



Integrierte Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bundesländern – eine erste Bewertung

Endbericht

Projektbetreuung

Dr. Udo Knapp

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS),
Berlin

Auftragnehmer

Dr. med. Chr. Bischoff-Everding und Helmut Hildebrandt (Projektleitung),
Manuel Feldmann, Wolfgang Bückmann
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg

Inhaltsverzeichnis

1	Projektauftrag und Vorgehen	1
2	Zusammenfassung/Executive Summary	4
2.1	Zusammenfassung	4
2.2	Executive Summary	6
3	Demografische Entwicklung und Versorgungssituation in den Neuen Bundesländern	8
3.1	Perspektiven der ärztlichen Versorgung	12
4	Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Versorgungsinnovationen im deutschen Gesundheitswesen und Hypothesen zum Nutzen für die NBL	18
4.1	GMG und Integrierte Versorgung	18
4.2	Medizinische Versorgungszentren	22
4.3	Hypothesen zum möglichen Nutzen von IV und MVZ in den Neuen Bundesländern.....	24
5	Kategorien der IV-Verträge	25
5.1	Eine Übersicht von Vertragsformen zur Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V	25
5.2	Typ I: Umgewandelte Strukturverträge	26
5.3	Typ II: Komplexpauschalen (z. T. mit Gewährleistung)	27
5.4	Typ III: Case Management Verträge.....	28
5.5	Typ IV: Budgetverantwortung.....	29
6	Neue Versorgungsformen in den Neuen Bundesländern – Auflistung der Integrierten Versorgungsverträge und MVZ.....	32
6.1	Integrierte Versorgungsprojekte in den neuen Bundesländern (Stand 31 .12.2004)	32
6.2	Integrierte Versorgungsverträge - ein erster Vergleich Neue zu Alte Bundesländer	43
6.3	Medizinische Versorgungs- bzw. Gesundheitszentren in den Neue Bundesländern am Beispiel Brandenburg	45
7	Ausgewählte Fallbeispiele von IV-Verträgen in den NBL	48
7.1	IV-Kategorie Strukturvertrag/ambulantes Operieren: Vertrag zur Integrierten Versorgung mit ambulanten Operationen durch das Universitätsklinikum Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern mit TKK (federführend)	48
7.2	„INTEGRA – Neue Wege zur Gesundheit in der Klinik“ - Barmer und St. Marienstift in Magdeburg, Sachsen-Anhalt	52
7.3	„Mein Doc – meine AOK“ : Das Hausarztmodell von Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft und AOK Sachsen-Anhalt	57
7.4	Vorhaben des Institutes für Community Medicine	62
8	Kernaussagen aus den Experteninterviews	65
8.1	Anbahnung von Verträgen zur Integrierten Versorgung bzw. dem Aufbau Medizinischer Versorgungszentren	65
8.2	Gesamtgesellschaftlicher ökonomischer Nutzen (Hypothese 1):	67
8.3	Versorgungsnutzen / Schaffung unternehmerischer Kerne in der Gesundheitswirtschaft (Hypothese 2):	69
8.4	Positive Beschäftigungseffekte (Hypothese 3)	73

8.5	Entwicklung unternehmerischer Kerne (Hypothese 4):	74
9	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	75
9.1	Neuartige unternehmerische Strukturen wurden im Zusammenhang mit IV und MVZ entwickelt und sind in Zukunft noch in größerem Maße zu erwarten	75
9.2	IV und MVZ eignen sich als Ansatzpunkte für neue Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft	77
9.3	Ein ganzes Bündel von strukturellen und rechtlichen Hürden behindern die Integrierte Versorgung	79
9.4	Empfehlungen der Gutachter an die Leistungserbringer und ihre Verbände	82
9.5	Empfehlungen der Gutachter an die Krankenkassen	83
9.6	Empfehlungen der Gutachter an die Länder	85
9.7	Empfehlungen der Gutachter an den Bundesgesetzgeber	88
10	Literaturverzeichnis	94
11	Linksammlung:	98
12	Anlage	100
12.1	Fragebögen	100
12.2	Interviewleitfaden.....	103
13	Selbstdarstellung der IV-Projekte	105
14	Glossar	108

Tabellen- und Grafikverzeichnis

Grafik: Veränderung der Einwohnerzahlen ausgewählter ostdeutscher Städte von 1988 bis 1999	8
Grafik: Bevölkerungsentwicklung 1998 bis 2001	9
Tabelle: Geburtenziffern je 1000 Frauen	10
Grafik: Vergleich Geburtenzahlen und Sterbezahlen, 1960 bis 2002	10
Grafik: Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung von 1960 bis 2020	11
Tabelle: Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben in 1.000	11
Grafik: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2002 – Einwohner je berufstätigem Arzt	13
Grafik: Hausarztdichte in nationalen Vergleich	14
Tabelle: Fallzahl je Vertragsarzt pro Jahr	14
Tabelle: Einwohner je Öffentliche Apotheke	15
Grafik: Arztdichte in den Ländern der Europäischen Union – Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner	16
Tabelle: Durchschnittsalter Hausärzte	16
Tabelle: Übersicht der Vertragstypen 1+2	31
Tabelle: Übersicht der Vertragstypen 3+4	31
Tabelle: IV-Projekte und Indikationen Neue Bundesländer	44
Tabelle: IV-Projekte und Indikationen Alte Bundesländer	44
Grafik: Verteilung von Gesundheitszentren am Beispiel Brandenburg.....	45

1 Projektauftrag und Vorgehen

Das Beratungsunternehmen Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH wurde mit Datum vom 01. November 2004 durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Abteilung „Aufbau Ost, Raumordnung und Strukturpolitik“ (Az Z 6 –1 0.08.06. 1 .49) beauftragt mit der Erstellung einer Studie zur Prüfung der Frage, ob die Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V und die Einrichtung der sog. Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V sowie das Anreizprogramm durch die gesetzlichen Krankenkassen (1%-Abschlag) einen Ansatzpunkt für die Entwicklung unternehmerischer Kerne im Gesundheitswesen der Neuen Bundesländer darstellen.

Auftrag

Als konkrete Fragestellungen sollten bearbeitet werden:

Fragestellungen

- Inwieweit kann die Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGB V und die Ermöglichung der Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 S. 1 Optionen und Potenziale eröffnen zur Entwicklung neuartiger unternehmerischer Strukturen in den Neuen Bundesländern.
- Inwieweit sind Ausstrahlungseffekte der Integrierten Versorgung auf die Beschäftigungsstruktur und auf die Veränderung lokaler Dienstleistungsmärkte und die Sicherung medizinischer Versorgung in der Fläche zu erwarten?
- Welche rechtlichen bzw. strukturellen Hürden bei der Umsetzung von Modellen der Integrierten Versorgung /MVZ zeigen sich und wie sollte der Gesetzgeber darauf reagieren?

Für die Arbeiten wurde eine umfangreiche Sichtung der aktuellen Literatur zum Thema durchgeführt, u. a. konnte dabei zurückgegriffen werden auf die Übersichten von Hildebrandt GesundheitsConsult selber, der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung – DGIV, des Bundesverbandes Medizintechnologie sowie der Zeitschriften *krankenhaus umschau*, *führen&wirtschaften*, *Dt. Ärzteblatt*, *Ärztezeitung*, sowie eine über den Zeitraum 01-12/2004 laufend durchgeführte Internetrecherche u. a. mit den Suchbegriffen :„Integrierte Versorgung, Integrationsversorgung, IV, Medizinisches Versorgungszentrum, MVZ, § 140 SGB, Neue Bundesländer , NBL, Bevölkerungsentwicklung, Flächenversorgung, ...“

Methodik und Vorgehensweise

Datenerhebung

Die bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) gespeicherte Sammlung der Vertragsangaben auf Basis der Einigung der Spitzenverbände wurden dem Auftragnehmer bedauerlicherweise von dort nicht zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

Nach Auftragsannahme wurde umgehend eine schriftliche Befragung, welche im Grundsatz gleich aufgebaut, jedoch an die jeweilige spezielle Systemrolle des Adressaten angepasst wurde, an relevante Beteiligte des Gesundheitssystems in den fünf NBL versandt (s. Anlage in Abschnitt 13.1). Der Rücklauf wurde zum 22. 11. 2004 erbeten, mit Stand 13. 01. 2005 beträgt die Rücklaufquote 8 von insgesamt 52 Aussendungen.

Zeitlicher Ablauf

Der Auftraggeber hatte ausdrücklich gebeten, die Kooperation mit den Fachebenen in Bund und Ländern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kostenträgern und Leistungserbringern auf der Basis der Freiwilligkeit zu suchen. Das Material wurde deshalb durch strukturierte Interviews mit Experten, die über spezifische Kenntnisse verfügen (s. Anlage in Abschnitt 13.2) und weitere persönliche Gespräche und Mail-Abfragen ergänzt. Bei den Interviews wurden systematische Fragebögen auf der Basis der beschriebenen Kriterien eingesetzt.

Experteninterviews

Für die Experteninterviews stellten sich zur Verfügung:

- 3 Vertreter aus dem Bereich der Krankenkassen
- 3 Vertreter aus dem Bereich der Ministerien/staatl. Institutionen
- 7 Vertreter aus dem Bereich der stationären Leistungserbringer
- 8 Vertreter aus dem Bereich der ambulanten Leistungserbringer sowie ihrer Verbände und evtl. Managementgesellschaften/Investoren

Da die Angaben in den Interviews auf persönlichen Einschätzungen zum Zeitpunkt des Interviews beruhen, sollten die Bewertungen nicht als abschließend und auch nicht als Position der Gutachter gewertet werden.

Parallel wurden im Rahmen einer Recherche Informationen über den Stand der Integrierten Versorgung in den Neuen Bundesländern erhoben. Es wurde ein Überblick über alle existierenden Verträge zur Integrierten Versorgung angestrebt (Ergebnisse vgl. Kapitel 6).

Recherche

Im zweiten Schritt wurden alle im Vorwege erhobenen IV-Projekte angesprochen und ein Kontakt zu den jeweiligen Projektverantwortlichen aufgebaut. Unter den Projekten, die sich mit weiteren Informationen und Unterlagen an der Studie beteiligten, wurden von den Verfassern eine Auswahl getroffen, die als Fallbeispiel ausgewertet und in die Studie aufgenommen wurden (vgl. Kapitel 7). Auswahlkriterien waren die Repräsentanz über alle Kategorien von IV-Verträgen hinweg und die kurzfristige Verfügbarkeit weiterer Unterlagen.

Fallbeispiele

Die Projektergebnisse der insgesamt zweimonatigen Arbeiten (November – Dezember 2004) werden am 21. Januar 2005 in einem Präsentationsworkshop in Greifswald dargestellt und zusammen mit Vertretern aus Ministerien, Krankenkassen, Wissenschaft, Leistungserbringern und Verbänden erörtert.

Diskussion der Ergebnisse

2 Zusammenfassung/Executive Summary

2.1 Zusammenfassung

Die Bevölkerung in den NBL macht einen demografischen Wandel durch, der vergleichsweise schnell verläuft, beschleunigt durch die veränderten wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen der vergangenen 15 Jahre. Darauf muss das medizinische Versorgungssystem angepasst werden, wozu die Integrierte Versorgung Möglichkeiten anbietet.

Es lässt sich als Ergebnis der Arbeiten, die einen Zwischenstand der Entwicklung der IV in den NBL darstellen sollen, feststellen, dass die NBL keinen Sonderweg hin zu neuen Formen der IV-Versorgung eingeschlagen haben. Es werden allerdings auf Grund der demografischen Entwicklung in den NBL sowie von einzelnen, regional begrenzten Strukturbesonderheiten (altersbedingtes Ausscheiden niedergelassenen Ärzten) neue Wege zur Gewährleistung von Gesundheitsversorgung beschritten werden müssen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Neufassung des § 140 SGB V bieten die Möglichkeiten hierzu. Die in den Praxisbeispielen dargestellten Ergebnisse sind beispielgebend für Bemühungen auf dem Weg zu einem differenzierten und von um den Patienten und Versicherten bemühten Wettbewerb, aber auch für einen Wettbewerb um tragfähige Versorgungsinnovation in einer sich verändernden Gesellschaft mit zunehmender Alterung sowie Landflucht.

Grundsätzlich kann im Gesamtsystem von einer im internationalen Vergleich guten Versorgungsausstattung ausgegangen werden. Die in Einzelregionen sich abzeichnenden, i. d. R. nicht unangekündigt eintretenden Lücken durch Praxisaufgabe sollten, wenn sich bestehende Strukturen nicht in der Lage sehen, die Versorgung sicher zu stellen, durch andere, unternehmerisch geprägte und wirtschaftlich geführte Strukturen ergänzt werden.

Strukturförderung zur Verbesserung von Infrastruktur ist Aufgabe der Kommunal- und Landespolitik. Hierzu besteht eine besondere Mittelausstattung aus der „Gemeinschaftsaufgabe Ost“ in den NBL, um Infrastruktur zu entwickeln. Zu möglichen Fördermaßnahmen für innovative Infrastruktur zur Gesundheitsversorgung zählen:

- Medizinische Versorgungszentren
- Investitionen in Informationstechnologien mit vernetzten Strukturen
- Mobile Versorgungstechnologien für wohnortnahe Spezialversorgung
- Effiziente Managementstrukturen

In diesem Zusammenhang wird für besondere Regionen mit sich abzeichnendem, erkennbarem Handlungsbedarf empfohlen, den Sicherstellungsauftrag der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen für forschungsbegleitete Pilotprojekte regional begrenzt für die Laufzeit des Projektes zu ergänzen durch versuchsweise Implementierung wettbewerblicher Strukturen.

Krankenhäuser bilden neben professionell geführten Arztnetzen zunehmend einen Kern für Aktivitäten von IV. Durch eine infrastrukturell i. d. R. bessere Ausgangslage können sie, zusammen mit Kooperationspartnern Leistungen anbieten, welche die medizinische Gesamtkompetenz vereint mit optimierten Abläufen und weiteren Patientenvorteilen.

Auch in der Fläche birgt die Integrierte Versorgung Potenziale, die flächendeckende Versorgung zu sichern. Dabei bieten indikations- und sektorenübergreifende Konzepte eindeutige Vorteile. Die Anbieter können gestaffelte IV-Angebote machen vom Maximalversorger bis hin zu niederschwelligem ambulanten Versorgungsangebot.

Die Bildung unternehmerischer Kerne in der lokalen oder regionalen Gesundheitswirtschaft befindet sich im aktuellen Stand der Entwicklung von Integrierter Versorgung noch in den Anfängen. Es lässt sich durch die unternehmerischen Möglichkeiten der IV allerdings bestätigen, dass positive arbeitsmarktseitige Effekte durch IV durch Einstellungen, Flexibilisierung und damit Sicherung von entlassungsgefährdetem Personal kompensiert werden kann und wird. Diese positiven Arbeitmarkteffekte lassen sich doch bislang nur an Einzelbeispielen der Integrierten Versorgung beschreiben, ein positiver Gesamteffekt (Nettoeffekt) lässt sich noch nicht bestätigen.

Für die Gesundheitswirtschaft im weiteren Sinne mit einer Vielzahl von Angeboten (Wellness, Seniorenwirtschaft, Tourismus etc.), in dem die Integrierte Versorgung eine ergänzende und unterstützende Rolle erhält, kann zur Erhöhung schon jetzt bestehender Standortvorteile, z. B. in den klassischen Urlaubsgebieten an der Ostsee, die Absicherung von Versorgung sowie die Verhinderung „weißer Flecken“ auf der Versorgungslandkarte die Integrierte Versorgung mit ihren Möglichkeiten und Freiheiten für den unternehmerischen Suchprozess hilfreich angesehen werden.

Hinderlich für die Implementierung von IV sind bürokratische Beanspruchung der Beteiligten durch teilweise umfangreiche Dokumentation und Nachweisführung der beteiligten Leistungserbringer. Dazu bedarf es in Zukunft mehr Bereitschaft für einfachere Lösungen, welche die Vorteile nicht gleich wieder durch bürokratische und detailorientierte Zusatzarbeit zunichte machen. Es ist in die Vertragsfreiheit der Parteien gestellt, hierfür pragmatische Schritte für größeres gegenseitiges Vertrauen und für wachsende Routine bei der Umsetzung von IV-Verträgen zu tun. In Kapitel 9 geben die Gutachter eine Reihe von Handlungsempfehlungen an die relevanten Akteure mit dem Ziel, die Verbreitung der Integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren in den Neuen Bundesländern zu fördern.

2.2 Executive Summary

The population of the Neue Bundesländer - NBL (the five new counties of Germany after reunification with the former GDR) are in a comparatively rapid demographic change which is accelerated by the social and economic development of the last 15 years. Therefore the medical system has to be adopted to the new circumstances. Managed care system, like the German Integrierte Versorgung (IV), can deliver valuable opportunities.

The results of this work show that the NBL are not on a special way in the development of IV. Nevertheless caused by the specific demographic development and singular, regional specifics in structure (retreatment of elderly medical physicians and GPs) new ways for a guaranteed delivery of medical services have to be found. The legal framework of the new § 140 SGB V offers opportunities for this purpose. The results as shown in the case studies give an example for the efforts taken in creating new ways of patient focused care, like Integrierte Versorgung and Medizinische Versorgungszentren - MVZ (Medical Health Centres). These new ways of medical care are competing for the patients in an aging society.

In an international context the German health system shows good standards in resource allocation. The increasing deficits in specific regions of the NBL should be answered by entrepreneurial based and economic driven structures in case of inability of the existing system to cope with the challenge.

The NBL receive financial transfers to improve their infrastructure. The measures of improvement of the infrastructure in the medical system could be:

- Medical Health Centres
- Information Technology with linked structures
- Mobile medical technology for local application of special medical services
- Efficient health care management

For the initial phase we recommend projects with scientific backing and implementation of competitive offering of health care. Hospitals and professional GP-networks work increasingly as core elements for managed care structures.

Even in rural countryside managed care secures medical services for the population. The offering of cross-sectional and integrated care systems show advantages compared to indication-based models.

Positive effects due to managed care structures can not only be shown for the quality of care but also concerning the employment situation in regions with weak economy. It is too early to show systematic employment effects but the singular cases shown in the study seem promising. Also connected industries, like tourism, wellness or services for elderly people might benefit from managed care systems and integrated medical care services.

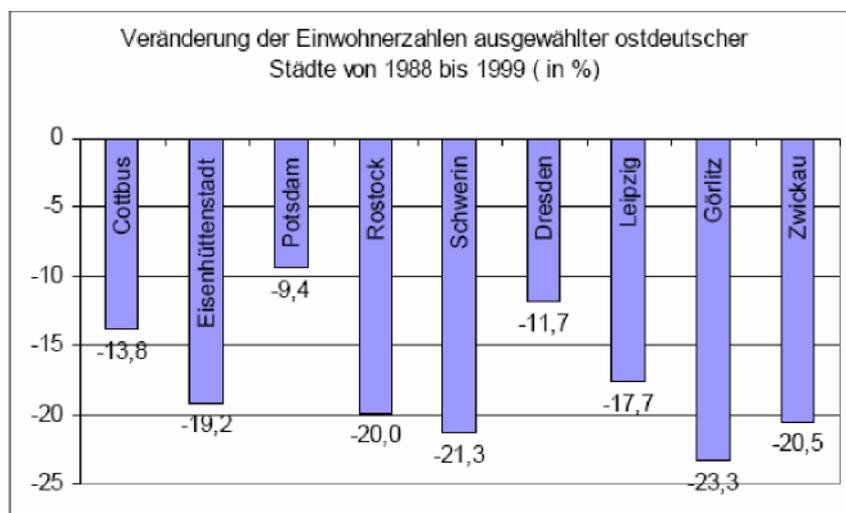
The mass of requested documentation for the all participants hinders the development of integrated medical care services. New ways have to be found to ease these initial obstructions. Chapter nine includes some recommendations by the consultants for the improvement of the framework of Integrierte Versorgung and the Medizinische Versorgungszentren.

3 Demografische Entwicklung und Versorgungssituation in den Neuen Bundesländern

Die Bevölkerungsstruktur Ostdeutschlands befindet sich in einer dramatischen Veränderung. Dies ist einerseits ein Rückgang der Gesamtbevölkerungszahl und der Bevölkerungsdichte, andererseits auch eine Veränderung in der Altersstruktur: Die Bevölkerung Ostdeutschlands war 1989 deutlich jünger als die in Westdeutschland, der Anteil der Personen unter 20 Jahre betrug 25,5 Prozent. Bis 1998 verringerte sich dieser Anteil durch Geburtenrückgang und Abwanderung auf 21,2 Prozent und sank dann unter das westdeutsche Niveau. Die Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter ging in diesem Zeitraum um 640.000 zurück. Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl der über 60jährigen um 430.000. Insgesamt ist das Wanderungssaldo von Ost nach West ansteigend auf 100.000 Personen (2001) nach einer zwischenzeitlichen Verringerung auf 13.000 Personen (1997). 60 % der Ost-West Migranten sind jünger als 30 Jahre. Seit 1989 verlor die Region der NBL mit 1,4 Mio. Personen über 8 % ihrer Bevölkerung.

**Demografische
Entwicklung**

Grafik: Veränderung der Einwohnerzahlen ausgewählter ostdeutscher Städte von 1988 bis 1999

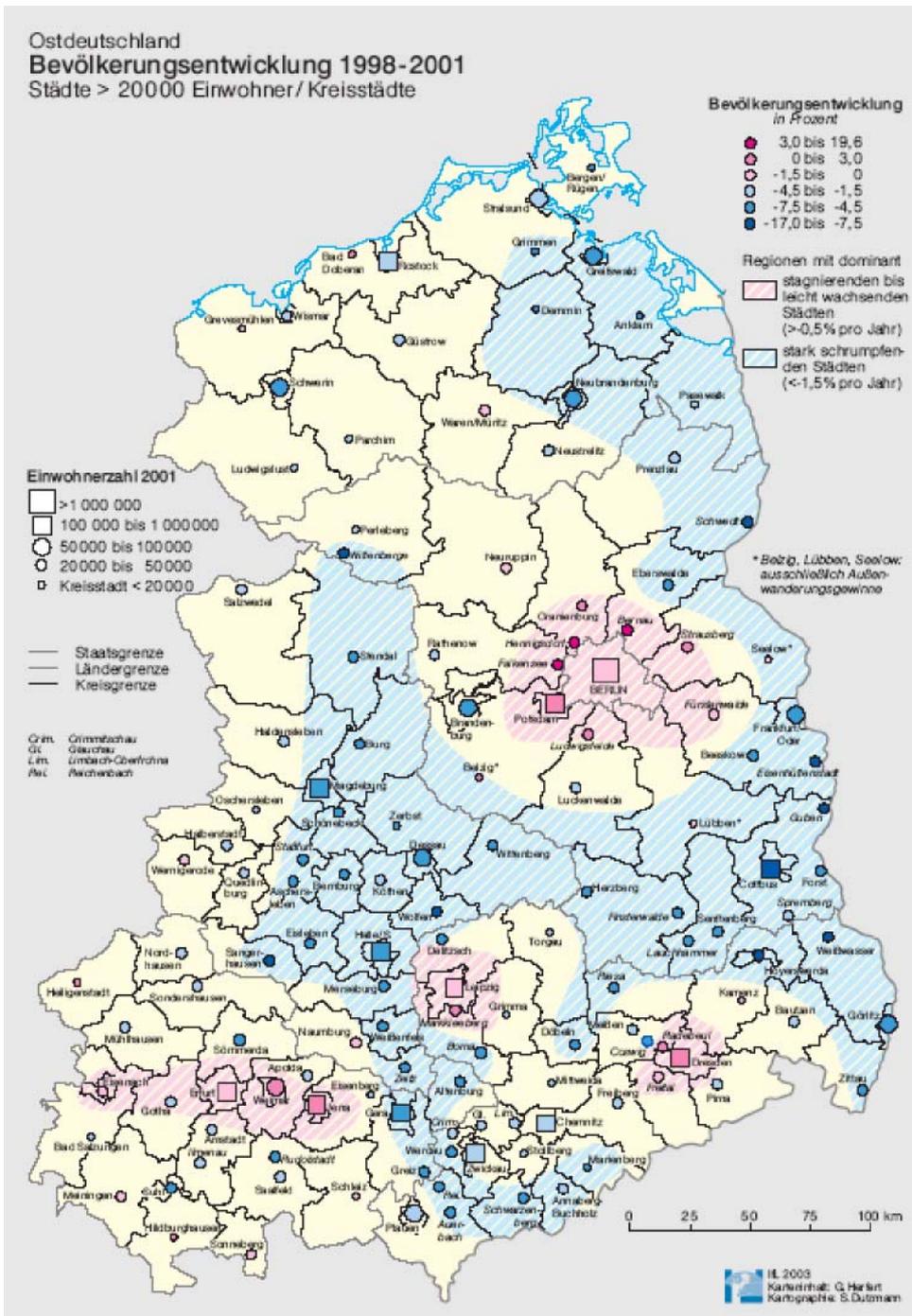


Datenquelle: Keim 2002, eigene Grafik

**Die Einwohner-
zahlen ostdeutscher
Städte sinken
deutlich**

Vgl. Zenker 2004: Die Situation der ambulant medizinischen Versorgung in den Neuen Bundesländern

Grafik: Bevölkerungsentwicklung 1 998 bis 2001



Quelle: Herfert, Günter: Die Ostdeutsche Schrumpfungslandschaft - Schrumpfende und stabile Regionen, Städte und Wohnquartiere, Standpunkt 04 / Oktober 2003

Die Fertilitätszahl pro Frau, die in der DDR noch 1,6 lebend geborene Kinder (West 1,3) 1989 betrug, verringerte sich bis 1994 auf den extrem niedrigen Wert von 0,77, um danach wieder leicht anzusteigen.

**Geburteziffer
sehr niedrig**

Tabelle: Geburtenziffer je 1000 Frauen

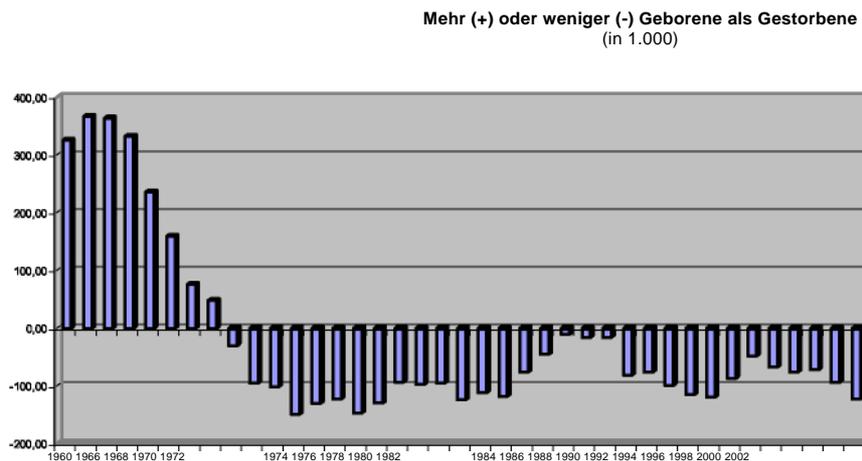
Geburtenziffern Geburten je 1000 Frauen	1987	1992	1997	2001
Westdeutschland	1.327	1.347	1.407	1.524
Ostdeutschland	1.740	8.24	1.042	1.250

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin 2004

Der ganz Deutschland bevorstehende Prozess der generellen Bevölkerungsalterung und -schrumpfung ist in Ostdeutschland im Zeitraffertempo bereits sichtbar. Dies zeigt auch der Vergleich der Geburten- und Sterbezahlen.

Schrumpfung der Bevölkerung

Grafik: Vergleich Geburtenzahlen und Sterbezahlen, 1960 bis 2002



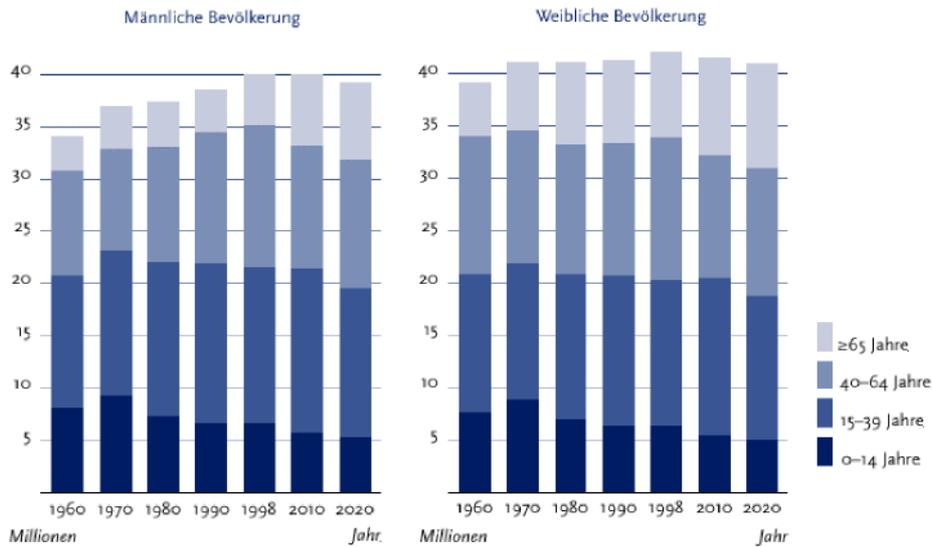
Quelle BKK-Bundesverband 10.2004

Die qualitative Betrachtung ergibt eine Verschiebung in der Alterspyramide zu den älteren und damit eher von Krankheit bedrohten Einwohnern. Sowohl die geringere Geburten als auch der Wegzug der im Erwerbsleben stehenden Menschen führen zu einer überproportionalen Alterung der verbleibenden Bevölkerung.

Überproportionale Alterung

Grafik: Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung von 1960 bis 2020

Abbildung 1
Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung von 1960 bis 1998 und 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für 2010 und 2020 (Zahlen vor 1990 zusammengefasst für früheres Bundesgebiet und ehemalige DDR)
Anzahl in Millionen Personen
Quellen: Statistisches Bundesamt und Amtliche Bevölkerungsstatistik der ehemaligen DDR



Bevölkerungsentwicklung Prognose bis 2020

Quelle BKK-Bundesverband 10.2004

Die wird zu dem begleitet durch einen Rückgang der Erwerbstätigen gerade in den Neuen Bundesländern.

Tabelle: Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben in 1.000

Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben in 1.000	1991	1995	2000	2001	2002	2003
Deutschland	79.829	81.570	82.160	82.277	82.455	82.502
Früheres Bundesgebiet	63.889	66.064	66.970	67.194	67.488	67.651
Neue Länder und Berlin-Ost	15.941	15.506	15.190	15.083	14.967	14.850

Rückgang der Erwerbstätigen

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt, 2004

3.1 Perspektiven der ärztlichen Versorgung

Die Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung wird von der Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer mit Sorge betrachtet. Hier ein Auszug aus der von ihnen veröffentlichten 2. aktualisierten und überarbeiteten Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung vom 27.08.2003:

Das Durchschnittsalter der Vertragsärzteschaft ist seit 1993 um über drei Jahre auf rund 50,2 Jahre im Jahre 2002 gestiegen. Das Durchschnittsalter der Krankenhausärzte erhöhte sich im gleichen Zeitraum um über zwei einviertel Jahre.

Zwischen 1995 und 2002 ist der Anteil der über 59-jährigen Ärzte an allen ambulant tätigen Ärzten um 55 Prozent gestiegen, der Anteil der über 59-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten ist sogar um knapp 58 Prozent angewachsen.

Zugleich sinkt der Anteil der jungen Ärzte. Waren 1991 noch 27,4 Prozent aller berufstätigen Ärzte unter 35 Jahre alt, so betrug dieser Anteil im Jahre 2002 nur noch 17 Prozent – ein Rückgang um 38 Prozent.

Darüber hinaus sinkt seit acht Jahren die Zahl der Ärzte im Praktikum (um 22 Prozent). Das Wegbrechen des ärztlichen Nachwuchses hat sich in den letzten Jahren beschleunigt, wenn man die Entwicklung der Neuzugänge von Ärzten im Praktikum betrachtet. Meldeten sich im Jahre 1998 noch 7.862 Absolventen des Medizinstudiums bei den Ärztekammern an, so betrug diese Zahl im Jahre 2002 nur noch 6.675. Dies entspricht einem Rückgang um 15,1 Prozent in nur vier Jahren.

**Ausreichende
Ärztzahlen in
den urbanen
Räumen
aber Entleerung
ländlicher
Regionen**

Für das Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten wird eine Relation von 60 zu 40 angestrebt. Dieses Verhältnis existierte im Jahre 1991, seitdem ist der Fachärzteanteil in Deutschland um ein Viertel auf 49,5 Prozent gestiegen. Die Analyse der demografischen Entwicklung der Bevölkerung macht deutlich, dass die damit einhergehende Wandlung des Morbiditätsspektrums und die Ausweitung der Multimorbidität eine erhöhte Zahl an Ärzten notwendig macht, um den Behandlungserfordernissen gerecht werden zu können. Als gravierendes und besonders dringliches Problem stellt sich die Situation der hausärztlichen Versorgung dar. Bis zum Jahre 2011 werden etwa 23.000 Hausärzte in Deutschland aus dem System ausscheiden. Das ergibt bis zum Jahre 2008 einen Ersatzbedarf in Höhe von etwa 2.200 Ärzten jährlich, der sich wegen der Altersstruktur, für die Jahre 2009 - 2011 auf 2.600 Ärzte jährlich erhöht.

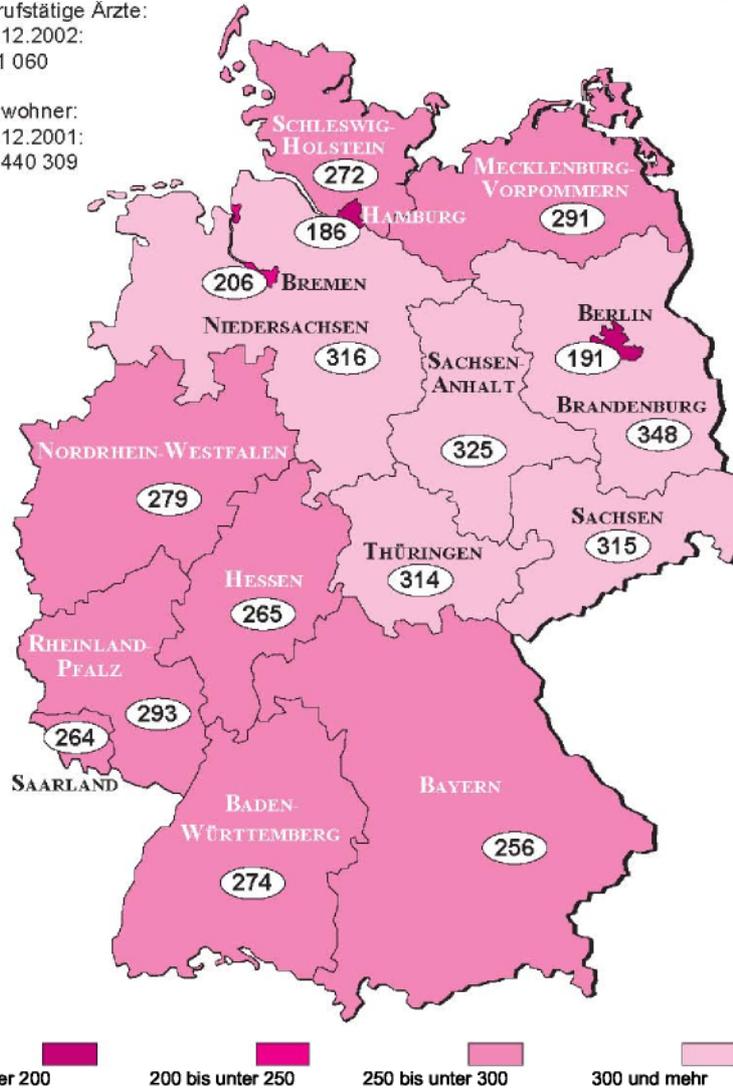
Erheblicher Ersatzbedarf entsteht in den neuen Bundesländern. Dort werden bis zum Jahr 2007 knapp ein Drittel aller Hausärzte in den Ruhestand gehen¹. Die hausärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern kann daher stellenweise bei Absinken unter die kritische Bedarfsquote von 75% problematisch werden. Bereits im Jahr 2002 ist die Zahl der Hausärzte in den neuen Bundesländern um 1,8 Prozent gesunken.

