

Strukturmerkmale und Qualitätsmanagement der Integrierten Versorgung

von
Michael Greiling und Michael Osygus

1 Einleitung

Auch nach der Bundestagswahl 2009 findet sich in den Parteiprogrammen der politische Wille zur Weiterentwicklung einer Integrierten Versorgung (IV) im Gesundheitswesen. CDU und CSU erklären beispielsweise: „Zur stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wollen wir die Integrierte Versorgung weiterentwickeln. Um Synergieeffekte zu erschließen, werden wir durch bessere Versorgungsmodelle die Sektorengrenzen durchlässiger machen.“ [1]

IV-Modelle verbessern Qualität und Wirtschaftlichkeit

In den neun Jahren nach den für die Integrierte Versorgung relevanten Gesetzesänderungen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes sind in Deutschland zahlreiche IV-Projekte gegründet worden, die auf regionaler Ebene eine verbesserte Kooperation der Leistungserbringer und Koordination der medizinischen Leistungen anstreben. Der Bundesverband Managed Care hatte 2007 eine Bewertung von 25 verschiedenen Integrierten Versorgungsmodellen vorgenommen, mit dem Ergebnis, dass sowohl größere Modelle mit einem breiten Leistungsspektrum als auch kleine Projekte die „Qualität und Wirtschaftlichkeit von spezieller Diagnose und Therapie deutlich verbessern“. [2]

Mit dem Ende der Anschubfinanzierung der IV zu Beginn dieses Jahres stellt sich nun jedoch die Frage, wie die zukünftige Entwicklung der Integrierten Versorgung weiter-

verläuft und wie aus vielen kleinen, wenn auch erfolgreichen Pilotprojekten eine sektorenübergreifende Regelversorgung erwachsen soll. Offen ist ebenso die Frage, inwieweit die neuen Modelle tatsächlich die Qualität der Versorgung verbessern und wie diese Qualitätsverbesserung im Vergleich zur klassischen Regelversorgung nachgewiesen werden soll. Während die Wirtschaftlichkeit in der Regel mit Vergleichsrechnungen gut nachgewiesen werden kann, auch wenn der Vergleich aufgrund unterschiedlicher Modellgrößen und -strukturen zwischen Integrierter Versorgung und Regelversorgung häufig erschwert wird, ist der Nachweis der Qualitätsverbesserung als relative und kaum messbare Größe in der Praxis nicht ganz so einfach. Hier müssen Qualitätsindikatoren gefunden werden, welche im Idealfall eine indirekte Messbarkeit indizieren oder zumindest die Vorteilhaftigkeit der neuen Versorgungsform aufzeigen.

2 Die Integrierte Versorgung in Deutschland

„Wiederherstellung eines Ganzen“

Der Begriff der Integration kann etymologisch als Zusammenführung von Teilbereichen, d. h. als „Wiederherstellung eines Ganzen“ beschrieben werden. Mit Bezug auf das Gesundheitswesen ist hier die Zusammenführung der voneinander getrennten Sektoren gemeint, vor allem ambulant und stationär, sowie eine Verbesserung der Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern. Im Rahmen der Gesundheitsreformen wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 erstmalig der Begriff und die Ausgestaltung der Integrierten Versorgung im SGB V mit dem § 140a bis d gesetzlich geregelt. Das Gesetz regelt an diesem Punkt die Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und schafft neue Möglichkeiten zur Kooperation auf freiwilliger Basis.

Starre Aufgabenteilung durchbrechen

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000 erläutern Bundesregierung und Bundesministerium für Gesundheit, dass es Integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich bedarf, um die starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu durchbrechen. Die Versorgung muss sich am Patienten orientieren und nicht der Patient an den bestehenden Strukturen. Im Kern soll dabei den Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit gegeben werden, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen. Die geplante Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wird in den geschilderten Einzelmaßnahmen deutlich. Beispielsweise sollen zur Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ Krankenhäuser in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, wobei gleichzeitig Vertragsärzte in begrenztem Umfang Versicherte sowohl ambulant als auch kurzstationär zur Sicherung der Behandlung im Krankenhaus betreuen dürfen. Die gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung sollen zum großen Teil dazu beitragen, die Ziele der GKV-Gesundheitsreform zu erfüllen: „die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems“ und „ein Gesundheitssystem, das die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patienten achtet, ihre Eigenkompetenz stärkt und ihnen systembedingte Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erspart“, wobei der Fokus bei der Integrierten Versorgung deutlich auf eine Qualitätssteigerung und Wirtschaftlichkeitsoptimierung ausgerichtet ist. [3]

In dem Eckpunktepapier ist die Rede von einer Verzahnung, doch eigentlich geht der Begriff der Integration noch einen

Verzahnung statt funktionaler und struktureller Trennung

Schritt weiter. Während bei einer Verzahnung bestehende Elemente besser miteinander verknüpft werden, aber ansonsten ihre Eigenständigkeit beibehalten, fügt eine Integration die bislang getrennten Elemente zu einer neuen Identität zusammen. Es soll an dieser Stelle zwar auf diesen wichtigen Unterschied hingewiesen werden, doch fraglich ist, inwieweit ein Aufbrechen und eine komplette Neuordnung der Gesundheitssektoren in Deutschland in absehbarer Zeit überhaupt realisierbar ist. Auch wenn eine komplette Reorganisation der Gesundheitssektoren noch in weiter Ferne liegt, kann eine Verzahnung als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Idealform der Integrierten Versorgung gesehen werden, wobei die funktionale Trennung der Leistungsanbieter überwunden und eine informationelle Verknüpfung über alle Versorgungsprozesse geschaffen wird. Diese Verbindung führt dann letztlich zur Vermeidung von Fehlleistungen wie z. B. Doppeluntersuchungen und überflüssigen Untersuchungen.

Ausgangslage der Problematik ist folglich die funktionale und strukturelle Trennung der Leistungserbringer. Warum die Versorgungsbereiche in der gegenwärtigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems getrennt sind, zeigt die historische Entwicklung.

Historische Entwicklung

2.1 Versorgungssektoren in Deutschland

Der Beginn der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung wird der Brüning'schen Notverordnung vom 08.12.1931 zugeschrieben. In der Anfangsphase der Krankenversicherung wurden Einzeldienstverträge zwischen den Krankenkassen und von ihnen ausgewählten Ärzten geschlossen. Zur Zeit der Weltwirtschaftskrise nach dem Ersten Weltkrieg befanden sich die Ärzte aufgrund ihrer hohen Anzahl in einer schwächeren Verhandlungsposition und in finanzieller Abhängigkeit von den Krankenkassen. Auf-

grund der Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft, die ihrerseits mit Streiks drohten, wurde der soziale Frieden erheblich gestört und somit die Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung gefährdet. Um diesem Konflikt endgültig ein Ende zu bereiten, wurde mit der Notverordnung aus dem Jahr 1931 das kollektive Vertragssystem eingeführt und die Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft auf Landesebene ins Leben gerufen.

Historische Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor

Den Kassenärztlichen Vereinigungen werden zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung dabei durch das SGB V die folgenden Aufgaben zugewiesen: „die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags, die Bereitstellung eines ärztlichen Notdiensts, der Abschluss der Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Verteilung der Gesamtvergütung unter den zugelassenen niedergelassenen Ärzten sowie die Prüfung vertragsärztlicher Abrechnungen.“ Da sich die Ärzte in Form der Selbstverwaltung durch die Körperschaft selbst organisieren, ist auch häufig die Rede von dem „Primat der niedergelassenen Ärzte für die ambulante ärztliche Behandlung“. Dieses ambulante Behandlungsmonopol bestimmt seither die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor. [4]

Die Integrierte Versorgung soll die voneinander getrennten Versorgungssektoren vernetzen. Einen Überblick der einzelnen Stationen im Versorgungskontinuum zeigt die Abbildung 1. Die Arzneimittelversorgung sowie die Heil- und Hilfsmittelversorgung haben dabei eine Sonderstellung, da sie von allen Sektoren in Anspruch genommen werden.

