R. (2004): Beispiel für ein Basiskonzept einer IGV- Behandlung, in: Riedel, R., Schmidt, J., Hefner, H. (Hrsg.): Leitfaden zur Integrierten Versorgung aus der Praxis, Köln, 2004, S. 45.
- Henke, K-D., Hesse, M. (1999): Gesundheitswesen, in Korff, W. (Hrsg.): Handbuch Wirtschaftsethik, Bd. 4: Ausgewählte Handlungsfelder, Gütersloh, 1999, S. 266.
- Kessler, H. (2004): Projektmanagement: Leitfaden zur Steuerung und Führung von Projekten, 4. Auflage, Berlin, 2004, S. 10.
- Kissinger, K., Borchardt, S. (1996): Information Technology for Integrated Health Systems, New York, Chichester, Brisbane, u.a., 1996.
- Klug, Wolfgang (2003): Mit Konzept planen - effektiv helfen, Freiburg, 2003.
- König, J. (2006): Integrierte Versorgung – Umsetzung, Vertragsgestaltung, Rechtslage, Saarbrücken, 2006.
- Litke, H-D. (2007): Projektmanagement – Methoden, Techniken, Verhaltensweisen, München, 2007.
- Manning, F.J. (1996): Changing Health Care Systems and Rheumatic Disease, Washington, 1996.
- Martino, R.L. (1964): Project Management and Control Vol. 1, Finding the Critical Path, New York, 1964.
- Melchert, O. (2001): Grundlagen für ein effizientes und strategisches Kosten- und Erlösmanagement in integrierten Versorgungsformen, in: Hellmann W. (Hrsg.): Management von Gesundheitsnetzen – Theoretische und praktische Grundlagen für ein neues Berufsfeld, Stuttgart 2001, S. 135.
- Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung - Management und Organisation, Bern, 2002.
- Mühlbacher, A. (2004): Die Organisation der „virtuellen“ Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: Henke, K-D., Rich, R. F., Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Baden-Baden, 2004, S.75 – 88.
- Mühlbacher, A., Lubs, S., Röhrig, N., Schultz, A., Zimmermann, I., Nübling, M. (2006): Integrierte Versorgung - Umsetzung, Ziele und Entwicklungen, in: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (Hrsg.): Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland, Berlin, 2006, S. 10.
- Müller, B., Münch, E. (1999): Gesundheitsförderndes Krankenhaus – Voraussetzungen und Grenzen der Evaluation komplexer Veränderungsprozesse, in: Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim, München, 1999, S. 145.
- Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsökonomischer Interventionen, Bern, Göttingen, Toronto, 2002.

- Peager, A. (2004): Innovative Vergütungssysteme und Konsequenzen aus deren Implementierung, in: Henke, K. D., Rich, R., Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Baden-Baden, 2004, S. 173 f.
- Peterke, J. (2006), Handbuch Personalentwicklung, Berlin, 2006.
- Porter, M.E. (1999): Wettbewerbsstrategie – Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, 10. Auflage, Frankfurt/New York, 1999.
- Schell, H., Lauterbach, K.W. (2002): Evaluation, Benchmarking, Qualitätsmanagement und Zertifizierung als Instrumente für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik, in: Preuß, K-J., Rübiger, J., Sammer, J.H. (Hrsg.): Managed Care – Evaluation und Performance – Management integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart, New York, 2002, S. 39.
- Schmidt, R., Vollmöller, T. (2007): Kompendium öffentliches Wirtschaftsrecht, Berlin, New York, 2007, S. 182.
- Schönbach, K.H. (2004): Integrierte Versorgung, in Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen, Frankfurt am Main, 2004, S. 97.
- Schreyögg, G. (1984): Unternehmensstrategie - Grundfragen einer Theorie strategischer Unternehmensführung, Berlin, New York, 1984.
- Schreyögg, J., Busse R. (2006 a): Leistungsmanagement von Krankenversicherungen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Gerike, C. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Heidelberg, 2006, S. 34.
- Schreyögg, J., Gerike, C. (2006 b): Kundenmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Gerike, C. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Heidelberg, 2006, S. 152.
- Schulenburg, Graf v. d., J-M. (2000 a): Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze, in: Schöffski, O., Schulenburg, Graf v. d., J-M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, zweite vollständig überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2000, S. 22.
- Schulenburg, Graf v.d., J-M., Claes, C. (2000 b): Die Datenherkunft als Hauptdeterminante des Studiendesigns, in: Schöffski, O., Schulenburg, Graf v. d., J-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, zweite vollständig überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 2000, S. 55.
- Schulz, S. (2007): Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand - Ansätze zur Evaluation aus ökonomischer Perspektive, Marburg, 2007.
- Ulrich, S. (2002): Ordnungspolitische, vertragliche und wettbewerbsrechtliche Aspekte neuer autonomer Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen, Göttingen, 2002.
- Wiechmann, M. (2003): Managed Care - Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem, in: Dieter Witt (Hrsg.): NPO-Management, Wiesbaden 2003, S. 172.