**Problematik
Hausärztliche
Versorgung**

Grafik: Arztdichte in Deutschland zum 31.12.2002 – Einwohner je berufstätigem Arzt

Berufstätige Ärzte:
31.12.2002:
301 060

Einwohner:
31.12.2001:
82 440 309



Arztdichte in
Deutschland

Quelle: Statistik der BÄK, 2004

Grafik: Hausarztichte in nationalen Vergleich

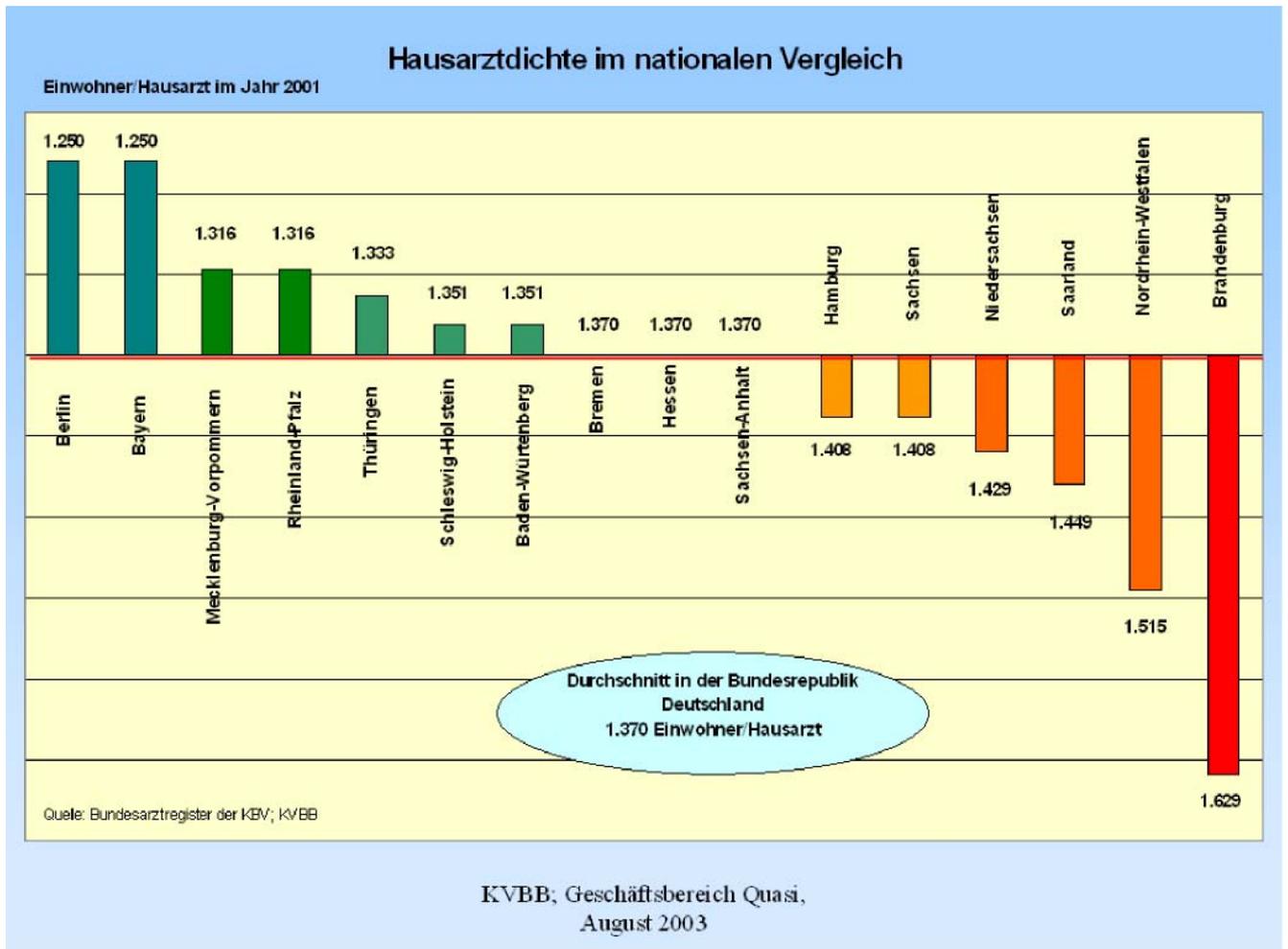


Tabelle: Fallzahl je Vertragsarzt pro Jahr

Fallzahl je Vertragsarzt pro Jahr	1999	2000	2001
Alte Bundesländer	4.360	4.236	4.232
Neue Bundesländer	5.420	5.387	5.429
Prozentuale Abweichung (Ost zu West)	124 %	127 %	128 %

Quelle: KBV (ASTOR)

Unterschiede der
Fallzahlen zwischen Neuen und
alten Bundesländern

Tabelle: Einwohner je Öffentliche Apotheke

Einwohner je Öffentliche Apotheke	2003
Alte Bundesländer und Berlin-Ost	370
Neue Bundesländer ohne Berlin-Ost	454

Quelle: Destasis, 2004

Diese Warnung vor Unterversorgung durch Vertragsärzte steht auch im Vordergrund der Veröffentlichung² von Matthias Zenker, KV Thüringen, 2004. Als Konsequenz fordert er, das Vergütungsniveau in den NBL auf Westniveau anzuheben mit um 5 % gegenüber West gesteigerten Veränderungsdaten in den Jahren 2005 und 2006. Zudem wird wegen der höheren Morbidität, die auch im Gutachten des Sachverständigenrates der Bundesregierung³ festgestellt wurde, ein „gesondertes Arzneimittelausgabevolumen“ für die NBL gefordert. Über gesteigerte Prävention und Aufklärung werden keine Angaben gemacht oder Vorstellungen entwickelt.

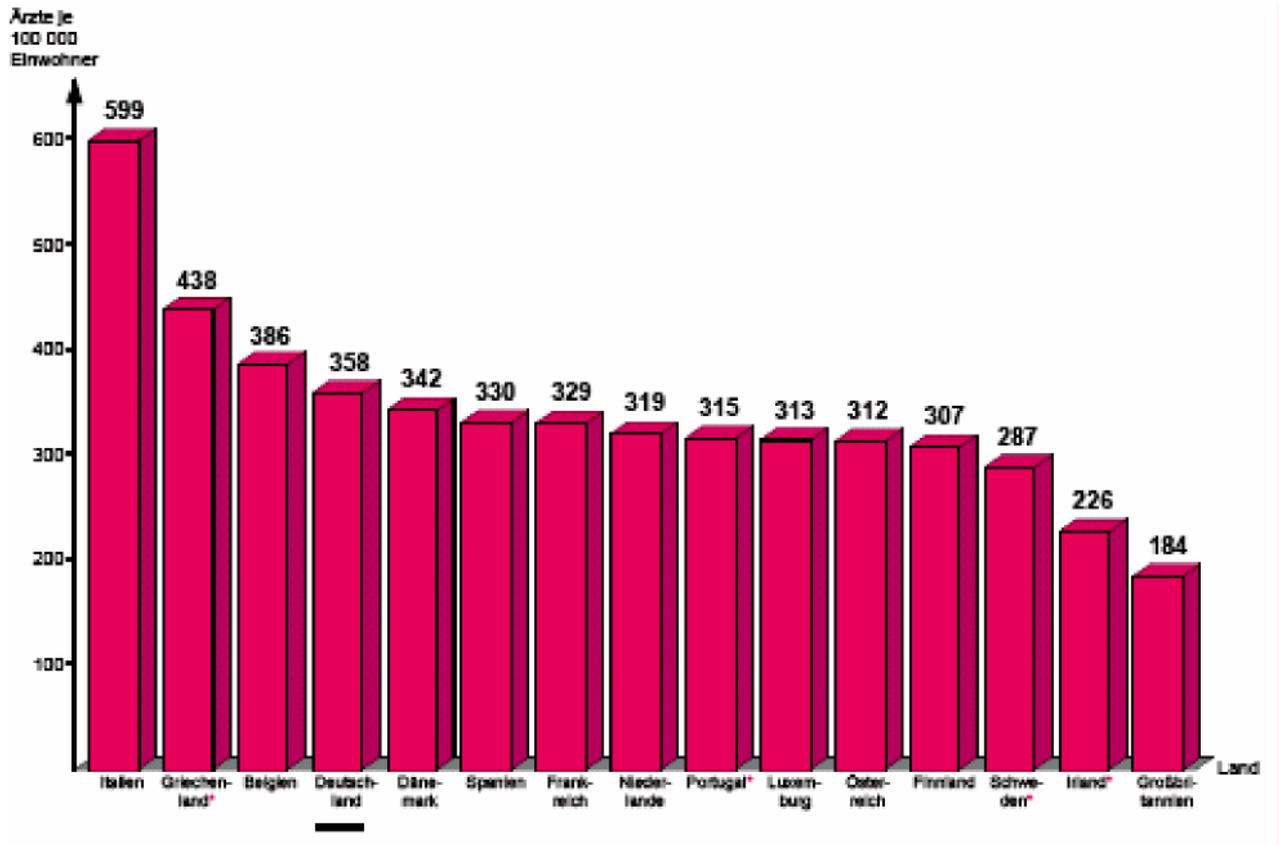
**Höhere
Morbidität in
den Neuen
Bundes-
ländern**

Nach Angaben der Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Michalk, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und Fraktion der CDU/CSU an den Bundestag 2003 – Drucksache 15/1 1 60 – weist Deutschland und in gleichem Maße die NBL eine im internationalen Vergleich hohe Arztdichte auf:

²KBV Thüringen; Zenker, Matthias: Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern; Thüringen, 2004

³Gutachten Band III (Über-, Unter- und Fehlversorgung) des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu dem Thema „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ 2000/2001

Grafik: Arztdichte in den Ländern der Europäischen Union – Praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002

In den NBL weisen allerdings die Ärzte – so weiterhin lt. Angaben der Bundesregierung, insbesondere die Hausärzte, die durch die im GMG dargelegte Intention des Gesetzgebers eine erheblich zunehmende Bedeutung als „Lotsé“ im Gesundheitssystem erhalten werden, eine im Bundesvergleich deutlich höheres Durchschnittsalter sowie einen hohen Anteil von über 55-jährigen aus.

Tabelle: Durchschnittsalter Hausärzte

Land	Durchschnittsalter der Hausärzte	Durchschnittsalter der Hausärzte ohne Kinderärzte
Alte Bundesländer (ohne Berlin)	50,4	50,3
Berlin	52,3	52,4
Brandenburg	52,2	52,2
Mecklenburg-Vorpommern	51,9	51,8

**Höheres
Durchschnittsalter
der Hausärzte**

Sachsen	52,2	52,2
Sachsen-Anhalt	51,6	51,6
Thüringen	52,2	52,0

Quelle: KBV

Die in den NBL erst 2011 wirksame Altergrenze von 68 Jahren, mit der die Zulassung endet, lässt eine sichere Prognose von tatsächlich aus der Versorgung ausscheidenden Haus- und Fachärzten nicht zu. Dennoch ist in absehbarer Zeit mit einem in bestimmten, eher für die Niederlassung weniger attraktiven Standorten und Regionen mit Versorgungsengpässen mit entsprechend weiteren Wegen für Patienten zu rechnen. Gerade die oben beschriebene Alterung der Gesellschaft, die einen größeren Anteil eher weniger mobiler und selbstständiger Patienten mit sich bringt, wird nach neuen Versorgungsformen verlangen.

4 Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Versorgungsinnovationen im deutschen Gesundheitswesen und Hypothesen zum Nutzen für die NBL

4.1 GMG und Integrierte Versorgung

Mehrere deutsche und internationale Gutachten zeigen – zuletzt auch das Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrats⁴ – dass Deutschland zwar das teuerste Gesundheitswesen in der Europäischen Union hat, in punkto Gesundheitsergebnisse jedoch nur einen mittleren Platz im internationalen Vergleich aufweist. Eine Hauptursache für die unbefriedigenden Ergebnisse wird, bei allen Erfolgen in einzelnen Bereichen der Hochleistungsmedizin, in Organisationsdefiziten in der ambulanten und stationären Versorgung und in der mangelhaften sektorübergreifenden Kooperation gesehen.

Der Gesetzgeber hat darauf mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 2000 mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ als neuem Bestandteil der Regelversorgung reagiert. Allerdings wurden die vom Gesetzgeber an die Integrierte Versorgung gehegten Erwartungen, nämlich durch eine Verzahnung von ambulanten und stationären Sektoren eine wirtschaftlichere Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, in den Jahren 2000-2003 nicht in ausreichendem Maße erfüllt. So wurden bis zum 31.12.2003 bundesweit nur wenige Integrationsverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen⁵. Gründe hierfür waren die mangelndem wirtschaftlichen Anreize, die Entwicklung von integrierten Versorgungs- und Behandlungsprogrammen voranzutreiben.

GRG 2000 führt Integrierte Versorgung ein

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde der Rahmen für die Erbringung von integrierten Versorgungsformen mit Wirkung ab dem 01.01.2004 neu abgesteckt.

Nach den bis zum 31.12.2003 geltenden gesetzlichen Regelungen umfasste die Integrierte Versorgung ausschließlich eine vertikale Vernetzung der Leistungserbringer (z. B. ambulante und stationäre Leistungen). Mit den seit dem 01.01.2004 geltenden Rechtsvorschriften zur integrierten Versorgung ist nun auch eine interdisziplinär fachübergreifende und intersektorale Versorgung (horizontale Vernetzung) möglich.

GMG 2004 steckt zusätzliche Anreize ab

⁴Gutachten Band III (Über-, Unter- und Fehlversorgung) des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu dem Thema „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ 2000/2001

⁵Hildebrandt, H.: „Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG u.b.B. der vorgesehenen Regelungen zur Integrierten Versorgung sowie der Anträge von Abg. H. Seehofer u. a. und Abg. Dr. D. Thomae. u.a. (BT-Drs. 15/1170 sowie 15/1174 und 15/1175“, in: Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23.06.2003, 15. Wahlperiode, Berlin, 2003

- Neu ist auch die Möglichkeit der Teilnahme von einzelnen Vertrags(zahn)ärzten (bislang nur Gemeinschaften von Vertrags(zahn)ärzten) und Medizinischen Versorgungszentren an der Integrierten Versorgung.
- Neu hinzu gekommen ist auch noch ein weiterer möglicher Vertragspartner nach § 140 b Absatz 1 Satz 4. Danach können auch Träger von Einrichtungen, die eine Integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem 4. Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, Vertragspartner werden. Der Gesetzeswortlaut ist nicht hinreichend klar, da hier in unbestimmter Weise von Trägern von Einrichtungen gesprochen wird. In der Kommentierung erläutert der Gesetzgeber allerdings, dass er darunter Managementgesellschaften versteht, die dann – so zumindest die herrschende Meinung der Rechtsauslegung – sofern sie ihrerseits entsprechende Leistungsvereinbarungen mit zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen haben, als solche auch direkt der einzige Vertragspartner einer Krankenkasse sein können.
- Für die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht nach den ab dem 01.01.2004 geltenden gesetzlichen Bestimmungen keine Möglichkeit mehr, direkter Vertragspartner im Rahmen der Integrierten Versorgung zu sein. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, dass Vertragsärzte die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin durch eigene Vereinbarung mit der Verteilung der im Rahmen der Integrationsversorgung anfallenden Vergütungen beauftragen können bzw. dass sich Vertragsärzte von der KV beraten lassen können.
- Der Gesetzgeber stellt in den ab dem 01.01.2004 geltenden Regelungen zur Integrierten Versorgung § 140 a Absatz 1 klar, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 1 in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten nach Integrationsverträgen durchgeführt wird.
- Waren bisher die Beitrittsmöglichkeiten Dritter zu bestehenden Verträgen umstritten, wird jetzt eindeutig geregelt, dass ein Beitritt Dritter zum (bestehenden) Vertrag nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich ist. Um sicherzustellen, dass eine ausreichende Dokumentation den an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung steht, ist nun auch der Datenfluss als Vertragsgegenstand in einem Integrationsvertrag zu regeln.

Managementgesellschaften können Vertragspartner für die IV werden

- Die Erarbeitung und Umsetzung von integrierten Versorgungsformen ist mit einem finanziellen Aufwand verbunden, da in diesem Zusammenhang zunächst von den beteiligten Leistungserbringern und den Krankenkassen entsprechende Strukturen zu schaffen sind. Diesem Umstand wurde der Gesetzgeber gerecht, indem er durch § 140 b Absatz 3 Satz 2 den Grundsatz der Beitragsstabilität für Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 geschlossen werden, aussetzte.
- Zusätzlich wurde seitens der Politik der Integrierten Versorgung noch ein Dynamo mit einer 1%-Abschlagsregelung (für die Jahre 2004-2006) zur Seite gestellt: Die Krankenkassen können danach bei allen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen bis zu 1 % der Rechnungssumme für Leistungen der Integrierten Versorgung einbehalten, soweit die Kassen umgekehrt entsprechende Vertragsvolumina auch in IV-Verträgen abschließen. Die Abschlagsvolumina beziehen sich jeweils pro Krankenkasse auf ein KV-Gebiet und behandeln in diesem Gebiet alle Leistungserbringer gleich, unabhängig davon, ob diese selber sich an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen oder nicht.

**1% Abschlags-
finanzierung**

Mit der Entwicklung von Verträgen zum § 140 (Integrierte Versorgung) werden drei Eckposten der bisherigen Vertragskonstellationen im Gesundheitswesen verändert:

Interpretation

1. Das „gemeinsame und einheitliche“ Verhandeln im Gesundheitswesen wird aufgegeben, „freies Verhandeln“ damit ermöglicht, erstmals können Krankenkassen und Anbietergruppen sich von ihrer Konkurrenz tatsächlich durch die Produktangebote differenzieren
2. Die sektorale Denk- und Honorierungsweise kann aufgegeben werden zugunsten einer prozessorientierten Sicht mit einer ebenfalls auf gesamte Versorgungsprozesse ausgerichteten Finanzierung
3. Die bisherigen sektoralen Deckel (das Krankenhausbudget bzw. das Praxisbudget der Ärzte) können durchbrochen werden, zusätzliche Leistungen können auch eine zusätzliche Honorierung erfahren.

Im Ergebnis können sowohl die Leistungsanbieter wie die Krankenkassen sich durch entsprechende Verträge von ihren jeweiligen Wettbewerbern stärker als bisher differenzieren. Sie können dazu in ihren internen Beziehungen weitestgehend freie Verträge schließen. Für die Krankenkassen kann dies bedeuten, Versicherte zu halten oder neu zu gewinnen und/oder in ihren Ausgaben relativ zu den anderen Kassen günstiger zu werden.

Für die Leistungsanbieter kann dies bedeuten, gegenüber dem Wettbewerber mehr Leistungen zu gewinnen und evtl. Skaleneffekte daraus zu erzielen, es kann aber auch heißen, vom ambulanten bzw. stationären Kerngeschäft sich hin in Richtung Systemanbieter zu bewegen und einen gesamten Versorgungsprozess in die ökonomische Verantwortung zu nehmen und damit in gewisser Form selber Krankenkassenfunktion zu übernehmen.

Für beide Seiten hat der Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung insofern erhebliche strategische wie auch unmittelbar wirtschaftliche Bedeutung. Durch den 1%Abschlag erleiden darüber hinaus die Leistungserbringer eine Einbuße von bis zu 1% der Rechnungssumme, die sie bei gleichen Leistungen nur dadurch ausgleichen können, dass sie Verträge nach § 140 a zur Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen abschließen. Allerdings können die Krankenkassen nur den Abschlag einhalten soweit sie umgekehrt entsprechende Vertragsvolumina auch in IV-Verträgen abschließen. Beide Seiten haben insofern ein Interesse an schnellen Abschlüssen.

4.2 Medizinische Versorgungszentren

Mit dem zum 1.1.2004 in Kraft getretenen GMG wurde ein weiteres Versorgungsinstrument durch Neufassung des § 95 SGB V Abs. 1 S. 1 eingeführt, das Instrument der sog. medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ambulante Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung für eine fachübergreifende und Intersektorale Zusammenarbeit zugelassener Leistungserbringer unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete unter einer KV-Nummer. Sie bieten den Patienten eine Versorgung aus einer Hand und an einem Ort. Bedingungen für die Gründung von MVZ nach § 95 sind u. a.:

- Ein MVZ muss mindestens zwei verschiedene Fachrichtungen umfassen
- Die dort arbeitenden Ärzte müssen die entsprechenden Qualifikationen aufweisen
- Ein MVZ muss unter ärztlicher Leitung stehen
- Gesellschafter eines MVZs können nur nach SGB V zugelassene Leistungserbringer sein, dies umfasst allerdings auch nichtärztliche Leistungserbringer, wie ambulante Pflegeanbieter, Apotheken und Krankenhäuser
- Für die entsprechende Fachrichtung muss ein Bedarf gegeben sein. Die Entscheidung trifft der gemeinsame Zulassungsausschuss von KV und Krankenkassen

Seit In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform im Januar 2004 wurden 41 Medizinische Versorgungszentren bewilligt, 17 von ihnen haben bereits ihre Arbeit aufgenommen. Weitere 88 MVZ befinden sich in der Zulassungsphase. (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 3. Quartal 2004).

Interpretation

Die MVZ-Grundidee ist nicht neu. Sie hat Vorläufer in den sog. Polikliniken beziehungsweise Ambulatorien. Beide blicken auf eine wechselvolle Geschichte zurück. Die Polikliniken gehen eigentlich auf den Arzt Christoph Wilhelm Hufeland aus dem 19. Jahrhundert zurück (Medizine-Worldwide, Biografien, Hufeland). Hufeland initiierte die unentgeltliche Behandlung mittelloser Kranker und Bedürftiger und richtete damit 1810 die erste „Poliklinik“ in Berlin ein.

Während des Ärztestreiks 1926/27 in Deutschland gründeten die gesetzlichen Krankenkassen Ambulatorien, in denen sie Ärzte einstellten, „um den Streik zu brechen“. Nach 1933 wurden die Polikliniken in Deutschland geschlossen und nach dem Krieg flächendeckend in der ehemaligen DDR wieder errichtet. Bis 1989 existierten etwa 1.650 Polikliniken und Ambulatorien als Versorgungszentren.

Diese fachübergreifenden Einrichtungen wurden nach der Wiedervereinigung vom Modell der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit Sicherstellung der Versorgung durch niedergelassene Ärzte verdrängt. Eine Reihe von ehemaligen Polikliniken blieb allerdings weiter bestehen, sie waren zunächst befristet bis 31. Dezember 1995 zugelassen, konnten aber nach einer Gesetzesänderung als Einrichtungen nach § 311 SGB V unbefristet an der Sicherstellung der medizinischen Versorgung mitwirken (Gesundheitsstrukturgesetz vom 01. Oktober 1992). Neue Versorgungszentren konnten allerdings nicht eröffnet werden. Heute sind es etwa 30 Einrichtungen mit etwa 250 Ärzten, die dort beschäftigt sind. Die Erfahrungen mit diesen Einrichtungen, wie aber auch die parallel in anderen Ländern üblichen Medical Center gaben den Anstoß und das Vorbild für den Gesetzgeber, diese ambulante Versorgungsorganisationsform in ganz Deutschland zu ermöglichen.

Als Vorteile und Chancen von derartigen Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 werden meist gesehen:

- Bündelung der medizinischen Kompetenz an einem Ort
- Zeitersparnis für die Patienten durch kurze Wege zwischen den einzelnen (Fach-)Ärzten und weiteren Leistungserbringern
- Gemeinsame Datenflüsse und Datenhaltung (elektronische Patientenakte)
- Strukturierte Behandlung durch engere Zusammenarbeit der Ärzte und Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Gemeinschaftliche Nutzung der Medizintechnik
- Wegfall des ökonomischen Risikos des Einzelnen einer Praxisgründung

Nicht zuletzt wegen letzterem Punkt sind Medizinische Versorgungszentren ein interessantes Organisationsmodell für junge Mediziner sowie Ärztinnen und Ärzte, die nach der Familienphase als Angestellte wieder in den Beruf einsteigen wollen.

4.3 Hypothesen zum möglichen Nutzen von IV und MVZ in den Neuen Bundesländern

- Gesamtgesellschaftlich ökonomischer Nutzen: Integrierte Versorgungsverträge können als Grundlage genommen werden zu einer Versorgungsoptimierung bei gleich bleibender Höhe der Gesundheitskosten für die Krankenkassen (und damit für Arbeitgeber und Arbeitnehmer).
- Versorgungsnutzen / Schaffung unternehmerischer Kerne in der Gesundheitswirtschaft: MVZ-Unternehmen in Verbindung mit Integrierter Versorgung führen zu unternehmerischen Versorgungseinheiten, die eher als die freiberuflichen Einzelpraxen in der Lage sind, flächendeckende Versorgungsangebote aufrechtzuerhalten bzw. mit Krankenkassen im Direktvertrag zu vereinbaren. Die ökonomische Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung ist wiederum Voraussetzung und Bedingung für die wirtschaftliche Entwicklung in den NBL, in klassischer Industrieansiedelung, der Weiterentwicklung bestehenden Gewerbes wie auch im Tourismus.
- Positive Beschäftigungseffekte: Sektorübergreifende Versorgung erfordert in einem höheren Maße als bisher den Einsatz von Koordinatoren und Management und schafft damit die Grundlage für die Entwicklung neuer Berufsbilder bzw. spezialisierter Aufbauqualifikationen für existierende Berufe.
- Neue Herausforderungen für Informationstechnologie und begleitende Industrien: Sektorübergreifende Versorgung und der Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren, insbesondere aber auch die telematische Abdeckung großflächiger Räume stellen neue Anforderungen an Software- und Hardwareindustrie wie auch die begleitenden Dienstleistungsbranchen (Consulting, Marketing, Steuer- und Rechtsberatung) und kann für eine gezielte Förderung dieser Industriebereiche in den neuen Bundesländern genutzt werden.

Versorgungsoptimierung bei gleicher Höhe der Gesundheitskosten für die Krankenkasse

MVZ's können unternehmerische Kerne darstellen für Regionalversorgungsangebote

Beschäftigungseffekte werden ausgelöst

Sekundäre Industrie erhält Entwicklungschancen

5 Kategorien der IV-Verträge

5.1 Eine Übersicht von Vertragsformen zur Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V

Eine Kategorisierung der Modelle der Integrierten Versorgung nach Vertragstypen kann durch die Unterscheidung von drei verschiedenen Dimensionen vorgenommen werden. Die drei Dimensionen können wie folgt bezeichnet werden:

Drei Dimensionen der Unterscheidung

Integrationstiefe

Die Integrationstiefe bezeichnet die Leistungen der IV über die verschiedenen Sektoren, die vertraglich eingebunden sind. Ein Vertrag kann verschiedene Einzelsektoren verknüpfen, beispielsweise Rehabilitation und Krankenhaus, oder aber weitere Sektoren in den Vertrag einbinden, z. B. Krankentransport, Arzneimittelversorgung und Heilmittelversorgung.

Integrationsbreite

Zentrale Frage bei der Integrationsbreite ist die Anzahl der Indikationen bzw. Fachrichtungen die vom jeweiligen IV-Vertrag berücksichtigt werden. Maximale Integrationsbreite wäre die komplette medizinische Versorgung über alle Indikationen, eine geringe Integrationsbreite stellt z.B. die Versorgung mit Hüft- oder Knie-Endoprothetik dar.

Ausmaß der Risikoübernahme

Besonders bei Verträgen über Pauschalvergütung pro Eingriff sind die Kostenträger darauf bedacht, der Vermehrung von Fallzahlen entgegenzuwirken und die Leistungserbringer bei der medizinischen Ergebnisqualität durch Gewährleistungsregeln in die Verantwortung zu nehmen. Die maximale Risikoübernahme besteht in der Übernahme der Budgetverantwortung und damit Versorgungsverantwortung mit allen epidemiologischen Risiken durch den Leistungserbringer.

Im Folgenden unterscheiden wir nach dem Ausmaß der Integrationstiefe, -breite und der Risikoübernahme zwischen vier Vertragstypen, wobei den Verfassern bewusst ist, dass an einigen Stellen diese Unterscheidung künstlich erscheinen mag. Wo möglich wurde die Beschreibung deshalb um kurze Beispiele ergänzt – und auf die in Kapitel 7 dargestellten Fallbeispiele aus den Neuen Bundesländern verwiesen:

5.2 Typ I: Umgewandelte Strukturverträge

Ein Prototyp hierfür wäre z.B. ein Vertrag mit einer Praxis- oder Tagesklinik und einer Gruppe von Belegärzten oder ambulant tätigen Chirurgen zur Förderung des ambulanten Operierens bzw. der Kurzzeitchirurgie. Die Motivation der Krankenhäuser besteht bei diesen Verträgen in der Erhöhung des Marktanteils für ambulante Operationen unter Einbindung der Niedergelassenen. Ein Beispiel bietet u. a.: Ein Vertrag in Mecklenburg-Vorpommern zwischen der Betriebskrankenkasse Draeger & Hanse, dem Krankenhaus Grevesmühlen sowie der Mediansklinik Wismar zur Behandlung von Sportverletzungen und arthroskopischen Eingriffen. Vgl. auch das Fallbeispiel Vertrag zur Integrierten Versorgung mit ambulanten Operationen durch das Universitätsklinikum Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern in Kapitel 7. Unsere Datenbank weist aktuell 47 Verträge für diese Kategorie aus.

Erhöhung des Marktanteils ambulanter Operationen

In den Einsparungen bei den Krankenhauskosten steckt in derartigen Verträgen häufig die Motivation der Krankenkassen. Laut "Ärzte Zeitung" berichtete eine BKK, dass sie bei jedem behandelten Patienten etwa 1000 EUR spare. Hinzu kommt – wie bei allen IV-Verträgen – das Ziel, hiermit besonders schnell ein Volumen zu generieren, mit dem der 1% Abschlag begründet werden kann. Strategisch kommt für die Krankenkasse hinzu, dass sie mit derartigen Verträgen das Instrument der Einzelverträge erproben kann, Erfahrungen sammeln kann und dass derartige Angebote durchaus auch für die Versicherten interessant sein können im Rahmen des Wettbewerbs zu den anderen Krankenkassen.

Ein Gegenargument gegen derartige Verträge für die Krankenkassen besteht darin, dass durch die ambulante Abwicklung ein Steigen der Eingriffe insgesamt zu verzeichnen sein kann und als zweites die Frage der Qualität als Häufigkeit von Komplikationen und wiederholten Eingriffen.

Ansteigen der Eingriffszahlen

Als wirtschaftliche Ziele der Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer können folgende Aspekte herausgehoben werden: Zunächst geht es um das Aufbrechen der Budgetdeckelungen und damit die Möglichkeit, durch mehr Leistungen und den damit verbundenen Skaleneffekt einen höheren Ertrag zu erwirtschaften. Daneben sind aber auch weitere Aspekte von Bedeutung, so u. a. die verbesserte eigene Positionierung im Wettbewerb um weitere Vertragspartner und um die Patienten. Auch hier dürften Effekte wie die Erfahrungssammlung und die Heranziehung neuer Patientenklientel von besonderer Bedeutung sein.

Kritisch müssen die Frage gestellt werden, ob das Modell für das betreffende Haus überhaupt einen Vorteil darstellt oder ob dieses Spektrum nicht besser über eine Auslagerungen in den ambulanten Bereich zu erzielen ist und wie stark sich die stärkere ambulante Leistungserbringung auf die stationären Fallzahlen im Haus auswirkt. Daher spricht man im Zuge der umgewandelten Strukturverträge auch von einem reinen Substitutionsmodell.

5.3 Typ II: Komplexpauschalen (z. T. mit Gewährleistung)

Derartige Verträge stellen das Hauptkontingent der derzeit abgeschlossen Integrationsverträge. Sie bezogen sich anfänglich vor allem auf die Hüft- und Knie-Endoprothesen, inzwischen kommen nach gleichem Muster zunehmend auch die elektiven Herzchirurgischen Eingriffe hinzu. Nach unserer Zählung sind z. Zt. 73 Verträge dieser Art bekannt.

Beispiel ist u. a. ein Vertrag in Mecklenburg-Vorpommern der Barmer Ersatzkasse gemeinsam mit der Hanseatischen Krankenkasse und der Damp Holding AG zur Versorgung von Gelenkersatz-Patienten bei einer Garantieleistung von 12 Jahren auf Operation und Rehabilitation. Vgl. auch das Fallbeispiel in Kapitel 7: „Integra“ Vertrag zur Integrierten Versorgung in Magdeburg, Sachsen-Anhalt. Beteiligt waren dabei mehrere Krankenkassen (Barmer federführend) und die Klinik St. Marienstift in Magdeburg.

Als ökonomische Ziele der beteiligten Krankenkassen lassen sich die gewünschten Einsparungen bei den Gesamtkosten (Reha und Akut) hervorheben. Derartige Verträge zeichnen sich durch die Integration der Kosten der Akut- und der Rehabilitationsphase aus, wobei sie z. T. die Wahl des Ortes der Rehabilitation und der Versorgungsstufe, ob ambulant oder stationär, ins Belieben der Leistungserbringer und ihr Vermögen, den Patienten von den jeweiligen Vorteilen zu überzeugen, entlassen.

**Integration der Akut-
und Rehabilitation**

Ein besonderes Merkmal und eine Innovation im Gesundheitswesen sind die vorgenommenen Gewährleistungen, bei den Endoprothesen meist 10 Jahre für die Hüft-TEPs und 8 Jahre für die Knie-TEPs. Meist werden dabei gleichzeitig auch eine Reihe von Bedingungen an diese Gewährleistungen geknüpft, so im Fall der Patienten z.B. die Einhaltung gewisser Wiedervorstellfristen und der Ausschluss bestimmter Extremsportarten. Auch hier wiederum kommt unter strategischem Kalkül für die Krankenkassen hinzu, dass sie mit derartigen Verträgen das Instrument der Einzelverträge erproben kann, Erfahrungen sammeln kann und dass derartige Angebote für die Versicherten interessant sein können im Rahmen des Wettbewerbs zu den anderen Krankenkassen.