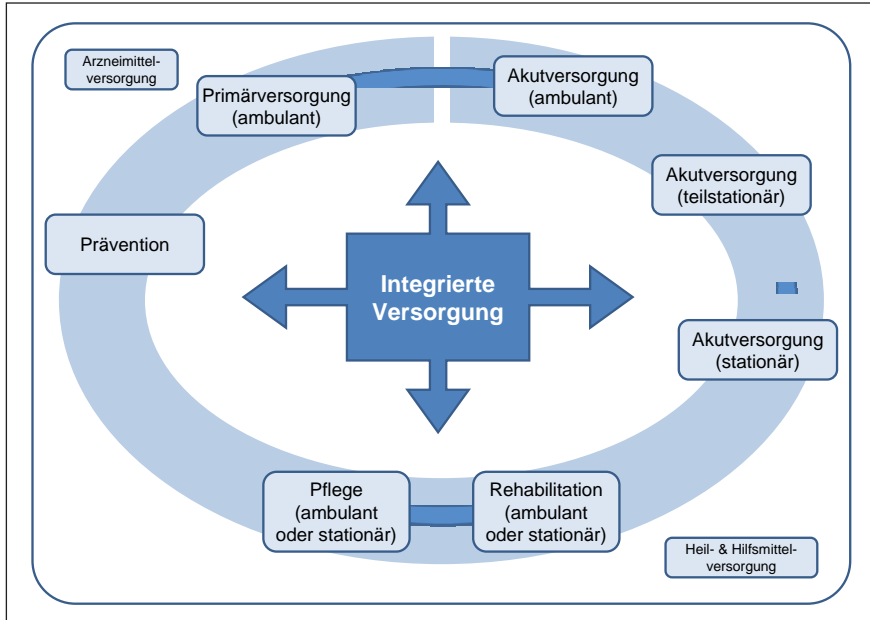


Abb. 1: Versorgungssektoren entlang des Versorgungskontinuums

2.1.1 Primärversorgung – der ambulante Sektor

Das Gesundheitswörterbuch definiert die ambulante Behandlung wie folgt: „Unter ambulanter Behandlung versteht man die vom Arzt in seiner Praxis, im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme bzw. in der Wohnung des Patienten ausgeübte Heilbehandlung. Diese besteht aus Beratungen, Untersuchungen und Sonderleistungen (diagnostische Maßnahmen, Injektionen, Laboruntersuchungen usw.).“ [5] Diese Definition zeigt bereits, dass die Trennung durch die letzten Reformen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GKV-GSG) und des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) bereits gelockert wurde, die beispielsweise eine ambulante

Behandlung im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme in Ausnahmefällen erlauben.

Doch zunächst soll der ambulante Sektor in einem engeren Kontext gefasst werden. Zu der ambulanten Versorgung zählen somit im klassischen Sinn die ambulante hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische sowie zahnärztliche Versorgung. Die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte wird auch als kassenärztliche Versorgung bezeichnet. Näheres zum Inhalt und zu den Teilnehmern der kassenärztlichen Versorgung liefert der § 73 (1) SGB V: „Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- § 73 (1) SGB V**
- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfelds,
 - die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 - die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
 - die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

Teilnehmer der hausärztlichen Versorgung sind dabei Allgemeinärzte, Kinderärzte sowie hausärztlich tätige Internisten, während die übrigen Fachärzte (z. B. Augenärzte, Chirurgen, Orthopäden, Urologen etc.) an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Des Weiteren sind neben den ärztlichen Leistungserbringern auch nicht ärztliche Leistungserbringer an der ambulanten Versorgung beteiligt. Zu ihnen zählen unterschiedliche Gesundheitsfachberufe wie

Physiotherapeuten, Masseur, Logopäden, Podologen und Ergotherapeuten.

Gemeinschaftspraxis Neben der klassischen Einzelpraxis als am weitesten verbreitete Niederlassungsform gibt es im ambulanten Bereich verschiedene Kooperationsformen, in denen Vertragsärzte gemeinsam tätig sein können. Die Gemeinschaftspraxis ist „ein Zusammenschluss mehrerer Ärzte zur gemeinsamen Berufsausübung, in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung, mit gemeinsamem Personal auf gemeinsame Rechnung“. In der Praxisgemeinschaft hingegen werden zwar das Inventar, das Personal und die Räumlichkeiten der Praxen gemeinschaftlich genutzt, jedoch behält jede Praxis ihren eigenen Patientenstamm, die eigene Karteiführung und die eigene Abrechnung. Während in der Gemeinschaftspraxis häufig Ärzte ähnlicher Fachrichtungen zusammenkommen, die auch hausärztlich tätig sind, besteht eine Praxisgemeinschaft meistens aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. [4]

Praxisnetze Eine Stufe weiter geht die ärztliche Kooperation in Form von Praxisnetzen. Die Bildung von Praxisnetzen geht rechtlich auf das zweite GKV-Neuordnungsgesetz vom 01.07.1997 mit der Regelung zur Schließung von Strukturverträgen zurück. Durch Strukturverträge gemäß § 73a SGB V können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vereinbaren, dass Praxisnetze in die Versorgungsstrukturen mit einbezogen werden und diesen die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ganzen oder teilweise übertragen wird. Praxisnetze werden per Gesetz als „Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen)“ definiert. Den Praxisnetzen können zu diesem Zwecke Budgets gegeben werden, wobei die Wahl der Art der Vergütung, bei-

spielsweise Kopfpauschalen, dabei freigestellt ist. Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer bestimmt weiterhin, dass sich Ärzte vertraglich nur zu einem Praxisverbund zusammenschließen dürfen, wenn der Zusammenschluss durch ein gemeinsames Versorgungsziel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung begründet ist. Die Mitgliedschaft in diesem Verbund muss dabei allen interessierten Ärzten offenstehen. Ausnahmen von der freien Mitgliedschaft können nur gemacht werden, wenn der Praxisverbund räumlich begrenzt ist und bestimmte qualitative Anforderungen erfüllen soll. Dies muss allerdings sachlich durch das Versorgungsziel begründet werden und darf auch nicht diskriminierend sein. [6]

Medizinische Versorgungszentren

Als noch recht neue Form wurden Medizinische Versorgungszentren mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.12.2003 gemäß § 95 (1) SGB V ebenfalls zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie definieren sich als interdisziplinäre, fachübergreifende ärztlich und unternehmerisch geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Die Einrichtung ist dann fachübergreifend, wenn mindestens zwei verschiedene Fachrichtungen in einem MVZ untergebracht sind, also z. B. zwei unterschiedliche Fachärzte oder ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist.

In Deutschland sind bereits über 1.000 Medizinische Versorgungszentren zugelassen (Stand: 21.11.2008). Ein MVZ soll gegenüber klassischeren Kooperationsformen eine Reihe von Vorteilen bieten. Beispielsweise flexiblere Arbeitsverhältnisse, dadurch dass in unternehmerischer Leitung mit den angestellten Ärzten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle realisiert werden können. Oder eine Arbeitsentlastung für die Ärzte, falls ein Management existiert und der bürokratische Aufwand vom Arzt in die Hände des

Managements verlagert werden kann. Letztlich auch eine verbesserte qualitative Versorgung des Patienten durch die räumlich nahe ärztliche Kooperation. [7]

Neben der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten existiert noch die Versorgung von Privatversicherten durch Vertragsärzte, die zusätzlich privatärztlich tätig sind, und Privatärzte, die ausschließlich Patienten behandeln, die nicht in der GKV sind. Diese Thematik soll hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden, da der Fokus der Integrierten Versorgung auf die Verbesserung der Versorgung in der GKV ausgerichtet ist.

2.1.2 Akutversorgung – der stationäre Sektor

Unter dem Begriff der stationären Versorgung wird die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Krankenhaus einschließlich Unterbringung und Verpflegung verstanden. Das Sozialgesetzbuch unterscheidet im § 39 SGB V weiterhin zwischen vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V).

Die Behandlung wird als vollstationär bezeichnet, wenn der Patient nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus verbringt. Teilstationär ist die Behandlung hingegen, wenn der Patient weniger als 24 Std. im Krankenhaus verbleibt, wobei Unterkunft und Verpflegung entsprechend nur tagsüber oder nachts vorhanden sind, daher ist auch häufig die Rede von Tages- oder Nachtambulanz. Die genauen Umstände, unter denen eine Krankenhausbehandlung als vor- oder nachstationär klassifiziert wird, sind im § 115a SGB V geregelt. Beide Behandlungsarten sind ohne Unterkunft und Verpflegung und dienen entweder dazu, „die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationär)“.

näre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung)“. Zeitlich ist die vorstationäre Behandlung auf längstens drei Behandlungstage vor Beginn der stationären Behandlung und die nachstationäre Behandlung auf höchstens sieben Tage (Ausnahme Organtransplantationen) nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung befristet.

Doppelte fachärztliche Versorgung

Als eine Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen zählt die doppelte fachärztliche Versorgung, auch „doppelte Facharztschiene“ genannt. Damit ist gemeint, dass Fachärzte gleicher Fachdisziplinen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung tätig sind, was in anderen Ländern, z. B. in den nordeuropäischen Staaten, nicht der Fall ist. Dort wird auch die ambulante fachärztliche Versorgung überwiegend von den am Krankenhaus tätigen Fachärzten übernommen. Doch auch in vielen anderen Bereichen teilen sich der ambulante und stationäre Bereich gewisse Versorgungsaspekte. Krankenhäuser haben normalerweise eine Notfallambulanz, in der Patienten ambulant versorgt werden. Außerdem haben leitende Krankenhausärzte das Recht, Privatpatienten im Rahmen ihrer Sprechstunde ambulant zu behandeln.