Zeitschriften

- AOK Rheinland/Hamburg (2006): Unser Weg der Integrierten Versorgung, o.V., Düsseldorf, S. 11.
- Barney, J. (1991): Firms resources and sustained competitive advantage, in: Journal of Management Vol. 17, No. 1, o.O., 1991, S. 99-120.
- Boldt, A. (2005): Gesetzliche Krankenkassen und Vergaberecht, in: Neue Juristische Wochenzeitung, Jg.52, München, 2005, S. 3758.
- Burgi, M., Brohm, M.U. (2005): Krankenhausplanung und Kartellvergaberecht, in: Schriftenreihe Medizinrecht, Jg. 02, Heidelberg, 2005, S. 80.
- Byok, J. (2005): Die Stellung der gesetzlichen Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber, in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, München, 2005, S. 55.
- Byok, J. (2007): Auftragsvergabe im Gesundheitssektor, in: Zeitschrift Gesundheitsrecht, 6. Jg., Heft 12, Köln, 2007 S. 554 – 555.
- Dörr, R. (2006): DMPs Diabetes + KHK Aus zwei mach´ eins, in: Zeitschrift Diabetes-Forum, Ausgabe 2, Mainz, 2006, S. 64.
- Dreykluft, H. (2000): Anspruch und Wirklichkeit in der Arbeit eines Praxisnetzes, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 76, Stuttgart-Feuerbach, 2000, S. 599.
- Gabriel, M. (2007): Vergaberechtliche Vorgaben beim Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 7, München, 2007, S. 345 - 351.
- Goodarzi, J. (2007): Öffentliche Ausschreibungen im Gesundheitswesen, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 12, München, 2007, S. 633 - 636.
- Hartweg, H.R. (2007): Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland, Berlin, 2007, S. 86.
- Mühlbacher, A., Henke, K.-D., v. Troschke, J. (2000): Die Integrierte Versorgung - Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 76. Jg. Stuttgart-Feuerbach 2000, S. 595 ff.
- Picot, A., Reichwald, R. (1994): Auflösung der Unternehmung? Vom Einfluss der IuK-Technik auf Organisationsstrukturen und Kooperationsformen, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Jg. 64, Wiesbaden 1994, S. 549 ff.
- Roeder, N., Hindle, D., Loskamp, N., Juhra, C., Hensen, P., Bunzemeier, H., Rochell, B. (2003): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (I), in: Das Krankenhaus, 1/2003, o.O., S. 21 f.
- Schoeller, A. (2005): Integrierte Versorgung – Selbstläufer braucht Zeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Köln 2005 Heft 22, A 1564.
- Sieben, P. (2007): Krankenkassen und Kartellrecht – Sind bei der Integrierten Versorgung die Vergabevorschriften anzuwenden? in: MedR Schriftenreihe Medizinrecht, Jg. 25, Heidelberg 2007, S. 708 - 709.

Internetquellen

Berufsverband Deutscher Internisten: <http://www.bdi.de/allgemeine-infos/aktuelle-meldungen/ansicht/browse/47/article/forschungs-und-entwicklungspflicht-als-nachfolger-der-anschubfinanzierung-integrierte-versorgung/135.html>, Stand: 29.03.2010.

Bund Deutscher Industrie: <http://www.bdi.de/allgemeine-infos/aktuelle-meldungen/ansicht/browse/47/article/forschungs-und-entwicklungspflicht-als-nachfolger-der-anschubfinanzierung-integrierte-versorgung/135.html>, Stand 29.03.2010.

Bundesministerium für Gesundheit: http://www.die-gesundheitskarte.de/gesundheitskarte_aktuell/elektronische_patientenakte/pdf/gesundheitskarte_aktuell_elektronische_patientenakte.pdf, Stand: 29.03.2008.

Carenoble – Gesellschaft für Gesundheitsökonomie:
http://www2.carenoble.de/www/index.php?id=29&letter=i&no_cache=1&type=98,
Stand 30.12.2007.

Glossar zur Gesundheitsreform: http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/pdf/glossar_integrierte_versorgung.pdf, Stand 29.03.2008.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/koop/print/8804.html>,
Stand: 13.01.2008.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: <http://www.d2d.de/>, Stand 08.03.2008.

Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V.: <http://www.fussnetz-koeln.de/>,
Stand 29.03.2008.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development):
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf>, Stand 29.03.2008.

Presseveröffentlichung des Bundessozialgerichts: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=tm&Datum=2008&nr=10244>,
Stand 12.02.2008.

Statistisches Bundesamt Deutschland:
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml>,
Stand 22.11.2009.

Das neue Vergaberecht: http://www.forum-verlag.com/mediadb/18517636/18517637/Kapitel_3.1.pdf, Stand 18.03.2010.

Beschluss OLG Düsseldorf vom 19.12.2007:

<http://www.kostenlose-Urteile.de/newslistview.CW1992.htm?view=5345&referrer=news7254&scid=92da93>, Stand 18.03.2010.

Sonstige Literatur

AOK-Bundesverband (2007): Rundschreiben 755/07 vom 20.12.2007 in Verbindung mit EG-Verordnung Nr. 1422/2007 vom 04.12.2007, Bonn 2007, S. 1.

Bundesverband Managed Care e.V. (2003): Stellungnahme für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages vom 23.06.2003, Berlin, 2003, S. 2.

Duden - Das Fremdwörterbuch (2009): 9.Auflage, Mannheim, 2009.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006): Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2006.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2007): 261. Auflage, Berlin, New York, 2007.

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

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Berlin, 2001.

Rechtsquellenverzeichnis

SGB V § 1 Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 (BGBl. I, S. 2495) des Gesetzes vom 30.07.2009.

SGB V § 2 Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 4 Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 69 Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 140 a Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 140 a Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes vom 30.03.2007 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 140 b Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 3 Satz 3 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 140 c Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

SGB V § 140 d Artikel 1 (BGBl. I S. 2477) des Gesetzes in der F. der Bekanntmachung vom 20.12.1988, zuletzt geändert durch Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I, S. 2495).

Vergabeverordnung vom 09.01.2001 (BGBl. I 2001, S. 110).

Verdingungsordnung für Leistungen - Teil A vom 06.04.2006 (Bundesanzeiger Jg. 58, Nr. 100).

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 30.12.2006 (BGBl. I 2006 Art. 1 Nr. 14).

Rechtsprechungsverzeichnis

Erste Vergabekammer des Bundes: Beschluss - Nr. 26/07, vom 09.05.2007, Bonn.

Europäisches Parlament und Rat, Richtlinie vom 31.03.2004, 2004/18/EG Artikel 1 Abs. 4.

Europäisches Parlament und Rat, Richtlinie vom 31.03.2004, 2004/18/EG Artikel 17.

OLG Düsseldorf vom 23.05.2007, Az. VII-Vergabekammer 50/06.

OLG Düsseldorf, Beschluss vom 19.12.2007, Az. VII-Vergabekammer 47/07.

LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 06.02.2008 Az. L 5 KR 316/08 B.

Folgende Bände sind bereits erschienen:

Band 1: Essen 2004, ISBN 3-89275-038-6

Die Entwicklung der Europäischen Union – eine Public-Choice-Analyse

Annette Mayer (Berlin)

Band 2: Essen 2004, ISBN 3-89275-039-4

Stand und Entwicklung des Internationalisierungsprozesses der externen

Rechnungslegung aus deutscher Sicht

Thomas Kümpel (Essen)

Band 3: Essen 2004, ISBN 3-89275-040-8

PERSONAL-SERVICE-AGENTUR. Eine Alternative der Arbeitnehmerüberlassung zur Lösung des Beschäftigungsproblems in Deutschland?

Anja Seng, Silke Stöhrer (Essen)

Band 4: Essen 2005, ISBN 3-89275-042-4

Total Outsourcing? Ein neuer alter Trend auf dem Prüfstand unter Verwendung des Transaktionskostenansatzes

Peter Kürble (Essen)

Band 5: Essen 2006, ISBN 3-89275-049-1

Interkulturelle Kompetenz: Methoden in der MBA Ausbildung und Strategien für die Managementpraxis

Claudia Beier (Hg.) (Frankfurt am Main)

Band 6: Essen 2006, ISBN 3-89275-045-9

Die Entwicklung des Kündigungsschutzgesetzes im Hinblick auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland – Eine Dauerreform ohne Chance auf Erfolg? –

Hildegard Gahlen, Silvia Sikkinga (Essen)

Band 7: Essen 2006, ISBN 3-89275-046-7

Framework (IASB) versus GoB: Sinnvoller Auslegungsmaßstab oder leere Hülle? –

Ein Vergleich der Rolle des Framework IASB und der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung (GoB) für die Jahresabschlusserstellung und -prüfung –