**Verträge mit Gewähr-
leistung**

Für den vertragsschließenden Leistungspartner, hier jetzt für das Akutkrankenhaus beschrieben, richtet sich das ökonomische Interesse wie bei der ersten Kategorie v. a. um das Aufbrechen der Budgetdeckelung und die erzielbaren Skaleneffekte. Mit dem Vertragsschluss einher geht zumeist die Vereinbarung einer Menge an zusätzlichen operativen Eingriffen, dann meist zu einem Preis, der gegenüber dem normalen DRG-Satz rabattiert ist. Einige Verträge sehen darüber hinaus einen festen Preis für die Rehabilitationsphase vor, soweit diese vom Kostenträger Krankenkasse zu tragen ist, und zwar unabhängig von dem Ort und den Kosten der Leistungserbringung, womit sich eine weitere Ertragsmöglichkeit eröffnet. Ob die Kosten und Risiken der

Gewährleistung immer richtig kalkuliert sind, mag gelegentlich bezweifelt werden (diese müssen selbstverständlich in der Bilanz als Rückstellungen vorgesehen werden), für die vertragsschließenden Häuser steht strategisch aber vor allem der Aspekt der Leistungszahlenvermehrung im Vordergrund, können doch hiermit zum einen evtl. Wartelisten abgebaut werden wie gleichzeitig wirksam etwaigen Mindestmengendebatten vorgebeugt werden und die eigene Positionierung im Wettbewerb um die Zuweiser und die Patienten erheblich verbessert werden.

Kritisch: richtige Kalkulation der Gewährleistungskosten

Einfach gesagt handelt es sich bei diesem Modell um ein mit einem Rabatt für eine vertraglich vereinbarte Mehrleistung sowie in einigen Fällen eine Gewährleistung. Kritisch fällt in dieser Vertragsgestaltung zunächst die komplexe Kalkulation der Pauschale ins Gewicht aber auch andere Aspekte sind durch die Vertragspartner zu hinterfragen. Wie werden sich die Fallzahlen entwickeln? Werden sich Patienten nun eher für einen Eingriff, bspw. eine Endoprothese, entscheiden? Wie ist die Vergütung für die nicht am Vertrag beteiligten Leistungserbringer geregelt? Wie groß ist der Rabatt für die Mehrleistungen? Wie häufig wird die Gewährleistung in Anspruch genommen werden? Welche Kosten entstehen durch das neuartige Patientenmanagement? Wie häufig werden tatsächlich Anschlussheilbehandlungen (AHB) in Anspruch genommen?

Allgemein erscheint gerade vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung derartiger Verträge die Frage nach der Relation von ökonomischem Nutzen und Aufwand der Vertragsanbahnung schwierig zu beantworten.

5.4 Typ III: Case Management Verträge

Relation von Aufwand und Ertrag

Einen weiteren Vertragstypus stellen die Verträge dar, die seitens der Krankenkassen bevorzugt mit Ärztgruppen, z. T. aber auch unter Einbindung von Krankenhäusern abgeschlossen werden. Sie stellen z. Z. nach unserer Zählung mit 23 existierenden Verträgen die drittgrößte Gruppe dar.

Beispiele sind u. a. die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK und IKK in Sachsen-Anhalt (vgl. Fallbeispiel in Kapitel 7) und der CARDIV-Vertrag der Barmer Ersatzkasse in Sachsen. Bei letzterem sind neun niedergelassene Hausärzte, Internisten und Kardiologen, die als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis geführte Praxisklinik Kardiologie-Angiologie-Radiologie in Dresden und das städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt beteiligt. Weiteres Beispiel: „Pro Cardio Plus Potsdam“ der Barmer Ersatzkasse mit der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis Potsdam und dem Potsdamer St. Josefs Krankenhaus.

Ökonomisch steht für die Krankenkassen so die dortigen Mitteilungen der mittel- bis langfristige Einspareffekt im Vordergrund, daher sind sie hier eher bereit, zunächst sogar zusätzliche Vergütungen zu zahlen und damit in die Versorgungsoptimierung zu investieren. Es geht dabei um den besser abgestimmten Behandlungsablauf über Sektorengrenzen hinweg, wobei die Krankenkassen davon ausgehen, dass weniger Krankenhauseinweisungen das Ergebnis sein werden. Nicht minder gewichtig dürfte dabei das strategische Ziel der Gewinnung neuer Versicherten sein.

Abgestimmter Behandlungsablauf über die Sektorengrenzen

Für die Ärztenetze geht es wirtschaftlich v. a. um die zusätzliche Honorierung ihrer Steuerungsleistungen und ihrer Zusatzaufwände, für die mit ihnen verbündeten Krankenhäuser dagegen eher um die strategische Verbindung zu den Niedergelassenen und die Hoffnung, dass diese ihnen dann zumindest diejenigen Patienten zuweisen, die dennoch in der betreffenden Indikation der stationären Behandlung bedürfen, sowie einen größeren Prozentsatz der Patienten, die evtl. bisher in andere Häuser eingewiesen worden.

5.5 Typ IV: Budgetverantwortung

Dieser Vertragstypus ist die eigentliche Herausforderung und Königsdisziplin der Integrierten Versorgung. Mit zurzeit 5 Verträgen nach diesem Typus stellt er aber noch die Minderheit der Verträge dar, allerdings werden ihm nach übereinstimmender Aussage aller Fachleute die größten Chancen für die Zukunft eingeräumt.

Beispiele sind u. a. das Projekt QuE = Qualität und Effizienz des Praxisnetzes Nürnberg-Nord mit der AOK-Bayern, das Modell der Integrierten Medizinischen Dienste von fünf Behinderteneinrichtungen in Niedersachsen mit AOK, BKK, IKK, LKK, das Modell der Krankenhäuser mit Pflegeeinrichtungen in Berlin (AOK und IKK) sowie ein Vertrag der AOK-Schleswig-Holstein mit den beiden Krankenhäusern und einer Ärztegemeinschaft in Flensburg. Für die Neuen Bundesländer wurden uns noch keine abgeschlossenen Verträge berichtet, allerdings wurden der AOK Brandenburg ein entsprechendes Angebot unterbreitet und die AOK Sachsen-Anhalt berichtete von eigenen Entwicklungsüberlegungen. Als Fallbeispiel in Kap. 7 wird über ein Vorhaben der Abt. Community Medicine der Universität Greifswald berichtet, das den Gedanken der Populationsversorgung aufgreift, allerdings noch ohne ökonomische Gegenrechnung.

Königsdisziplin der Integrierten Versorgung

Wirtschaftlicher Grundgedanke dieses Vertragstypus ist die Vereinbarung einer mehr oder minder harten Budgetgarantie, d.h. die Krankenkasse garantiert die Bereitstellung der gleichen Gesamtkosten wie bisher, zahlt aber evtl. bereits vorab für bestimmte Koordinations- und Steuerungsleistungen zusätzliche Vergütungen, die nachträglich anhand der tatsächlich eingetretenen Kosten noch einmal überprüft werden. Evtl. von den Leistungserbringern erwirkte Einsparungen bei den sektorenübergreifenden Gesamtkosten der Versorgung werden in einem jeweils definierten Verhältnis geteilt bzw. stehen den Leistungserbringern vollständig zur Verfügung. Der wirtschaftliche Anreiz der Leistungserbringer wird damit gegenüber der jetzigen Situation auf den Kopf gestellt. Nicht mehr die Mehrleistung erbringt die Erträge sondern die effiziente Vermeidung unnötiger Leistungen.

Die besondere Innovation dieses Vertragstypus liegt darin begründet, dass hier die Dimension der Risikoübernahme und die Übernahme der Versorgungsverantwortung über eine Gesamtheit an Indikationen bei dem IV-Systemträger zusammenkommt. Zum einen ist der ökonomische Anreiz sehr viel attraktiver aber auf der anderen Seite die Herausforderung auch unheimlich komplexer.

**Höherer ökonomischer
Anreiz, aber
komplexere Heraus-
forderung**

Der Komplexitätsgrad wird deutlich wenn man sich mit einigen der Schlüsselfragen kritisch auseinandersetzt. Wie geht man mit der Risikosituation und evtl. -selektion um? Welche Leistungen werden weiter über das klassische Regelwerk und welche direkt zwischen den Vertragspartnern vergütet? Wie werden die notwendigen Startinvestitionen aufgebracht und welche Vertragslaufzeit ist geeignet? Wie ist die Infrastruktur der Partner beschaffen? Wie sind die Risikoabgrenzungen gestaltet? Durch den ökonomischen Anreiz auf der Seite der Leistungserbringer müssen Mindeststandards für die Qualität eingerichtet werden.

Bisher wird nur von dem Modell der OptiMedis AG (ehemals Elbe-Jeetzel-Modell) berichtet, dass diese Fragen in ihrem wirtschaftlichen Modell gelöst worden seien. Entsprechende Entwicklungsarbeiten mit Capitation-Konzepten werden zurzeit allerdings auch durch eine Reihe von AOK-Landesverbänden verfolgt.

Zur Veranschaulichung der Kategorisierung der Vertragstypen haben wir folgende Übersicht erstellt.

Tabelle: Übersicht der Vertragstypen 1 +2

Typologie von IV-Verträgen – Typ 1 +2

Art	Umgewandelte Strukturverträge	Komplexpauschalen z.T. mit Gewährleistung
Prototyp	PraxisKlinik / Förderung des amb. Operierens	Endprothesen- oder Herzchirurgievertrag
Beispiel	Kronshagen + TKK / Tagesklinik Altonaer Str. HH + DAK, HEK	TEP: AOK Bremen + Paracelsus Herzchirurgie: Albertinen-KH / Barmer
Ökonom. Ziele Krankenkasse	Einsparung KH-Kosten / 1% Abschlag	Einsparung Reha-Kosten bzw. Gesamtkosten/ 1% Abschlag
Ökonom. Ziele IV-Partner/ LE	Gewinn durch mehr Leistungen/ Skaleneffekt	Gewinn durch außerbudgetäre Leistungen / Skaleneffekte bei Einkauf / Preisreduz. bei Zulieferern
Strat. Ziele Krankenkasse	Schnelle 1%-Einholung / Einzelverträge / Wettbewerb zu anderen Kassen	Schnelle 1%-Einholung / Wettbewerb zu anderen Kassen
Strat. Ziel IV-Partner/LE	Positionierung im Wettbewerb	Leistungssteigerung / Positionierung im Wettbewerb
Gefahr f. Krankenkasse	Mengeninduzierung/Qualitätsverschlechterung	Mengeninduzierung
Gefahr f. IV-Partner/ LE	Preisverfall / Rabattierung	Preisverfall / Rabattierung
Effekt über Sektoren hinweg	gering	vorhanden
Effekt Vertragswettbewerb	stark	stark

© BILDERRANDT GESUNDHEITSCONSULT GMBH

Tabelle: Übersicht der Vertragstypen 3+4

Typologie von IV-Verträgen – Typ 3 +4

Art	Case Management Verträge	Budgetverantwortung
Prototyp	Abgestimmter Behandlungsablauf über Sektoren	Praxisnetz oder Krankenhäuser mit Budget
Beispiel	CARDIV: Integrierte invasiv-kardiologische Versorgung (Barmer + NdgI + KH + PraxisKlinik)	IMD-Vertrag Nds – Behinderteneinrichtungen + div. Kassen / Krankenhäuser AOK Berlin
Ökonom. Ziele Krankenkasse	1% Abschlag / langfristige Einsparung d. Effizienzverbesserung	Einsparung in Drittsektoren d. ökon. garantierte Effizienzverbesserung / 1% Abschlag
Ökonom. Ziele IV-Partner/ LE	Honorierung des Einsatzes / Leistungsausweitung auf Kosten der Konkurrenz	Defizitverminderung / Gewinn durch intelligente Organisation der Versorgung
Strat. Ziele Krankenkasse	Erprobung	Versorgungsverbesserung / Einsparung
Strat. Ziel IV-Partner/LE	Optimierte Versorgung / Versichertenmarketing	Optimierte Versorgung / Wettbewerbsvorteil / Direkte Vertragsverhältnisse
Gefahr f. Krankenkasse	Zusatzkosten ohne Einspargarantie	Risiko Selektion / ungenügende Datensicherheit
Gefahr f. IV-Partner/ LE	Zusatzaufwand für Management ohne angemessenen Ausgleich / Managementversagen	zu knappe Kalkulation / Unsicherheit über Zusatzaufwand für Management
Effekt über Sektoren hinweg	vorhanden	stark
Effekt Vertragswettbewerb	vorhanden	je nach Einzelfall

© BILDERRANDT GESUNDHEITSCONSULT GMBH

6 Neue Versorgungsformen in den Neuen Bundesländern – Auflistung der Integrierten Versorgungsverträge und MVZ

Die folgende Auflistung ist entstanden aus den Interviews sowie Recherchen im Laufe der Projektarbeit. Sie erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und einer tiefergehenden Evaluation. Die Angaben basieren so z.B. weitgehend auf den Selbstdarstellungen der jeweiligen Vertragspartner, die durchaus interessengeleitet sind.

6.1 Integrierte Versorgungsprojekte in den neuen Bundesländern (Stand 31.12.2004)

Berlin	
AOK Berlin / IKK Berlin	<ul style="list-style-type: none"> ○ „Berliner Projekt“ in den ehemaligen „Krankenheimen“, jetzigen Pflegeheimen (Teilnehmer: 40 Einrichtungen mit 5.069 Plätzen) Ziel: Verbesserung der Versorgung der Heimbewohner, gleichzeitig sinkende Kosten Umsetzungsform: Neue Regelung ab Jan. 04: Morbiditätsorientierte <i>fiktive</i> Pauschalen (Zielwerte) für Arzneimittelversorgung, Krankenhausbehandlung und Fahrkosten; je höher die Morbiditätslast in einer Einrichtung ist, desto höher ist der Zielwert der Pflegeeinrichtung; unverändert konstante <i>direkte</i> Pauschalen für ärztliche Behandlung, therapeutische Betreuung und medizinischen Bedarf Gesamtpauschale von 4.213 Euro galt zunächst für alle Einrichtungen. Ergebnisse: Geringere Krankenhaushäufigkeit und geringere Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Transport. Höhere Ausgaben für Ärzte, Heil- und Hilfsmittel. Dennoch auch bei Einkalkulation von Boni und Projektkosten berichtet die AOK Nettoeinsparungen von knapp 4 Mio. EUR für ihre durchschnittlich 3.962 beteiligten Versicherten (gegenüber einer Vergleichsgruppe).
BEK Berlin	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Barmer Ersatzkasse, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und Vivantes Rehabilitation GMBH sowie die Brandenburg Klinik Wandlitz haben einen Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Knie- und Hüftoperationen geschlossen. Gewährleistung: 10 Jahre nach Hüft- Endoprothetik,-Op, 8 Jahre nach Knie- Endoprothetik-Op. Wartezeit: max. 6 Wochen ohne, 8 Wochen mit Eigenblutspende vor der Op. ○ Ein Vertrag mit dem Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser (VzE) und den Median Reha-Kliniken. Die Barmer erstattet dabei bis zu 50 Prozent der dabei anfallenden Zuzahlungen, maximal 150 Euro zurück.

	<p>Inhalt: Hüft- und Knie-TP. Haftung: zehn Jahre bei der Hüfte, acht beim Knie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein Vertrag mit Kardiologische GP Potsdam St. Josefs- Krankenhaus. Er regelt die leistungssektorenübergreifende sowie interdisziplinär- fachübergreifende Versorgung von Versicherten insb. mit chronischer koronarer KHK. Neben den med. Grundlagen der DMP sind zur Prozessoptimierung "clinical pathways" Bestandteile dieses Vertrages. ○ Vertrag zwischen dem Hausärzteverband und der Barmer Ersatzkasse: der hausärztlichen Integrationsvertrag. Diesem Vertrag können Hausärzte ab dem 1. Januar beitreten. Eingeschlossen sind auch die Apotheker, die mit der Barmer Ersatzkasse einen Hausapothekervertrag haben. Patienten können sich ab dem 1. März bei Hausärzten einschreiben. Sie verpflichten sich damit, Fachärzte mit Ausnahme von Augenärzten und Gynäkologen nur nach Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die bessere Koordination erhält ein Hausarzt bei der Einschreibung eines Patienten 15 Euro und eine Betreuungspauschale von 20 Euro im Jahr. Hinzu kommen weitere Leistungspakete, etwa ein jährlicher Check up. Zusätzlich vergütet die Barmer fünf Euro für jeden DMP-Patienten, und zwar dann, wenn mindestens 40 Prozent der dafür geeigneten Patienten in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben sind.
BKK LV-Ost	<ul style="list-style-type: none"> ○ Der Landesverband Ost der Betriebskrankenkassen hat einen Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Operationen mit Knie- und Hüft-Endoprothesen in Berlin und Brandenburg abgeschlossen. Vertragspartner sind drei Berliner Kliniken des Vereins zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser und zwei Rehabilitations-Träger. Die Median-Kliniken übernehmen die Reha in Berlin und Hoppegarten, im brandenburgischen Sommerfeld sind die Hellmuth-Ulrici-Kliniken mit dabei.
BKK Verkehrsbau Union	<ul style="list-style-type: none"> ○ IV Verträge z.B. mit Krankenhaus Lichtenberg. Künftig sollen auch Hausärzte in das Integrationsprojekt der Betriebskrankenkasse Verkehrsbau-Union (BKK VBU) zur kurzstationären Versorgung bei Nasenscheidewand-, Leistenbruch-, Schulter-, Knie- und Varizen-Operationen mit dem Medizinischen Zentrum Lichtenberg (MZL) einbezogen werden. Bisher umfasst das Projekt nur die operativen Leistungen mit Nachbetreuung im MZL. Die Krankenkasse spare bei jedem behandelten Patienten etwa 1 000 Euro. ○ IV Vertrag mit der Park-Klinik Weißensee und dem Unfallkrankenhaus Berlin für Patienten mit Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Im Rahmen des Vertrages werden auch neue Wege in der Vergütung eingeschlagen. Die niedergelassenen Ärzte erhalten für die Vor- und Nachbehandlung sowie 1-3 definierte ambulante und kurzstationäre Eingriffe Vergütungspauschalen. Mit den Kliniken sind DRG und Basisfallwerte gesondert vereinbart. ○ In Planung: Vertrag in Richtung Integrierte Versorgung zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäuser und der Betriebskrankenkasse Verkehrsbauunion (BKK VBU) sowie dem Rückenzentrum am Markgrafspark in Berlin. Die BKK Verkehrsbauunion hat schon einen Einzelvertrag mit Berliner Rückenzentrum abgeschlossen.

DAK	<ul style="list-style-type: none"> o in Verhandlung, Mitte des Jahres erste Verträge im Bereich Endoprothesen
TKK Berlin	<ul style="list-style-type: none"> o Die TK und die Arbeitsgemeinschaft Deutsches Netzwerk Ganzheitsmedizin haben ein Projekt zur integrierten Versorgung. Dieser Arbeitsgemeinschaft gehören drei anthroposophische Krankenhäuser in Berlin-Havelhöhe, Herdecke und Filderstadt sowie die naturkundliche Abteilung des Immanuel-Krankenhauses, Berlin, an.
VdaK	<ul style="list-style-type: none"> o Vertrag zur integrierten Versorgung bei Brustkrebs. Vertragspartner sind die Ersatzkassen (zum Beispiel Barmer, DAK oder TK), 24 Schwerpunktkonkologien (Der Verein der niedergelassenen internistischen Onkologen) und das Brustzentrum des Zehlendorfer Krankenhauses Waldfriede. Der neue Vertrag soll eine intensivere Kooperation und Kommunikation zwischen dem Klinikarzt, der den Tumor herausschneidet, und den nachbetreuenden Medizinern, die eventuell eine Chemotherapie durchführen, ermöglichen.
	<ul style="list-style-type: none"> o Vertrag zwischen Unfallkrankenhaus Berlin und Gesundheitsnetz HellMa e.V. Unfallkrankenhaus Berlin (gemeinsame Trägerschaft des Landes Berlin und der gewerblichen Berufsgenossenschaften) und Vertragsärzten. Vertragsärzte nehmen am Dienst in der Rettungsstelle des Unfallkrankenhauses Berlin teil.
	<ul style="list-style-type: none"> o Praxisnetz Berlin und DRK Kliniken Westend. Ziel: Erarbeitung neuer Angebote im Bereich der Integrationsversorgung , um mit interessierten Kassen entsprechende Verträge abzuschließen.
	<ul style="list-style-type: none"> o Vertrag zwischen der HELIOS Kliniken GmbH und der Poliklinik in Berlin-Buch (berliner gesundheitszentrum GmbH) zur Integrierten Versorgung vor allem in der Kardiologie, Orthopädie und Onkologie (Behandlung von Krebspatienten der Gynäkologie, Urologie, Dermatologie und Gastroenterologie)
	<ul style="list-style-type: none"> o Die DRK-Kliniken Berlin/Mark Brandenburg betreiben seit Mitte November das erste Medizinische Versorgungszentrum in der Trägerschaft eines Krankenhauses. Der Träger habe nach eigenen Worten bereits in verschiedenen sektorübergreifenden Projekten gute Erfahrungen gemacht. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten in den drei Rettungsstellen des Klinikverbundes, die anfangs auch ein Modellversuch war, funktioniere seit Jahren erfolgreich. Das MVZ umfasst derzeit die Fachrichtungen Radiologie und Innere Medizin. Die dort arbeitenden Ärzte sind Angestellte des MVZ.

Brandenburg	
AOK Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> ○ Integrierte Versorgung mit der KV Brandenburg für Rheumapatienten: Standorte: Vertragsarztpraxen in Königs-Wusterhausen, Erkner und Straußberg. Medizinische Einrichtungsgesellschaft Wildau (Vereinbarung nach dem alten Paragraph 140 im Sozialgesetzbuch V ○ Eine kardiologische Gemeinschaftspraxis in Potsdam pflegt ein Netz mit zuweisenden Hausärzten und teilt sich ein Katheterlabor mit der inneren Abteilung des Sankt-Josef-Krankenhauses. Im gemeinschaftlich genutzten Katheterlabor werden stationäre Patienten entweder vom internistischen Chefarzt der Klinik oder von den niedergelassenen Kardiologen versorgt. <p>Klinik und Niedergelassene haben gemeinsame Behandlungspfade definiert. Im ambulanten Bereich dokumentiert die kardiologische Gemeinschaftspraxis die Patientenverläufe einschließlich Nachbehandlung. Im Katheterlabor wird auch eine Qualitätskontrolle auf der Basis von Vorgaben des Berufsverbands der Kardiologen durchgeführt.</p>
AOK Brandenburg / VdAK	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vertrag zur Rheumatologie: Mit Beginn des Jahres 2004 wurden schon bestehende Verträge in Verträge nach § 140 umgeformt. Partner sind das Krankenhaus Treuenbrietzen (Träger: Johanniterorden) und das KH Cottbus, jeweils durch Ärzte der Krankenhäuser werden Sprechstunden extern (Versorgung in der Fläche) abgehalten und Diagnose- und Therapieempfehlungen ausgesprochen.

BEK	<ul style="list-style-type: none">○ "Pro Cardio Plus Potsdam" für KHK-Patienten IV-Vertrag Kardiologie: Potsdam St. Josefs- Krankenhaus und Kardiologische Gemeinschaftspraxis Potsdam. Vertrag regelt die leistungssektorenübergreifende sowie interdisziplinär- fachübergreifende Versorgung von Versicherten insb. mit chronischer koronarer KHK. Der neue Vertrag umfasst Leistungen wie beispielsweise ambulante Herzkatheter-Untersuchungen und Ballondilatationen von Herzkranzgefäßen. Es wurde keine Garantie vereinbart. Die Hausärzte übernehmen bei der Nachbetreuung die Kontrolle von EKG und Laborwerten sowie die Dokumentation der Medikamenteneinnahme. Neben den med. Grundlagen der DMP sind zur Prozessoptimierung "clinical pathways" Bestandteile dieses Vertrages.○ Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser (VzE) und Median Reha-Kliniken: Endoprothetik-Hüft und Knie-IV-Vertrag. Die Barmer erstattet dabei bis zu 50 Prozent der dabei anfallenden Zuzahlungen, maximal 150 Euro zurück. Haftung: zehn Jahre bei der Hüfte, acht beim Knie.○ IV-Vertrag Kardiologie: Potsdam St. Josefs- Krankenhaus. Vertrag regelt die leistungssektorenübergreifende sowie interdisziplinär- fachübergreifende Versorgung von Versicherten insb. mit chronischer koronarer KHK. Neben den med. Grundlagen der DMP sind zur Prozessoptimierung "clinical pathways" Bestandteile dieses Vertrages.○ Die Barmer Ersatzkasse, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und Vivantes Rehabilitation GMBH sowie die Brandenburg Klinik Wandlitz haben einen Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Knie- und Hüftoperationen geschlossen. Gewährleistung: 10 Jahre nach Hüft- Endoprothetik-Op, 8 Jahre nach Knie- Endoprothetik-Op. Wartezeit: max. 6 Wochen ohne, 8 Wochen mit Eigenblutspende vor der Op.○ Ein Vertrag zur Hüft- Endoprothetik mit dem Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser (VzE) und den Median Reha-Kliniken. Die Barmer erstattet dabei bis zu 50 Prozent der dabei anfallenden Zuzahlungen, maximal 150 Euro zurück. Haftung: zehn Jahre bei der Hüfte, acht beim Knie.○ Vertrag mit dem Hausärzterverband (über „Hausärztliche Vertragsgemeinschaft“) und den Apothekervereinen (über MGDA-Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker). Diesem Vertrag können Hausärzte ab dem 1. Januar beitreten. Eingeschlossen sind auch die
-----	--

	<p>Apotheker, die mit der Barmer Ersatzkasse einen Hausapothekervertrag haben. Patienten können sich ab dem 1. März bei Hausärzten einschreiben. Sie verpflichten sich damit, Fachärzte mit Ausnahme von Augenärzten und Gynäkologen nur nach Überweisung in Anspruch zu nehmen. Für die bessere Koordination erhält ein Hausarzt bei der Einschreibung eines Patienten 15 Euro und eine Betreuungspauschale von 20 Euro im Jahr. Hinzu kommen weitere Leistungspakete, etwa ein jährlicher Check up. Zusätzlich vergütet die Barmer fünf Euro für jeden DMP-Patienten, und zwar dann, wenn mindestens 40 Prozent der dafür geeigneten Patienten in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben sind. Näheres unter http://www.barmer.de/barmer/web/Site/Contentsatellit/Presse-Center/Aktuelle_20Pressemitteilungen/content_20hausarzt.html</p>
BKK LV-Ost	<ul style="list-style-type: none"> o Der Landesverband Ost der Betriebskrankenkassen hat einen Vertrag zur Integrierten Versorgung bei Operationen mit Knie- und Hüft-Endoprothesen in Berlin und Brandenburg abgeschlossen. Vertragspartner sind drei Berliner Kliniken des Vereins zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser und zwei Rehabilitations-Träger. Die Median-Kliniken übernehmen die Reha in Berlin und Hoppegarten, im brandenburgischen Sommerfeld sind die Hellmuth-Ulrici-Kliniken mit dabei.
DAK / Barmer	<ul style="list-style-type: none"> o Vom 1. Dezember 2004 an Vertrag der BARMER und der DAK mit dem Medizinischen Förderkreis Neubrandenburg (MFK) für Patienten, die künstlichen Hüft- oder Kniegelenkersatz benötigen. "Garantieleistungen", kurze Wartezeiten, verminderte Zuzahlungen durch die Bonusmodelle von BARMER und DAK
TKK Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> o Die Techniker Krankenkasse (TK) hat in Brandenburg den ersten Einzelvertrag mit einem niedergelassenen Orthopäden in einer orthopädischen Praxisklinik in Bernau bei Berlin geschlossen. Betreiber der Praxis, Dr. Karsten Denner, Der Vertrag auf der Basis des § 140 des fünften Sozialgesetzbuches, der die integrierte Versorgung regelt, umfasst die gesamte akute Behandlung bei ambulanten, arthritischen Kniegelenks-Operationen von der Prädiagnostik bis zur Nachkontrolle drei Wochen nach dem Eingriff. o Mit zwei weiteren niedergelassenen Spezialisten um Berlin, hat die TK Berlin-Brandenburg Einzelverträge zum ambulanten Operieren geschlossen. Die Verträge sehen auf der Basis der integrierten Versorgung Komplexpauschalen vor. Gegenstand: u. a. ambulante Eingriffe bei Patienten mit Krampfadern. Nach TK-Angaben haben bislang mehrere Ersatzkassen und zwei Betriebskrankenkassen ähnliche Verträge mit den Fachärzten geschlossen.

Mecklenburg-Vorpommern	
AOK Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> o keine Altverträge, z. Zt. in Verhandlungen, projektiv Ausnutzung der ganzen 1 %
BEK /DAK Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> o Ein von niedergelassenen Ärzten gegründeter Verein hat mit Barmer und DAK einen Integrationsvertrag für Mecklenburg-Vorpommern geschlossen.
	<p>Für den Integrationsvertrag mit Barmer und DAK arbeitet der Förderkreis bislang mit der orthopädischen Klinik des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums in Altentreptow sowie mit drei Rehakliniken, 15 niedergelassenen Orthopäden, drei Chirurgen und weiteren Leistungserbringern zusammen. Der Integrationsvertrag richtet sich an Patienten, die ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk brauchen. Um die Abstimmung so effizient wie möglich zu gestalten, haben die Vertragspartner sich auf die Einschaltung von Fallmanagern geeinigt. Sie sorgen dafür, dass Patienten alle Voruntersuchungen in Abstimmung mit Krankenhaus sowie mit Haus- und Fachärzten innerhalb kurzer Zeit absolvieren können. Noch vor der stationären Aufnahme sollen Fallmanager Patienten zum Beispiel im Umgang mit Gehhilfen trainieren oder sie zu Übungen für den Muskelaufbau motivieren. Ziel ist es, den stationären Aufenthalt so kurz wie möglich zu halten und damit Kosten zu sparen. Danach sind noch einige Untersuchungen angesetzt, um Probleme möglichst früh zu erkennen.</p>
BEK /HEK Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> o Die BARMER, die HEK und die Damp Holding AG (Hase Klinik Stralsund), haben einen Vertrag zur vernetzten Versorgung von Hüft- und Knieendoprothetik. Garantieleistungen auf die Operation und die Rehabilitation bei zugleich verminderten Zuzahlungen durch die Bonusmodelle von BARMER und HEK. Ab 01.04.2004
BKK Gesundheit / SBK / GEK	<ul style="list-style-type: none"> o Die Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern (TK) und die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK), die BKK Gesundheit und die Gmünder Ersatzkasse (GEK) sowie das Universitätsklinikum Greifswald haben zum 1. September 2004 den ersten Vertrag zur integrierten Versorgung bei ambulanten Operationen in Mecklenburg-Vorpommern abgeschlossen. Das Universitätsklinikum Greifswald stellt sich mit dieser Kooperationsvereinbarung und dem dafür geplanten neuen OP-Zentrum auf den künftig wachsenden Anteil an ambulanten Leistungen im Gesundheitswesen ein. o Nach der Frauenklinik des SANA-Krankenhauses in Bergen auf Rügen schloss nun auch die ASKLEPIOS Klinik Pasewalk eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Brustzentrum des Universitätsklinikums Greifswald (IBZ) ab. An der Kooperationsvereinbarung sind neben der ASKLEPIOS Klinik auch das am Krankenhaus Pasewalk angesiedelte Institut für Röntgendiagnostik, eine Pathologische Praxis, die Klinik für Innere Medizin in Pasewalk sowie weitere niedergelassene Allgemeinmediziner, Gynäkologen und Chirurgen eingebunden.

BKK Draeger & Hanse	<ul style="list-style-type: none"> o BKK Draeger & Hanse und das KH Grevesmühlen und die Mediantlinik Wismar zu arthroskopischen Operationen und Sportverletzungen ab 01.12.2004
TKK Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> o Seit August 2003 Vereinbarung zur integrierten Versorgung nach ambulanten Operationen zwischen der Techniker Krankenkasse (TK) und dem Krankenhaus Crivitz am See GmbH. Das Crivitzer Krankenhaus kann bei der Nachsorge mit einem häuslichen Krankenpflegedienst kooperieren oder auch den Patienten in Abhängigkeit vom Schweregrad des Eingriffs noch 24 Stunden im Krankenhaus behandeln. o Versorgungsmanagement in der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern mit dem Medizinischer Dienst der Krankenkassen und der Fachklinik Waren. Inhalte: Verbesserung der Versorgung durch integrierte Versorgungsstrukturen, EDV-gestützte regionale Versorgungsketten für die Patientensteuerung (inklusive Nicht-GKV-finanzierter Bereiche), rationale Verweildauerintervention auf der Grundlage statistischer Analysen o Vertrag zur integrierten Versorgung bei ambulanten Operationen in Mecklenburg-Vorpommern ist unterzeichnet, zwischen dem Greifswalder Universitätsklinikum, der Techniker Krankenkasse, die Gmünder Ersatzkassen, die Siemens Betriebskrankenkasse und die BKK Gesundheit. Hauptbestandteile des Vertrags sind orthopädische Eingriffe (Arthroskopien, Leistenbrüche, Varizen). Für die Beratung der Patienten über die ambulanten Eingriffsmöglichkeiten am Universitätsklinikum wurde auch eine Telefonhotline geschaltet. o Nach der Frauenklinik des SANA-Krankenhauses in Bergen auf Rügen schloss nun auch die ASKLEPIOS Klinik Pasewalk eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Brustzentrum des Universitätsklinikums Greifswald (IBZ) ab. An der Kooperationsvereinbarung sind neben der ASKLEPIOS Klinik auch das am Krankenhaus Pasewalk angesiedelte Institut für Röntgendiagnostik, eine Pathologische Praxis, die Klinik für Innere Medizin in Pasewalk sowie weitere niedergelassene Allgemeinmediziner, Gynäkologen und Chirurgen eingebunden o Mit der Helios-Klinik Schwerin zur Behandlung Schizophrenien und affektive Störungen ab 01.10.2004. o Mit der Uni Rostock zur Behandlung Schizophrenien und affektive Störungen ab 01.10.2004. o Mit einer Praxisklinik zu ambulanten gynäkologischen Operationen ab 01.10.2004. o Mit dem Verbund der HNO-Ärzte MV zum ambulanten Operieren ab 01.10.2004.