Disease Management

Weitere Ausnahmen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme resultieren aus den Bestimmungen zur vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V (siehe oben) und zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V, d. h.; wenn der Patient nicht stationär aufgenommen wird und die Nacht vor und nach der Operation zu Hause verbringt. Des Weiteren können Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V zugelassen werden. Auch im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen

sowie bei der Erbringung hoch spezialisierter Leistungen bzw. bei der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b SGB V ist es möglich, dass Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Dazu zählen z. B. schmerztherapeutische Leistungen, die mithilfe der Computertomografie oder Magnetresonanztomografie durchgeführt werden, bzw. die Diagnostik und Therapie bei schweren Erkrankungen wie Krebs oder Multiple Sklerose. Während der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, sind im stationären Sektor die Bundesländer und in Delegation die Städte und Landkreise für die Sicherstellung verantwortlich. Die Versorgung erfolgt allerdings nur über Krankenhäuser der Städte und Gemeinden, wenn nicht bereits freigemeinnützige oder private Krankenhausträger die Versorgung sicherstellen. Die Krankenhaustypen sind grundsätzlich gleichberechtigt, sofern sie im Krankenhausbedarfsplan des Bundeslands aufgenommen wurden. [4]

2.1.3 Rehabilitative Versorgung und sozialpflegerische Dienste

Ambulant oder stationär

Wie in der regulären medizinischen Versorgung, die sich in Primär- und Akutversorgung gliedert, können auch in der Rehabilitation und der Pflege Leistungen entweder ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Behandlung in der ambulanten Rehabilitation wird beispielsweise von Krankengymnasten oder Masseuren in eigenen Praxen übernommen. Die stationäre Rehabilitation wird in Krankenhäusern oder speziellen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Bandbreite der Rehabilitationseinrichtungen reicht dabei von Spezialkliniken für bestimmte Krankheiten über Sanatorien, Kurkliniken und Schwerpunktkliniken bis hin zu Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken und Werkstätten für Behinderte. Während in der Primär-

Verschiedene Rehabilitations- leistungen

und Akutversorgung alleinig die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Versicherungsträger ist, kommen für Rehabilitationsleistungen verschiedene Versicherungsträger auf, neben der GKV auch die Unfall- und Rentenversicherung. Je nach Zielsetzung werden dabei drei verschiedene Rehabilitationsleistungen unterschieden. Es gibt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wodurch möglichen Behinderungen oder potenzieller Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden soll bzw. diese gänzlich beseitigt werden sollen. Daneben gibt es Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die eine Wiedereingliederung des Patienten in das Arbeitsleben sicherstellen sollen, und letztlich Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche auf die Wiedereingliederung des Patienten in das soziale Umfeld und die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen abzielen.

Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren

Die Gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste haben die Aufgabe, die Fähigkeit zur selbstständigen und unabhängigen Lebensführung von Pflege- und Hilfsbedürftigen zu verbessern und diese zu betreuen. Das Leistungsspektrum reicht dabei von der Kranken-, Alten-, Haus-, und Familienpflege bis hin zur hauswirtschaftlichen Hilfe und Beratung. Ambulante Pflegedienste beispielsweise betreuen kranke und hilfsbedürftige Menschen in ihrem häuslichen Umfeld, darunter hauptsächlich Alterskranke und psychisch Kranke. Die organisatorische Form der ambulanten Pflegedienste sind Sozialstationen, die in unterschiedlicher Trägerschaft stehen, z. B. die freie Wohlfahrtspflege wie die Lebenshilfe, konfessionelle Träger wie die Diakonie oder Kommunen. Diese Sozialstationen unterhalten mobile soziale Dienste, welche die ambulante Pflege und Betreuung vor Ort durchführen. Die stationäre Betreuung erfolgt durch Wohnheime, Altenheime und Pflegeheime. Während ein Großteil der Pflegeheime für die Pflege von älteren Menschen bestimmt ist, gibt es auch eine große Anzahl von Behinderteneinrichtungen. [8]

Diese organisatorische und finanzielle Unterteilung lässt erahnen, dass es bei dem Versuch einer kontinuierlichen Behandlung von Patienten häufig zu Schnittstellenproblemen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege kommt. Einen Teil dieser Probleme adressiert das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 01.04.2007. So sollen beispielsweise ältere Menschen nicht zu früh in die Pflegeversorgung übergeben werden, sondern durch eine geriatrische Rehabilitation nach einer schweren Erkrankung möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Die geriatrische Rehabilitation wird dabei von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, wodurch lange und hohe Folgekosten für die Pflegeversicherung gemindert werden sollen.

Einer der größten Kostenblöcke in den Gesundheitsausgaben

2.1.4 Arzneimittelversorgung

Die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung ist die Aufgabe von Apotheken. Die gesetzlichen Regelungen über den Betrieb von öffentlichen Apotheken, Krankenhaus-, Bundeswehr-, Zweig- und Notapotheken regelt das Apothekengesetz. Arzneimittel werden in Apotheken abgegeben, geprüft und teilweise auch hergestellt. Die Beratung ist eine weitere wichtige Aufgabe von Apotheken. Der Apotheker informiert den Patienten beispielsweise über rezeptfreie Arzneimittel, gibt Hinweise zur Einnahme und ist Fachkundiger im Hinblick auf Wechselwirkungen und Kontraindikationen. Darüber hinaus sind Apotheker gemäß § 129 (1) SGB V dazu verpflichtet, preisgünstigere, wirkstoffgleiche Medikamente auszugeben. Im Jahre 2007 machten Arzneimittel mit einem Anteil von ca. 42 Mrd. € fast ein Fünftel der Gesundheitsausgaben (insgesamt ca. 253 Mrd. €) aus und gehören zusammen mit den Kosten für ärztliche Leistungen in Höhe von ca. 69 Mrd. € und den Kosten für pflegerische und therapeutische Leistungen in Höhe von ca. 59 Mrd. € zu einem der größten Kostenblöcke. [9]

Nicht nur aufgrund der finanziellen Bedeutung, sondern auch im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung ist der Apotheker somit ein wichtiges Glied in der medizinischen Versorgungskette.

Einzelverträge statt Kollektivverträge

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der IV

Die rechtlichen Möglichkeiten zum Aufbau einer Integrierten Versorgung liefert der Gesetzgeber mit dem § 140a-d SGB V, der in seiner heutigen Form seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 besteht. § 140a des Gesetzes ermächtigt die Krankenkassen zur Vertragsschließung mit den in § 140b (1) genannten Vertragspartnern zum Zwecke einer sektorenübergreifenden, bevölkerungsbezogenen, flächendeckenden Versorgung ihrer Versicherten. Die Teilnahme der Versicherten bleibt freiwillig und die Nutzung der dokumentierten Behandlungsdaten von den teilnehmenden Leistungserbringern bedarf der ausdrücklichen Einwilligung des Patienten. Durch die Möglichkeit zum Einzelvertragsabschluss, losgelöst vom Kollektivvertrag, schafft der § 140a-d SGB V somit die Voraussetzungen für das Entstehen neuer Versorgungsstrukturen mit neuen Vergütungssystemen.

2.2.1 Vertragspartner in der IV

Die Verträge zur Integrierten Versorgung können von den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden gemäß § 140b (1) SGB V nur mit den folgenden Vertragspartnern geschlossen werden:

„Empfohlene“ Vertragspartner

- Ärzte, Zahnärzte oder deren Gemeinschaften, wenn sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind
- Managementgesellschaften, die nicht Träger einer zugelassenen Einrichtung sind, sondern nur Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern haben

- Träger medizinischer Versorgungszentren
- Träger zugelassener Krankenhäuser
- stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
- Haushaltshilfen, häusliche Pflege und Sozialtherapeuten
- Hebammen
- Apotheken (auch Versandapotheken)
- Zahntechniker
- Heil- und Hilfsmittelerbringer
- Krankentransportunternehmen
- zugelassene Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen
- Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer

Es können neben den hier genannten Vertragspartnern aber auch weitere Dritte beitreten, sofern alle übrigen Vertragspartner ihre Zustimmung erteilen. So wäre auch denkbar, dass eine KV bei einem Vertrag zur Integrierten Versorgung mitwirkt, auch wenn diese nicht explizit im Gesetz genannt wird. Im Hinblick auf Absatz 5 kann die abschließende Aufzählung der Vertragspartner daher allenfalls als Empfehlung bezeichnet werden.