Agnes Aschfalk-Evertz (Berlin)

Band 8: Essen 2007, ISBN 3-89275-047-5

The Benefits of Marketing Cooperations – Exemplified with „Der Club Bertelsmann“ –

Thomas Laukamm (Düsseldorf), Carina Hauswald (Bochum)

Band 9: Essen 2007, ISBN 3-89275-050-5

Status and Prospects of Automotive Ingredient Branding

Burghard Hermeier (Essen), Dietmar Friedrich (Essen)

Band 10: Essen 2007, ISBN 3-89275-051-3

Europäische Verfassung und Subsidiarität

– Eine institutionenökonomische Untersuchung zur EU-Ordnungspolitik

Rüdiger Knaup (Bochum)

Band 11: Essen 2008, ISBN 3-89275-054-8

Bewertung des Humankapitals als Herausforderung an das Personalcontrolling

Rudolf Jerrentrup (Essen), Stefan Terhorst (Bochum)

Band 12: Essen 2008, ISBN 3-89275-057-2

Empirische Studie REG.ING – Ingenieurausbildung für den regionalen Mittelstand in
Offenbach

Peter Scharf (Siegen), Bianca Krol (Essen)

Band 13: Essen 2008, ISBN 3-89275-058-0

Aktuelle Probleme im deutschen Bankensektor

– Eine kritische Analyse und mögliche Lösungsansätze

Eric Frère (Essen), Svend Reuse (Mülheim), Martin Svoboda (Brünn)

Band 14: Essen 2009, ISBN 3-89275-060-2

Die Total-Quality-Management-Scorecard

Eine praxisrelevante Weiterentwicklung

Manfred Selke (Essen), Kathrin Kückelmann (Essen)

Über die Autoren



Prof. Dr. Michael Schütte

studierte Humanmedizin an den Universitäten Düsseldorf und Münster mit anschließender Promotion. Nach klinischen Tätigkeiten und der Qualifizierung zum Facharzt für HNO erfolgte die Niederlassung mit eigener HNO-Praxis in Wuppertal.


2003 absolvierte er an der Universität in Köln eine postgraduierte Weiterbildung zum medizinischen Sachverständigen und ist seit 2008 Vorstand der amb4stat AG. An der FOM lehrt er seit 2005 im Bereich „Health Care und Krankenhausmanagement“. Im März 2007 erhielt er die Berufung als hauptamtlicher Hochschullehrer an der FOM und ist seitdem insbesondere für die fachliche Gestaltung, den Ausbau und die Begleitung des Themenfeldes „Management im Gesundheitswesen“ innerhalb der Studiengänge verantwortlich.



Diplom-Kaufmann (FH) Daniel Homscheid

absolvierte nach der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der AOK Rheinland/Hamburg berufsbegleitend zunächst die Fortbildung zum AOK Fachwirt. Anschließend schloss er den Kombinationsstudiengang zum AOK Betriebswirt und Diplom-Kaufmann (FH) mit Schwerpunkt Healthcare Management an der FOM in Neuss erfolgreich ab.

Ab 2005 war er Leiter der Stabsstelle Medizinische Versorgung der AOK Rheinland/Hamburg in Bonn und für den Aufbau der Disease-Management-Programme und der Integrierten Versorgung in der Region zuständig. Seit Juli 2009 ist er Leiter des Fachservice Leistungen der AOK Rheinland/Hamburg in Bonn.



Der hier vorliegende Band 15 der FOM Beiträge für die Wirtschaftspraxis thematisiert die Anforderungen und Bedingungen sowie die Möglichkeiten und Grenzen einer flächendeckenden Umsetzung der Integrierten Versorgung im Gesundheitssektor der Bundesrepublik Deutschland. Dieser konsequente und folgerichtige Übergang von der Regel- auf die Integrierte Versorgung bedingt allerdings Umbrüche in der Struktur der Gesundheitswirtschaft sowie im Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen, der Mitarbeiter in Krankenhäusern, Arztpraxen und Krankenkassen ebenso wie der Patienten.

Die Autoren zeigen vor diesem Hintergrund anschaulich anhand von Beispielen inhaltliche und methodische Ansätze zur Problemlösung auf.



Die von Verbänden der Wirtschaft 1993 gegründete staatlich anerkannte gemeinnützige FOM Hochschule für Oekonomie & Management verfügt über 19 Hochschulstudienzentren in Deutschland und ein weiteres in Luxemburg.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.fom.de



ISBN 3-89275-062-9