Sachsen	
AOK Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> ○ in Verhandlungen ○ AOK-Hausarztmodell Kardiologie
BEK Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vertrag zur integrierten invasiv-kardiologischen Versorgung (CARDIV) mit neun niedergelassenen Hausärzten, Internisten und Kardiologen, die als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis geführte Praxisklinik Kardiologie-Angiologie-Radiologie in Dresden und das städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ○ Vertrag zur integrierten endoprothetischen Versorgung (BARIOS) mit 19 niedergelassenen Orthopäden, Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald und 2 Reha-Kliniken aus Sachsen Integrierte endoprothetische Versorgung: abgestimmter Therapieablauf (zwischen allen Beteiligten), bessere Einbindung der Patienten, Behandlungskosten sparen. Gewährleistung 12 Jahre
Bahn BKK	<ul style="list-style-type: none"> ○ In Verhandlung
TKK Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Integrationsvertrag zwischen Techniker (TK Sachsen) und Klinikum Erlabrunn in Sachsen zur integrierten Versorgung von Patienten, die ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk benötigen. Der Vertrag umfasst die komplette Behandlungskette von der Indikationsstellung in der Arztpraxis über die Operation im Krankenhaus, die Rehabilitation bis zur Nachsorge durch niedergelassene Orthopäden. Kooperationspartner des Klinikums sind die Rehaklinik Tharandter Wald in Niederschöna und 20 bis 30 niedergelassene Orthopäden der Chemnitzer Region. Erster Vertrag der TK-Sachsen über eine Integrierte Versorgung. Um TK-Patienten im Raum Dresden und Leipzig ein ähnlich gutes Angebot machen zu können, suche die Kasse dort noch nach geeigneten Vertragspartnern. Das Klinikum gibt zehn Jahre Garantie. Einen OP-Termin erhalten Patienten bei planbaren Operationen binnen acht Wochen. Die Patienten erhalten nach der Aufnahme in der Knie- und Hüftsprechstunde der Klinik eine ausführliche Beratung über den Behandlungsprozess. Außerdem wird für sie ein Ordner mit ausführlichen Informationen über das neue Gelenk und über medizinische Fachbegriffe zusammengestellt. Gleichzeitig erhalten sie Tipps, wie sie sich nach dem Eingriff richtig bewegen sollen. Außerdem enthält der Ordner einen Prothesenpass und Terminkalender für alle weiteren Arzttermine.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verbund der Leipziger Medica-Klinik, Universitätsklinik und dem Notfallzentrum. Integrierte Versorgung: Verbund für die Behandlung von Patienten mit Schulter-, Knie-, Wirbelsäulen und Sprunggelenkverletzungen

<p>Sachsen-Anhalt</p>	
<p>AOK Sachsen-Anhalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vertrag ab dem 01.07.2004 dem Diakonissenkrankenhaus Dessau zu Bereichen: Chirurgie, Anästhesie, Urologie und Orthopädie. ○ Vertrag mit der Hallenser Saale-Klinik und der Magdeburger Praxisklinik Sudenburg. Hier kooperierten jeweils etwa rund 30 Vertragsärzte mit Krankenhäusern und Rehakliniken, um ihren Patienten stationersetzende Operationen anzubieten. Die Liste der Indikationen umfasst je Einrichtung mittlerweile mehr als 100 verschiedene Leistungen. ○ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 140 und § 73 SGB V
<p>AOK / BKK / IKK gesund plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uni-Klinikum Magdeburg und Praxisklinik Sudenburg schließen Integrations-Versorgungsvertrag mit AOK / BKK / IKK gesund plus ab. In der PKS operieren vorwiegend niedergelassene Ärzte unterschiedlicher Fachbereiche aus der Region - teilweise ambulant, teilweise ist eine kurzstationäre Nachsorge der Patienten erforderlich. Mehr als 8000 Operationen wurden hier in den vergangenen vier Jahren verbucht. Der Indikationskatalog umfasst mittlerweile 118 Leistungen, die zuvor nur in Akut-Krankenhäusern möglich waren. Für den Einsatz von Hüft- oder Knieendoprothesen habe man sich vorrangig wegen der sehr langen Wartezeiten von einem Jahr und mehr entschieden. Das Resultat: Selbst endoprothetische Op sind unter kurzstationären Bedingungen möglich. Bei Komplikationen kommen Patienten ins Uni-Klinikum. Patienten der Praxisklinik sind sehr zufrieden. Das Urteil des Universitätsinstituts für Sozialmedizin, das das Modell wissenschaftlich begleitet und ausgewertet hat, fällt durchweg gut aus. Dafür sprechen unter anderem die sehr niedrige Komplikationsrate von 1,7 Prozent und die hohe Zufriedenheit. Fast alle PKS-Patienten gaben an, sich im Fall des Falles wieder hier operieren zu lassen.

BEK/ AEV/ VdAK	<ul style="list-style-type: none"> o "integra halle - Neue Wege zur Gesundheit" ist eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten der Johann Christian Reil gGmbH - Poli Reil - und dem Diakoniekrankenhaus Halle unter Beteiligung des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatz-Kassen (AEV) und der Barmer.
BKK Sachsen-Anhalt VdAK-Kassen IKK Sachsen-Anhalt/Bremen und – Bremerhaven, Die norddeutsche und mitteldeutsche IKK	<ul style="list-style-type: none"> o „Integra Magdeburg“, Vertrag mit dem Marienstift Magdeburg und der Reha-Klinik Eisenmoorbad, Bad Schmiedeberg. Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Akutkrankenhaus und Rehabilitation. Sektorenübergreifende Fallpauschale
BEK, VdAK-Kassen	<ul style="list-style-type: none"> o „Integra Dessau“ Vertrag mit dem Diakonissen- Krankenhaus Dessau und der Reha-Klinik Eisenmoorbad, Bad Schmiedeberg. Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Akutkrankenhaus und Rehabilitation - Sektorenübergreifende Fallpauschale
DAK Sachsen Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> o Vertrag zwischen der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und dem Marienstift in Magdeburg. Bei erfolgreicher Operation von Hüft- und Kniegelenkprothesen gewährt die Klinik zehn Jahre Garantie. Zusätzlich erstattet die Kasse ihren Versicherten bei entsprechender Behandlung im Marienstift Zuzahlungen von bis zu 140 Euro im Jahr. Die Vereinbarung der Ersatzkassen mit der Klinikleitung gehört zur so genannten Integrierten Versorgung. Mit ihr soll die ambulante, stationäre und Reha-Versorgung enger miteinander verzahnt werden. In Sachsen-Anhalt lassen sich jedes Jahr rund 700 Patienten eine Hüft- beziehungsweise Kniegelenkprothese einsetzen. Laut DAK ist die Erstattung von Zuzahlungen von bis zu 140 Euro möglich, weil mit dem Marienstift Magdeburg günstige Fallpauschalen vereinbart wurden. So liegen zum Beispiel die Kosten beim Ersatz eines Hüftgelenkes um bis 50 Prozent niedriger als bei einer vergleichbaren Operation in anderen Krankenhäusern.
Mitteldeutsche BKK	<ul style="list-style-type: none"> o erste IV-Verträge wurden abgeschlossen; haben vor bis zu 1 % einzubehalten; haben dazu aber noch keinen Termin festgelegt
TKK Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> o In Verhandlung

Thüringen	
AOK Thüringen	-
BEK	o Hausarzt- und Hausapotheker-Vertrag auf Bundesebene (siehe Details unter Brandenburg-Barmer)
BKK Thüringer Energieversorgung	o noch kein Vertragsabschluss; warten auf Ergebnisse der Arbeitsgruppe des Landesverbandes Ost
DAK Thüringen	-
IKK Thüringen	-
TKK Thüringen	o In Verhandlung

6.2 Integrierte Versorgungsverträge - ein erster Vergleich Neue zu Alte Bundesländer

Eine grundsätzliche Unterscheidung in der Entwicklung von IV-Verträgen zwischen den alten und den neuen Bundesländern ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht darstellbar. Ausnahme: Thüringen. In Thüringen existiert eine inoffizielle Vereinbarung der Krankenhausvertreter zunächst keine Verträge der Integrierten Versorgung abzuschließen. Sie versprechen sich davon, auf diese Weise die komplette Anschubfinanzierung, d.h. den 1 %igen Abschlag auf die Krankenhausrechnungen, nach deren Auslaufen Ende 2006, zurückfordern zu können. Unterstützt wird die Vermutung über die Existenz einer derartigen Vereinbarung durch den Umstand, dass uns aus Thüringen landesweit kein Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung bekannt geworden ist. In einer Rede vom 23.06.2004 vor dem Ersatzkassenforum wies der Minister für Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Thüringen, Dr. Klaus Zeh, darauf hin, „dass sich im Freistaat Thüringen bis heute kein Beispiel für eine Form Integrierter Versorgung benennen lässt“⁶.

**Ähnliche Entwicklung –
Ausnahme Thüringen**

Ansonsten sind die Vertragsinhalte und auch die Vertragstypologien weitgehend vergleichbar. Die Tatsache, dass sich die Teilnehmer an der medizinischen Versorgung auf Grund eigener Vergangenheitserfahrung in den NBL im Einzelfall evtl. leichter mit intersektoraler Versorgungstätigkeit tun, hat mit Ausnahme des Bundeslandes Sachsen-Anhalt nicht zu einer überproportionalen und schnelleren Entwicklung im jetzt überblickbaren Zeitraum geführt.

**Vergleichbare
Typologien**

Bei dem Vergleich der IV-Projekte in den neuen Bundesländern mit den Projekten in den alten Bundesländern ergibt sich, dass die Verteilung der Indikationen prozentual ungefähr gleich ist, es überwiegen die Indikationsmodelle für Endoprothetik und Kardiologie.

⁶vgl. Rede von Minister des Landes Dr. Klaus Zeh auf dem Thüringer Ersatzkassenforum in Erfurt am 23.06.2004; <http://www.thueringen.de/de/tmsfg/wirueberuns/reden/index.html> (letzter Zugriff: 12.01.2005)

Hinsichtlich der Menge der Verträge entspricht das Verhältnis der Anzahl der Integrierten Versorgungsprojekte hierbei aber nicht ganz dem der Bevölkerungsverteilung: Verhältnis „Alte“ zu „Neue Bundesländer“ ca. 84 % zu ca.16 %, Anzahlverhältnis bei 151 abgeschlossenen IV-Verträgen ca. 88 % zu 12 %.

Tabelle: IV-Projekte und Indikationen Neue Bundesländer

IV-Projekte	Indikationen
16	Hüft- und Kniegelenk TP, Orthopädie
4	Koronare Herzkrankheit, Kardiologie
3	Psychiatrie
2	Rheuma
1	Brustkrebs, Onkologie
13	Sonstige /Indikationsübergreifend

Quelle: Eigene Erhebung, Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Tabelle: IV-Projekte und Indikationen Alte Bundesländer

IV-Projekte	Indikationen
53	Hüft- und KniegelenkTP, Orthopädie
16	Koronare Herzkrankheit, Kardiologie
7	Neurologie, Neurochirurgie
4	Psychiatrie
2	Brustkrebs, Onkologie
2	Hilfsmittel
1	Gynäkologie
1	Hals-Nasen-Ohren
1	Pneumologie
24	Sonstige /Indikationsübergreifend

6.3 Medizinische Versorgungs- bzw. Gesundheitszentren in den Neue Bundesländern am Beispiel Brandenburg

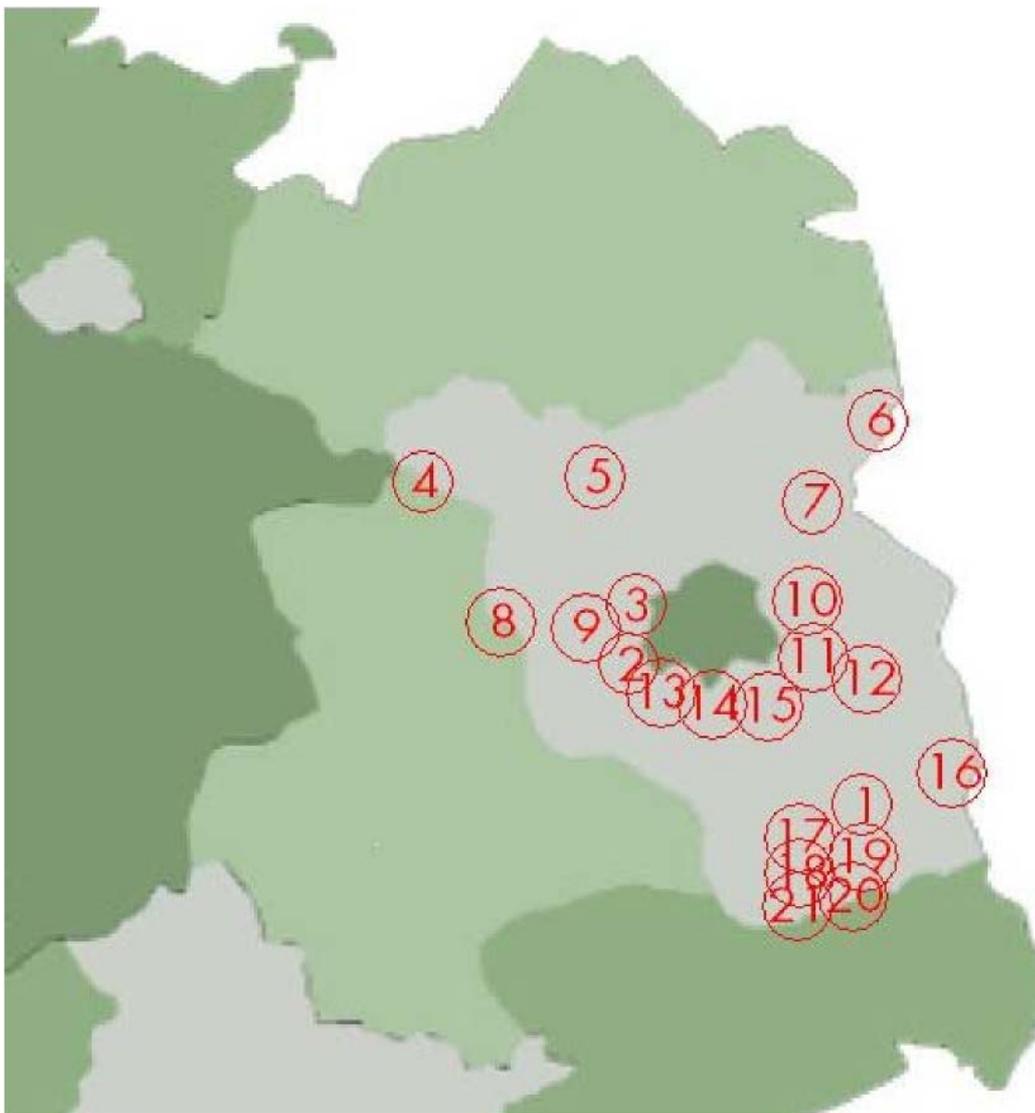
	MVZ – Ort	Inhalte – Fachrichtungen - Information
1	Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH (Brandenburg):	Robert-Koch-Str. 42; 03222 Lübbenau - zwölf Angestellte Ärzte (Allgemein-Mediziner und Fachärzte) und vier dem MVZ angeschlossene niedergelassene Fachärzte, sowie eine Reihe weiterer medizinischer Leistungserbringer aus den Bereichen Physiotherapie, Arzneimittelversorgung u. a.
2	Potsdamer Gesundheitszentrum	Hebbelstr. 1 a; 14467 Potsdam Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Innere Medizin, Dermatologie, HNO, Kinder, Chirurgie, Radiologie
3	Medizinisches Versorgungszentrum Havelland mbH	Fehrbelliner Str. 28 14612 Falkensee
4	Gesundheitszentrum Wittenberge	Heinrich-Heine-Platz 2; 1 9322 Wittenberge Fachrichtungen: Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Neurologie, Chirurgie
5	Gesundheitszentrum Neuruppin GmbH	Neustädter Str. 44; 1 681 6 Neuruppin Fachrichtungen: HNO, Praktischer Arzt, Radiologie, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Allergologie
6	Ambulantes Gesundheitszentrum Schwedt GmbH	Passower Chaussee; 1 6303 Schwedt/Oder
7	Medicus-Center Eberswalde	Robert-Koch-Straße 1 7; 1 6225 Eberswalde Fachrichtungen: Innere Medizin, Pädiatrie
8	Gesundheitszentrum Premnitz	Friedrich-Engels-Str. 6; 1 4727 Premnitz
9	Gesundheitszentrum Nauen	Ketziner Str. 10; 14641 Nauen
10	Gesundheitszentrum Strausberg	Prötzeler Chaussee 8b; 15344 Strausberg
11	Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH Rüdersdorf	Seebad 82/83; 15562 Rüdersdorf
12	Gesundheitszentrum Fürstenwalde	Tränkeweg 11, 15517 Fürstenwalde

13	Gesundheitszentrum Teltow	Ritterstraße 23; D-1451 3 Teltow Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Orthopädie, Rehabilitation
14	Gesundheitszentrum Blankenfelde GmbH	Karl-Liebknecht-Str. 1 9a; 15827 Blankenfelde
15	Gesundheitszentrum Wildau GmbH	Freiheitsstr. 98; 1 5745 Wildau Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie-Psychiatrie, Orthopädie, Zahnmedizin, Pädiater, Dermatologie, HNO, Augenheilkunde
16	Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH Guben	Berliner Str. 1 3-1 6; 031 72 Guben
17	Ambulant medizinische Einrichtungen Finsterwalde GmbH	Kirchhainer Str. 38a; 038238 Finsterwalde
18	ASB-Gesundheitszentrum Lauchhammer (mit 4 Standorten in Lauchhammer)	Starke Str. 4; 01 979 Lauchhammer Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, HNO, Neurologie, Augenheilkunde
19	Gesundheitszentrum Senftenberg	Fischreiherstr. 2; 01968 Senftenberg
20	ASB-Gesundheitszentrum Ortrand	Bahnhofstraße 34; 01 990 Ortrand Allgemeinmedizin
21	ASB-Gesundheitszentrum Schwarzheide	Schipkauer Straße 10; 01987 Schwarzheide Innere Medizin, Augenheilkunde, HNO, Allgemeinmedizin, Pädiatrie

Quelle: Eigene Erhebung Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Die Medizinischen Gesundheits- und Versorgungszentren sind zumeist in den Ballungsgebieten zu finden.

Grafik: Verteilung von Gesundheitszentren am Beispiel Brandenburg



Quelle: Eigene Darstellung Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

7 Ausgewählte Fallbeispiele von IV-Verträgen in den NBL

Als Fallbeispiele folgen nun die exemplarischen Darstellungen von drei Modellen zur Integrierten Versorgung sowie einem Vorhaben.

- IV-Kategorie Strukturvertrag/ambulantes Operieren: Vertrag zur Integrierten Versorgung mit ambulanten Operationen durch das Universitätsklinikum Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern.
- IV-Kategorie Komplexpauschalverträge: „Integra“ Vertrag zur Integrierten Versorgung in Magdeburg, Sachsen-Anhalt. Beteiligt waren dabei mehrere Krankenkassen (Barmer federführend) und die Klinik St. Marienstift in Magdeburg.
- IV-Kategorie Case Management: Hausarztzentrierte Versorgung der AOK Sachsen-Anhalt (u. a. Kassen) mit der Hausärztlichen Versorgungsgemeinschaft (und i. V. mit der KV Sachsen-Anhalt)
- IV-Kategorie Budgetverantwortung: Als Ergänzung zu den exemplarischen Darstellungen der oben genannten Verträge zur Integrierten Versorgung wird in einem kurzen Exkurs ein Vorhaben des Instituts für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald für die Region Vorpommern beschrieben.

7.1 IV-Kategorie Strukturvertrag/ambulantes Operieren: Vertrag zur Integrierten Versorgung mit ambulanten Operationen durch das Universitätsklinikum Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern mit TKK (federführend)

Rechtsgrundlage und Vertragspartner

Bei dem Vertrag auf Grundlage des § 140 SGB V des Universitätsklinikums der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald handelt es sich um eine Integrierte Versorgung für ambulantes Operieren. Neben dem Hochschulklinikum sind vier Kostenträger in das Modell eingebunden. Dabei handelt es sich um die:

**Vertrag nach § 140 zur
Förderung des ambu-
lantem Operierens**

Quelle: VdaK, Basisdaten, 2004

- Techniker Krankenkasse
- Gmünder Ersatzkasse
- Siemens Betriebskrankenkasse
- BKK Gesundheit

Neben den Kostenträgern und dem Universitätsklinikum mit verschiedenen Fachgebieten ist zudem ein Sanitätshaus in den Vertrag eingebunden. Das Sanitätshaus firmiert in der Rechtsform einer GmbH in Gründung.

Gegenstand

Bei den Indikationen liegt der Schwerpunkt auf den orthopädischen Operationen, den Arthroskopien, Leistenbruch-Operationen und Varizen-OPs. Nach Aussage des kaufmännischen Direktors des Greifswalder Universitätsklinikums, Herrn Gotal, besteht das Ziel darin, dem in allen Fachgebieten steigenden Anteil ambulanter Operationen geeignete Strukturen zu bereiten. Dies soll mittels der Errichtung eines neuen ambulanten OP-Zentrums erreicht werden. Die Operationen werden durch niedergelassene oder ambulant im Krankenhaus operierende Vertragsärzte vorgenommen.

Indikationen

Entwicklung

Die Initiative zur Anbahnung des Vertrages zur integrierten Versorgung bei ambulanten Operationen ging sowohl vom Universitätsklinikum als auch von den Kostenträgern, federführend dabei der Techniker Krankenkasse, aus. Der Vertrag ist am 01.09.2004 in Kraft getreten. Nach Aussage der Klinikleitung ist es für eine erste Beurteilung der Kooperation mit den weiteren Vertragspartnern noch zu früh, da bislang keine Abrechnungen der Leistungen erfolgt sind (Stand 19.11.2004). Bisher sind drei Fachärzte in das Modell eingebunden (Stand: 06.01.2005). Die Werbung weiterer niedergelassener Fachärzte läuft derzeit.

**In Kraft getreten am
1.9.2004**

Eine Reaktion übriger Systemakteure auf die Vertragsverhandlungen des Universitätsklinikums mit den Kostenträgern ist gemäß den Angaben der Vertreter des Klinikums ebenfalls ausgeblieben.

Weitere Verträge zur integrierten Versorgung und zur Ausweitung des ambulanten Operierens seien seitens der Klinik angedacht und geplant.

Organisation/Finanzierung

Die Einschreibung der Patienten in die integrierte Versorgung für ambulante Operationen erfolgt über den behandelnden Facharzt. Dabei müssen die Patienten bestimmte Kriterien erfüllen, um an der Integrierten Versorgung teilnehmen zu können. Neben der Mitgliedschaft in einer der beteiligten Krankenkassen müssen sie im Rahmen einer Voruntersuchung als ambulante Patienten ausgewiesen werden. Zudem muss die benötigte Leistung im Vertrag vorgesehen sein.

Die Fachärzte nehmen über einen Vertrag mit dem Universitätsklinikum Greifswald an der Integrierten Versorgung teil. Für die operierenden Vertragsärzte gelten zudem weitere Vorgaben, die der Qualitätssicherung dienen sollen. So ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, jährliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu absolvieren. Diese Qualifizierungsangebote müssen dem Facharztstandard entsprechen. Zudem muss der Operateur eine Mindestzahl definierter Operationen vorweisen können. Neben diesen Maßnahmen der Qualitätssicherung erfolgt eine ständige Kontrolle über das Instrument der Patientenbefragungen.

Als zusätzlicher Service für den eingeschriebenen Patienten ist eine Telefonhotline eingerichtet worden. Diese soll dem Zweck dienen, vor und nach dem Eingriff eine umfassende fachliche Beratung für die Patienten zu gewährleisten. Unter anderem soll diese Hotline den Patienten über die ambulanten Eingriffsmöglichkeiten am Universitätsklinikum informieren.

Die Vergütung ist nach indikationsbezogenen Pauschalen gegliedert. Aktuell umfasst er Komplexpauschalen für 31 operative Indikationen. Ebenfalls je nach Indikation vorgegeben ist die Anzahl an verbindlichen Nachsorgeuntersuchungen für den Patienten. Einige Pauschalen sehen zudem die Einbindung einer Physiotherapie und von Hilfsmittel vor. Der Vertrag mit dem Sanitätshaus befindet sich aktuell in der Vorbereitung (Stand: 06.01.2005).

Die Erträge aus dem IV-Vertrag sind für die Klinik und die beteiligten Niedergelassenen Klinik außerbudgetäre Einnahmen und daher von besonderer Relevanz. Eine Ergebnismessung des Vertrages zum ambulanten Operieren erfolgt sowohl in ökonomischer als auch medizinischer Form.

Wirtschaftlich ging der Vertragsabschluss für das Klinikum einher mit dem rein aus Eigenmitteln finanzierten Bauvorhaben im Zuge der Errichtung eines ambulanten Operationszentrums (Investitionssumme 500.000 Euro).

Eine Gegenrechnung der Umsätze gegen den 1 %igen Abschlag ist von den Krankenkassen ist nicht vorgesehen.

Integration des Hilfsmittelsektors

Erfahrungen und Einschätzungen

Durch die Kürze der bisherigen Vertragslaufzeit liegen bislang nur wenige Erfahrungswerte aus der Integrierten Versorgung zu ambulanten Operationen vor. Viele der Einschätzungen stammen aus der Startphase des Modells. So sahen sich die Vertragspartner im September 2004 mit ihrer Vereinbarung in einer „Vorreiterrolle für den Nordwesten“ und erwarteten „landesweite Nachahmer“ („Ärzte Zeitung“ vom 10.09.2004). In diesem Zusammenhang kündigte der kaufmännische Leiter des Universitätsklinikums an, dass „weitere Verträge zur integrierten Versorgung und zur Ausweitung des ambulanten Operierens folgen werden“ („Ärzte Zeitung“ 10.09.2004). Nach Selbsteinschätzung der Techniker Krankenkasse (TK) sichert der Vertrag für die Patienten die komplette Beratung, eine zeitnahe ambulante Operation und die entsprechende Nachsorge „auf höchstem Niveau und in einer Hand“. Die Leiterin der TK-Landesvertretung in Mecklenburg-Vorpommern wird wie folgt zitiert: „der Vertrag sichert das Know-How der Universität für die ambulanten Operationen der TK-Versicherten“ (TK-Pressemitteilung vom 01.09.2004).

**weitere Verträge zur
integrierten Versorgung
sollten folgen**

Erfahrungswerte liegen bislang (Stand 19.11.2004) lediglich für 14 Patienten vor. Dies entspricht einem Umsatz in der niedrigsten Umsatzklasse unseres Fragebogens. Gegenüber dieser geringen Zahl von Patienten erscheint der Verwaltung des Universitätsklinikums der Aufwand der gesonderten Bearbeitung eigenen Aussagen zufolge „sehr hoch“. Als ungünstig wird von der Klinikverwaltung bewertet, dass die Einschreibung der Patienten nur im Vorfeld der Behandlung möglich ist. Dies verhindert, im Fall einer Verweigerung der stationären Behandlung rückwirkend in die Integrierte Versorgung einzuschreiben. In Zusammenhang mit dem entstandenen Verwaltungsaufwand wurde ebenfalls die Problematik der gesonderten Verbuchung der IV-Patienten aufgrund der Abrechnung der Anschubfinanzierung als transaktionskostenintensiv bezeichnet. Es sei schwierig nachzuvollziehen, welche Rechnung in welchem Umfang gekürzt worden ist und warum. Dennoch sei das Klinikum über die Leistungen innerhalb der Integrierten Versorgung in der Lage höhere Einnahme zu generieren als für vergleichbare Leistungen über den EBM.

Neben den medizinischen und ökonomischen Faktoren stehen für die Klinikleitung besonders strategische Potenziale der Integrierten Versorgung beim Abschluss des Vertrages zum ambulanten Operieren im Vordergrund. So sollte das „Verfahren erprobt werden“ und eine „Positionierung am Markt“ für Integrierte Versorgung auf dem Markt erreicht werden.

**Eher strategischer
Charakter**

Als allgemeine Bewertung der Bemühungen des Universitätsklinikums Greifswald um die Versorgung in der Region kann folgendes Statement des kaufmännischen Geschäftsführers gewertet werden „Die KV ist zuständig, die flächendeckende Versorgung zu sichern; dagegen steht der Versuch des Universitätsklinikums Greifswald die Versorgung für die Fläche auch künftig aufrecht zu erhalten“.

Neben diesen weichen Effekten sind nach Angaben der Klinikleitung auch andere Auswirkungen der Integrierten Versorgung spürbar. So wurden positive Beschäftigungseffekte von der Klinikleitung bejaht mit Personalbestandsicherung und Vermeidung von sonst notwendig gewordenen Personalfreisetzung.

**positive
Beschäfti-
gungseffekte**

7.2 „INTEGRA – Neue Wege zur Gesundheit in der Klinik“ - Barmer und St. Marienstift in Magdeburg, Sachsen-Anhalt

Rechtsgrundlage und Vertragspartner

Bei dem Modell der Integra Magdeburg handelt es sich um eine Integrierte Versorgung auf Basis der §§140 a-d SGB V zum kurzzeitstationären Operieren durch Belegärzte. An der Versorgung an der Klinik St. Marienstift sind folgende Kostenträger beteiligt:

- nord- und mitteldeutsche IKK
- IKK gesund plus
- VdAK/AEV Landesvertretung Sachsen-Anhalt. Durch diese Landesvertretung werden folgende Ersatzkassen vertreten:
 - » Barmer Ersatzkasse
 - » Brühler Krankenkasse Solingen
 - » Buchdrucker-Krankenkasse
 - » Deutsche Angestellten Krankenkasse
 - » Gmünder Ersatzkasse
 - » Hamburg-Münchener Ersatzkasse
 - » Handelskrankenkasse
 - » Hanseatische Krankenkasse
 - » Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
 - » Krankenkasse Eintracht Heusenstamm
 - » Techniker Krankenkasse

Auf Seiten der Leistungserbringer sind die Klinik St. Marien und 24 niedergelassene Fachärzte verschiedener überwiegend operativer Fachgebiete in das Modell eingebunden. Darunter unter anderem Fachärzte für Augenheilkunde, Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie, HNO, Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie und Anästhesie.

**Diverse
Fachdisziplinen**

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen Sachsen-Anhalt ist über einen Sitz im Koordinierungsausschuss in die praktische tägliche Arbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung eingebunden. In einer beratenden Funktion ist zudem die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt Mitglied des Koordinierungsausschusses. Dieser Ausschuss trifft sich regelmäßig alle zwei Monate, bei Anlässen, die Klärungs- oder Besprechungsbedarf haben, häufiger. Der Ausschuss bildet für alle beteiligten Vertragsparteien eine vertrauensbildende Plattform zum Austausch und zur Weiterentwicklung des Modells.

**KV Sachsen-Anhalt
berät**

Gegenstand der Integrierten Versorgung mit Ambulantem Operieren und Kurzzeitstationärem Operieren

Konzipiert ist das Integra Modell in Magdeburg als sektorenübergreifende Kooperation von niedergelassenen Fachärzten im Raum Magdeburg, der Klinik St. Marien als beteiligtem Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen. Es handelt sich um eine ambulante medizinische und daraus abzuleitende stationäre Kurzzeitversorgung durch den gleichen Arzt.

Der eingeschriebene Patient wird in diesem Modell von der Diagnose durch einen einzigen Facharzt bis zur Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit nach Abschluss der Rehabilitation schnittstellenübergreifend betreut. Damit wird auch die Versorgung in der Fläche gewährleistet, da die beteiligten Ärzte ihre Praxen, in denen die Patienten vor der Operation gehen und nach der Operation nachbetreut werden, in ganz Magdeburg betreiben. Die Versorgung des Patienten orientiert sich dabei an spezifisch für die einzelne Indikation verabredeten Standards. Ziel ist sowohl die Vermeidung von Arztwechseln als auch von Doppeluntersuchungen. Darüber hinaus werden von den Vertragspartnern weitere Vorteile in der Verkürzung von Wartezeiten und stationären Liegedauern sowie einer geringeren Zuzahlung durch den Patienten gesehen. Eine reibungslose Versorgungskette durch die Betreuung aus einer Hand soll zudem eine gleich bleibend hohe medizinische Qualität zur Folge haben.

Entwicklung des Modells

Die Vorarbeiten zu diesem Modell reichen zurück bis in das Jahr 2001. Endgültig gestartet ist das Modell am 01.02.2002, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt war nicht von Beginn an einbezogen.

Die Entwicklungsphase wurde durch zwei Arbeitsgruppen geprägt. Dabei arbeiteten Mitarbeiter der Klinik St. Marienstift, einer Unternehmensberatung, des VdAK/AEV, der anderen Kostenträger und des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt an der Entwicklung eines Fallpauschalenkataloges.

Gleichzeitig wurde das Vertragswerk entwickelt. Beteiligt waren Vertreter der Kostenträger, des VdAK/AEV sowie Juristen und Mitarbeiter der Klinik St. Marienstift. Keinem der beteiligten Vertragspartner ist Exklusivität für das Modell zugesichert worden, es ist also in der Entwicklung offen für neue Leistungspartner.

**offen für neue
Leis-
tungspartner**

Für die Klinik St. Marienstift bestand die Motivation zur Entwicklung des Integra-Modells im steigenden wirtschaftlichen Druck auf das Krankenhaus durch die geänderten Rahmenbedingungen im Zuge der Umstellung auf die Abrechnung auf DRG. Eine Ansiedlung zusätzlicher Fachbereiche für die stationäre Versorgung war der Krankenhausleitung nicht möglich. Im Integra-Modell wurde von den Entscheidungsträgern der Klinik St. Marienstift die Chance gesehen, das Leistungsspektrum der Klinik über die Einbindung niedergelassener Fachärzte zu vergrößern und zu diversifizieren.

Durch den eigenfinanzierten Aufbau neuer Strukturen in Form zwei neuer Operationssäle, wird von der Klinikleitung rückwirkend durchaus ein Bedarf an Anschubfinanzierung gesehen, jedoch war eine derartige Förderung 2002 noch nicht vom Gesetzgeber vorgesehen.

Organisation/Finanzierung des Integra-Modells

Die Einschreibung der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen erfolgt über die beteiligten Fachärzte und die niedergelassenen Hausärzte im Raum Magdeburg. Letztgenannte erhalten für die Einschreibung der Patienten einen monetären Anreiz durch eine Pauschale von 35,80 Euro pro eingeschriebenem Versicherten. Ausgezahlt wird dieser über eine eigene Abrechnungsnummer durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, wobei die Mittel zur Hälfte aus dem Budget der Klinik St. Marienstift und zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen stammen.

Ein monetärer Anreiz zur Einschreibung in das Integra-Modell stellt sich auch für die Patienten in Form von einer vollständigen bzw. anteiligen Zahlungsbefreiung dar. Das Ausmaß des Bonus ist dabei zwischen den verschiedenen Kostenträgern unterschiedlich groß.

Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt über Komplexpauschalen pro Patient außerhalb des regulären Krankenhausbudgets. Die Vergütung der Behandlung des Patienten kann zudem über eine Untergliederung in prä- und postoperative Pauschalen unterteilt werden. Die Pauschalen liegen etwa 15-20% unter der entsprechenden DRG bei einer zu Grunde gelegten Base-rate von 2500 Euro. Für bestimmte Behandlungen ist im mittlerweile 111 Positionen umfassenden eigenen Fallpauschalenkatalog eine zeitnahe Überprüfung einzelner Patientenfälle auf Rechtfertigung der stationersetzenden Leistung durch den MDK vorgesehen. Die Fallpauschalen reichen dabei von 180,00 Euro bis zu 18.681,95 Euro. Andere Behandlungen sind von vornherein als unbedenklich eingestuft was die Klärung der Kostenübernahme mit der Krankenkasse erfordert. Diese Klärung wird durch die Klinik St. Marienstift durchgeführt.

Komplexpauschalen pro Patient

Wirtschaftlich ging der Vertragsabschluss für das Klinikum einher mit den rein aus Eigenmitteln finanzierten Baumaßnahmen im Zuge der Errichtung eines ambulanten Operationszentrums (Investitionssumme 2.000.000 Euro). Die neuen OP-Säle werden jedoch nicht nur im Rahmen der Integrierten Versorgung genutzt. Die teilnehmenden Ärzte operieren sowohl in den neuen als auch in den alten Operationssälen.

Einschätzungen und Erfahrungen mit Integra

Aus den bisherigen Erfahrungen der Klinik St. Marienstift wird die Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern als problemlos, vertrauensvoll und reibungslos bezeichnet. Die Haltung der niedergelassenen Hausärzte gegenüber dem Integra-Modell sehen sie als noch abwartend oder ablehnend an. Eine besondere Bedeutung in der Abstimmung der Vertragspartner hat der projekteigene Koordinationsausschuss. Diesen charakterisieren die Klinikvertreter als konstruktives Organ zur Weiterentwicklung des Modells, in dem alle Beteiligten sich regelmäßig treffen und inhaltliche oder technische Probleme offen frühzeitig besprechen.