2.2.2 Vergütung und Finanzierung in der IV

Das Gesetz schreibt keine verbindliche Form der Vergütung für die Verträge zur Integrierten Versorgung vor. Die Vertragspartner können frei wählen, ob sie in ihrem Versorgungskonzept Gehälter, Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütungen, Leistungskomplexe, Fallpauschalen, Faktor-kostenerstattungen, eine erfolgsorientierte Vergütung oder eine Kombination der genannten realisieren wollen. Die Budgetverantwortung kann im Ganzen für eine gesamte Population von Versicherten oder in Teilbereichen von beliebigen Vertragspartnern getragen werden. Dabei sollen aller-

dings die Risikostruktur und Morbiditätskriterien der Versicherten berücksichtigt werden. [10]

Moral Hazard Für gewöhnlich liegt die finanzielle Verantwortung für den Patienten alleinig bei dem zuständigen Kostenträger. Das Krankheitsrisiko ist im Prinzip der Hauptgrund für das Vorhandensein einer Krankenversicherung. Aus Steuerungsgründen, um das sogenannte Moral-Hazard-Verhalten zu minimieren, kann das Risiko aber auch aufgeteilt werden. Moral Hazard auf der Anbieterseite von Gesundheitsleistungen beschreibt das moralische Risiko bzw. Fehlverhalten, dass Leistungen vom Leistungserbringer angeboten werden, die medizinisch nicht unbedingt notwendig sind, aber das Honorar des Leistungserbringers aufbessern. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen auch einzeln vergütet werden. In einer anderen Form der Vergütung, dem sogenannten Capitation-System, erhält der Arzt monatlich einen Festbetrag pro Versicherten, eine Kopfpauschale. Dadurch besteht für den Arzt nun auch ein finanzieller Anreiz, den Patienten möglichst effizient und effektiv zu behandeln, sodass zum einen die Behandlung kostengünstiger, zum anderen aber auch das Behandlungsergebnis langfristig ist. Die Gesunderhaltung des Patienten rückt damit in den Vordergrund. Je nach Größe des Patientenpools verteilt sich das Versichertenrisiko allerdings auf eine wesentlich geringere Anzahl an Personen, folglich kann es für den einzelnen Arzt den finanziellen Ruin bedeuten, wenn sein Patientenpool eine schlechte Risikostruktur aufweist. Daher sind in der Praxis häufig bestimmte Leistungen aus der Kopfpauschale ausgegliedert oder die Kopfpauschalen nach dem Morbiditätsrisiko der Versicherten zu differenzieren. Vor allem die Health-Maintenance-Organisationen im Managed-Care-System der USA verwenden zum großen Teil die Capitation-Vergütungsform als Steuerungsinstrument. [11]

Innovationsverlangsamung ohne Anschubfinanzierung?

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 wurde über die Anschubfinanzierung gemäß § 140d SGB V die Möglichkeit geschaffen, den Aufbau neuer Integrierter Versorgungsformen finanziell zu fördern. In den Jahren 2004 bis 2006, verlängert bis Ende 2008, wurde von den Krankenkassen bis zu 1% des GKV-Budgets, bestehend aus der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütung und den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen, einbehalten. Im Falle einer Budgetüberschreitung sollte dies zulasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung gehen. Zum Ende des Jahres 2008 lief die Anschubfinanzierung aus, seit dem Jahr 2009 sollen sich die Verträge zur Integrierten Versorgung finanziell selbst tragen.

Das Auslaufen der Anschubfinanzierung birgt die Gefahr, dass es zu einer Verlangsamung der Systeminnovation oder sogar zu einem Stillstand kommen könnte. Daher plädiert beispielsweise der Bundesverband Managed Care e. V. für die Schaffung eines Innovationsfonds, damit auch zukünftig ein „Forschungs- und Entwicklungsbudget“ zur Verfügung steht. [12]

Steuerung der Kosten und Qualität

2.3 Managed Care

Während die Integrierte Versorgung ein Organisationskonzept darstellt, welches zwar Zielsetzungen vorgibt, aber große Freiheiten lässt, was die praktische Ausgestaltung angeht, ist Managed Care vielmehr ein Werkzeugkasten von Organisationsformen und Managementinstrumenten, welche die Gestaltung des Aufbaus und Ablaufs einer Integrierten Versorgungsform ermöglichen. Managed-Care-Elemente spielen daher bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen der Integrierten Versorgung eine wichtige Rolle. Managed Care wird definiert als: „die Anwendung von Management-Prinzipien, die zumindest partielle Inte-

gration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.“ So wie die Integrierte Versorgung Effizienzpotenziale ausschöpfen und die Behandlungsqualität verbessern soll, wird auch bei Managed Care davon ausgegangen, dass eine Qualitätssteigerung und eine Senkung der Kosten gleichzeitig verwirklicht werden können. [12] Sinngemäß könnte Managed Care am ehesten mit „geführter Versorgung“ übersetzt werden, wobei die strikte Trennung zwischen medizinischem und finanziellem Verantwortungsbereich gelockert wird. Leistungserbringer, die bislang in ihren Entscheidungsbefugnissen hinsichtlich der Behandlung autonom agiert haben, geben einen Teil dieser Entscheidungsfreiheit an die Kostenträger ab, welche im Sinne einer Unternehmensführung das Versorgungsangebot aktiv gestalten. Ziel ist dabei, in erster Linie eine kostengünstigere medizinische Versorgung zu realisieren.

Der Werkzeugkasten zur Integrierten Versorgung

Die Führung erfolgt durch die Instrumente des Managed Care, die auf der Seite der Versicherten oder auf der Seite der Leistungserbringer ansetzen und diese durch Vorgaben und Anreize direkt oder indirekt steuern oder aber die eine Verbesserung der Koordination und Kontrolle der Prozesse anstreben. Die Versorgungsform wird durch verschiedene Organisationsformen umgesetzt. [13] Im Gesundheitswesen der USA entstanden in den vergangenen Jahrzehnten eine ganze Reihe von Managed-Care-Organisationsformen, die zueinander in Konkurrenz stehen und Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer unterschiedlich stark integrieren. [14] Auch wenn ein Großteil der Managed-Care-Instrumente und Organisationsformen in den USA entwickelt wurde, so sind diese durchaus auch auf das deutsche Gesundheitswesen anwendbar. Vergleichbare Organisations-

formen existieren unter anderen Namen auch in Deutschland, während auch einige der Instrumente bereits hierzulande im Einsatz sind, wie beispielsweise Disease-Management-Programme, die hausarztzentrierte Versorgung oder die leitlinienbasierte Medizin. Einen Überblick über die hier behandelten Organisationsformen und Instrumente liefert die Abbildung 2.

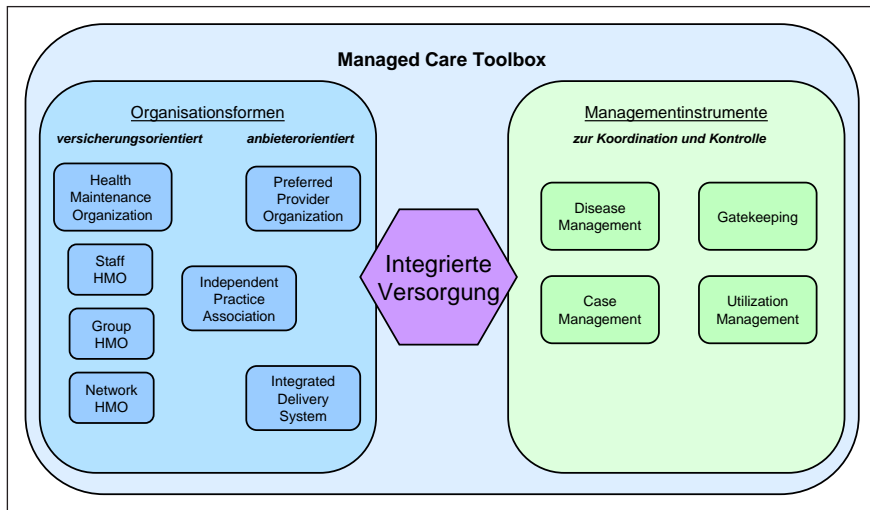


Abb. 2: Die Managed Care Toolbox

Professionelle Managementstruktur im Zentrum der Integrierten Versorgung

2.3.1 Managed-Care-Organisationsformen

Hinsichtlich der Organisationsformen von Managed-Care-Organisationen (MCO) lässt sich grundsätzlich zwischen versicherungsorientierten und anbieterorientierten Organisationen unterscheiden.

Health Maintenance Organization

Die Health Maintenance Organization (HMO) ist die Standardform einer versicherungsorientierten Managed-Care-Organisation. Eine HMO ist zumindest teilweise sowohl Leistungserbringer als auch Leistungsfinanzierer und somit keine reine Finanzierungsstelle wie die klassische Krankenversicherung, sondern aktiv am Leistungserstellungsprozess beteiligt, wobei Managed-Care-Instrumente zur Steuerung der Leistungserstellung eingesetzt werden. Finanziert wird eine HMO dabei von der Arbeitgeberseite. Das Ziel einer HMO ist nicht nur, die Versicherten medizinisch zu versorgen, sondern die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, um vor allem hohe Folgekosten schwerer Erkrankungen zu minimieren. Daher ist häufig das Angebot von Präventionsleistungen besonders hoch. Zu den zentralen Merkmalen einer HMO gehört meist, dass die Versicherten in ihrer Arztwahl eingeschränkt werden und dass die Leistungserbringer einen Teil des finanziellen Risikos übernehmen, worüber ein Anreizsystem geschaffen wird, so dass sie für gesunde Versicherte entlastet und für kranke Versicherte belastet werden. Daher haben auch die Leistungserbringer zusätzlich ein finanzielles Interesse an der Gesunderhaltung ihrer Patienten. Je nach Vertragsverhältnis zwischen HMO und den angebundenen Ärzten lässt sich zwischen verschiedenen HMO-Unterformen unterscheiden.