Ökonomisch hat das Integra-Modell für die Klinik nach eigener Einschätzung ebenfalls überwiegend positive Effekte. So wird durch das Modell eine bessere Auslastung der Klinik erreicht, sie stieg seit Beginn des Projektes. Die exakte Quantifizierung konnte durch die Klinikleitung nicht vorgenommen werden. Dies bildet sich auch in einem lebhaften Operationsbetrieb mit über 50 Operationen täglich ab. Somit sind durch das Integra-Modell die Arbeitsplätze des bestehenden Personalstamms gesichert worden und es sind in geringem Umfang (3-4 VZK) neue Stellen geschaffen worden. Durch flexiblere Arbeitszeitmodelle wird auf die saisonalen Schwankungen in der Auslastung der Klinik reagiert, die Bereitschaft der Krankenhausmitarbeiter dazu ist groß.

Ökonomisch überwie- gend positive Effekte

Der Umsatzanteil des Integra-Modells am Gesamtumsatz der Klinik wird von den Vertretern als relevant bezeichnet in der Größenklasse von 1,5 –2 Mio Euro jährlich.

Zufrieden sind die Vertragspartner der Integra Magdeburg auch mit der Akzeptanz des Angebots durch die Patienten. Bis Oktober 2004 haben sich bereits ca. 1.500 Patienten neu in das Programm eingeschrieben. Seit dem Start von Integra im Jahr 2002 haben sich somit rund 3.800 Patienten eingeschrieben. Dieses ergibt allerdings bei einer VdAKGesamtversichertenzahl im Raum in Sachsen-Anhalt von 508.000 Versicherten⁷ (28,7% der Versicherten) nur einen Anteil von unter 1 %.

Die Befragung der Patienten zur Zufriedenheit mit dem Integra-Modell weist für die überwiegende Mehrheit der Patienten ebenfalls sehr gute Werte auf. Positiv wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls die Verkürzung der Verweildauern für die einzelnen Indikationen durch die Klinikleitung bewertet. Es ist ihrer Meinung nach zu beachten, dass die Struktur der eingeschriebenen Versicherten seitens des Versicherungsrisikos eher als günstig zu bezeichnen ist.

Auffällig ist zudem die Linderung der strukturellen Probleme der medizinischen Versorgung in den ländlichen Regionen Sachsen—Anhalts laut Klinikleitung. Dies führt dazu, dass sich viele Patienten aus derartigen Regionen im Rahmen des Integra-Modells in Magdeburg behandeln lassen. Nach eigener Einschätzung der Klinikleitung bietet das Modell zwar wenig Potenzial die direkte, also hausärztliche Versorgungssituation in den ländlichen Regionen zu verbessern, der Hauptvorteil von Integra besteht aber in der Diagnosestellung in der Praxis vor Ort und der Möglichkeit, vom selben Arzt in der Klinik St. Marienstift operiert und anschließend wohnortnah nachbetreut zu werden. Damit bilden die teilnehmenden Ärzte satellitenartige Außenfunktion in den ländlichen Räumen und stellen die Kontinuität bei der Versorgung, bei der die Infrastruktur eines Krankenhauses nötig ist, sicher.

**wenig Potenzial haus-
ärztliche Versorgungssi-
tuation in den ländli-
chen Regionen zu
verbessern**

Zusammenfassend eröffneten nach Meinung der Klinikleitung die Änderungen der Bestimmungen zur Integrierten Versorgung im Jahr 2002 durch relativ offene Formulierungen im Gesetz erfreuliche Grade unternehmerischer Freiheit. Über das unbürokratische und flexible Integra-Modell konnte für die Klinik St. Marienstift eine Diversifikation des Leistungsspektrums in Richtung Komplettversorgung als umfassender Gesundheitsdienstleister mit niedergelegenen Fachärzten als Partner erreicht werden.

7.3 „Mein Doc – meine AOK“ : Das Hausarztmodell von Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft und AOK Sachsen-Anhalt

Rechtsgrundlagen und Vertragspartner

Die Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V der AOK Sachsen-Anhalt baut im Modell der hausarztzentrierten Versorgung auf den rechtlichen Grundlagen nach § 73 b SGB V auf. Neben der AOK Sachsen-Anhalt sind auf Kassenseite zudem die IKK gesund plus an dem Vertrag beteiligt. Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite sind die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) eG i. Gr. und über den § 73 angeschlossen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Unterstützt wurde die Vertragsanbahnung zudem vom Berufsverband der Allgemeinärzte Sachsen-Anhalt.

**Unterstützung vom Be-
rufsverband der Allge-
meinärzte Sachsen-
Anhalt**

Für die Hausärzte ist die Teilnahme an dem Programm der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Alle interessierten Hausärzte in Sachsen-Anhalt können ihre Teilnahme erklären. Fachärzte, wie Radiologen, Internisten etc., können über Kooperationsverträge in das Modell eingebunden werden.

Neben den oben beschriebenen Vertragspartnern besteht für die niedergelassenen Ärzte zudem die Möglichkeit, die Patienten über die Teilnahme an weiteren Projekten zur Integrierten Versorgung, in mehreren Krankenhäusern, einer Praxisklinik und einem medizinischen Leistungszentrum in den großen Städten Sachsen-Anhalts (Magdeburg, Halle und Dessau) stationersetzenden Operationen zu unterziehen. Als Beispiel ist die Integrierte Versorgung mit der Praxisklinik Sudenburg weiter unten dargestellt. Bei den weiteren Einrichtungen handelt es sich um

- die Saale Klinik Halle,
- das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) und
- das medizinische Leistungszentrum am Diakoniekrankenhaus Dessau.

Gegenstand

Der Schwerpunkt liegt in diesem Modell auf dem Hausarzt als zentralem Koordinator in der Behandlung des Patienten. Dabei koordiniert der Hausarzt die Behandlung über die verschiedenen Sektoren hinweg sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Fachärzten. Der Vertrag zur integrierten Versorgung ist dabei nicht auf bestimmte Indikationen beschränkt und findet landesweite Anwendung.

Die Erstdiagnose erfolgt dabei stets durch den Hausarzt, der generell durch den Versicherten als erster Ansprechpartner gilt. Gegebenenfalls erfolgt die Überweisung zu teilnehmenden Fachärzten durch den Hausarzt.

stationersetzende Operationen

Mittels der zentralen Koordinationsfunktion des Hausarztes sollen Doppeluntersuchungen vermieden und eine abgestimmte Arzneimittel- und Leistungsverordnung sichergestellt werden. Des Weiteren erfolgt eine bevorzugte Behandlung des Patienten durch den weiterbehandelnden Facharzt, in Form von Wartezeitverkürzungen. Durch den Facharzt können ebenfalls stationersetzende Operationen in den teilnehmenden Einrichtungen in Magdeburg, Halle und Dessau vorgenommen werden.

Die Behandlung durch die teilnehmenden Ärzte soll sich dabei an einheitlichen medizinischen Leitlinien, hausärztliche Disease Management Programme (DMPs), orientieren. Diese befinden sich zurzeit in der Erarbeitung.

Neben der Verkürzung von Wartezeiten sowie der bevorzugten Behandlung durch den weiterbehandelnden Arzt, besteht der Vorteil für den Patienten in der Verringerung von Zuzahlungen und dem teilweisen Erlass der Praxisgebühr.

Entwicklung

Der Start der Anbahnung des Hausarztmodells reicht zurück bis in den Dezember 2003. Auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und des Hausärzterverbandes Sachsen-Anhalt wurden Verhandlungen über ein derartiges Modell mit der AOK Sachsen-Anhalt aufgenommen. Im Juni 2004 ist der Vertrag auf der Vertrag auf Basis des § 73 b SGB V in einen Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V umgewandelt worden.

Laut Angaben der AOK Sachsen-Anhalt nahm das Arztnetz Magdeburg-Schönebeck in der Vertragsanbahnung und -fortentwicklung eine Sonderrolle ein. Bereits seit 2001 werden von Seiten der AOK Verhandlungen, auf Grundlage der hausarztzentrierten Versorgung, mit dem Arztnetz geführt. Das Arztnetz wurde in den aktuellen Vertrag der Integrierten Versorgung zur hausarztzentrierten Versorgung integriert. Strukturelle sowie organisatorische Weiterentwicklungen der hausarztzentrierten Versorgung werden zunächst durch in Kooperation mit dem Arztnetz Magdeburg-Schönebeck erprobt. Bei vielversprechendem Verlauf der Neuerungen werden diese landesweit für alle Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung übernommen.

Neben der Teilnahme am Modell der Hausarztzentrierten Versorgung besteht für die niedergelassenen Ärzte zudem die Möglichkeit, die Patienten in weiteren Modellen der integrierten Versorgung der AOK Sachsen-Anhalt zu behandeln. Als Beispiel kann hier der Vertrag zu stationersetzenden Operationen der AOK Sachsen-Anhalt mit der Praxisklinik Sudenburg angeführt werden (siehe Kasten).

Exkurs – Praxisklinik Sudenburg

Diese Form der Integrierten Versorgung basiert ebenfalls auf § 140 SGB V. Die Entwicklung reicht zurück bis in den Zeitraum 1996-1998. Aus unseren Interviews geht hervor, dass sich die Suche nach einem kooperationsbereiten Krankenhaus zu dieser Zeit schwierig gestaltete. Durch die Gesetzesreform im Jahr 2000 konnte auf Basis des § 63 SGB V das Konzept der stationersetzenden Operationen mit der Praxisklinik Sudenburg umgesetzt werden. Neben der AOK war zusätzlich die BKK Sachsen-Anhalt auf Basis des § 63 SGB V eingebunden. Darüber hinaus weitere Kassen über Einzelfallentscheidungen.

Im Mai 2004 erfolgte die Umwandlung des Modellprojektes in ein Konzept der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V. Beteiligte dieses Vertrages sind neben der AOK Sachsen-Anhalt die IKK gesund plus sowie die BKK Sachsen-Anhalt.

Danach sind stationersetzende Operationen für folgende Fachgebiete vorgesehen:

- Chirurgie
- Gynäkologie
- Urologie
- HNO
- Augenheilkunde
- Anästhesie
- Orthopädie

Die Integration über die Sektoren umfasst dabei folgende Sektoren:

- Hausarzt
- Facharzt (Operator)
- Krankenhaus
- Rehabilitation bei Endoprothetik-OP
- Häusliche Krankenpflege (HKP)

Ebenfalls Bestandteil des Konzeptes mit der Praxisklinik Sudenburg sind Elemente eines Qualitätsmanagements über eine wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg. Unter Leitung von Prof. Robra erfolgt die Datenerhebung und –auswertung durch das Institut.

**wissenschaftliche Be-
gleitung durch das Insti-
tut für Sozialmedizin
und Gesundheitsöko-
nomie**

Organisation/Finanzierung

Konkret bedeutet die Einschreibung für den Versicherten, dass er sich zunächst für einen Arzt als seinen Hausarzt entscheiden muss. Hierzu trifft der Versicherte eine Auswahl aus der AOK-Liste der teilnehmenden Ärzte.

Die Einschreibung und Bindung an einen bestimmten Hausarzt gilt für ein Jahr. Nach Ablauf des Jahres ist eine erneute Einschreibung des Patienten notwendig. Innerhalb des Einschreibungsjahres ist ein Wechsel des Hausarztes unter der Angabe wichtiger Gründe möglich. Im Rahmen der Einschreibung wird der Patient durch den einschreibenden Arzt über seine Rechte und Pflichten aufgeklärt. Die Einschreibung ist dabei organisatorisch von der Zahlung der pauschalen Praxisgebühr getrennt.

Der eingeschriebene Patient sucht anschließend bei jeder Erkrankung seinen Hausarzt in erster Instanz auf. Dieser koordiniert für die eingeschriebenen Patienten anschließend alle weiteren medizinischen Behandlungen, Therapien und Pflegeleistungen. Dem Hausarzt kommt somit in dieser Form der Integrierten Versorgung die Rolle als „zentraler Koordinator und Begleiter seiner Patienten im Gesundheitswesen“ zu. Durch die zentrale Koordination des Patienten soll die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie die Verordnung nicht aufeinander abgestimmter Medikamente erreicht werden. Sollte die Behandlung des Patienten es erfordern, erfolgt eine Überweisung des Patienten zu einem weiterbehandelnden Facharzt über den Hausarzt.

Der Service für den Patienten innerhalb des Hausarztmodells umfasst dabei die Unterstützung durch den Hausarzt bei der Terminbeschaffung sowie eine reduzierte Wartezeit in den Praxen von maximal 30 Minuten und eine pauschale reduzierte Praxisgebühr von 20 Euro pro Jahr.

**pauschale reduzierte
Praxisgebühr**

Die teilnehmenden Hausärzte erhalten für die Einschreibung der Patienten in die hausarztzentrierte Vergütung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 3 Euro pro Quartal und Patient sowie eine zusätzliche Beteiligung der teilnehmenden Ärzte an den erzielten Einsparungen gegenüber der Regelversorgung (eine Form einer Erfolgsbeteiligung, auch als „Einsparungs-Teilungsvertrag“ bezeichnet).

Sowohl für die teilnehmenden Hausärzte als auch für die über Kooperationsvereinbarungen eingebundenen Fachärzte sind die vorgegebenen Qualitäts- und Servicestandards verpflichtend. Anerkannte medizinische Leitlinien werden aktuell unter dem Arbeitstitel „hausärztliche DMPs“ erarbeitet. Zu dem verpflichten sich die Hausärzte mit der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zum Besuch von Qualitätszirkeln. Jeder Arzt muss vier dieser Schulungen pro Jahr besuchen. Die KV Sachsen-Anhalt sieht in den Qualitätszirkeln nicht nur Raum für die medizinische Weiterbildung der Ärzte, sondern auch für eine Fortentwicklung der organisatorischen Fertigkeiten. Die Organisation der Schulungen ist Aufgabe der KV.

**„hausärztliche
DMPs“**

Nach Informationen der AOK Sachsen-Anhalt wird aktuell über die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege verhandelt. In den nächsten Modulen ist die Einbeziehung der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie ausgesuchter Krankenhäuser geplant. Die horizontale Ausdehnung der integrierten Versorgung wird um eine konzeptionelle Weiterentwicklung ergänzt. So ist, aufbauend auf dem Hausarztmodell, ein neues Modell basierend auf einer Populationsorientierung geplant.

Mit diesem Ziel ist im Einzugsgebiet des Arztnetzes Magdeburg-Schönebeck die Einführung einer virtuellen Capitation für das Jahr 2005 geplant. Eigenen Informationen zu Folge plant die AOK Sachsen-Anhalt bei erfolgreichem Verlauf der Testphase anschließend die Einführung einer realen Capitation mit Risikoübernahme und Rückversicherung durch das Arztnetz geplant. In Verbindung zu einer Realisierung des Konzeptes in Zusammenarbeit mit dem Ärztenetz würde dieses zudem eine Veränderung der Rechtsform des Netzes mit sich bringen. Dabei erscheint der KV eine Kapitalgesellschaft in Form einer GmbH am besten geeignet. Adäquate Managementstrukturen sollen sich zurzeit im Aufbau befinden.

**reale
Capitation**

Erfahrungen und Einschätzungen

In den von uns geführten Interviews zeigten sich sowohl die AOK Sachsen-Anhalt als auch die KV Sachsen-Anhalt mit der Entwicklung des Vertrages „sehr zufrieden“. Die gute Akzeptanz des Modells bei den Versicherten trägt zu der großen Zufriedenheit von KV und AOK deutlich bei. Nach Informationen der KV Sachsen-Anhalt waren zum Zeitpunkt des Interviews ca. 300.000 Versicherte landesweit in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben. Von den landesweit rund 700.000 AOK-Versicherten sind ca. 250.000 in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben. Von der zudem beteiligten IKK gesund plus sind rund 50.000 Versicherte eingeschrieben. Wie die KV berichtete schreiben sich aktuell insgesamt ca. 6.000 Patienten pro Woche in die hausarztzentrierte Versorgung ein. Eine ähnlich hohe Beteiligung konnte die KV auch von Seiten der Ärzte berichten. Zum Zeitpunkt des Interviews nahmen ca. 1.400 von 1.550 Hausärzten landesweit am Hausarztmodell teil. Bei den Fachärzten wurde von 130 teilnehmenden von 150 niedergelassenen Fachärzten landesweit berichtet.

Die öffentliche Werbung für die hausarztzentrierte Versorgung erfolgt in erster Linie durch die AOK über die Hausärzte. In diesem Zusammenhang sprach die AOK von einer Form des „push and pull - Marketing“. Zum einen bestünde sowohl für teilnehmende Hausärzte über die ökonomischen Anreize eine große Motivation Patienten von der Sinnhaftigkeit der Einschreibung zu überzeugen und andererseits wären auch eine Reihe von Fällen aufgetreten, in denen die zahlreichen Nachfragen nach dem Hausarztmodell von Patientenseite den betreffenden Arzt dazu bewegt hätten an der Integrierten Versorgung teilzunehmen. In diesem Zusammenhang sprach ein Vertreter der AOK von einer Art „Nachfragesog der Patienten“. Dessen Wirkung übersteige

**push and pull
– Marketing**

sogar die Wirkung der ökonomischen Anreize für die niedergelassenen Ärzte, so die AOK. Die AOK sieht in diesem Modell der integrierten Versorgung eine Stärkung des Hausarztes.

Von der KV wurde berichtet, dass sich viele Patienten in erster Linie über den zentralen Ansprechpartner freuen. Des Weiteren seien der bessere Service sowie die Koordinierung des Patienten im System neben dem finanziellen Anreiz, für eine Einschreibung der Patienten ausschlaggebend gewesen.

Die erneute Einschreibung der Patienten nach einem Jahr in die hausarztzentrierte Versorgung ist von der AOK Sachsen-Anhalt aus vertragsrechtlichen und grundsätzlichen Gründen gewollt. Dadurch soll eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Einzelbestimmungen des Vertrages zur Integrierten Versorgung ermöglicht werden. Den dann veränderten Bestimmungen des Vertrages würden die Patienten durch eine erneute Einschreibung ihre Zustimmung erteilen.

Um eine konstruktive Weiterentwicklung zu ermöglichen laufen derzeit bei der AOK Auswertungen der bis dato eingeschriebenen Patienten. Rückschlüsse sind gewünscht auf die Motivation der Einschreibung, das Alter und den Gesundheitszustand der teilnehmenden Versicherten.

Effekte auf die Beschäftigungsstruktur durch den Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V wurden sowohl von der AOK Sachsen-Anhalt als auch von der regionalen KV beschrieben. So sieht die AOK die Effekte in einer Umstrukturierung der Personalkapazitäten verbunden mit einer Personalbeschäftigungssicherung. Die KV erhofft sich neben der Personalbeschäftigungssicherung eine Verbesserung der Ausbildungsplatzsituation von medizinischem Assistenzpersonal bei den Hausärzten.

**erneute
Einschreibung der
Patienten**

7.4 Vorhaben des Institutes für Community Medicine

Teil der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und verbunden mit dem Klinikum ist das Institut für Community Medicine, das sich schwerpunktmäßig mit der Erforschung der zukünftigen Anforderungen an die Gestaltung der Versorgungsstruktur beschäftigt (Zur Arbeit des Institutes siehe Kasten).

Auf der Basis einer Studie zur medizinischen Versorgung in Mecklenburg Vorpommern und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hat das Institut in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse Mecklenburg-Vorpommern eine Konzeption für ein Modellprojekt zur regionalen Gesundheitsversorgung in Vorpommern erarbeitet:

In einem Zeitablauf von insgesamt 6 Jahren soll dabei über drei Phasen (je 2 Jahre) hinweg eine komplette Versorgungsintegration der Region Vorpommern auf der Basis einer regionalen elektronischen Patientenakte organisiert werden. Folgende Elemente kennzeichnen das Modell:

**komplette
Versorgungs-
integration**

- Datenmäßige Integration,
- Ambulant-stationäre Integration der Leitlinien und Standards der klinischen Routinen,
- „Down-Sizing“ der stationären Versorgung,
- Ausbau der telemedizinischen Versorgung,
- Verbesserung der onkologischen Versorgung durch arbeitsteiligere Organisation der Patientenversorgung unter Nutzung von leitlinien-gestützter Risikostratifizierung und syst. Unterstützung der niedergelassenen onkologisch tätigen Ärzte
- Neuorganisation des Rettungswesens
- Evaluation und umfangreiche epidemiologische Forschung

Der dieser Beschreibung zugrunde liegende Modellskizze vom Mai 2004 enthält noch kein ökonomisches Modell einer Risikoübernahme bzw. Risiko-teilung, allerdings werden eine Reihe von Kosten- und möglichen Erfolgsab-schätzungen vorgenommen, wobei ein Einsparpotenzial zu den gegenwärtigen Kosten von 5-10% unterstellt wird.

Community Medicine (CM) ist eine bevölkerungsbezogene medizinische Wissenschaft mit Praxisbezug. Im Zentrum steht die Analyse, Intervention und Evaluation auf der regionalen Bevölkerungsebene. Basiswissenschaften der CM sind Human- und Zahnmedizin, Epidemiologie und Biometrie, Sozialmedizin, Demographie, Gesundheitspsychologie und Medizinische Informatik.

Forschungsschwerpunkte der CM liegen in der analytischen Epidemiologie und Risikofaktorenforschung, Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung und Transferforschung. Die Community Medicine ist ein zentraler Bestandteil der Lehre in den Studiengängen Human- und Zahnmedizin an der Universität Greifswald. Innovative Lehransätze umfassen den frühen Patientenkontakt, das problemorientierte Lernen (POL), das Hausbesuchs- und das Konsultationsprogramm. Das Institut für Community Medicine organisiert das regelmäßige Kolloquium Community Medicine und ist aktiv in der Fort- und Weiterbildung für Allgemeinmediziner.

Als Ergebnis bevölkerungsbezogener Forschung und Lehre in der Region sollen neuartige Modelle im Bereich der rationalen Gesundheitsförderung, der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Rehabilitation und Pflege entwickelt und in die Praxis umgesetzt werden.

Leitung des Instituts: Prof. Dr. med. Hoffmann

8 Kernaussagen aus den Experteninterviews

Die folgenden Darstellungen und Inhalte basieren auf einer Reihe von Experteninterviews, die zwischen dem 15. November 2004 und dem 07. Januar 2005 mit insgesamt 21 Experten geführt wurden. Zu Auswahl und Hintergrund der Experten vgl. Kap. 1. In Klammern eingefügt der Zugehörigkeitsbereich des zitierten Experten, gemäß den in Kapitel 1 beschriebenen vier Bereichen.

8.1 Anbahnung von Verträgen zur Integrierten Versorgung bzw. dem Aufbau Medizinischer Versorgungszentren

Welche Probleme in der Anbahnung von IV-Verträgen werden von den Beteiligten gesehen?

- » Krankenhäuser haben genug mit der Umstellung auf DRGs zu tun und keine freien Kapazitäten für die Integrierte Versorgung. (stationärer Leistungserbringer)
- » In Brandenburg gab es eine Weisung der KV an die NL, sich auf nichts (was IV betrifft) einzulassen. (stationärer Leistungserbringer)
- » Es gibt in Thüringen eine Absprache der KHS auf IV zu verzichten, um somit die 1 % zurückzuerhalten. (stationärer Leistungserbringer)
- » Aus Kassensicht gibt es keine IV ohne die Einbindung der Niedergelassenen. (stationärer Leistungserbringer)
- » Für die Konzeption geeigneter Modelle stellt sich meist der Mangel an geeigneten Daten als große Hürde heraus. (Ministerien/staatl. Inst.)
- » Sektorale Budgets verengen den Blick (stationärer Leistungserbringer)
- » Es besteht keine Kontrolle darüber, ob der Patient nicht zweimal abgerechnet wird, beispielsweise bei ambulanten Operieren. Dort kann es durchaus vorkommen, dass der Patient einmal über §140 und einmal über die KV abgerechnet wird. (ambulanter Leistungserbringer)

Wie schätzen Sie die generelle Bereitschaft zum Abschluss von Verträgen der Integrierten Versorgung bzw. zum Aufbau Medizinischer Versorgungszentren ein?

- » Die Durchsetzung der Integrierten Versorgung ist in den NBL eher besser aufgrund der Vorgeschichte und den Erfahrungen mit Polikliniken und gemeinsamer interdisziplinärer Arbeit. (ambulanter Leistungserbringer)

Es gibt keine Anzeichen für eine Veränderungsmüdigkeit in den NBL. (stationärer Leistungserbringer)

Das größte Problem bestand in der Akzeptanz durch die Institutionen im Gesundheitswesen. Die haben sich in der Verwaltung des Mangels perfekt eingerichtet. (ambulanter Leistungserbringer)

Langsam aber sicher entsteht ein kooperatives Klima über die Sektoren. (Ministerien/staatl. Inst.)

Sachsen-Anhalt beispielsweise ist sehr aktiv in der Integrierten Versorgung. Dort herrschen ein positives Klima und die notwendige Bereitschaft der Akteure. (ambulanter Leistungserbringer)

- » Die Motivation der Krankenkassen besteht zum einen in der Verbesserung ihres Angebots für die Versicherten und zum zweiten im günstigen Zukauf von Leistungen über das Einkaufsmodell. (stationärer Leistungserbringer)
- » Die Altregelung hat die Umsetzung der Integrierten Versorgung nicht verhindert, sondern das mangelnde Interesse, die fehlende intrinsische Motivation der Akteure. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Die Erfahrungen der Bevölkerung mit dem Modell der Polikliniken wirken sich positiv auf die Akzeptanz der Medizinischen Versorgungszentren aus. Aber auch im Westen sehen die Leute dies zunehmend positiv. (stationärer Leistungserbringer)
- » Durch die im Bewusstsein vieler Patienten noch verankerten früheren poliklinischen Strukturen und Dispensaire-Betreuung für einzelne chronische Erkrankungen ist in den Neuen Bundesländern vermutlich grundsätzlich eine höhere Bereitschaft bei Leistungserbringern und Patienten gegeben, vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen in Anspruch zu nehmen. (Ministerien/staatl. Inst.)
- » NBL – Nutzung der alten Poliklinikstrukturen an den Krankenhäusern. Dadurch und durch die beteiligten Personen, die noch die Vorteile des alten Systems kennen, gestaltet sich die Umsetzung leichter. (ambulanter Leistungserbringer).

Wie schätzen Sie die bestehenden Verträgen der Integrierten Versorgung ein?

- » In Mecklenburg-Vorpommern existieren 10 Verträge zur Integrierten Versorgung. Die gehen alle an der Motivation des Gesetzgebers vorbei. Das ist nur alter Wein in neuen Schläuchen. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Für die Weiterentwicklung innerhalb der IV-Modelle liegt die treibende Kraft in der Wahlfreiheit der Patienten. Fühlt er sich nicht mehr wohl wechselt er das Modell. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Für ambulantes Operieren gibt es bereits eine Rechtsgrundlage (§115b SGB V). Dafür braucht es keine Integrierte Versorgung. (ambulanter Leistungserbringer)
- » In Sachsen-Anhalt ist die Durchsetzung der Integrierten Versorgung recht gut. In den übrigen NBL gibt es sinnvolle Kopplungen aber nur wenige (bspw. Belzig). (ambulanter Leistungserbringer)
- » Für die KV sichert es (der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in SAN, Anm. d. Verf.) die zukünftige Position über die innovative Leistung bei der Erarbeitung des Konzeptes. Eine Positionssicherung über Innovationskraft. (ambulanter Leistungserbringer)

8.2 Gesamtgesellschaftlicher ökonomischer Nutzen (Hypothese 1)

Welche Faktoren müssen in der Vertragsentwicklung berücksichtigt werden, um eine Versorgungsoptimierung zu erreichen?

- » Generell hat das Gesundheitssystem nur eine Chance, wenn man es ermöglicht nachzuvollziehen, ob zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Patientenkarriere eine erfolgte Behandlung gerechtfertigt ist oder nicht. Falls nicht müsste die Möglichkeit bestehen, den Leistungserbringer für sein Fehlverhalten zu sanktionieren. (stationärer Leistungserbringer)
- » Optimierte Behandlungspfade, Fallzahlenoptimierung, abgestimmte Behandlungspfade – alles um möglichst eine Wiederkehr der Patienten auf die gleiche DRG zu vermeiden. (stationärer Leistungserbringer)

-
- » Exklusivität kann den Krankenkassen erst dann gewährt werden, wenn die Einschreibung einer ausreichenden Anzahl von Patienten gewährleistet sein wird. (stationärer Leistungserbringer)
 - » „Wir wissen aus vielen vergleichenden nationalen und internationalen Studien heraus, dass eine sehr große Effizienzsteigerung in der Versorgung gemacht werden kann. Wir rechnen mit mindestens 30% Einsparungen, die möglich sind. Die Einsparungen sind aber im Moment nicht realisierbar, so lange diese Deckelung und Betonierung der vorhandenen Versorgungsstrukturen bestehen bleibt. Wir sehen deshalb einen großen Bedarf und auch eine große Marktchance für Integrierte Versorgungsformen, die in der Lage sind, die beiden bisher getrennten Ebenen zusammen zu führen und flexibel die Versorgung an der richtigen Stelle zum richtigen Zeitpunkt zu organisieren.“ (ambulanter Leistungserbringer)
 - » Mit der damit (GMG – IV und MVZ) einhergehenden Steuerung von Patientenströmen können sich Möglichkeiten ergeben, einem drohenden (Fach-) Ärztemangel in einzelnen Regionen gegenzusteuern. (Ministerien/staatl. Inst.)
 - » Die Eigenverantwortung der Menschen sollte stärkeres Gewicht in der Gesundheitspolitik bekommen. In diesem Bereich werden die Menschen noch immer von der Politik unterschätzt. Sie sind schon zu viel mehr Eigenverantwortung bereit als Ihnen aktuell möglich ist. (ambulanter Leistungserbringer)
 - » Einbindung von Medizintechnik und Apotheke erachten wir als überaus sinnvoll, jedoch erschien sie uns zunächst als zu komplex. (stationärer Leistungserbringer)
 - » Es sollten gewisse Mindestanforderungen an die Integrierte Versorgung definiert werden. (ambulanter Leistungserbringer)
 - » Nur eine sektorenübergreifende Integrierte Versorgung macht Sinn. (stationärer Leistungserbringer)
 - » Die IV ist kein geeignetes Instrument, einer drohenden Unterversorgung zu begegnen, fehlt es doch gerade an einem konstitutiven Element, den niedergelassenen Leistungserbringern. Sinnvoller erscheinen die bereits getroffenen Maßnahmen durch den Landesausschuss Ärzte Krankenkassen, in dem zum einen Sicherstellungszuschläge gem. § 105 Abs. 1 SGB V gewährt werden und andererseits ein Bedarfsplanungsbereich durch den Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen gesperrt wird, um den restlichen Bedarfsplanungsbereich nicht „auszubluten“. (ambulanter Leistungserbringer)

Wie schätzen Sie die aktuellen Rechtsgrundlagen für die Umsetzung der Integrierten Versorgung bzw. den Aufbau Medizinischer Versorgungszentren in Hinblick auf eine Versorgungsoptimierung ein?

- » Strukturell ist das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Ordnung. Es bietet auf jeden Fall mehr Möglichkeiten als vor der Reform. Gerade im Rahmen der Zentrenbildung hat die IV eine große Zukunft. (stationärer Leistungserbringer)
- » In § 20 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus bildet keinen Hinderungsgrund nach den Absätzen 1 oder 2 für die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten in einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Begründung:

Im Krankenhaus angestellte Ärzte sollen ohne Einschränkung die Möglichkeit erhalten, in Medizinischen Versorgungszentren tätig werden zu können. Dies soll auch umgekehrt für Ärzte im MVZ bezüglich einer Tätigkeit im Krankenhaus gelten. Dies fördert erheblich die Gründung Medizinischer Versorgungszentren. (ambulanter Leistungserbringer)

- » Wichtig wäre eine Anpassung der Vergütung von Ost und West (aktuell 1 8% weniger in Ost als in West pro Versicherten obwohl die Versicherten in Ost eher die kränkeren und älteren sind). (ambulanter Leistungserbringer)

8.3 Versorgungsnutzen / Schaffung unternehmerischer Kerne in der Gesundheitswirtschaft (Hypothese 2)

Werden die Mittel aus der Anschubfinanzierung effektiv zum Aufbau neuer Versorgungsstrukturen und zu Entwicklung unternehmerischer Kerne eingesetzt?

- » Man hat keinen Überblick, was insgesamt in der Integrierten Versorgung geschieht und wofür man Geld abgezogen bekommt. (stationärer Leistungserbringer)
- » Ein Grundsatzproblem besteht darin, dass die Krankenkassen viel zu wenig unternehmerisch denken und vorgehen und ebenfalls in der bisherigen Struktur gefangen sind. Ein Beispiel sind die begrenzten Möglichkeiten der Förderung des ambulanten Operierens durch die Budgetierung der Krankenhäuser, die jetzt sogar noch bis 2009 fortgeführt wird. Im Prinzip kommen die Krankenkassen bei einer möglichen Förderung der ambulanten Operationen mit Hilfe eines exter-

nenambulanten Anbieters in die Gefahr von Doppelzahlungen für die Krankenhäuser durch die dort fälligen Mindererlösausgleiche. Deshalb verhalten sich die Krankenkassen oft viel zu zögerlich. Statt proaktiv entsprechende Strukturveränderungen mit zu unterstützen und zu fördern und dafür auch vorübergehende Doppelzahlungen in Kauf zu nehmen. (ambulanter Leistungserbringer)

- » Es gibt keinen Spielraum für innovative unternehmerische Experimente. Pilotprojekte werden nicht durch die Krankenkassen initiiert, da diese auf den Wettbewerb untereinander konzentriert sind (ambulanter Leistungserbringer)
- » Es gibt effektiv keine Anschubfinanzierung durch die Krankenkassen. Alles läuft über Eigenmittel. Nicht wenige IV-Konzepte scheitern an diesem Punkt. (stationärer Leistungserbringer)
- » Die Anschubfinanzierung verhindert eher das Entstehen nachhaltiger Strukturen. Sie verhindert „robuste Verträge“. (ambulanter Leistungserbringer)
- » 1% Abschlag als Anschubfinanzierung ist eine Fehllösung, da sich die Integrierte Versorgung ab 2007 selber tragen muss. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Einhaltung der dreiseitigen Vereinbarung nach § 140 d SGB V. Danach sind neben Kürzungsvolumen und Kürzungsquote die Kalkulationsgrundlagen für die Kürzungen im Rahmen der Anschubfinanzierung offen zu legen; die dort aufgeführte Versichertenzahl ist nur beispielhaft nicht abschließend. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Die gesetzlichen Regelungen beinhalten ein weiteres, bislang wenig genutztes Instrument zur Anschubfinanzierung. § 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V hebt den Grundsatz der Beitragsstabilität für bis zum 31.12.2006 geschlossene Verträge auf. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Aktuell geht es allen Beteiligten nur um die 1 %. (ambulanter Leistungserbringer)

Welche Strukturen stehen einer Entwicklung unternehmerischer Kerne aktuell hinderlich gegenüber?

- » Der Gesetzgeber (muss sich) an das Thema der Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen begeben und Oligopol- und Monopolstrukturen auf der Krankenkassenseite begrenzen. Parallel neuen unternehmerischen Lösungen im Gesundheitswesen mehr Freiraum einräumen und sie von möglichen Behinderungen durch die bisherigen Körperschaften befreien. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Der Gesetzgeber hat gleichzeitig die Position der Krankenkassen in den letzten Jahren sehr gestärkt, dabei aber versäumt, tatsächlichen Wettbewerb zwischen in etwa gleich starken Partnern zu entwickeln und statt dessen gibt es eine unglückliche Struktur aus Monopol- und Oligopolaspekten, die durch diese Form wiederum freie wettbewerbliche Vertragsschlüsse eher behindern als fördern. Erforderlich ist deshalb eine Stärkung jetzt der Partner auf der anderen Seite. D. h., starke, am besten über die Sektoren hinweg aufgestellte Leistungserbringer. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Im Rahmen des zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes empfehlen wir die Änderung des § 95 SGB V und § 20 abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
 - » In § 95 Abs. 1 Satz 3,2. Halbsatz werden vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „den“ durch das Wort „allen“ ersetzt und vor dem Wort „gegründet“ die Worte „einzeln oder gemeinsam“ eingefügt.
Begründung:
Die Gründung eines MVZ unter Einbeziehung von Freiberuflern soll erleichtert werden. Ein einzelner zugelassener bleibender Vertragsarzt soll zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen können. Dies fördert Unternehmensgründungen. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Das deregulative Potenzial der Rahmengesetzgebung auf Landesebene ist für die Umsetzung der Integrierten Versorgung „sehr hilfreich“. (Krankenkassen)
- » Für die Integrierte Versorgung sehe ich eher mehr Möglichkeiten als Probleme. Hinderliche Bestimmungen sehe ich eher im Bereich MVZs. Beispielsweise, dass nur Ärzte mit einer Niederlassung ein solches gründen dürfen oder dass die Zulassung nur in einem bestimmten KV-Bezirk gilt und der Zwang einer ärztlichen Leitung. (stationärer Leistungserbringer)

- » Es fehlt eine richtungsweisende Entscheidung im Gesundheitswesen für Markt- oder Planwirtschaft. Beispielsweise bei den Planbetten. Nur die Einkaufsseite ist wirklich frei. (stationärer Leistungserbringer)
- » Die Kassen haben eine zu starke Position. Es besteht die Gefahr einer Preisdumpingspirale. Keiner hinterfragt die Sinnhaftigkeit der Geschäftspolitik der Kassen. Dort fehlt ein Druckpotenzial. (stationärer Leistungserbringer)
- » Die Zulassungsbeschränkung der niedergelassenen Ärzte sollte einem freien Spiel der Kräfte weichen. Es würde zahlreiche Pleiten geben aber das wäre auch gut so. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Körperschaftsteuerpflicht ist hinderlich und sollte im Interesse der Einrichtungen (hier MVZ, Anm. d. Verf.) fallen. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Es sollten möglichst große Freiheiten gewährt werden, keine Reglementierung. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Eine Innovationsklausel für die Neuen Bundesländer wäre sinnvoll, da die demographischen Probleme hier 3-5 Jahre früher auftreten als in den ABL. (Krankenkassen)

In welchen Bereichen sehen Sie einen Bedarf für Fördergelder zur ökonomischen Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung?

PRO:

- » Wenn der Gesetzgeber sich tatsächlich an die Realisierung der 30 % Effizienzreserven heranbegeben möchte, dann muss er einerseits das Entstehen solcher neuen integrierten Versorgungsanbieter unterstützen und ermöglichen. Eine Möglichkeit dafür wäre z. B. mit einer begrenzten Laufzeit versehenen Zinsbegünstigung durch ein entsprechendes Förderungsprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau aufzunehmen. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Ansatzpunkte für gezielte Förderung sehe ich besonders im Bereich der MVZ, da es dort um den Aufbau neuer Strukturen geht (stationärer Leistungserbringer)
- » MVZ – solche Zentren sind mit erheblichen Investitionen verbunden, die Einzelärzte gar nicht leisten können, daher sind eher finanzstarke Träger, z.B. Krankenhäuser dazu in der Lage. (ambulanter Leistungserbringer)

- » Gefordert wurde unter anderem, die Krankenhäuser ebenso zu fördern wie andere Wirtschaftsbetriebe. (stationärer Leistungserbringer)

CONTRA:

- » Zurzeit gibt es keinen Spielraum für innovative unternehmerische Experimente. Pilotprojekte werden nicht durch die Krankenkassen initiiert, da diese sich auf den Wettbewerb untereinander konzentrieren. Fördergelder haben jedoch nicht zwangsläufig innovative Projekte als Ergebnis. (Ministerien/staatl. Inst.)
- » Fördergelder sollten nur vergeben werden, wenn die Begünstigten auch für die Summe haften müssten. Somit würden Fördergelder nur für Projekte beantragt von denen der Antragsteller 100%ig überzeugt ist. (ambulanter Leistungserbringer)

8.4 Positive Beschäftigungseffekte (Hypothese 3)

Welche Arbeitsmarkteffekte erwarten sie im Rahmen der Integrierten Versorgung?

- » Arbeitsplätze im medizinischen Dienstleistungsbereich wurden gesichert und die damals durch DDR-Strukturen übermäßig große Verwaltung wurde reduziert. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Positive Auswirkungen des Vertrages zur hausarztzentrierten Integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt – Zum einen konnten die Arbeitsplätze bei den Hausärzten gesichert werden und zum anderen besteht die Hoffnung, das Problem des Ausbildungsplatzmangels durch die bessere finanzielle Situation der Hausärzte in den Griff bekommen zu können. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Durch den Vertrag zur Integrierten Versorgung konnte die wirtschaftliche Basis der Praxen gesichert werden und damit eine Stabilisierung von Arbeitsplätzen erreicht werden. (ambulanter Leistungserbringer)
- » Durch die Integrierte Versorgung konnten Arbeitsplätze in unseren eigenen Häusern geschaffen werden. (stationärer Leistungserbringer)

8.5 Entwicklung unternehmerischer Kerne (Hypothese 4)

Welches Potenzial sehen sie in der Einbindung begleitender Dienstleistungsbranchen?

- » Private Managementgesellschaften können sehr sinnvoll sein (für IV-Modelle mit Budgetverantwortung; Anm. d. Verf.) jedoch steht die politische Einbindung der AOK der Einbindung privater Managementgesellschaften möglicherweise hinderlich gegen über. (Krankenkassen)

- » Lösungsansätze zur Reaktion auf mögliche prognostizierte Problemregionen können Modelle zur integrierten Versorgung, medizinischen Versorgungszentren an Krankenhäusern oder bestehend aus Ärztegemeinschaften oder ergänzende telemedizinische Anwendungen zur Versorgung von Patienten bieten. (Ministerien/staatl. Inst.)

9 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Unter Berücksichtigung aller der Arbeit zu Grunde liegender Informationen und Einschätzungen kommt der Gutachter auf die hier noch einmal dargestellten Fragestellungen der Studie zu folgenden Schlüssen:

9.1 Neuartige unternehmerische Strukturen wurden im Zusammenhang mit IV und MVZ entwickelt und sind in Zukunft noch in größerem Maße zu erwarten

Die 1. Frage lautete: Inwieweit kann die Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGB V und die Ermöglichung der Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 S. 1 Optionen und Potenziale eröffnen zur **Entwicklung neuartiger unternehmerischer Strukturen** in den Neuen Bundesländern.

Antwort:

- 1.1. Insgesamt gesehen entwickeln sich Vertragsformen der Integrierten Versorgung im Grundsatz in den NBL bis auf eine kartellähnliche Negativvereinbarung in einem Bundesland (Thüringen) mit analoger und vergleichbarer Dynamik wie in den alten Bundesländern. Einzelne Bundesländer, so z.B. Sachsen-Anhalt, weisen sogar eine Vorreiterrolle in der Durchdringung mit neuen Versorgungsformen auf.
- 1.2. Die bisherigen Erfahrungen mit neuen Versorgungsformen belegen noch nicht einen bereits in großem Stil erfolgten Aufbau neuartiger unternehmerischer Strukturen im Gesundheitswesen in den Neuen Bundesländern. Allerdings ist eine Reihe von ersten Ansätzen mit durchaus interessanten Investitionsvolumina erkennbar (die Gesamtvolumina bewegen sich in mehrstelliger Millionenhöhe). Eine exakte Abschätzung der Investitionsvolumen ist derzeit noch nicht möglich. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass das GMG mit seinen neuen Möglichkeiten gerade erst seit einem Jahr gilt und der Aufbau neuartiger Strukturen mit den entsprechenden Lösungen auf die Fragen nach Kapitalbedarf, Gründungsgesellschaftern, evtl. Zulassungen und Vertragsschlüssen mit Krankenkassen in einer solchen kurzen Zeitspanne kaum zu erwarten sind.

**Analoge und vergleichbare Dynamik:
Ausnahme Thüringen**

¹vgl. KBV Sprecher Robert Stahl in „Polikliniken erhalten zweite Chance“ in Financial Times Deutschland 21.10.2004 S.12

- 1.3. Erkennbar ist aber bereits, dass verstärkte Bemühungen zu verzeichnen sind, neuartige unternehmerische Strukturen zu etablieren. Diese klagen allerdings über eine Vielzahl von Hindernissen und Hemmnissen, die für eine erfolgreiche Umsetzung noch zu bewältigen sind bzw. für die auch konkrete gesetzgeberische Initiativen gefordert werden. Auch die KBV Sieht in den Strukturelementen des GMG eine Möglichkeit für die Ärzte sich weiterzuentwickeln⁸.
- 1.4. Die Besonderheiten der durch transsektorale Organisationsformen (Polikliniken i. V. m. Kliniken und Dispensaires) geprägten historischen Versorgungslandschaft scheinen bei der Etablierung von Versorgungsinnovationen auf Basis der bestehenden Gesetzeslage hilfreich und beschleunigend zu wirken. Insbesondere die Erfahrungen der Ärzte und die größere emotionale Bindung mit gemeinschaftlich getragenen Versorgungsstrukturen scheinen in den NBL eine reibungslosere Umsetzung der im GMG ermöglichten Innovationen zu ermöglichen.
- 1.5. Mit der Bildung von Medizinischen Versorgungszentren müssen sich die bisherigen freiberuflich arbeitenden Ärzte notwendigerweise stärker aggregieren. Gegenüber Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen können die MVZ auch in der Form von Kapitalgesellschaften organisiert sein und darüber hinaus auch andere Leistungserbringer als Gesellschafter aufnehmen. Damit ist in gewisser Form automatisch auch die Grundlage gelegt, sich unternehmerisch zu verhalten, evtl. die Entwicklung weiterer Geschäftszweige und -aktivitäten vorzusehen etc.
- 1.6. Der Abschluss von Verträgen der Integrierten Versorgung muss zwar nicht zwangsläufig auf die Gründung von neuen Unternehmen z.B. in der Form von Kapitalgesellschaften hinauslaufen – in dieser Studie sind beispielsweise auch „bloße“ Verbünde beschrieben – dennoch erfordert IV gegenüber dem bisherigen Denken als Freiberufler oder Krankenhaus immer einen größeren Blickwinkel auf die Gesamtversorgung und damit über die Konzentration auf den eigenen Sektor hinaus. Eine solche Vergrößerung des eigenen Blickwinkels führt aber zwangsläufig in Verbindung mit der Notwendigkeit zu neuen Absprachen und Vertragsvereinbarungen zur Entwicklung stärker unternehmerischer Sichtweisen.

**Investitionsvolumina in
mehrstelliger Millionen-
höhe**

**MVZ = potenzielle un-
ternehmerische Kerne**

**IV durch Vergrößerung
des Blickwinkels auch
immanent unternehme-
risch ausgerichtet**

Für die Zukunft ist aus beiden Entwicklungsprozessen daher zu erwarten, dass sich quasi organisch neue unternehmerische Formen entwickeln werden. Ob sich diese neuen Formen auch mit der Frage der Entwicklung flächendeckender Versorgungsangebote beschäftigen werden oder ob sie eher eng indikationsorientierte Konzepte verfolgen werden, ist zurzeit noch nichtendgültig festzulegen. Beide Entwicklungslinien konnten in dieser Studie festgestellt werden.

**Erwartung für die Zu-
kunft: Kräftiges Wachs-
tum neuer unternehme-
rische Formen**

9.2 IV und MVZ eignen sich als Ansatzpunkte für neue Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft

Die 2. Frage lautete: Inwieweit sind Ausstrahlungseffekte der Integrierten Versorgung

- auf die **Beschäftigungsstruktur** und
- auf die Veränderung lokaler **Dienstleistungsmärkte** und
- die Sicherung medizinischer **Versorgung in der Fläche** zu erwarten?

Antwort:

2.1. Die durch die Historie der poliklinischen Versorgung in der DDR und entsprechende Nachfolgestrukturen in Form der 311-er Einrichtungen geprägte Versorgungslandschaft in den NBL bietet daneben für die Errichtung von MVZ eine sowohl strukturelle als auch mental bei den handelnden Personen eine deutlich bessere Basis als im restlichen Deutschland. Die Beteiligten sind i. d. R. bereitwilliger zu Kooperationsformen und unternehmerischer Neuausrichtung.

2.2. Positive Beschäftigungseffekte wurde von mehreren Interviewpartnern bereits berichtet – allerdings zunächst im kleineren Ausmaß wie Stabilisierung der Beschäftigtenzahlen und kleinere Neueinstellungen. Andere Interviewpartner u. a. aus dem Bereich von Krankenhäusern und von Ärztenetzen berichteten von deutlichen Effekten. In Verbindung mit ihren Investitionen erwarteten und verwiesen darüber hinaus die befragten Investoren von einer nennenswerten Zahl an Einstellungen. Eine kritische Bilanz müsste dagegen allerdings auch die evtl. negativen Beschäftigungseffekte aufgrund der Reaktionen der anderen Leistungserbringer in Folge des 1 %-Abschlags berücksichtigen.

2.3. Die Veränderung lokaler Dienstleistungsmärkte wird insbesondere sehr deutlich durch die beiden dargestellten Investitionsprojekte sichtbar. Neben den zu erwartenden Verdrängungs- und Wettbewerbseffekten

Positive Beschäftigungseffekte zunächst im kleineren Ausmaß

⁹vgl. Ryan 2003: 1

¹⁰vgl. TK-Expertengespräch 2004:52

auf die bisherigen Versorgungsanbieter stellen beide Projekte insbesondere auf neue Dienstleistungen ab, sowohl im Bereich von Versorgungsangeboten innerhalb der GKV (ambulante Rehabilitation etc.) wie auch im Bereich privat bezahlter gesundheitsnaher Wellness - Angebote.

- 2.4. Gänzlich neue Dienstleistungen verbunden mit der Aufbrechung der sektoralen Begrenzung scheinen bisher noch kaum entwickelt worden zu sein, die vielfachen Klagen über die Beharrungskräfte der bisherigen Institutionen und Sektoren- wie Budgetgrenzen weisen auf die Schwierigkeiten aber offensichtlich ja auch auf die Initiativkräfte, derartige neue Dienstleistungen aufbauen zu wollen.
- 2.5. Nur wenige direkte Hinweise konnten im Rahmen der Studie gefunden werden, die IV-Verträge und MVZs als Mittel zur Sicherung medizinischer Versorgung in der Fläche erscheinen lassen.
 - a. Im Rahmen der Interviews argumentierte so eines der befragten Ministerien, dass mit der durch diese Optionen einhergehenden Steuerung von Patientenströmen sich Möglichkeiten ergeben, einem drohenden (Fach-) Ärztemangel in einzelnen Regionen gegenzusteuern.
 - b. Aus dem Kreis der existierenden MVZs wurde argumentiert, dass der Zusammenhalt und fachliche Austausch der Ärzte untereinander für einige Ärzte Anlass war, sich nicht in andere Regionen weg zu begeben, wo zwar evtl. die Verdienstmöglichkeiten höher, die Arbeitszufriedenheit aber geringer sein könne.
 - c. Aus den Interviews mit Krankenhausvertretern wurde argumentiert, dass es sehr viel leichter sein dürfte, auch in weniger dicht besiedelten Gebieten Fachärzte zu gewinnen, wenn diese Ärzte gleichzeitig die ambulante und stationäre Behandlung durchführen dürften. Die reine stationäre Tätigkeit sei dafür von den zu versorgenden Volumina oft wirtschaftlich nicht ausreichend, die rein ambulante Tätigkeit aber möglicherweise genauso wenig.
 - d. Ein interessanter Vorschlag wurde aus dem Institut für Community Medicine aufgebracht. Er sieht die Einführung von einer neuen Form von Primary Nursing, ähnlich einer Gemeindegemeinschaft, für unterversorgte Regionen vor und greift damit angelsächsische Erfahrungen auf. Derartig Erfahrungen gehen besonders in die Richtung einer sehr engen vertrauensbasierten Beziehung von Schwester und Patient, die zumindest in Großbritannien durchaus zu besseren Ergebnissen bei niedrigeren Kosten geführt hat. Darüber hinaus bietet die Gemeindegemeinschaft die Möglichkeit für ein effektives Fallmanagement auch in ländlichen Gebieten⁹. Im Rahmen von Integrierten Versorgungslösungen würde sich eine solche gut mit der

Vorschlag: Gemeindegemeinschaft als Versorgungsalternative in ländlichen Räumen

hausärztlichen Ebene verknüpfte Versorgungsstufe in besonderem Maße empfehlen. Angebunden an eine derartige Integrierte Versorgung wären neben der lokalen Gemeindeschwester auch Medizinische Versorgungszentren und periphere Krankenhäuser sowie die Universitätskliniken. Modelle der Integrierten Versorgung unter Einbindung von Medizinischen Versorgungszentren werden von Seiten des Institutes als „Lösungsansätze zur Reaktion auf mögliche prognostizierte Problemregionen“¹⁰ gesehen.

- e. Besondere Chancen wurden mit regionalen Integrationslösungen verbunden, die für ganze Regionen (wie Vorpommern) oder für Teilbereiche (z.B. nach Postleitzahlen definiert) in die Versorgungs- und teilweise auch Budgetverantwortung gingen. Sowohl von Krankenkassen wurde großes Interesse an entsprechenden Angeboten geäußert, wie auch von Anbieterseite.

Letzteres – also der Aufbau regionaler Integrationslösungen in mangelversorgten Regionen – erscheint auch aus wirtschaftlicher Hinsicht besonders interessant. Es ist davon auszugehen, dass Unternehmen (also z.B. Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung) bei Zurverfügungstellung der durchschnittlichen Gesamtversorgungsbudgets in anderen Regionen ein hohes Interesse zeigen müssten, eine entsprechende integrierte Versorgung in Mangelregionen zu entwickeln.

9.3 Ein ganzes Bündel von strukturellen und rechtlichen Hürden behindern die Integrierte Versorgung

Die 3. Frage lautete: Welche rechtlichen bzw. strukturellen **Hürden** bei der Umsetzung von Modellen der Integrierten Versorgung /MVZ zeigen sich und wie sollte der Gesetzgeber darauf reagieren?

Antwort:

- 3.1. Die „Betonierung“ der körperschaftlichen Strukturen und der Sektoren, wie es ein Interviewpartner genannt hat, ist sicherlich eine wesentliche Hürde, u.E. aber nicht die Hauptursache. Unseres Erachtens muss primär einer ökonomischen Analyse der Vorrang gegeben werden:

Entwickelt und investiert wird da, wo mit hinreichender Sicherheit Geld verdient werden kann. Und genau diese hinreichende Sicherheit fehlt bisher. Im Grunde mangelt es einer unternehmerischen Herangehensweise und dies erklärt sich aus folgenden Faktoren:

- » Hohe Vorab-Investitionskosten: Die Unterschiedlichkeit der beiden Systeme amb. + stat. erfordert eine aufwändige und komplexe Neuentwicklung von

- Ablaufstrukturen („integrierte Behandlungsleitfäden“),
 - Synthese unterschiedlicher Codierungen und IT-Systeme (ICD 9,10 für Ärzte und Krankenhäuser unterscheiden sich, es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher IT-Systeme und viele Ärzte arbeiten noch ganz ohne EDV) und
 - Leistungsabrechnung (HVM/EBM im Vertragsärzdebereich, Pflegesätze bzw. DRGs im KH-Bereich, GOÄ im Privatbereich) bei Nebeneinander von herkömmlicher Finanzierung und IV-Finanzierung
- » Unsicherheit der möglichen Refinanzierung der Investitionskosten:
- Unsicherheit der Investition: Werden Krankenkassen und Politik auf Dauer IV und MVZs honorieren?
 - Werden die Unsicherheiten bzgl. des Berufsrechts und der Körperschaftssteuer (bei MVZ) und des Steuerrechts und der Datenweitergabeoptionen (bei der IV) bei der nächsten Gesetzesveränderung aufgehoben?
- » Bei anspruchsvollen Lösungen der IV unter Einschluss von teilweiser Risikoübernahme kommen hinzu:
- Kann die Kostenentwicklung durch Morbiditätsveränderung und technologische Entwicklung dauerhaft abgebildet werden?
 - Werden die international gesehenen Einsparungspotenziale auch in Deutschland erreicht werden?
 - Gelingt die Balancierung der unterschiedlichen Partnerinteressen dauerhaft oder gewinnen Ressortegoismen Oberhand zum Schaden des Ganzen?

3.2. Seitens der Leistungserbringer und Investoren werden vielfach die gegenwärtigen Strukturen auf der Seite der Krankenkassen als Hürde für die viel zügigere Entwicklung von Integrierter Versorgung beschrieben. Eine ganze Reihe von Punkten lässt sich dabei herausarbeiten:

- a. Grundsätzlich wurde verwiesen auf das Problem der Unterschiedlichkeit der Größenordnungen der Krankenkassen – die Vielzahl der kleinen Kassen und die zu geringe Zahl der größeren Kassen (oft noch mit einer Kasse, die in ihrer Bedeutung fast schon monopolartige Züge annimmt) erschwert die Verhandlungsführung in vielen Gegenden.
- b. Als sehr unterschiedlich gut entwickelt wurde die Kompetenz der Krankenkassenverhandlungspartner beschrieben.

- c. Den Krankenkassen wurde vorgeworfen, nicht in ausreichende Maße zu kommunizieren, in welchen Indikationen und /oder Regionen sie sich Angebote wünschen.
 - d. Den Krankenkassen wurde vorgeworfen, nicht in genügendem Maße mit zu helfen, IV-Lösungen durch die Veröffentlichung von Krankheitskostenanalysen vorzubereiten. Dies sei in vielen Bereichen aber wiederum die Voraussetzung dafür, konkrete Angebote zu entwickeln.
 - e. Ein offenerer Umgang mit den entwickelten Verträgen in anderen Regionen wurde angemahnt – bzw. eine verstärkte Kommunikation über die Optionen und möglichen Formen der Integrierten Versorgung.
 - f. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen unrealistische Erwartungen über die mögliche Höhe der Einsparungen hätten und nicht genügend bereit wären, auch ihrerseits sich mit in das Risiko eines neuen Ansatzes zu begeben.
- 3.3. Seitens der Krankenkassen und Ministerien wurden umgekehrt des öfteren die mangelnde Durchdringung des Grundkonzepts von IV durch die Leistungserbringer und Anbieter von IV-Leistungen als begrenzender Engpass in der Vermehrung von IV-Lösungen angesprochen.
- a. So wurde der Vorwurf erhoben, dass viele Leistungserbringer nur mit einem sehr durchsichtigen Interesse an der Steigerung der eigenen Einkommensmöglichkeiten durch entsprechende Leistungsausweitungen ankämen, während IV doch nun gerade auf Win-win-Lösungen für Leistungserbringer, Kassen und Patienten ausgerichtet sei. An die Win-Chancen für die beiden letzteren werde aber zu wenig gedacht.
 - b. Andere Leistungserbringer – so die Berichte der Krankenkassenvertreter – kämen zwar mit prinzipiell interessanten Ideen, wären aber nicht hartnäckig genug an der Sache, sondern würden bei den kleinsten Klippen auf dem Weg sich schon wieder zurückziehen. IV ginge aber nun einmal nicht auf die Schnelle, dazu sei die Reglungsdichte in den vielen involvierten Sektoren des Gesundheitswesens einfach zu groß.
 - c. Dritte Leistungserbringer würden sich in ungenügendem Maße beraten lassen bzw. sich durch ungeeignete Berater vertreten lassen, die ihrerseits das Wesen von IV nicht durchdrungen hätten und die Kassenlandschaft und das Gesundheitswesen in seinen Verästelungen nicht genügend kennen.

- 3.4. Rechtliche Hürden wurden bzgl. der IV nur im geringeren Maße als hinderlich beschrieben. Stattdessen wurde dem Gesetzgeber eher applaudiert und auf die durchaus unternehmerisch nutzbaren Freiräume hingewiesen, die der Gesetzgeber eröffnet habe. Nur diejenigen, die sich schon intensiver mit den Vertragsverhandlungen und der Umsetzung von IV- und MVZ-Projekten auseinandergesetzt haben, berichteten von einer Reihe von Unklarheiten und Erschwernissen (vgl. die näheren Ausführungen unten im Unterkapitel „Empfehlungen an den Gesetzgeber“).
- 3.5. Körperschaftssteuerliche Risiken, die Notwendigkeit der Änderung des Berufsrechts und die Unsicherheiten der Haltung der KVen zu den MVZs (und der Entwicklung der ambulanten Vergütung generell nach EBM 2000plus und angesichts der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina in 2007) wurde seitens der Leistungserbringer als die zentralen Hindernisse zur zügigeren Entwicklung von MVZs beschrieben.

9.4 Empfehlungen der Gutachter an die Leistungserbringer und ihre Verbände

Viele zurzeit bereits existierende Projekte sind zunächst noch eher vorsichtige Versuche neuer Versorgungsformen – dies ist im Sinne einer Schadensbegrenzung in der Situation eines Abbruchs eine kluge Strategie, kann aber auf der anderen Seite auch dazu führen, dass man sich an zu klein bemessenen Projekten verausgabt, keine Erfolge erzielt und anschließend die Partner deshalb das Projekt für gescheitert erklären, weil der Ansatz nicht groß genug war. Aus dem Scheitern vieler Arztnetze in den letzten 8 Jahren lässt sich diese Gefahr erkennen.

Empfehlung 1: Weiterentwicklung der bereits ausgearbeiteten Konzeptvorstellungen und IV-Verträge a) in der Einbeziehung weiterer Indikationen b) in der regionalen Versorgung und c) in der Einbeziehung weiterer Sektoren.

Die Etablierung von MVZs und Vereinbarung von IV-Verträgen entspricht einer Gründung eines richtigen kleinen bzw. sogar mittelständigen Unternehmens. Diejenigen, die zu einem Vertrag gekommen sind, beschreiben, dass sie das Ausmaß der dafür erforderlichen Vorarbeiten und Kompetenzen völlig unterschätzt hatten.

Empfehlung 2: *Eine Unternehmensgründung erfordert einen langen Atem, die richtige Finanzierung, die richtige Geschäftsidee und den Bedarf dafür und solides Handwerkzeug. Soweit das nicht in vollem Maße vorhanden ist, sollte sich niemand scheuen, sich auch professioneller Unterstützung zu bedienen.*

Solange man selber eher auf den eigenen Sektor ausgerichtet bleibt oder sich ausschließlich der Unterstützung und Beratung aus dem eigenen Sektor versichert, bleibt man immer in der Gefahr, dass man die Chancen aus der übersektoralen Verantwortungsübernahme nicht erkennt.

Empfehlung 3: *Neben den Beratungsmöglichkeiten der jeweiligen sektoral organisierten Verbänden gibt es auch eine Reihe von über die Sektoren hinausgehenden Verbänden und Beratungsinstitutionen. Hier empfiehlt sich die sorgfältige Prüfung und der beherzte Zugriff auf deren Know-how.*

Beispiele sind so u. a.:

- Bundesverband Managed Care: www.bmcev.de
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung: www.dgiv.org
- Deutsche Gesellschaft für Disease Management: www.dgdm.de
- IV-Report des Berliner Zentrums Public Health: www.ivreport.de
- Fragen und Antworten-Forum zu Integrierter Versorgung: www.gesundheitsconsult.de/iv

9.5 Empfehlungen der Gutachter an die Krankenkassen

Auch wenn sich die Zahl der abgeschlossenen IV-Verträge ungefähr im Durchschnitt des gesamten Bundesgebietes bewegt (mit Ausnahmen etwa in Sachsen-Anhalt nach oben und in Thüringen nach unten), und in den MVZs die NBL nach wie vor führend sind, so heißt dies dennoch nicht, dass nicht mehr und zielgerichteter Neue Versorgungsformen zum Nutzen von Patienten, Krankenkassen und der Versorgungssituation etabliert werden könnten.

Neben den Beteiligungen der Krankenkassen an den weiter unten vorgeschlagenen Programmen der Länder und des Bundes schlagen wir folgende Maßnahmen zur Umsetzung vor:

Die Vereinbarung von IV-Verträgen unterscheidet sich fundamental von den Verhandlungen entsprechend der bisherigen Kollektivverträge. Darauf sind viele Verhandler in den Krankenkassen noch unzureichend vorbereitet.

Empfehlung 4: *Bildung eigener IV-Vertragsabteilungen mit Zugriffsmöglichkeiten zu den vorhandenen sektoral aufgestellten anderen Fachabteilungen bei größeren Kassen bzw. Einkauf und/oder Ressourcenteilung von entsprechendem Einzelkassen übergreifendem Know-how bei kleineren Kassen. Entwicklung geeigneter Schulungs- und Trainingsmaterialien und Seminare – ggfls. verbandsweit oder sogar verbandsübergreifend.*

Viele Leistungserbringer und die befragten Investoren beklagten die mangelhafte Zurverfügungstellung von krankenkassenspezifischen Know-How zur Formulierung und Ausarbeitung von interessanten Programmangeboten.

Empfehlung 5: *Durchführung von Trainings- und Schulungsmaßnahmen für Leistungserbringer / Interessenten zur Formulierung und Ausarbeitung von interessanten Programmangeboten.*

Als eine der Hürden auf dem Weg zu Vereinbarungen mit Krankenkassen wurde die mangelhafte Publikation von Leistungs- und Versorgungsdaten benannt. Jede Kalkulation von neuen Preisgestaltungen mit teilweiser Übernahme von Finanzverantwortung und/oder Mengenverantwortung für veranlasste und ausgelöste Leistungen in anderen Versorgungssektoren benötigt entsprechende Leistungsdaten zur eigenen Kalkulationsmöglichkeit. Das gleiche gilt zur Beurteilung des Bedarfes an neuen Versorgungsformen. Wenn die über den einzelnen Sektor hinausgehenden Leistungsausgaben etwa für Patienten mit chronischen Schmerzen, mit Rheumatoider Arthritis oder mit Essstörungen, um einige heraus zu wählen, nicht bekannt sind, dann können weder Kassen noch Leistungsanbieter entsprechende Angebote mit Erfolgskennziffern entwickeln.

Empfehlung 6: *Verstärkte Analyse und Veröffentlichung von Leistungs- und Versorgungsdaten für gesundheitsökonomisch bedeutsame Indikationen*

Von Seiten der KVen wie aber auch von Seiten einzelner Ministerien und aus der Fachöffentlichkeit wurde in den letzten Monaten zunehmend die Vereinbarung von sog. „IV-Light-Verträgen“ bemängelt. Hierunter wurden Verträge – vor allem die Komplexpauschalverträge im Bereich der Endoprothesen – subsumiert, die rein formal zwar den Gesetzestext aufgriffen, de facto aber keine Strukturänderung bewirkten und vor allem auf die positi

ven Effekte aus der Abschlagsfinanzierung und dem kreativen Umgang mit Budgeteffekten im Wettbewerb der Kassen untereinander abzielen. Der Gutachter enthält sich hier einer Bewertung, weist aber darauf hin, dass auch der Gesetzgeber hier sicherlich einem Fortgang nicht tatenlos zusehen wird. Er empfiehlt stattdessen eine Perspektive, die über einen kurzen Zeithorizont hinaus auf eine langfristige Veränderung der Versorgung abzielt. Dazu bedarf es der Entwicklung spezifischer Unternehmensformen, die nicht mehr einem nur sektoralen Interesse genügen sondern aus der Optimierung der gesamten Prozesskette ihre Wertschöpfung erzielen.

Empfehlung 7: *Verstärkte Hinwendung zu populationsorientierten Vertragsformen, die ein unternehmerisches Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit der Übernahme einer intersektoralen Versorgungsverantwortung und Risikoteilung entwickeln. Krankenkassen müssen bereit sein, hierfür auch langfristige Verträge einzugehen.*

9.6 Empfehlungen der Gutachter an die Länder

Für die Länder kommen versorgungspolitische und wirtschaftspolitische Effekte aus erfolgreichen Verträgen zur Integrierten Versorgung und aus der kompetenten Gründung / Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren zum Tragen:

1. Wie oben weiter ausgeführt entwickeln IV/MVZs-Gründungen einen ihnen inhärenten Zug zur Entwicklung unternehmerischer Organisationsformen. Damit schaffen sie zum einen Arbeitsplätze, zum anderen eignen sie sich damit prinzipiell eher als die alten freiberuflichen Strukturen zur Übernahme von flächendeckenden Versorgungsaufgaben in Regionen, die ansonsten nicht mehr voll versorgt werden können => Versorgungspolitischer Nutzen / Wirtschaftspolitischer Nutzen, bei Mangelversorgung Wirtschaftsansiedlung kaum möglich sein dürfte
2. Die Optimierung der Versorgungsschnittstellen erlaubt schnellere und zielgerichtetere Heilungsprozesse und vermeidet wirtschaftlich unnütze Fehltage => Versorgungspolitischer Nutzen / Nutzen im Produktivitätswettbewerb der Betriebe
3. Erfolgreiche IV-Verträge sind in der Lage, bei Beibehaltung oder sogar Steigerung der Versorgungsqualität die Krankenkassenbeiträge zu stabilisieren oder sogar zu senken => Vorteile im Produktivitätswettbewerb der Betriebe in den NBL gegenüber anderen Regionen

4. Die Ausbildung von derartigen neuartigen Versorgungsstrukturen erfordert ein umfangreiches Maß an sekundären Dienstleistungen, an Informationstechnologie und an Trainings- und Management- und Beratungs-Know-how und schafft damit auch sekundär in großem Stil neue hochqualifizierte Arbeitsplätze. Eine Gemeinschaftsinitiative von Krankenkassen und Ländern könnte eine bevorzugte Ansiedlung dieser neuen sekundären Dienstleistungsformen in den NBL initiieren => Beschäftigungseffekte addieren sich zu versorgungspolitischem Nutzen

Zur Erreichung der oben angegebenen Ziele empfehlen wir folgendes Umsetzungsprogramm:

Die Aufrechterhaltung einer adäquaten Versorgung in strukturschwachen Räumen muss als Aufgabe der öffentlichen Daseinsfür- und vorsorge sowie lokaler Strukturpolitik verstanden werden. Jede Gemeinde oder auch Landesregierung ist für die individuelle Entwicklung von Regionen, auch und gerade von Problemregionen verantwortlich, was in der Vergangenheit in anderen Industrien und Branchen hinlänglich bewiesen wurde.

Für die Sicherung der Versorgung dünn besiedelter Räume sollten deshalb modellhaft alternative Formen zugelassen und gefördert werden, die sowohl wissenschaftlich begleitet als auch unternehmerisch mit Freiräumen versehen werden.

Als Region für ein derartiges Modellprojekt scheint z. B. die Region Vorpommern, der Landkreis Uecker-Randow in Mecklenburg-Vorpommern mit seinen Strukturmerkmalen (Im Landkreis Uecker-Randow leben auf einer Gesamtfläche von 1 624 Quadratkilometern rund 80.900 Einwohner (Stand 2003). Das entspricht einer geringen Bevölkerungsdichte von rund 50 Einwohnern pro Quadratkilometer.). Aber auch eine Reihe ähnlicher Räume in den NBL, etwa die Landkreise Uckermark und Oberhavel in Brandenburg sowie in der Niederlausitz der Landkreis Oberspreewald-Lausitz, erscheinen geeignet. Darüber hinaus bietet sich für ein derartiges Projekt die Verknüpfung mit den Detailergebnissen weiterer Modellprojekte zum Thema Gesundheitswirtschaft der Abteilung „Aufbau Ost, Raumordnung und Strukturpolitik“ des BMVBW, wie etwa dem „Regional Foresight in Mecklenburg Vorpommern“, an.