Staff-HMO

In einer Staff-HMO sind die Ärzte von der HMO fest angestellt, erhalten ein regelmäßiges Gehalt und sind weisungsgebunden. In den USA ist diese HMO-Form kaum mehr verbreitet und relativ unpopulär. Von insgesamt 77,3 Mio. HMO-Versicherten waren im Jahr 2005 lediglich 1,6 Mio. Mitglieder einer Staff-HMO. Gründe hierfür sind vor allem, dass in den USA die Freiberuflichkeit der Ärzte besonders hoch geschätzt wird. Nur ca. 10 % der tätigen Ärzte sind fest an Krankenhäusern angestellt, die übrigen 90 % arbeiten selbstständig in der ambulanten medizinischen Versorgung

und am Krankenhaus nur im Rahmen des Belegarztsystems, das sich aus juristischen und historischen Gründen durchgesetzt hat. Außerdem ist das Vertrauen der Versicherten in die freiberuflichen Ärzte höher, weil bei den angestellten Ärzten die Sorge besteht, dass nicht die Interessen des Patienten an erster Stelle stehen, sondern die Interessen des Leistungsfinanzierers. Hinzu kommt, dass die freie Arztwahl des Patienten in der Staff-HMO eingeschränkt ist.

Group-HMO

In einer Group-HMO sind die Ärzte als Vereinigung in großen Praxen organisiert, vergleichbar mit Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen oder medizinischen Versorgungszentren, und gehen eine exklusive vertragliche Bindung mit einer bestimmten HMO ein. Die Vereinigung bezieht von der HMO Kopfpauschalen, während die Vergütungsform für die Ärzte innerhalb ihrer Vereinigung frei gestaltet werden kann. Die Ärztevereinigung wird dabei von der HMO bei administrativen Aufgaben unterstützt, weshalb die Group-HMOs im Außenverhältnis häufig wie Staff-HMOs wirken. Im Gegensatz zur Staff-HMO behalten die Ärzte ihre Selbstständigkeit. Mit 16,1 Mio. Mitgliedern sind die Group-HMOs in den USA wesentlich stärker vertreten.

Independent Practice Association

Eine noch größere Unabhängigkeit herrscht in den (IPA)-HMOs vor. Die Ärzte sind selbstständig in ihren Praxen tätig und haben auch keinen Exklusivvertrag mit nur einer HMO. Im Gegensatz zur Group-HMO kommt die Organisation der Ärzte in einer IPA-HMO eher der Bildung eines Ärzteverbands gleich, wie es von deutschen Verbänden her bekannt ist. Daher ist die IPA eine ernst zu nehmende Interessenvertretung der Ärzte gegenüber der HMO. IPA-HMOs sind in den USA am weitesten verbreitet. Der Hauptvorteil für die Versicherten liegt in der großen Auswahl an Ärzten, was gleichzeitig auch ein positiver Marketingeffekt für die HMO aus Produktsicht ist. Gleichzeitig büßt die HMO so

aber auch einen Großteil ihrer Verhandlungsmacht ein, weil die Ärzte in der IPA gut organisiert sind.

Network-HMO Eine erweiterte Form von Group-HMOs stellen die Network-HMOs dar. Ohne sich zu einem Dachverband wie bei der IPA zusammenschließen, bilden die Ärzteguppen Netzwerke und schließen Netzwerkverträge mit HMOs. Die HMOs wollen so einen größeren Einfluss auf die Leistungserbringung nehmen, wie es bei den Staff- oder Group-HMOs der Fall ist, aber gleichzeitig auch ein möglichst breites, flächendeckendes Angebot schaffen, wie bei den IPA-HMOs.

Bei den anbieterorientierten Managed-Care-Organisationen geht der Ursprung der Entstehung einer MCO von den Leistungserbringern und nicht von den Leistungsfinanzierern aus. Eine Organisationsform ist dabei die bereits vorgestellte IPA, die aber nicht automatisch mit einer HMO zusammenarbeiten muss. So kann die IPA als eigenständige MCO agieren und damit die alleinige Verantwortung für die medizinische Leistungserbringung tragen. Ein wesentlicher Bestandteil einer IPA ist daher ein professionelles Management. So hat beispielsweise die Hill Physician Medical Group, Amerikas größte IPA, eine eigene Management Organisation, welche die Ärzte in den administrativen Aufgaben unterstützt, die der einzelne Arzt mangels Zeit oder Qualifikation nicht leisten kann.

Preferred Provider Organization Die Preferred Provider Organization (PPO) ist eine weitere Konkurrenzform gegenüber arbeitgeberfinanzierten HMOs und klassischen Krankenversicherungsgesellschaften. Die PPO, als Zusammenschluss von Ärzten oder Krankenhäusern, hat dabei Direktverträge mit anderen Leistungserbringern und spezielle Verträge mit Kostenträgern geschlossen, wobei wie sonst üblich keine Kopfpauschalen gezahlt, sondern die erbrachten Einzelleistungen vergütet werden, verbunden mit Rabatten. Der Versicherte kann auch Leistungs-

erbringer wählen, die keinen Vertrag mit der PPO haben, muss dann jedoch Zuzahlungen leisten oder hat einen Selbstbehalt. Mit einem Marktanteil von 61 % sind die PPOs in den USA die derzeit erfolgreichste Managed-Care-Organisationsform. Zum einen weil sie hinsichtlich der Einflussnahme auf die Leistungserstellung gegenüber den HMOs für die Leistungserbringer das kleine Übel darstellen, zum anderen weil für den Versicherten die freie Arztwahl erhalten bleibt, auch wenn sie durch die damit verbundenen Zuzahlungen kaum genutzt wird. PPOs liegen bezüglich der Steuerungsintensität zwischen den HMOs und den klassischen Versicherungen, allerdings besitzt diese Aussage keine Allgemeingültigkeit, denn die Steuerungsintensität hängt immer von der Art und Menge der eingesetzten Managed-Care-Instrumente ab. Neben den beschriebenen Organisationsformen existieren noch eine ganze Reihe weiterer Formen, die eher am Ende ihres Lebenszyklus stehen, gerade neu entstehen oder Mischformen darstellen. Auf diese Formen wird hier jedoch nicht weiter eingegangen. Als relevant für die Integrierte Versorgung sollen abschließend noch die Integrated Delivery Systems (IDS) erwähnt werden. Ein IDS übernimmt sowohl die medizinische als auch finanzielle Verantwortung, aber auch die Koordination der Leistungen für eine zuvor definierte Bevölkerungsgruppe, über das gesamte Behandlungskontinuum hinweg und ist die somit wohl anspruchsvollste Form einer Managed-Care-Organisation. Mit Blick auf die USA kann gesagt werden, dass diese Systeme ein Idealkonzept darstellen und in der Praxis noch nicht verwirklicht wurden. [15] [16]

Integrated Delivery Systems

Die Integrierte Versorgung stellt eine Vielzahl von Anforderungen an die teilnehmenden Partner. Neben den Anforderungen an die medizinischen Leistungen und dem entsprechenden ökonomischen Know-how stellen sich vor allem auch betriebswirtschaftliche Anforderungen, angefangen

beim Organisationsmanagement bis hin zu einem Prozessmanagement, um eine reibungslose Koordination und Kooperation zu gewährleisten. Darüber hinaus ist der Einsatz von innovativen informationstechnischen Lösungen unablässig für die Kommunikationsfähigkeit. Diese Anforderungen können von keinem der klassischen Vertragspartner alleine erfüllt werden. Folglich sollte im Zentrum einer Integrierten Versorgung eine professionelle Managementstruktur mit geeignetem Personal stehen, wie es auch das Managed Care vorsieht. Idealerweise wird diese Struktur in einer eigens gegründeten Gesellschaft realisiert, beispielsweise einer HMO. Die Integrierte Versorgung kann somit idealtypisch umgesetzt werden, weil keine Rücksicht auf andere Strategien genommen werden muss und es so auch nicht zu Interessenskonflikten kommen kann. Krankenhäuser würden beispielsweise immer zuerst ihr Kerngeschäft, den stationären Bereich, im Blick haben, während Kassenärztliche Vereinigungen zu sehr auf den ambulanten Bereich, ausgerichtet wären. Krankenkassen bieten sich als Initiatoren an, wenn sie eine Dienstleistungsgesellschaft in Form einer HMO gründen, allerdings sind die rechtlichen Möglichkeiten dazu in Deutschland sehr begrenzt. Der Vorteil bei Krankenkassen als Initiator liegt darin, dass sie das Kerngeschäft gut verstehen und einen guten Zugang zum Kapitalmarkt haben. Krankenhäuser, besonders private Krankenhausketten, kommen als Initiatoren in Betracht, weil sie wie auch die Krankenkassen über ausgeprägte Managementstrukturen verfügen und darüber hinaus viel Expertenwissen über Wertschöpfungsketten und Überleitungsmanagement vorweisen können. [12]