Kriterienkatalog für Förderung:

- Bedrohte Regionen und entsprechender Bedarf
- Flächendeckende Versorgung mit teilweiser Risikoübernahme und spezifische Betonung von epidemiologisch wichtigen Krankheitsbildern in der Region (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Alkoholismus...)
- Wirtschaftliche Nachhaltigkeit, keine Betriebssubvention, sondern Strukturinvestitionen

- Innovative Form der Versorgung (Primary nurse, flying doctors, Telemedizin ...)
- Nutzen der Subsidiarität, Einbindung der Kassen o. KV, Entsatzvornahme
- Nachhaltige Qualitätsverbesserung

Zur Förderung des Management – Know-hows und der Refinanzierungsmöglichkeiten im Bereich Integrierter Versorgung sowie im Sinne einer Kosten-Nutzen-Evaluation empfehlen wir deshalb den Bundesländern (in Kooperation mit den Krankenkassen und den KVen):

Empfehlung 8: *Förderung und begleitende Unterstützung von einzelnen Modellprojekten der Integrierten Versorgung in ausgewählten strukturschwachen Gebieten*

Begleitend empfehlen wir zur allgemeinen Anreizsteigerung und zur Förderung der bevorzugten Ansiedlung der oben beschriebenen neuen sekundären Dienstleistungsformen in den NBL

Empfehlung 9: *Entwicklung eines Start-Up-Wettbewerb für Pilotmodelle Integrierter Versorgung in den Neuen Bundesländern verknüpft mit einem Angebot einer begleitenden Evaluation*

Neben der unspezifischen Anreizwirkung eines Start-Up-Wettbewerbs wäre es hilfreich, eine spezifische Anreizwirkung durch die Etablierung eines Kompetenzzentrums Neue Versorgungsformen zu setzen. Ein solches Kompetenzzentrum könnte zum einen spezifische Aufgaben aus der Modellprojektbegleitung und der Durchführung des Wettbewerbs begleiten, aber auch zusätzlich als erste Anlauf- und Kontaktstelle dienen für Interessenten. Durch weitgehende Nutzung moderner Medien könnte das Kompetenzzentrum recht schlank gehalten werden aber dennoch einen starken Impuls bewerkstelligen.

Empfehlung 10: *Zeitbegrenzte Etablierung eines Kompetenzzentrums Neue Versorgungsformen*

Bei allen drei Empfehlungen wäre auch an eine PPP-Initiative zu denken, also an eine gemeinsame Initiative von privaten Partnern, Sozialversicherungen und Ländern.

Eine spezielle Problematik ergibt im Bundesland Thüringen mit dem dortigen „Verweigerungskartell“ der Leistungsanbieter gegenüber der Zielsetzung des Gesetzgebers und der dadurch ausgelösten Benachteiligung dieses Bundeslandes im Erfahrungsgewinn hinsichtlich der Etablierung neuer Versorgungsformen. Hier böte sich ebenfalls eine Gemeinschaftsinitiative an von den Ländern mit einerseits aufsichtrechtlichen Interventionen (u. a. über die Landesaufsicht bzw. durch den Bundesgesetzgeber über das BVA), andererseits aber auch Anreizinitiativen mit Veranstaltungen und evtl. länderspezifischen zusätzlichen Wettbewerben entlang der obigen Empfehlungen.

Die Empfehlungen zugunsten der Anreize bzgl. der Finanzierung und Refinanzierung von IV-/MVZ-Investitionen sind weiter unten bei den Empfehlungen für den Bundesgesetzgeber aufgeführt, vgl. insbes. Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung.

9.7 Empfehlungen der Gutachter an den Bundesgesetzgeber

Die Regelungen des GMG von 2003 haben sich als sehr erfolgreich herausgestellt in ihrem Anreizverhalten zugunsten der Entwicklung von IV-Vertragslösungen. Die folgenden Empfehlungen fokussieren auf einige der Vorschläge und Beobachtungen, die der Gutachter in seiner Studie über die NBL erfahren konnte, in dem Ziel, noch zügiger und weitreichender IV-Ansätze

- a) zum Nutzen der Wirtschaftsentwicklung in den Neuen Bundesländern – Aufbau Ost
- b) zum Nutzen der Gesundheitsversorgung insbesondere in den von einer tendenziellen Minderversorgung geprägten Regionen der NBL
- c) als Erfahrungsfeld auch für die allgemeine Weiterentwicklung der . Gesundheitsversorgung in Deutschland

weiter zu entwickeln.

Als die größte Hürde für die stärkere Ausbreitung von Integrierter Versorgung hat sich die Frage der Finanzierung und Refinanzierung der Vorbereitungs- und Startaufwendungen herausgestellt. Mehrere der folgenden Empfehlungen versuchen deshalb, Anreize zu setzen, die ein Investment in Integrierte Versorgung wirtschaftlich attraktiver machen.

Als erste Option bietet es sich an, die bisherige Startfinanzierung – die 1 %-Abschlagslösung – fortzuführen und weiter zu entwickeln. Sie war vom

Gesetzgeber auf den 31.12.2006 begrenzt worden, da zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Budgets der Sektoren fallen sollten. Inzwischen wurde das Krankenhausbudget bis auf das Jahr 2008 verlängert und bzgl. des Umstiegs im Bereich der ambulanten Versorgung auf unbudgetierte Regelleistungsvolumina erheben Experten erhebliche Zweifel ob der Zeiteinhaltung. Eine entsprechende Vorgehensweise des Gesetzgebers würde gleichzeitig die immer wieder im Kreis der Leistungserbringer und auch der Krankenkassen geäußerten Bedenken bzgl. der Hartnäckigkeit und des festen Willens des Gesetzgebers, die Integrierte Versorgung als Regelversorgung langfristig zu unterstützen beseitigen.

Jede Regelung hat auch ihre „unerwünschten Nebenwirkungen“. Zur Vermeidung einer Fortsetzung der aufgetretenen Effekte im Bereich der sog. „IV-Light-Versionen“ sind das Verfahren und die Regelungsform vorab genauer zu definieren.

Empfehlung 11: *Soweit auch über 2007 noch Budgets bestehen bleiben sollte der Gesetzgeber den 1 % Abschlag bis zum Auslaufen der Budgets fortführen und dabei von 1 % erweitern auf 3 – 5%. Dies bedarf einer vorhergehenden genauen Untersuchung der Anreizwirkungen und der Bedingungen, unter denen der Abschlag erfolgen kann, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden.*

Um IV-Neugründungen nicht ausschließlich von der Abschlagsfinanzierung abhängig zu machen, und darüber hinaus gerade auch die risikoreicheren und inhaltlich gehaltvolleren Formen anzureizen, schlagen wir die Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung vor.

Dieser Fonds sollte mit einem Volumen von nicht unter 1 Milliarde EUR ausgestattet werden und einen Zinsverzicht auf die ersten drei Jahre nach Kreditaufnahme sowie bei moderatem Zinssatz eine Rückzahlung auf den Zeitraum von 10 -15 Jahren anbieten.

Empfehlung 12: *Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V über die Kreditanstalt für Wiederaufbau – evtl. mit spezieller Förderung von Modellen im ländlichen Raum in den NBL*

Beide obigen Empfehlungen haben noch einen weiteren Hintergrund: Der Aufbau von Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V ist ein gesundheitspolitisches, gleichzeitig aber auch ein wirtschafts- und beschäftigungspolitisches Thema. Hier können Erfahrungen aufgebaut werden, die der deutschen Gesundheitswirtschaft einen internationalen Wettbewerbsvorteil verschaffen können. Zahlreiche Länder arbeiten an Überlegungen zur günstigeren und besseren Organisation der Gesundheitsversorgung und suchen nach Lösungen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander zusammen bringen. Das insoweit bisher entwickelte deutsche Modell der Integrierten Versorgung in der „Full-Size-Variante“ kann dabei durchaus eine Leitfunktion für die Zukunft übernehmen.

Letzteres insbesondere deswegen, weil die US-amerikanischen Managed Care Modelle – aus deren Erfahrungsschatz sich die deutsche Eigenentwicklung bedient hat – auf dem Hintergrund des amerikanischen Gesundheitsmarktes in vielen Ländern eine gewisse Abstoßungswirkung entfalten und die Kombination einer Integration der Versorgung mit einem solidarischen aber wettbewerblich organisierten Krankenkassensystem durchaus reizvoll erscheint. Wenn eine massive Entfaltung von Integrierter Versorgung es schafft, die Lohnnebenkosten für die anderen Bereiche der deutschen Wirtschaft im internationalen Vergleich stabil zu halten oder gar abzusenken, wird die deutsche Gesundheitswirtschaft und die Form der Organisation der Versorgung auf erhebliches Interesse in Europa wie auch weltweit stoßen..

In Ergänzung der obigen Punkte sind zur Sicherung der Weiterentwicklung von IV-Formen einige weitere gesetzliche Veränderungen erforderlich:

Wer die ärztlichen oder Krankenhausleistungen nicht selbst erbringt, sondern „nur“ die integrierte Versorgung sicherstellt, indem er etwa Träger- oder Managementfunktionen übernimmt, unterfällt nicht gesichert den Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UStG. Eine zusätzliche Problematik ergibt sich aus den neuen Umsatzsteuer-Richtlinien 2005 mit ihrer Definition heilberuflicher Leistungen und ihrer Definition der „nicht eng verbundenen Umsätze“ für die Krankenhäuser. Eine evtl. eintretende Umsatzsteuerpflicht würde aber letztlich zu einer Verteuerung der Leistungen für die GKV führen und zu einer Ungleichbehandlung der Integrierten Versorgung gegenüber der „Normalversorgung“, woran niemanden gelegen sein kann.

Empfehlung 13: *Die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr. 14 und 16 UStG müssen ergänzt werden um „Umsätze aus Integrierter Versorgung entsprechend § 140a ff“ und das „Management von Versorgung“ muss als steuerbefreite „heilberufliche Leistung“ explizit in die Umsatzsteuer-Richtlinien aufgenommen werden.*

Übernimmt ein Krankenhaus Managementfunktion und Vertrags- und Gewährsträgerrolle in einem System der Integrierten Versorgung, gefährdet es damit unter Umständen seine Gemeinnützigkeit, vgl. Hesselmann (2002)

Empfehlung 14: *In § 67 AO und in der BpfVO sowie dem KHEG sind auch die Vergütungen aus einem Vertrag der Integrierten Versorgung als Regelversorgung zu kennzeichnen und damit als Bestandteil der 40% Grenze zu bewerten.*

Bei einem Vertragsmodell für eine vollumfängliche Integrierte Versorgung wird zur Steuerung des Systems ein intensiver Datenfluss betreffend Abrechnungsdaten zwischen den Krankenkassen und dem IV-System erforderlich. Nur eine hohe Datentransparenz über die erbrachten Leistungen für die im Vertrag inkludierten Versicherten ermöglicht dem IV-Systemträger die bessere Steuerung der Anreize und Verträge wiederum mit den konkreten Leistungserbringern vor Ort.

Empfehlung 15: *Aufhebung des Verbots der routinemäßigen versichertenbezogenen Zusammenführung der Leistungsdaten für die Krankenkassen in Verbindung mit IV-Verträgen für die jeweilige Versorgungsregion. In solchen Zusammenhängen müssten sie mindestens sowohl für Versicherte in Integrierter Versorgung wie auch für Vergleichs- und Kontrollgruppen diese Daten auf Dauer zusammenbringen dürfen.
Recht der Krankenkassen auf a) Weitergabe von versichertenzugeordneten Abrechnungsdaten an Träger der Integrierten Versorgung, die ihrerseits dafür wiederum entsprechende Datenschutzregelungen einhalten müssen*

Einer der zentralen Sektoren in der Gesundheitsversorgung ist der Arzneimittelsektor. Lt. geltender Gesetzgebung können Apotheken über Ausschreibungen in IV-Verträge integriert werden, die Realität zeigt aber, dass von diesen Regelungen bisher kaum Gebrauch gemacht wurde. Statt dessen arbeiten die Kassen vor allem mit den direkten Möglichkeiten der Vertragsschlüsse mit Pharmaherstellern nach dem § 1 30. Erweiterte wettbewerbliche Möglichkeiten würden hier zu einer stärkeren Durchdringung führen. Hierbei gilt es zu beachten, inwiefern mit der weiterhin zwingenden Geltung der Apotheken-PreisVO für die rezeptpflichtigen Arzneimitteln in der IV – gedacht als Schutz für die öffentlichen Apotheken – nicht im Endeffekt ganz im Gegenteil eine ganz bestimmte Subklientel von Versandapotheken im Ausland geschützt werden, denen damit Marktvorteile gegeben werden.

Empfehlung 16: *Erweiterte wettbewerbliche Möglichkeiten für die Beteiligung von Apotheken und Pharmaherstellern in der Integrierten Versorgung schaffen incl. Prüfung der Aufgabe der Geltungspflicht der ApothekenPreisVO in IV-Verträgen.*

Wie in den USA für die dortige Situation unter Managed Care schon vielfach beklagt wurde, hat auch der deutsche Gesetzgeber darauf verzichtet, parallel zur Öffnung der Versorgung für innovative Lösungen auch eine Forschung zur Qualitätssicherung der IV und zur Evaluation der Effizienz gleich mit festzulegen. Im Sinne der Entfaltung von wettbewerblichen Suchprozessen ist eine solche Abstinenz von Regelungsdichte zwar zu begrüßen, dennoch sollte nach Formen und Wegen gesucht werden, dass die jetzt sich entwickelnden Versorgungsinnovationen auch auf ihren Gehalt und ihre evtl. Tauglichkeit im größeren Einsatz hin überprüft werden.

Empfehlung 17: *Zur Evaluation der Effizienz der IV-Verträge sollte der Gesetzgeber nach Lösungen suchen, wie entsprechende Mittel aus einem Gemeinschaftsfonds der Krankenkassen bzw. aus einem Subfonds des Risikostrukturausgleichs beantragt und zum Nutzen der Gesamtversorgung verwendet werden können.*

Eine auf den Patienten bezogene Investition in dessen Gesundheitsstatus in der Integrierten Versorgung spart evtl. Kosten ein in der Pflegeversicherung oder in der Renten-/Unfallversicherung, aber von dort erfolgt keine Rückvergütung der IV für diese Investition. Für den IV-Träger ist eine solche – eigentlich begrüßenswerte – Investition in den Gesundheitszustand des Patienten deshalb wirtschaftlich nicht sinnvoll.

Empfehlung 18: *Ausweitung der Möglichkeit für die Übernahme von Budgetverantwortung in der Integrierten Versorgung auch auf das SGB XI (Pflegeversicherung) sowie das Recht der Rehabilitation (Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsträger)*

Als Problem hat sich insbesondere für die Versorgung der Bewohner von Pflege- und Altenheimen herausgestellt, dass das SGB XI mit der dort vorgesehenen Behandlungspflege aus der Einbeziehung in die IV ausgeschlossen bleibt.

Empfehlung 19: *Der Gesetzgeber sollte kurzfristig noch in der laufenden Legislatur eine Möglichkeit schaffen, die Behandlungspflege des SGB XI an die IV anschlussfähig zu machen*

Für die Optimierung der Versorgung in ländlichen Regionen hat sich die Größe der heutigen Planungsbezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen als hinderlich herausgestellt. Die undifferenziert-großflächige Bedarfsplanung, ohne die Möglichkeit der Feinplanung ärztlicher Versorgung für Randlagen führt zu einer Clusterbildung von niedergelassenen Ärzten in den urbanen Zentren und an attraktiveren Standorten. Den Randgebieten droht somit eine Unterversorgung, obwohl die Planungsbezirke formal ausreichend besetzt sind.

Größe der Planungsbezirke für ländliche Regionen überprüfen

Empfehlung 20: *KV und Gesetzgeber sollten nach Möglichkeit dafür Sorge tragen, dass kleinteiligere Planungsregionen geschaffen werden. Zurzeit durch die Größe der Planungsbezirke verdichtet sich die Angebots- und Niederlassungsstruktur in den Städten. Als Folge drohen den ländlichen Regionen Unterversorgung.*

Die Organisationsform Medizinisches Versorgungszentrum ist gegenüber der Einzelpraxis durch das Risiko der Veranlagung zur Körperschaftssteuer benachteiligt

Empfehlung 21: *Im Rahmen der Gleichstellung von MVZ und Einzelpraxis und IV-Systemen sollte dringend eine steuerliche Gleichbehandlung bzgl. der Körperschaftssteuer vorgesehen werden.*

10 Literaturverzeichnis

1. Amelung, V. E., Schumacher H.: Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Verlag Dr. Th. Gabler, Wiesbaden, 1999
2. Arnold, Michael; Lauterbach, Karl W.; Preuß, Klaus-Jürgen (Hrsg.) unter Mitwirkung von König, Hans-Helmut und Seitz, Robert: „Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte“, [Beiträge zur Gesundheitsökonomie 31] , Schattauer, Stuttgart; New York, 1997
3. Ballast, T., Brunner, M., Jann, A., Hildebrandt, H., Messerschmidt, N., Praetsch, O., "Integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel - Pilotprojekt zur integrierten Versorgung gemäß § 140 b SGB V", in: Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V - Materialiensammlung -, 2. geänderte Auflage, Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2002
4. Behnsen, Erika: Medizinische Versorgungszentren; das Krankenhaus, Heft 8/9 2004
5. Blöß, Timo; Rabbata, Samir: Medizinische Versorgungszentren; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 34–35, 25. August 2003
6. Bräunlich, Antina (Hrsg); Berufskrankheiten im Gebiet der neuen Bundesländer (1973 bis 1990), Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin : Sonderschrift; 1 1 Bundesanstalt für Arbeitsmedizin <Berlin> 1 996 Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss., Bremerhaven
7. Bundesministerium für Gesundheit: Diverse Presseerklärungen
8. Bundesverband Managed Care, Diverse Informationen für Mitglieder ab Nr. 9 ff, Berlin, 2001
9. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2002/03: „Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum“
10. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG): "Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V", 2. geänderte Aufl., Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2004
11. Döring, R.: Einsparpotenziale bei Herzinfarkt, United HealthCare Deutschland, Köln, 1999
12. Dorland Healthcare Information: Case Management Resource Guide, Philadelphia, 1999
13. Encke, Prof. Dr. Albrecht: Der ärztliche Nachwuchs - Risiken der aktuellen Gesundheits- und Hochschulpolitik; Vortrag des Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Frankfurt am Main, 2002
14. Freistaat Sachsen, Sozialministerium: Moderne Kliniken vom Vogtland bis zur Niederschlesischen Oberlausitz - Entwicklung der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen von 1991 bis 2003; 2004

15. Haas, P.: Vernetztes Gesundheitswesen – Anforderungen an Informationssysteme. In: Management & Krankenhaus, 9/2001
16. Haubrock, Manfred; Hagmann, Hartmut; Nerlinger, Thomas : „Managed Care - Integrierte Versorgungsformen“, 1. Aufl., [Management im Gesundheitswesen] , Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, 2000
17. Henke, Klaus-Dirk; Dräger, Christian: „Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität“, 1. Auflage, [Edition Drägerstiftung Zukunft, Bd. 17] , Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001
18. Herfert, Günter: Die Ostdeutsche Schrumpfungslandschaft - Schrumpfende und stabile Regionen, Städte und Wohnquartiere, Standpunkt 04 / Oktober 2003
19. Hesselmann, H.: "Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von gemeinnützigen Krankenhäusern - ausgewählte steuerliche Fragen", in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, [8:4 (2002)] , pmi-Verlag AG, Holzheim, 2002
20. Hildebrandt, H., Bischoff-Everding, C., Döring, R., Greuel, M., Hallauer, J., Kloepfer, A.: "Integrierte Versorgung - Stand der Dinge - Die aktuelle Vertragslandschaft - Erfahrungen und Probleme", in: krankenhaushausumschau Sonderheft 9/2004, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach, 2004
21. Hildebrandt, H., Bischoff-Everding, C., Döring, R., Greuel, M., Hallauer, J., Kloepfer, A.: "Von der Idee zum Vertrag - Ablauf einer Vertragsentwicklung und mögliche Bruchstellen", in: krankenhaushausumschau Sonderheft 9/2004, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach, 2004
22. Hildebrandt, H., Bischoff-Everding, C., Zühlke, Ch.: "Das ländliche Krankenhaus stirbt - es lebe das ländliche Krankenhaus! Erhaltung der Gesundheitsversorgung in der Fläche durch Integrierte Versorgung (Manuskript)", in: Der Landkreis, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2004
23. Hildebrandt, H., Döring R., Hallauer J.: "Zwischen Light und Full Size- Integrierte Versorgung - Übersicht der Vertragsformen", in: krankenhaushausumschau 7/2004, Baumann Fachzeitschriften-Verlag, Kulmbach, 2004
24. Hildebrandt, H.: "Integrierte Versorgung - Lässt sich dadurch ein Defizit wirksam reduzieren", in: Kostendruck contra Versorgungsqualität - Rezepte für den Erfolg im Krankenhaus, [Philipps-Universität Marburg, FB Wirtschaftswissenschaften] , Philipps-Universität, Marburg, 2004
25. Hildebrandt, H., "Integrierte Versorgung nützt Hausärzten und Fachärzten", in: Medical Tribune Nr. 51/52, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Wiesbaden, 2003
26. Hildebrandt, H.: "Integrierte Versorgung - Wie kann sie aussehen und welche Veränderungen entwickeln sich für die Krankenhaussozialarbeit?", in: Krankenhaussozialarbeit "Forum" 3/2003, Dt. Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. , Mainz, 2003
27. Hildebrandt, H.: "Privatisierung von Krankenhäusern - Krankenhäuser müssen sich zusammenschließen", in: FINANCE, [April 2003] , Financial Gates GmbH, Frankfurt am Main, 2003

28. Hildebrandt, H. (Hrsg. Preuss u. a.), "Die Evaluation integrierter Versorgung und ihr wirtschaftliches Umfeld", in: Managed Care - Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle - Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2001
29. Institut für Organisationskommunikation (IFOK)/ Inno AG: Regional Foresight in Mecklenburg-Vorpommern; Berlin, 2004
30. Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit, September 2004
31. KBV Thüringen; Zenker, Matthias: Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern; Thüringen, 2004
32. Keim, Karl-Dieter: Stadtumbau Ost – eine Herausforderung an die Politik zur Regenerierung der ostdeutschen Städte. Vortrag an der FH-Potsdam vom 14.5.2002
33. Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Michalk, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/1 1 60 –, Antwort, Bundestag, 2003
34. Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald: Modellprojekt Regionale Gesundheitsversorgung in Vorpommern; 2004
35. Kopetsch, Th. - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001) - Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. Köln, Dezember 2002
36. Kröhnert, Steffen: Bevölkerungsentwicklung in Ostdeutschland, 2004
37. Neuffer, Andreas B. : „Managed Care - Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitssystem“, [Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 21] , P.C.O. Verlag, Bayreuth, 1997
38. Pinney Associates: Disease Management: Evolution or Revolution? Pinney Associates., Bethesda, 1996
39. Preuß, Klaus-Jürgen; Rübiger, Jutta; Sommer, Jürg H. (Hrsg.): „Managed Care - Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle - Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA“, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2001
40. Preusker, U.K. (Hrsg.): "Integrierte Versorgung: "Wie schnell ist nichts passiert" über Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und Konsil im Park am 11 .06.2004", in: Klinik Markt inside vom 21 .06.2004, [Nr. 12/2004] , Vincentz Network, Berlin, 2004
41. Rechenzentrum des BKK Bundesverbandes - Daten aus Gesundheitswesen und Sozialpolitik Stand: Oktober 2004
42. Rieser, S.: Modellprojekt in fünf Bundesländern. AOK baut eine telefonische Patientenberatung auf. In: Deutsches Ärzteblatt 6(98), 2001
43. Roth A., Rotering C., Rüschemann H.-H: Portalklinik für eine qualitative und preisbewusste Flächenversorgung, in: f&w, Nr. 6, 20. Jahrgang, S. 530-537, 6 Abb.
44. Ryan, Tom: Primary Nursing in Acute Psychiatry, Townsville, IMHS, 2003

45. TK –Expertengespräch; Die Medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern;
Dokumentation und Diskussion; 2004
46. Zwingel, Bernd / Preißler, Reinhold: Das Medizinische Versorgungszentrum -
Rechtliche Rahmenbedingungen für Gründung und Betrieb; Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH, 2004

11 Linksammlung

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH	http://www.gesundheitsconsult.de/
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).	http://www.kbv.de/
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	http://www.aezq.de/
Portal für Informatik, Ökonomie, Marketing und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	http://medinfoweb.de
Deutsche Gesellschaft für Disease Management e.V. (DGDM)	http://www.dgdm.de/
Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)	http://www.dgiv.org/
Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung	http://www.bmgs.bund.de/
Deutsche Krankenhausgesellschaft	http://www.dkgev.de/
Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V	http://www.bqs-register140d.de/
Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.	http://www.bmvz.de/ http://www.gesundheit-im-netz.de/
Ärztammer Berlin	http://www.aerztekammer-berlin.de/
Landesärztekammer Brandenburg	http://www.laekb.de/
Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern	http://www.aek-mv.de/
Sächsische Landesärztekammer	http://www.slaek.de/
Ärztammer Sachsen-Anhalt	http://www.aeksa.de/
Landesärztekammer Thüringen	http://www.laek-thueringen.de/www/lakj/lak.nsf

Universität Leipzig	http://www.uni-leipzig.de/
Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung	http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/
Medizice-Worldwide, Biografien, Hufeland).	http://www.m-ww.de/persoenlichkeiten/hufeland.html

12 Anlage

12.1 Fragebögen

Fragen an die Krankenkassen:

- Welche besonderen Chancen und Probleme sehen Sie für die Anbahnung und Durchführung von IV-Verträgen in den Neuen Bundesländern?
- Welche IV-Verträge hat Ihr Haus auf den Weg gebracht oder bereits mit welchem Volumen abgeschlossen? (Bitte Angabe des jeweiligen Vertragsvolumens in Euro)
- Welche Anschubfinanzierungen sind bisher insgesamt durch Ihr Haus in Ihrem Bundesland in die Integrierte Versorgung investiert worden?
- Sehen Sie Anzeichen für eine beginnende Unterversorgung im Bereich der ambulanten bzw. stationären Versorgung in Ihrem Bundesland?
- Wenn ja, in welchen Regionen?
- Welche Ansatzpunkte sehen Sie, mittels Verträgen zur Integrierten Versorgung einer beginnenden Unterversorgung zu begegnen?
- Welche unternehmerischen Potenziale sehen Sie für die wirtschaftspolitische Entwicklung in den betreffenden Regionen durch Verträge nach § 140 SGB V und die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V?
- Welche besonderen zusätzlichen Schritte, Maßnahmen, Demonstrationsvorhaben oder Forschungsbegleitung empfehlen Sie dem Gesetzgeber zur optimalen Förderung der Umsetzung der Integrierten Versorgung?
- Welche weiteren Aspekte empfehlen Sie unserer Aufmerksamkeit?

Fragen an die Vertreter der Leistungserbringer (KVen, KH-Gesellschaften, Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.)

- Welche besonderen Chancen und Probleme sehen Sie für Ihre Gruppe von Leistungserbringern für die Anbahnung und Durchführung von IV-Verträgen in den Neuen Bundesländern?
- Welche IV-Verträge haben Sie oder Ihre Mitglieder auf den Weg gebracht oder bereits mit welchem Volumen abgeschlossen? (Bitte Angabe des jeweiligen Vertragsvolumens in Euro)
- Sehen Sie Anzeichen für eine beginnende Unterversorgung im Bereich der ambulanten bzw. stationären Versorgung in Ihrem Neuen Bundesland?

- Wenn ja, in welchen Regionen?
- Welche Ansatzpunkte sehen Sie, mittels Verträgen zur Integrierten Versorgung einer beginnenden Unterversorgung zu begegnen?
- Welche unternehmerischen Potenziale sehen Sie für die wirtschaftspolitische Entwicklung in den betreffenden Regionen durch Verträge nach § 140 SGB V und die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V?
- Welche besonderen zusätzlichen Schritte, Maßnahmen, Demonstrationsvorhaben oder Forschungsbegleitung empfehlen Sie dem Gesetzgeber zur optimalen Förderung der Umsetzung der Integrierten Versorgung?
- Welche weiteren Aspekte empfehlen Sie unserer Aufmerksamkeit?

Fragen an die Sozialministerien

- Welche besonderen Chancen und Probleme sehen Sie für die Anbahnung und Durchführung von IV-Verträgen in den Neuen Bundesländern?
- Welche IV-Verträge empfehlen Sie unserer besonderen Aufmerksamkeit (vgl. Sie dazu gern die beigefügte Liste)
- Welche Anschubfinanzierungen sind bisher in Ihren Bundesländern seitens der Krankenkassen in die Integrierte Versorgung investiert worden – soweit Ihnen dies bekannt wurde?
- Sehen Sie Anzeichen für eine beginnende Unterversorgung im Bereich der ambulanten bzw. stationären Versorgung in Ihrem Bundesland?
- Wenn ja, in welchen Regionen?
- Welche besonderen Probleme sehen Sie damit entstehen (sozial- und gesundheitspolitisch, wirtschaftspolitisch...)?
- Welche Ansatzpunkte sehen Sie, mittels Verträgen zur Integrierten Versorgung einer beginnenden Unterversorgung zu begegnen?
- Welche Ansatzpunkte sehen Sie, mittels der Entwicklung von Medizinischen Versorgungszentren einer beginnenden Unterversorgung zu begegnen und in welchen Aspekten sollte dabei von den Einrichtungen nach § 3 11 SGB V gelernt werden?
- Welche unternehmerischen Potenziale sehen Sie für die wirtschaftspolitische Entwicklung in den betreffenden Regionen durch Verträge nach § 140 SGB V und die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren nach §95 SGB V?
- Welche besonderen zusätzlichen Schritte und Maßnahmen empfehlen Sie dem Gesetzgeber zur optimalen Förderung der Umsetzung des Ansatzes der Integrierten Versorgung?

- Welche besonderen Schritte, Maßnahmen, Demonstrationsvorhaben, Forschungsbegleitung etc. planen Sie selber zurzeit zur optimalen Nutzung der Potenziale der Integrierten Versorgung für die Versorgungsverbesserung in Ihrem Bundesland?
- Welche weiteren Aspekte empfehlen Sie unserer Aufmerksamkeit?

12.2 Interviewleitfaden

Gesprächsleitfaden zur Durchführung strukturierter Interviews zur Situation der Integrierten Versorgung in den Neuen Bundesländern (NBL)

Chancen und Probleme der Anbahnung und Durchführung von IV-Modellen

Prozessorientierte Fragen

1. Relevanten Akteure

- Welche Akteure haben in der Anbahnung Ihres Modells eine Rolle gespielt?
- Welche Akteure sind direkt in Ihr Modell eingebunden?
- Welche Aspekte haben bei der Auswahl Ihrer Partner eine Rolle gespielt?
- Wie schätzen Sie die Qualität der Kooperation mit a) den anderen Leistungserbringern und b) Kostenträgern ein?
- Gab es Reaktionen anderer Akteure/Institutionen auf Ihr Modell?

2. Spezifische Chancen und Probleme in Anbahnung und Durchführung

- Ist die Durchsetzung der IV in den NBL schwach? Wenn ja, warum?
- Welche strukturellen Probleme stellen Ihrer Meinung nach die größte Herausforderung für die a) die allgemeine medizinische Versorgung und b) die Umsetzung der Integrierten Versorgung in den NBL dar?
- Welche Motivation steht hinter Ihrer Form der Integration?
- Was zeichnet Ihr Modell aus?

Rechtliche Frage

3. Unternehmerische Rechtskörper

- Warum fiel die Wahl der Rechtsform in dieser Form? Welche ist sinnvoll? (Kapitalges., Personenges.?)

4. Kritische Sichtung der Gesetze

- Für eine effektivere Umsetzung hinderliche Gesetze oder Bestimmungen
- Welche Rechtsvorschriften behinderten eine bessere Umsetzung?

- Für welche Ansätze des GMG sehen Sie Konflikte mit der aktuellen Rechtslage?
- In welche Richtung sollten diese Rechtslagen geändert werden?

Qualitätsorientierte Fragen

5. Konkrete Ausgestaltung

- Handelt es sich um eine sektoren- oder eher nur fachübergreifende Versorgung?
- In welchen Bereichen sehen Sie konkrete Verbesserungen in der Versorgungsqualität durch Ihr Modell? Welcher Art sind die Verbesserungen?
- Auf welche spezifischen Merkmale der NBL geht Ihr Modell in welcher Form ein?

6. Empfehlungen zur Versorgungsgestaltung und Versorgungssicherung abgestimmt auf Anforderung und Struktur der Region

Ökonomische Fragen

7. Unternehmerisches Potenzial von IV/MVZ-Lösungen

- Gab es einen relevanten Bedarf an einer Anschubfinanzierung für Ihr Modell?
- Wer brachte diese Summe auf?
- Gab es Auswirkungen auf die Beschäftigtenstruktur? (Sicherung/Schaffung von Arbeitsplätzen) ¾ Birgt die IV-Lösung ein relevantes strategisches Potenzial für Ihr Haus?
- Worin sehen Sie den Nutzen Ihres IV-Modells für Ihre Institution?

8. Ansatzpunkte für gezielte Förderung

- Welche Rolle spielte die Anschubfinanzierung?
- Sehen Sie Probleme für die Integrierte Versorgung nach Auslaufen der Anschubfinanzierung? (und für Ihr Modell speziell?)
- In welchen Bereichen der Ansätze Integrierter Versorgung sehen Sie sinnvollen Grund für weitere staatliche Förderung?
- Welchen Maßnahmen des Gesetzgebers zur Förderung der Ansätze der Integrierten Versorgung trauen sie das größte Wirkungspotenzial zu? Warum?
- Welche Maßnahmen/Vorschriften des Gesetzgebers revidieren die positiven Effekte der Ansätze der Integrierten Versorgung am stärksten?