Managed-Care Instrumente steigern Wirtschaftlichkeit und Qualität

2.3.2 Managed-Care-Instrumente

Bezüglich einer Einordnung der verschiedenen Managed-Care-Instrumente existiert keine einheitliche Klassifikation. Amelung unterscheidet beispielsweise zwischen Instrumenten, welche die Leistungsanspruchnahme, und jenen, wel-

che die Leistungserstellung steuern sollen. Andere Autoren, wie beispielsweise Rachold, erweitern diese Gliederung um Instrumente zur Verbesserung der Koordination und Kontrolle der Leistungsanspruchnahme und Instrumente der Qualitätssicherung. Instrumente zur Steuerung der Leistungserstellung bzw. zur Steuerung der Anbieterseite zielen auf das Kostenbewusstsein der Leistungsanbieter ab, um einem moralischen Fehlverhalten mit entsprechenden Vergütungsmodellen entgegenzuwirken. Der Ansatzpunkt bei den Instrumenten zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme bzw. zur Steuerung der Nachfragerseite ist im Prinzip der gleiche, nur auf den Patienten ausgerichtet, z. B. durch Selbstbeteiligungen. Eine Einordnung der für die Integrierte Versorgung relevanten Managed-Care-Instrumente in diese beiden Kategorien, wie Amelung sie vornimmt, erscheint jedoch nicht praktikabel. Managed-Care-Instrumente, die im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung auf den Behandlungsverlauf des Patienten ausgerichtet sind, steuern weder ausschließlich die Anbieterseite noch die Nachfrageseite, sondern zielen auf eine Verbesserung der Koordination zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität gleichermaßen. Zu den hier relevanten Managed-Care-Instrumenten zählen daher im Einzelnen das Gatekeeping, das Utilization Management, das Disease Management und das Case Management. Während die Integrierte Versorgung den institutionellen Rahmen darstellt, spricht die Hardware, verhalten sich die Managed-Care-Instrumente dazu wie die passende Software. [15] [17]

Hausarztmodell

2.3.2.1 Gatekeeping

Das Instrument des Gatekeeping, welches auch unter dem Begriff Hausarztmodell oder hausarztzentrierte Versorgung bekannt ist, sieht vor, dass der Patient im Krankheitsfall immer zuerst seinen, durch ihn vorab persönlich bestimmten, Allgemeinarzt aufsucht. Da der Allgemeinarzt die erste

Person ist, zu welcher der Patient mit seinem Eintritt in die Gesundheitsversorgung Kontakt aufnimmt, wird er auch als Gatekeeper bezeichnet. Ausgenommen von dieser Erstkontaktregelung sind Notfälle und einige vorab definierte Leistungsbereiche, wie z. B. Leistungen von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten. Der Versicherte verzichtet dabei auf seine freie Arztwahl und überlässt seinem Hausarzt die Entscheidung, ob dieser die Leistung erbringen kann oder ein entsprechender Facharzt oder ob sogar eine Krankenhauseinweisung notwendig ist. Der Gatekeeper koordiniert den gesamten sektorenübergreifenden Behandlungsverlauf und minimiert in seiner Lotsenfunktion eine Überversorgung in Form von unnötigen, teuren fachärztlichen oder stationären Leistungen.

Lotsenfunktion Es werden zwei Formen des Gatekeeping unterschieden. Zum einen gibt es den einfachen Gatekeeper, wobei der Hausarzt lediglich als eine Art „Schleusenwärter“ fungiert. In der Regel wird er nach Einzelleistungen vergütet und übernimmt nur die Steuerung des Patienten und Überwachung der Behandlungsabläufe. Zum anderen existiert der per Kopfpauschale vergütete „Capitated Gatekeeper“, wobei der Hausarzt auch ein finanzielles Risiko trägt. Hier kann der Hausarzt entweder einen Teil des Risikos tragen, wenn er nur für seine eigenen ärztlichen Leistungen finanziell verantwortlich ist, oder auch das volle Risiko, wenn er die finanzielle Verantwortung für alle medizinischen Leistungen trägt. Letzteres ist allerdings nur in der Theorie denkbar, denn in der Praxis wäre das Risiko für den einzelnen Arzt zu hoch. Einige wenige schwer kranke Patienten könnten sonst den finanziellen Ruin für den Arzt bedeuten. Daher ist es in der Regel so, dass ein schwer kranker Versicherter aus dem finanziellen Verantwortungsbereich des Arztes herausfällt, wenn ein gewisses Budget überschritten wird.

Präventive Aspekte

Hinsichtlich der Wirkungsweise des Gatekeeping ist umstritten, ob es tatsächlich zu einer Senkung der Kosten führt. In einem Modellprojekt der Schweiz, der Hausarztmodell-Studie Aarau, konnten zwar Kosteneinsparungen von 10-20 % im Vergleich zur Versorgung herkömmlicher Versicherter festgestellt werden, allerdings konnte das Zustandekommen dieser Kosteneinsparungen nicht vollständig erklärt werden. Aus qualitativen Gesichtspunkten stellt das Gatekeeping jedoch durchaus eine Verbesserung der klassischen Versorgung dar, denn im Sinne einer Integrierten Versorgung wird die isolierte Behandlung des Patienten durch eine kontinuierliche Betreuung durch den Gatekeeper ersetzt, wobei nicht mehr nur die Kuration im Vordergrund steht, sondern es auch eine Rolle spielt, wenn der „Capitated Gatekeeper“ ein finanzielles Interesse daran hat, dass seine Patienten möglichst gesund sind und so geringere Kosten verursachen. [15]

Die hausarztzentrierte Versorgung

In Deutschland ist die hausarztzentrierte Versorgung bereits ein fester Bestandteil der Versorgung. Die gesetzlichen Bestimmungen zur hausarztzentrierten Versorgung sind in § 73b SGB V geregelt und verpflichten die Krankenkassen dazu, ihren Versicherten einen speziellen Hausarzttarif anzubieten. Die Teilnahme der Versicherten bleibt dabei jedoch freiwillig.

Einsatz von Leitlinien

2.3.2.2 Disease Management

Das Disease Management ist neben dem Gatekeeping ein weiteres Instrument zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme, baut dabei aber auf Leitlinien auf. Lauterbach definiert das Disease Management als „eine medizinische Versorgungsform, mit der durch den Einsatz von Leitlinien zur Prävention und Behandlung von einer Krankheit oder eines Symptomkomplexes die durch diesen bedingten Beeinträchtigungen, gemessen an der Lebenserwartung und Lebensqualität, in einer Population reduziert werden sollen.“

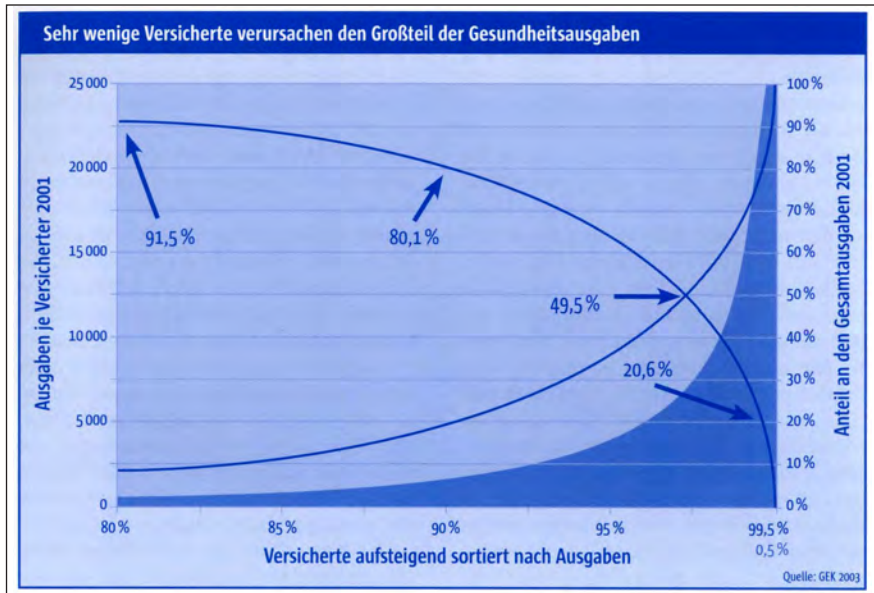


Abb. 3: Kosten unterschiedlicher Versichertengruppen

Dabei werden die Entwicklung und die Umsetzung von Leitlinien unterstützt durch die Methoden des umfassenden Qualitätsmanagements.“ [18] Im Rahmen dieses Krankheitsmanagements sollen Konzepte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung einer Patientengruppe mit einer bestimmten chronischen Erkrankung entwickelt und umgesetzt werden. [17]