13 Selbstdarstellung der IV-Projekte

Stand Rücklauf 12.01.2005

integra – Neue Wege zur Gesundheit:

Klinik St. Marienstift Harsdorfer Str. 30 39110 Magdeburg Tel. 0391 / 72 62 - 7	Hauptabteilungen	FZ 2004	Belegabteilungen	FZ 2004	
	Gynäkologie Geburtshilfe Tagesklinik Endoskopie Anästhesie Schmerztherapie	1 .722 1 .300 200 100 125	Orthopädie Chirurgie Augenheilkunde Gefäßchirurgie Plastische Chirurgie Urologie	1 .450 556 380 330 189 177	
Gesamtfallzahl 2004: 6.614Fälle Anzahl Planbetten: 125 (mehr als die Hälfte der Planbetten sind Belegbetten)					
Name des Projektes	Integrierte Versorgung nach § 140 a ff SGB V				
Motive	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standortsicherung und Verbesserung der Marktpräsenz ➤ Ausnutzen vorhandener Strukturen (Synergieeffekte) ➤ Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven 				
Merkmale von integra	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leistungskatalog mit über 120 Indikationen der Fachbereiche Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, HNO, Innere Medizin und Kardiologie ➤ Vergütung durch Komplexpauschalen ➤ hohe medizinische Qualität ➤ Garantie auf implantierte Hüft- und Knieendoprothesen ➤ reibungslose Versorgungskette ➤ Vermeidung unnötiger Arztwechsel und Wegfall von Doppeluntersuchungen 				

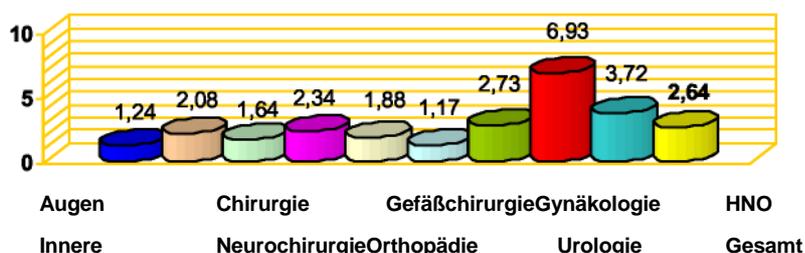
**Merkmale von
integra**

- Leistungskatalog mit über 120 Indikationen der Fachbereiche Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, HNO, Innere Medizin und Kardiologie
- Vergütung durch Komplexpauschalen
- hohe medizinische Qualität
- Garantie auf implantierte Hüft- und Knie totalendoprothesen
- reibungslose Versorgungskette
- Vermeidung unnötiger Arztwechsel und Wegfall von Doppeluntersuchungen
- Integration der Rehabilitation bei Implantation von Hüft- und Knie totalendoprothesen
- Behandlung nahezu unter einem Dach und aus einer Hand

Fallzahlenentwicklung

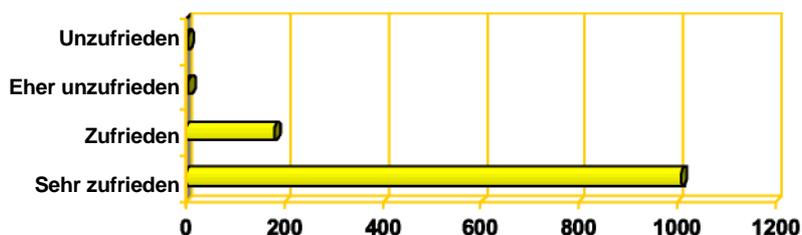
01.02.2002 bis 31.12.2002	01.01.2003 bis 31.12.2003	01.01.2004 bis 30.11.2004	Gesamt
824	1.449	1.733	4.006

Durchschnittliche Verweildauer



**Entwicklungszah-
len von integra**

**Wie zufrieden sind Sie mit der Möglichkeit der
kurzeitstationären Behandlung?**



Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none">➤ CI (Logo)➤ Internetpräsenz => www.integra-magdeburg.de➤ Informationsveranstaltungen und Symposien➤ Magazin➤ Informationsrundschriften
Ausblick	<ul style="list-style-type: none">➤ Weiterentwicklung des Leistungskataloges (neue Fallpauschalen, höhere Schweregrade)➤ Fallzahlensteigerung auf über 2000 Fälle / Jahr➤ Ausweitung der Kooperationen



14 Glossar¹¹

A	
Ambulante Versorgung	Das Wort "ambulant" kommt aus dem Lateinischen und bedeutet "spazieren gehen", "wandeln". Im Wortsinn ist die ambulante Behandlung also diejenige, zu der die Patienten hingehen, im Gegensatz zur stationären Behandlung. Die ambulante ärztliche Behandlung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten ausreichend und zweckmäßig sind.
Anschlussheilbehandlung	Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen kommen Behandlungen in direktem Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt in Betracht, wenn diese medizinisch erforderlich sind, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen - zum Beispiel nach einem Unfall oder Schlaganfall.
Aut-idem-Regelung	Aut-idem-Regelung "Aut idem" ist lateinisch und bedeutet: "oder das Gleiche". Im Apothekenrecht wird damit die Möglichkeit des Apothekers beschrieben, statt eines vom Arzt verordneten Medikaments ein anderes, wirkstoffgleiches Präparat an den Patienten abzugeben. Durch die Abgabe preisgünstiger, wirkstoffgleicher Arzneimittel können bedeutende Einsparungen erzielt werden. Deshalb gilt für die gesetzliche Krankenversicherung: Apothekerinnen und Apotheker können ein vom Arzt verordnetes Medikament gegen ein verfügbares wirkstoffgleiches, kostengünstigeres Arzneimittel austauschen und dem Kunden aushändigen, sofern der Arzt die Substitution nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat. Das Präparat muss in Wirkungsstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Arzneimittel identisch und für das gleiche Krankheitsbild zugelassen sein sowie die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform haben (zum Beispiel Tabletten / Dragees).
B	
Bonusprogramm	Mit der Gesundheitsreform haben die Krankenkassen seit Januar 2004 stark erweiterte Möglichkeiten erhalten, ihren Versicherten einen Bonus zu gewähren, wenn sie sich für ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, die erfolgreiche Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder auch die Entscheidung für eine besondere Versorgungsform durch Einschreibung in ein Hausarztssystem, ein Chronikerprogramm oder eine Integrierte Versorgung.

¹¹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales

C	
Chroniker	Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die schwerwiegend chronisch krank sind und wegen dieser Krankheit in Dauerbehandlung sind, werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze besonders behandelt: Die von diesen Personen zu leistenden Zuzahlungen sind auf maximal ein Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Menschen liegt dagegen bei zwei Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: Entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent.
Chronikerprogramme	Siehe: Strukturierte Behandlungsprogramme.
D	
Datentransparenz	Eine effektive Planung der medizinischen Versorgung setzt fundierte Gesamtbetrachtungen zum Versorgungsgeschehen voraus. Und diese lassen sich nur anstellen, wenn die verantwortlichen Entscheidungsträger auf eine aussagefähige Datensammlung zurückgreifen können. Finanzmittel können so zielgerichtet eingesetzt und Fehlsteuerungen rechtzeitig erkannt und beseitigt werden. Eine solide Datenbasis fördert die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem und stellt sicher, dass die medizinische Forschung sich in die richtige Richtung bewegt. Bisher jedoch werden die Leistungen, die die Versicherten erhalten, und die Kosten, die sie verursachen, nur bei den jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen erfasst. Kassenübergreifend lassen sich solche Daten nicht systematisch aufzeichnen. Im Zuge der Gesundheitsreform sind daher neue Regelungen zur Datentransparenz getroffen worden, die unter Wahrung des Datenschutzes für die Versicherten und Leistungserbringer eine Datenbasis für gesundheitspolitische Entscheidungen der Politik auf Landes- und Bundesebene sowie der Selbstverwaltung schaffen sollen. Eine Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen ist dafür verantwortlich, dass die im System vorhandenen Daten systematisch erfasst, aufbereitet und ausgewertet werden können.

Direktvertrag	<p>Der Direktvertrag ist in der ambulanten ärztlichen Versorgung das Gegenstück zum Kollektivvertrag. Während der Kollektivvertrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Krankenkassen oder deren Verbänden abgeschlossen wird und für die Ärzte und Krankenkassen verbindlich ist, bietet der Direktvertrag dem einzelnen Leistungserbringer die Möglichkeit, individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln. So können die Vertragspartner flexibel auf die Erfordernisse eingehen, die bei besonderen Versorgungsformen oder auch bei der Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen. Mit der Gesundheitsreform sind die Bereiche, in denen Direktverträge abgeschlossen werden können, deutlich ausgeweitet worden. So basiert das Konzept der hausarztzentrierten Versorgung auf Direktverträgen zwischen besonders qualifizierten Hausärzten und der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch im Rahmen der Integrierten Versorgung können Krankenkassen jetzt mit Vertragsärzten Direktverträge abschließen. Darüber hinaus sind auch Direktverträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern möglich, wenn es um hoch spezialisierte ambulante Leistungen oder um die Behandlung seltener Erkrankungen geht.</p>
---------------	---

Disease Management Programme	Siehe: Strukturierte Behandlungsprogramme.
DMP	Siehe: Strukturierte Behandlungsprogramme.
E	
Entbindungsgeld	Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören unter anderem auch Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die noch auf die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 zurückgehen. Ein Bestandteil dieser Leistungen war das Entbindungsgeld. Dieses wurde nach der Entbindung an Versicherte gezahlt, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld und generell keinen Anspruch auf Krankengeld hatten, also zum Beispiel an Studentinnen und nicht erwerbstätige, familienversicherte Frauen. Das Entbindungsgeld betrug einmalig 77 Euro. Im Zuge der Gesundheitsreform wurde das Entbindungsgeld mit Wirkung vom 1. Januar 2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.
Evidenzbasierte Medizin	Evidenzbasierte Medizin hat zum Ziel, die ärztlichen Entscheidungsgrundlagen zu verbessern und die Qualität bei Diagnose und Therapie zu erhöhen. In der Praxis soll dies durch eine bessere Verzahnung von ärztlich-klinischer Erfahrung einerseits und dem bestmöglichen Einsatz medizinischen Forschungswissens andererseits erfolgen. Mittels der evidenzbasierten Medizin lässt sich ein höherer Qualitätsanspruch sicherstellen. Denn die Wirksamkeit eines Arzneimittels oder einer Therapieform muss durch Belege, das heißt durch eine ausreichende Evidenz in Form von wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen sein. Es sollen also in erster Linie solche Arzneimittel und Therapien angewendet werden, deren Wirksamkeit und Nutzen durch geeignete Studien nachvollziehbar belegt ist. Die Neuregelungen der Gesundheitsreform, insbesondere die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit, stärken den Stellenwert der evidenzbasierten Medizin maßgeblich. Eine der wesentlichen Aufgaben des Instituts wird die Überprüfung von Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche sein. Diese geben den jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und bewährte Praxiserfahrungen wieder und sind deshalb ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin.
F	
Fallpauschalen	Ab dem Jahr 2004 werden die Leistungen der Krankenhäuser nicht mehr tageweise abgerechnet, sondern pauschal je nach Krankheit (nur psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken und Krankenhäuser rechnen weiterhin Tagessätze ab). Die so genannten Fallpauschalen unterscheiden sich dabei nach Krankheitsarten und durchgeführter Behandlung. Unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung werden berücksichtigt. Für einen Patienten mit einer leichten Erkrankung zahlt die Krankenkasse also weniger als für einen Patienten mit einer schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankung. Muss ein Patient länger behandelt werden als den Kalkulationen zu Grunde gelegt wurde (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer), wird für

	<p>jeden zusätzlichen Tag ein Zuschlag gezahlt. Auf der anderen Seite muss das Krankenhaus bei sehr kurzen Aufenthalten der Patienten mit Abschlägen rechnen. Diese Maßnahme trägt auch dazu bei, dass Patienten nicht zu früh entlassen und dadurch nur unzureichend versorgt werden. Auch für die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen sieht die Gesundheitsreform die Einführung von Fallpauschalen vor. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wird dazu die in der vertragsärztlichen Gebührenordnung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) aufgeführten ärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenfassen.</p>
Fremdbesitzverbot	<p>Apotheker und Apothekerinnen, die in Deutschland eine öffentliche Apotheke betreiben wollen, müssen diese persönlich und eigenverantwortlich leiten. Der Fremdbesitz ist laut Apothekengesetz nicht gestattet, weil mit der Ware Arzneimittel besondere Risiken für die Gesundheit von Mensch und Tier verbunden sind und der Apotheker deshalb die Verantwortung für den gesamten Betrieb übernehmen muss. Diese Verantwortung kann er nur dann übernehmen, wenn er persönlich diesen Betrieb leitet und durch seine Anwesenheit vor Ort das ordnungsgemäße Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontrollieren und beeinflussen kann. Mit der Gesundheitsreform hat sich am Verbot des Fremdbesitzes nichts geändert.</p>
G	
Gemeinsamer Bundesausschuss	<p>In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung vor. Die Einzelheiten werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen festgelegt. Wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Er besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Außerdem nehmen Patientenvertreter an den Sitzungen teil, sie haben jedoch kein Stimmrecht. Hauptaufgabe des Bundesausschusses ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung zu bestimmen. Beispielhaft genannt seien die Richtlinien über die ärztliche Behandlung, über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie über die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus. Die Richtlinien sind für die beteiligten Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser und Versicherten verbindlich. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Aufgaben bei der Festlegung der Anforderungen an die [Qualitätssicherung] in der ambulanten Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde 2004 mit der Gesundheitsreform eingesetzt, um die bis dahin tätigen drei unterschiedlichen Beschlussgremien effizient zu bündeln.</p>
Gesundheitszentren	<p>Siehe: Medizinische Versorgungszentren.</p>

H	
Hausarztmodell	Siehe: Hausarztssystem.
Hausarztssystem	<p>Die Hausärzte nehmen eine zentrale Rolle bei der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten ein. Sie sind in der Regel der wichtigste und erste Ansprechpartner, insbesondere für ältere und kranke Menschen, und können für die Patienten eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem wahrnehmen. Durch die langjährige Verbindung kennen die Hausärzte die Krankengeschichte sowie das soziale und familiäre Umfeld ihrer Patienten. Ihnen obliegt eine besondere Vertrauensstellung. Mit der Gesundheitsreform sind die Krankenkassen ab 2004 verpflichtet worden, neben der normalen hausärztlichen Versorgung ihren Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten. Das bedeutet: Patientinnen und Patienten können sich künftig für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt, so dass dieser stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten. Für die Versicherten ist die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform freiwillig. Wenn sie sich dafür entscheiden, müssen sie sich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, Fachärzte nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten sind an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden, ein Wechsel soll nur aus wichtigem Grund, zum Beispiel bei stark gestörtem Vertrauensverhältnis, erfolgen. Für die Teilnahme am Hausarztssystem können die Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus gewähren, zum Beispiel eine Erstattung der Praxisgebühr.</p>
I	
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	<p>Mit der Gesundheitsreform ist die Gründung eines fachlich unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beschlossen worden. Diese Einrichtung, in der fachlich kompetente und von Industrie und anderen Einflussnahmen unabhängige Fachleute arbeiten, trägt zuverlässig wissenschaftliche Erkenntnisse zusammen und stellt sie den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, aber auch den Bürgerinnen und Bürgern in einer verständlichen Form zur Verfügung. Hier werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse bewertet. Dazu gehört auch, dass Leitlinie für bestimmte Krankheiten hinsichtlich ihrer Qualität bewertet werden, um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung zu geben.</p>

Integrierte Versorgung	<p>Ziel der Integrierten Versorgung ist es, die Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen zu überwinden. Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken. Bereits im Jahr 2000 ist die Integrierte Versorgung mit den Regelungen in § 1 40a ff Fünftes Sozialgesetzbuch eingeführt worden. Und auch schon vorher konnte eine koordinierte Zusammenarbeit im Rahmen von Modellvorhaben, Strukturverträgen oder "dreiseitigen Verträgen" (Verträgen zwischen Krankenkassenverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften) vereinbart werden. Mit der Gesundheitsreform wurden rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt, um den Ausbau der Integrierten Versorgung zu fördern. So stehen zwischen 2004 und 2006 jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung zur Verfügung. Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Eine Einflussnahme Dritter scheidet aus. Die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten liegt allein bei den Vertragspartnern. Krankenkassen können Verträge auch mit Trägern von Medizinischen Versorgungszentren abschließen sowie mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (zum Beispiel Managementgesellschaften). Patientinnen und Patienten können von der Teilnahme an integrierten Versorgungsformen auch finanziell profitieren: Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Versicherten Bonusprogramme anzubieten, bei denen die Teilnahme an der Integrierten Versorgung beispielsweise mit verringerten Zuzahlungen oder Beitragsermäßigungen belohnt wird.</p>
------------------------	--

K	
Kassenärztliche Vereinigungen	<p>Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Jeder Arzt, der eine kassenärztliche Zulassung hat, ist automatisch Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung seiner Region. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die ärztliche Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen. Auf Bundesebene schließt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen über die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung ab. Auf Landesebene einigen sich die einzelnen KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf die Vergütung der ärztlichen Leistungen, welche die KVen dann unter ihren Mitgliedern verteilen. Das gleiche gilt für Zahnärzte, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Im Rahmen der Gesundheitsreform werden die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigung gestrafft und professionalisiert. Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen sind ab 2005 hauptamtlich tätig. Kleinere Vereinigungen werden zu größeren Einheiten zusammengelegt. Ebenso werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung neu organisiert.</p>
Kollektivvertrag	<p>Die kassenärztlichen Vereinigungen sind die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen, wenn es um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Versicherten geht. Wie diese Versorgung durch die kassenzugelassenen Ärzte genau auszusehen hat, ist einerseits in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt und wird andererseits durch Kollektivverträge geregelt. Sie werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und den Verbänden der Krankenkassen sowie den einzelnen Krankenkassen andererseits geschlossen. Die Verträge und Richtlinien sind für die Beteiligten, also vor allem für die Ärzte und Krankenkassen, verbindlich. Ein Beispiel für Kollektivverträge sind die auf Bundesebene abzuschließenden Bundesmantelverträge, in denen Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Oder auch die Gesamtverträge auf Landesebene, in denen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren.</p>

L	
Leistungserbringer	<p>Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken, aber auch eine Vielzahl anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen wie Ergotherapeuten oder Hebammen stellen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen bereit und werden unter dem Begriff Leistungserbringer zusammengefasst. Leistungserbringer sind in der Regel in Verbänden auf Bundes- oder Landesebene organisiert, die die Interessen ihrer Mitglieder als Vertragspartner der Krankenkassen vertreten. Im vertragsärztlichen Bereich beispielsweise nehmen diese Interessen die kassenärztlichen beziehungsweise kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahr. Mit der Gesundheitsreform haben sich die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer zum Teil grundlegend verändert. Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern [Direktverträge] abschließen. Mit der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren, dem Angebot hausarztzentrierter Versorgung, der Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung oder der Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel müssen sich die Leistungserbringer auf einen deutlich schärferen Wettbewerb einstellen.</p>
Leistungskatalog	<p>Unter dem Begriff Leistungskatalog versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch den Gesamtumfang aller Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden. Einen wirklichen "Katalog" im Sinne einer Liste gibt es nicht. Der Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat. Hierzu zählt insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, diese Rahmenvorgaben zu konkretisieren. Er erlässt hierzu in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind.</p>

Leitlinien	<p>Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Behandlung einer Krankheit unterstützen. Als wichtiges Instrument der evidenzbasierten Medizin geben sie den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wieder. Damit Leitlinien diesen Anspruch erfüllen, müssen sie in regelmäßigen Abständen überarbeitet oder erneuert werden, und idealerweise sollten sie nicht nur als medizinische Fachtexte, sondern auch in einer für die Patientinnen und Patienten verständlichen Form vorliegen (Patientenleitlinien). Leitlinien werden in der Regel von den Vertretern der Berufsgruppen, beispielsweise den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, erarbeitet. Leitlinien leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. Eine der wesentlichen Aufgaben des im Zuge der Gesundheitsreform gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die Bewertung von Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche. Grundsätzlich gilt, dass bei der Anwendung von Leitlinien immer auch die Situation des einzelnen Patienten und seine Bedürfnisse zu berücksichtigen sind. Die Therapiefreiheit des Arztes wird nicht eingeschränkt.</p>
------------	---

M	
Medizinische Versorgungszentren	<p>Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete. Sie bieten für die Patientinnen und Patienten eine besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand: eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. Medizinische Versorgungszentren eignen sich auch besonders gut für die Zusammenarbeit mit sonstigen Leistungserbringern, zum Beispiel mit ambulanten Pflegediensten oder Therapeuten. Auch Teilzeitbeschäftigung für Ärztinnen und Ärzte wird damit möglich. Damit wird ein Beitrag zur Schließung lokaler Versorgungslücken geleistet. Die Zulassung der medizinischen Versorgungszentren erfolgt innerhalb der Grenzen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, ist also nur dann möglich, wenn die Planungsregion nicht wegen Überversorgung gesperrt ist. Medizinische Versorgungszentren stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken, die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten. Seit der Gesundheitsreform können medizinische Versorgungszentren in ganz Deutschland zugelassen werden. Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in medizinischen Versorgungszentren tätig sein. Ein medizinisches Versorgungszentrum ermöglicht eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von den nichtärztlichen Aufgaben. Durch die gemeinsame Nutzung der Verwaltung, der Medizintechnik und technischer Einrichtungen sowie durch die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen werden Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen.</p>
Mehrbesitzverbot	<p>Nach dem Apothekengesetz war es Apothekerinnen und Apothekern bis 2003 nicht gestattet, mehr als eine Apotheke zu betreiben. Dieses Mehrbesitzverbot wurde im Zuge der Gesundheitsreform modifiziert. Apothekerinnen und Apotheker dürfen nun bis zu vier Apotheken besitzen. Im Sinne der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und der Interessen der Verbraucher müssen das Personal und die Ausstattung der Filialapotheken allerdings einer üblichen öffentlichen Apotheke entsprechen. Das heißt, es muss immer ein verantwortlicher, angestellter Apotheker anwesend sein, und die Apotheke muss vollständig nach den entsprechenden rechtlichen Vorschriften ausgerüstet sein. Diese Apotheken dürfen räumlich nicht zu weit voneinander entfernt sein, damit der für alle Apotheken verantwortliche Apotheker als Betreiber auch ordnungsgemäß im Sinne der Arzneimittelsicherheit, des Verbraucherschutzes und der Versorgungssicherheit seinen Aufsichtspflichten nachkommen kann.</p>
Morbidity	<p>Morbidity (vom lateinischen Wort "morbidus" für "krank") ist ein "epidemiologisches" Krankheitsmaß. Es gibt die Krankheitshäufigkeit bezo-</p>

	gen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe an. Die gebräuchlichsten Indikatoren für Morbidität sind Punktprävalenz (Zahl der gegenwärtigen alten und neuen Krankheitsfälle bezogen auf einen definierten Zeitpunkt), Periodenprävalenz (Zahl der gegenwärtigen alten und neuen Krankheitsfälle in einer gegebenen Zeitperiode) und kumulative Inzidenz (Zahl der neuen Krankheitsfälle in einer gegebenen Zeitperiode). Wichtigste bevölkerungsbezogene Datenquellen für die Erfassung der Morbidität sind "Surveys" und Krankheitsregister, eingeschränkt auch administrative Daten.
MVZ	Siehe: Medizinische Versorgungszentren
N	
O	
P	
Patientenorganisationen	Viele Patientinnen und Patienten sind in Patientenverbänden oder Selbsthilfegruppen und -organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen organisiert. Auch die Beratungsstellen, an die sich Patientinnen und Patienten wenden können, haben sich zu Verbänden zusammengeschlossen. Gerade für chronisch kranke Menschen sind solche Zusammenschlüsse von besonderer Bedeutung. Patienten- und Betroffenenorganisationen, etwa von Diabetikern, Asthmatikern oder Krebspatienten, stellen nicht nur wichtige Kompetenznetzwerke dar. Sie bieten ihren Mitgliedern auch konkrete Informationen und Hilfestellungen im Umgang mit ihrer Krankheit. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen dient der Gesundheitsförderung und stärkt die Kompetenz in eigener Sache.
Prävention	Prävention bedeutet Vorbeugung: Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern im Laufe des Lebens erworben. Jeder hat die Chance, möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen. Vor allem natürlich durch regelmäßige Bewegung, richtige Ernährung und ausreichend Erholung. Neben dem individuellen Verhalten kann aber auch durch Veränderungen in der Lebenswelt, beispielsweise durch Gesundheitsangebote im Stadtteil oder im Betrieb, ein Beitrag geleistet werden, um Krankheitsrisiken zu verringern. Auf diese Weise kann auch die Entstehung chronischer Krankheiten vermieden werden. Darüber hinaus lassen sich durch Impfungen bestimmte Krankheiten verhindern. In der Fachsprache nennt man dies "Primärprävention". Wer regelmäßig zu Früherkennungsuntersuchungen geht, nimmt hingegen an der "Sekundärprävention" teil. Wenn eine Krankheit früh erkannt wird, sind die Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten besonders gut.

Praxisnetz	Praxisnetze sind vertraglich vereinbarte Kooperationen niedergelassener Ärzte. Das Ziel der Zusammenarbeit ist die qualitativ bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dabei können unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. In ein Praxisnetz dürfen auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehakliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe einbezogen werden. Im Rahmen der Gesundheitsreform sind die Möglichkeiten des Vertragsabschlusses von Ärzten und anderen Leistungserbringern mit Krankenkassen durch Direktverträge deutlich erweitert worden: Das betrifft zum Beispiel den Bereich der Integrierten Versorgung und die hausarztzentrierte Versorgung.
------------	--

Q	
Qualitätsmanagement	<p>Unter Qualitätsmanagement versteht man das systematische Bemühen um eine stetige Qualitätsverbesserung in einem Betrieb oder in einer Institution: Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse werden regelmäßig nach bestimmten standardisierten Vorgaben dokumentiert, überprüft und gegebenenfalls verändert. Eine regelmäßige, dokumentierte Fortbildung der Ärzte und ihrer Mitarbeiter gehört dazu.</p> <p>Neben einer besseren Behandlungsqualität für die Patienten hat Qualitätsmanagement auch die Motivation und das Wohl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick - zum Beispiel eine angemessene Arbeitsorganisation und akzeptable Arbeitszeiten. Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind bereits seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der Gesundheitsreform sind ab 2004 auch die Arztpraxen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet worden. Die kassenärztlichen Vereinigungen müssen die Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht nur kontrollieren, sondern auch regelmäßig über die Ergebnisse der Qualitätssicherung berichten.</p>
Qualitätssicherung	<p>Unter dem Begriff Qualitätssicherung versteht man im Zusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung konkrete Maßnahmen, die eine gute Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten sollen. Dabei geht es vor allem darum, Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer zur Transparenz zu verpflichten, um Vergleichbarkeit herzustellen und damit die Voraussetzung für einen Wettbewerb um Qualität zu schaffen. Auch die Setzung von Mindestanforderungen ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Und wie in anderen Bereichen auch gehört die Einsetzung von Prüfungsinstanzen und die Schaffung von Prüfungsroutinen unverzichtbar dazu. So werden in Krankenhäusern für bestimmte Leistungen, beispielsweise die Hüft- und Kniegelenkoperationen, alle qualitätsrelevanten Daten der Patienten anonymisiert erfasst und geprüft, ob das Krankenhaus auch im Vergleich mit anderen gute Ergebnisse erzielt. Wenn sich herausstellt, dass Einrichtungen auffällig sind, werden diese näher geprüft und gegebenenfalls zu Änderungen in ihrem Verhalten veranlasst.</p>
R	
Risikostrukturausgleich	<p>Die Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen konnten in der Vergangenheit nicht uneingeschränkt wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern wollten. Bis 1996 gab es nur für Angestellte oder bestimmte Berufsgruppen die Möglichkeit der Kassenwahl. Arbeiter und Rentner waren bestimmten Krankenkassen kraft Gesetzes zugewiesen. Es entstand so eine ungleiche Verteilung von gut verdienenden und einkommensschwachen, gesunden und kranken Beitragszahlern. Einzelne Krankenkassen hatten bei niedrigen Einnahmen hohe Ausgaben für Leistungen und umgekehrt, was zu sehr unterschiedlichen Beitragsätzen führte. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde grundsätzlich allen gesetzlich Versicherten ab 1996 die Wahl ihrer</p>

	<p>Krankenkasse freigestellt. Durch den Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen (insbesondere Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente, Einkommenssituation der Versicherten sowie die unterschiedliche Zahl der beitragsfrei versicherten Familienmitglieder) der Krankenkassen ausgeglichen. Dadurch werden Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit ungünstigen Versichertenstrukturen abgebaut. Im Rahmen dieses Ausgleichs werden nicht die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen berücksichtigt, sondern durchschnittliche Leistungsausgaben (so genannte standardisierte Leistungsausgaben), um Anreize für eine höhere Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Seit 2002 werden die durchschnittlichen Ausgaben für chronisch Kranke bei den Ausgleichszahlungen besonders berücksichtigt, wenn die Patienten in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programmen) eingeschrieben sind.</p>
<p>S</p>	
<p>Selbstverwaltung</p>	<p>Die gesetzliche Krankenversicherung wird in Deutschland gemeinsam durch eigenständige Verwaltungen mit eigener Rechtspersönlichkeit umgesetzt. Nach den Grundsätzen demokratischer Selbstverwaltung erfüllen die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihre Aufgabe der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungserbringern, ziehen die Kassenbeiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Der Verwaltungsrat setzt sich aus ehrenamtlichen Vertretern zusammen und wird von den Mitgliedern der Krankenkassen und den Arbeitgebern gewählt. Er beschließt in erster Linie das Satzungsrecht. Der Vorstand ist hauptamtlich besetzt und übernimmt die Verwaltungsaufgaben. Für den Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verantwortlich. Sie vertreten die Ärzte, die für die Behandlung von Kassenpatienten zugelassen sind. Die Organe sind Vertreterversammlung und Vorstand, die von den Mitgliedern, also den Ärzten, gewählt werden. Gemeinsam mit Vertretern der Krankenhäuser und mit Patientenvertretern beraten die Krankenkassen und Kassen (zahn)ärztlichen Vereinigungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem wichtigsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, über die Inhalte der medizinischen Versorgung.</p>

Stationäre Versorgung	<p>Die stationäre Versorgung ist Bestandteil des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte haben einen Anspruch auf stationäre Behandlung im Krankenhaus sowie im Rahmen von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich Anschlussheilbehandlungen. Eine vollstationäre Behandlung kommt immer dann in Frage, wenn andere Behandlungsformen, etwa eine ambulante oder teilstationäre Behandlung, nicht ausreichen. Der Leistungsumfang einer stationären Behandlung beinhaltet, je nach Schwere und Art der Krankheit, alle für die medizinische Versorgung im Krankenhaus erforderlichen Leistungen: ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Mit der Gesundheitsreform wurde die Zuzahlung der Versicherten bei einer stationären Behandlung ab dem 1. Januar 2004 auf zehn Euro pro Tag festgesetzt, begrenzt auf eine Dauer von maximal 28 Tagen. An den Kosten von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen - das gilt auch für spezifische Mutter-Kind-Leistungen beziehungsweise Vater-Kind-Leistungen - sind die Versicherten ebenfalls mit einer täglichen Zuzahlung von zehn Euro beteiligt. Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Zuzahlung auf maximal 28 Tage begrenzt. Vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei der maximalen Zuzahlungshöhe für Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.</p>
-----------------------	--

Strukturierte Behandlungsprogramme	<p>Fast 20 Prozent der Bundesbürger, so lauten Schätzungen, sind chronisch krank. Sie leiden zum Beispiel an Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma oder chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen. Chronische Krankheiten erfordern eine gut abgestimmte kontinuierliche Behandlung und Betreuung. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden seit 2002 spezielle strukturierte Behandlungsprogramme (Chronikerprogramme, Disease Management Programme) entwickelt und im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen finanziell gefördert. Im Rahmen der Programme werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Die Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit soweit wie möglich verhindert und die Lebensqualität der Patienten verbessert. Darüber hinaus profitiert die Patientin oder der Patient durch die in den Programmen geförderte Zusammenarbeit der Ärzte (Hausarzt, Facharzt oder Schwerpunktpraxis, Krankenhaus etc.). Grundlage der Behandlung ist ein differenzierter Therapieplan auf der Basis einer individuellen Bewertung des Krankheitszustandes des Patienten. Hierzu tragen nicht zuletzt auch qualitativ gute Schulungsprogramme für Ärzte und Patienten bei, die auch die Patientin oder den Patienten dazu bewegen, aktiv an der Behandlung mitzuwirken. Für die Patientinnen und Patienten eröffnen sich mit den strukturierten Behandlungsprogrammen Chancen, ihre Kompetenz für die eigene Gesundheit und den Umgang mit der Krankheit zu erhöhen. Sie werden über Diagnosen und therapeutische Schritte genau informiert und von ihrem Arzt von Anfang an in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen. Die Anforderungen an die Programme werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und dem BMGS zur Festlegung in einer Rechtsverordnung empfohlen. Die Details der inhaltlichen Anforderungen an die Programme werden dabei durch speziell eingerichtete Arbeitsgruppen erarbeitet, in denen jeweils ausgewiesene Fachexperten beteiligt werden. Die strukturierten Behandlungsprogramme sind als lernendes System ausgestaltet, denn der Gemeinsame Bundesausschuss muss die Rahmenvorgaben der Programme regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls Empfehlungen zur Aktualisierung vorlegen. Nach und nach sollen für weitere häufige chronische Krankheiten Qualitätsanforderungen erarbeitet und im Rahmen einer Rechtsverordnung festgelegt werden. Die konkrete Ausgestaltung der Programme wird dann jeweils regional von den Krankenkassen mit Ärzten und anderen Leistungserbringern verhandelt und anschließend vom Bundesversicherungsamt im Hinblick auf die Einhaltung der Qualitätsanforderungen an die Programme überprüft und zugelassen. Sobald ein zugelassenes Programm angeboten wird, können sich die Patientinnen und Patienten bei den beteiligten Ärzten oder Krankenhäusern einschreiben. Mit der Gesundheitsreform haben die Krankenkassen ab 2004 die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Anreize für die Teilnahme an solchen Programmen zu schaffen: Für Patienten, die sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben und sich aktiv daran beteiligen, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung einen finanziellen Bonus vorsehen. Das können Ermäßigungen bei den Zuzahlungen oder Praxisgebühren sein, aber auch eine Beitragsreduzierung. Im Rahmen</p>
------------------------------------	--

	<p>von strukturierten Behandlungsprogrammen können auch Krankenhäuser ambulante Leistungen anbieten. Damit dem Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendigen Erkenntnisse für die Disease Management Programme zur Verfügung stehen, wird dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Aufgabe übertragen, die hierzu erforderlichen wissenschaftlichen Grundlagen zu erarbeiten.</p>
T	
U	
Über-, Unter-, Fehlversorgung	<p>Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit ausführlich dargelegt: Viele Patienten erhalten ein Übermaß an medizinischer Versorgung, anderen bleibt die medizinisch notwendige Versorgung vorenthalten, und wieder andere werden falsch behandelt. So schätzen Experten beispielsweise, dass rund 30 Prozent aller Röntgenuntersuchungen überflüssig sind.</p> <p>Diese Probleme werden mit den gesundheitswissenschaftlichen Fachbegriffen Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben:</p> <p>Unter Überversorgung versteht man eine Behandlung, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig und deren Nutzen nicht hinreichend gesichert ist, die in unwirtschaftlicher (ineffizienter) Form erbracht wird oder deren geringer Nutzen die Kosten nicht rechtfertigt.</p> <p>Unterversorgung ist die teilweise oder gänzliche Verweigerung von Versorgungsleistungen trotz anerkannten Bedarfs, deren Nutzen hinreichend gesichert ist und deren Einsatz wirtschaftlich vertretbar ist.</p> <p>Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht; um einen solchen handelt es sich, wenn Leistungen erbracht werden, deren Nutzen nicht hinreichend gesichert ist, Behandlungen nicht fachgerecht durchgeführt oder Leistungen unterlassen oder nicht rechtzeitig erbracht werden, deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit hinreichend gesichert sind.</p>
V	
Vorsorgeleistungen	<p>Der Begriff der "Vorsorge" ist im allgemeinen Sprachgebrauch und in der Fachsprache unterschiedlich belegt. Die allgemein so bezeichneten "Vorsorgeuntersuchungen" zum Beispiel werden korrekt als Früherkennungsuntersuchungen bezeichnet. Das, was man in der Fachsprache mit "Vorsorgeleistung" meint, umfasst hingegen vorbeugende Maßnahmen wie Impfungen oder auch ambulante und stationäre Kuren. Auch Mutter-Kind-Kuren beziehungsweise Vater-Kind-Kuren gehören dazu.</p> <p>Zusammenfassend gesagt handelt es sich um präventivmedizinische Leistungen, die eine Schwächung der Gesundheit, die voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenwirken, Krankheiten verhüten oder deren Verschlimmerung oder eine Pflegebedürftigkeit vermeiden.</p>

W	
X	
Y	
Z	