Chronisch Kranke – Großteil der Ausgaben

Chronisch Kranke machen nur einen kleinen Teil der Versicherten aus, verursachen aber einen Großteil der Ausgaben der Gesundheitsversorgung. Es kann gesagt werden, dass ca. 2,5 % der Versicherten fast 50 % der gesamten Gesundheitsausgaben und sogar ca. 0,5 % der Versicherten mehr als

20 % der gesamten Gesundheitsausgaben verursachen, wie die Abbildung 3 zeigt. [2]

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006 verursacht beispielsweise die Gruppe der Herz-Kreislauf-Leidenden, im Einzelnen heißt dies koronare Herzkrankheit und akuter Schlaganfall, die insgesamt höchsten Behandlungskosten, siehe Abbildung 4. [19]

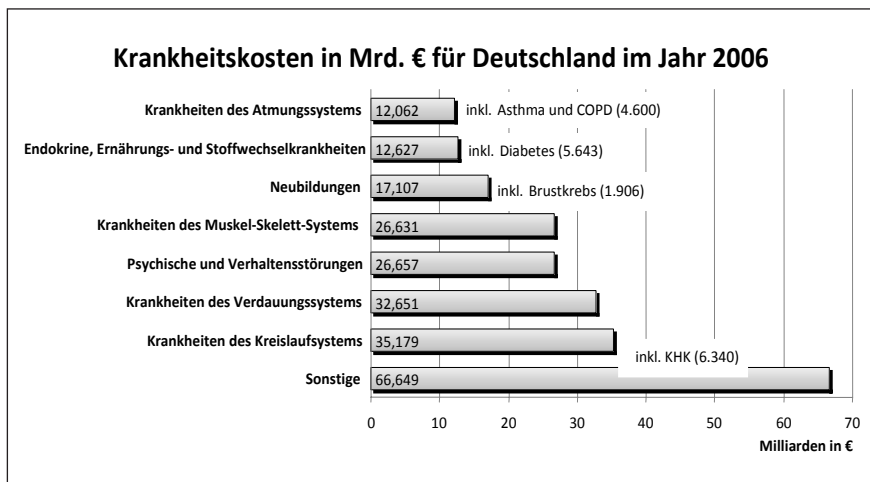


Abb. 4: Krankheitskosten inkl. DMP-Erkrankungen

Standardisierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

Chronische Krankheiten wie die koronare Herzkrankheit verlangen daher nach einer koordinierten und qualitätsgesicherten Behandlung und Betreuung der Patienten, um die Behandlungskosten senken zu können. Dies soll durch strukturierte Behandlungsprogramme erreicht werden. Durch die „systematische, integrierte, evidenzbasierte, langfristige Versorgung von identifizierbaren Risikogrup-

pen“ von chronisch Kranken soll einer ansonsten episodischen, fragmentierten Versorgung mit der damit verbundenen Unter-, Über- oder Fehlversorgung entgegengewirkt werden. Letztlich soll eine Verhaltensänderung der Leistungserbringer, die sich an die strukturierten Behandlungsprogramme halten sollen, und eine Verhaltensänderung der Patienten erzielt werden, deren Compliance, sprich Mithilfe am Behandlungsprozess, äußerst wichtig ist. Dabei wird die Annahme getroffen, dass jede Krankheit einen erkennbaren Lebenszyklus mit einer ökonomischen Struktur hat, sodass die Erfahrungen aus dem Qualitätsmanagement von industriellen Wertschöpfungsprozessen auf die Gesundheitsversorgung übertragen werden können.

Disease-Management-Programme (DMP) können im Prinzip als Standardisierung von ausgewählten Behandlungsabläufen beschrieben werden, wobei sie auch lediglich den Standardfall abbilden. Falls es medizinisch nötig sein sollte, kann der Arzt von dieser Standardvorgehensweise auch abweichen, seine Therapiefreiheit ist nicht eingeschränkt, es werden lediglich Empfehlungen gegeben.

Unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Inhalte eines Behandlungsprogramms im § 137f SGB V können die Krankenkassen Behandlungsprogramme entwickeln und nach Zulassung durch das Bundesversicherungsamt DMP-Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. Bis Ende März 2009 waren insgesamt 14.810 Programme mit mehr als 5,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten zugelassen. Derzeit gibt es in Deutschland für jede der folgenden sechs Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme: Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. [20]

Weitere DMPs, z.B. für Rückenleiden, Depression oder ähnliche, häufige, kostenintensive Krankheiten, sind denkbar, sofern diese gut erforscht sind und evidenzbasierte Behandlungsprotokolle vorliegen, sodass strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden können. Strukturierte Behandlungsprogramme ermöglichen eine ineinander greifende Betreuung des chronisch kranken Patienten, eine sektorenübergreifende Verbesserung der Kommunikation und eine Verbesserung der Versorgungsqualität über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg. Somit dienen DMPs als wesentliches Instrument bei der Gestaltung einer Integrierten Gesundheitsversorgung. [15]

2.3.2.3 Case Management

Sektoren- übergreifende Patienten- steuerung für kostenintensive Einzelfälle

Im Gegensatz zum Disease Management, bei dem der Fokus auf ganze Patientengruppen einer bestimmten Indikation ausgerichtet ist, steht beim Case Management der Einzelfall im Fokus. Case Management ist die einzelfallbezogene professionelle Steuerung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Wie auch das Disease Management richtet sich das Case Management dabei an chronisch Kranke und multimorbide Patienten, die trotz ihrer geringen Anzahl einen Großteil der Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Neben den klassischen kostenaufwendigen Indikationen, für die auch DMPs entwickelt wurden, kommt das Case Management vor allem auch bei überlangen Liegezeiten, gescheiterten und wiederholten chirurgischen Eingriffen sowie bei Fallkosten, die bestimmte kritische Werte übersteigen, zum Einsatz.

Case Manager

Die Einzelbetreuung wird von einem Case Manager übernommen. Case Manager sind in der Regel ausgebildete Pflegepersonen und werden von Leistungserbringern, meistens in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen, beschäftigt. Sie können aber auch bei einer

Versicherung oder einer HMO beschäftigt sein. Ein Case Manager hat die Aufgabe, den Patienten in seinem Krankheitsverlauf steuernd zu begleiten und die verschiedenen Versorgungsschritte zu koordinieren, damit ein größtmöglicher medizinischer und ökonomischer Nutzen erreicht wird. Dabei betreut er den Patienten bei der medizinischen Behandlung, auch in psychologischer Hinsicht, und berät ihn außerdem bei finanziellen und berufsbezogenen Problemen während der Erkrankung. Case Manager sind in gewisser Weise einem Gatekeeper ähnlich, weil sie beide die Patientenkarriere über die Versorgungsbereiche hinweg koordinieren, jedoch unterscheiden sie sich im Wesentlichen dadurch, dass der Case Manager lediglich eine den Patienten unterstützende Funktion hat, während der Gatekeeper selber Behandlungen durchführt, Diagnosen erstellt Medikamente verschreibt und einen medizinischen Behandlungsplan entwickelt. Somit kann der Hausarzt als Gatekeeper zwar die Aufgaben eines Case Managers zum Teil übernehmen, aber nicht umgekehrt. Wenn der Hausarzt die Koordination aller medizinischen Versorgungsprozesse des Patienten übernimmt, ist auch die Rede vom Primary Care Case Management. [21]

Behandlungspfade

Neben der allgemeinen Unterstützung für den Patienten soll durch die behandlungsbegleitende Kommunikation vor allem die Compliance des Patienten sichergestellt werden. Darüber hinaus steht der Case Manager in Kommunikation mit den Leistungserbringern und ist somit eine Schnittstelle zwischen Arzt und Patient und über gestellte Diagnosen, Behandlungsschritte und mögliches Behandlungsergebnis informiert, sodass er im Bedarfsfall auch eine zweite Meinung einholen kann. Im Krankenhaus koordiniert er die Entlassung des Patienten und hat Kontakt zu Transportdiensten und Pflegediensten, um im Rahmen der Entlassungsplanung die Verweildauer kurz zu halten. In der nachgeordneten

Heimpflege beauftragt er den Pflegedienst und koordiniert den Einsatz von medizinischem Gerät hinsichtlich Verwendungszweck, Qualität und Kosten. Zur Ablaufplanung der Patientenversorgung sind dabei Behandlungspfade ein wesentlicher Bestandteil des Case Managements, mit dem Ziel, den Ressourceneinsatz und die Zeitverzögerungen zu minimieren. Um eine sektorenübergreifende Patientensteuerung zu gewährleisten, kann das Case Management unter dem Einsatz Integrierter Behandlungspfade ein effektives Managed-Care-Instrument zur Realisierung einer Integrierten Versorgung sein. Besonders im Hinblick auf die Steuerung und Kontrolle kostenträchtiger Behandlungsverläufe chronisch kranker Patienten.

2.3.2.4 Utilization Management

Qualitative und quantitative Begutachtung medizinischer Leistungen

Eine noch restriktivere Form zur Steuerung der Leistungserstellung stellt das Utilization Management dar. Dabei wird die Angemessenheit von medizinischen Leistungen beurteilt, indem die Leistungserbringer durchgeführte und geplante Leistungen externen Gutachtern offenlegen müssen. Die Leistungserbringer verlieren dadurch teilweise ihre Diagnose- und Therapiefreiheit. Die Überprüfung kann entweder prospektiv oder retrospektiv durchgeführt werden und wird dementsprechend auch als Utilization Preview oder Review bezeichnet. Dabei gibt es in der Praxis eine Vielzahl von Unterformen. Bei einer Preadmission Certification muss beispielsweise vorab eine Genehmigung vom Kostenträger eingeholt werden. Ein Second-Opinion-Programm schreibt das Einholen einer zweiten Meinung bei bestimmten Diagnosen vor. Hingegen können bei einer Review die Abrechnungen der Leistungserbringer oder medizinische Unterlagen ausgewertet werden, wie es beispielsweise in Form der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Heilmitteln in der Praxis durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auch durchgeführt wird.

Instrument zur Kostenkontrolle Auf der einen Seite stellt Utilization Management eine bedeutende Möglichkeit zur Steuerung und Kontrolle der Leistungserbringung dar. Es ist dabei in erster Linie ein Instrument zur Kostenkontrolle, auch wenn vonseiten der Leistungsfinanzierer häufig eingebracht wird, dass durch die systematische Überprüfung medizinischer Leistungen auch die Qualität verbessert wird. Auf der anderen Seite führt es zu einer enormen Bürokratisierung weil der Arzt sich ständig rechtfertigen muss. Noch stärker als durch Leitlinien führt es aber zu einer „Kochbuch-Medizin“ ohne Berücksichtigung individueller Besonderheiten.

Das Peer Review setzt den Fokus dagegen mehr auf Lerneffekte und weniger auf Kontrollaspekte. Dabei werden individuelle Praxisfälle mit Fachkollegen analysiert, wobei durch die entstehende Diskussion ein Verbesserungsprozess in Gang gesetzt werden soll. [15]

2.4 Populationsorientierte Integrierte Versorgungsmodele

Bevölkerungsbezogene Versorgung hat Interesse an Gesunderhaltung Der Gesetzgeber fordert für die Verträge zur Integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung. Dabei gibt es grundsätzlich zwei unterschiedliche Möglichkeiten. Entweder die Versorgung bezieht sich auf einzelne, ausgewählte Indikationen, z. B. Diabetes mellitus, und ist somit indikationsbasiert, oder die Versorgung bezieht sich unabhängig von der Indikation auf eine regional abgegrenzte Bevölkerungsgruppe und ist somit populationsbasiert. Indikationsbasierte Modelle schaffen für das ausgewählte Krankheitsbild eine sektorenübergreifende Versorgungskette und erfüllen dadurch eine wesentliche Forderung der Integrierten Versorgung. Populationsorientierte Modelle gehen aber noch einen Schritt weiter. Der Vorteil der populationsorientierten Versorgung liegt dabei vor allem darin, dass die Versorger ein wesentliches

Interesse an der Gesunderhaltung der betreuten Bevölkerungsgruppe haben, denn sie tragen nicht nur die medizinische Verantwortung und handeln somit aus moralischen Gründen, sondern auch aus monetären Gründen, denn sie tragen über ein Budget auch die finanzielle Verantwortung.

Daher können indikationsorientierte Versorgungsmodelle eher als Vorstufe einer vollumfänglichen Integrierten Versorgung oder als Bestandteil dieser im Rahmen eines Disease Managements gesehen werden. Im Folgenden sollen ausgewählte herausragende populationsorientierte Versorgungsmodelle vorgestellt und vergleichend gegenübergestellt werden, um Erfolgsfaktoren für die weitere Entwicklung von IV-Modellen zu identifizieren.

2.4.1 Prosper

Lotse und Gesundheitsbuch

Das Prosper-Netz besteht aus insgesamt vier Vollversorgungsnetzen mit ca. 110.000 Versicherten, ca. 1.000 niedergelassenen Ärzten und sechs Krankenhäusern. Beispielsweise werden im Netz Bottrop 21.000 teilnehmende Versicherte durch 78 Netzärzte und ein Knappschafts Krankenhaus mit angeschlossener Rehabilitationseinrichtung versorgt. Charakteristisch für das Prosper-Netz ist, dass der Hausarzt der Lotse im Versorgungssystem und dabei in alle Behandlungsschritte eingebunden ist. Der Patient erhält ein Gesundheitsbuch, welches die Krankengeschichte, Medikationsverordnungen, Überweisungen und zusätzliche Patienteninformationen enthält. Bislang handelt es sich dabei um einen Papierordner, langfristig ist aber eine elektronische Patientenakte geplant. Die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten erfolgt in Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln und Netzwerkkonferenzen über Therapie- und Medikamentenempfehlungen. Koordiniert werden diese Zusammentreffen über einen Netzvorstand, der aus Vertretern der jeweiligen Teilnehmer besteht (niederge-

lassene Ärzte, Krankenhausärzte, Knappschaft, Bundesverband). Zu den bisherigen Erfolgen des Systems werden die folgenden Punkte gezählt: Die stationäre Behandlung kann schneller beginnen, weil nötige Voruntersuchungen bereits ambulant erbracht wurden. Durch die gute Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten sowie die gute Kommunikation zu den Spezialisten im Krankenhaus kommt es seltener zu Krankenhauseinweisungen. Die Größe des Versorgungsnetzes schafft Interesse für Anbieter von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und anderen Medizinprodukten. Dadurch ergeben sich Einsparungen über Einkaufsmodelle und Rabattverträge.

Das Verbundsystem der Knappschaft

Das Verbundsystem der Knappschaft profitiert von den historischen Strukturen der Krankenkasse. Durch das hausärztlich ausgerichtete Knappschaftsärztsystem stehen die Allgemeinmediziner in einem besonderen Vertragsverhältnis. Während in anderen Versorgungsmodellen Ärztenetze die Initiatoren für das IV-Projekt sind, steht das Ärztenetz im Prosper-Verbund, ebenso wie die Krankenhäuser, unter Leitung des Kostenträgers. Die Koordination erfolgt dabei über den Kostenträger und dürfte deshalb vergleichsweise einfacher sein, als in anderen Versorgungsmodellen. Der Kostenträger übernimmt somit im Prinzip die Funktion einer zentralen Managementgesellschaft. Neben dem eigenen Ärztenetz und den eigenen Krankenhäusern verfügt der Verbund auch über eigene Reha-Kliniken, somit sollte eine sektorenübergreifende Versorgung und eine abgestimmte Behandlung einfacher umzusetzen sein als in Modellen, in denen die Vertragspartner nicht unter einheitlicher Führung stehen. Darüber hinaus wird im Prosper-Verbund bereits aktiv an einer elektronischen Patientenakte gearbeitet, als Instrument für eine sektorenübergreifende digitale Kommunikation. [2] [22]

2.4.2 OPTI-MuM

Das Netz „Medizin und Mehr“ ist ein Verbund aus 60 Ärztinnen in 38 Praxen, die ca. 21.000 Versicherte (BKK, IKK) in Kooperation mit dem regionalen Lukaskrankenhaus versorgen. Ursprünglich wurde das Netz als Honorarnetz im Rahmen der Modellversuche gegründet. Im April 2005 wurde unter dem Namen „OPTI-MuM“ ein Vertrag zur Integrierten Versorgung unterzeichnet. Bestandteil des Vertrags ist die Übernahme der finanziellen Verantwortung mit dem Ziel, dass Kosten bis zu einem Grenzwert von 20.000 € pro Einzelfall von dem System OPTI-MuM getragen werden. Beträge, die darüber hinausgehen, sind jedoch durch die Krankenkassen rückversichert. Aus dieser Risikoübernahme resultiert eine stark präventive Ausrichtung des Leistungsangebots. Insgesamt gibt es bislang 20 meist indikationsbezogene Angebote für die eingeschriebenen Versicherten, außerdem vier Programme für Kinder.

Das Gesundheitsprojekt der Region Bünde

Der Hausarzt ist im OPTI-MuM-Modell der Case Manager des Behandlungsprozesses. Das Management und Controlling wird von der Forum Dienste GmbH übernommen, die sich zu 50 % durch 40 Netzärzte als Gesellschafter finanziert. Darüber hinaus verwaltet die Gesellschaft das Forum für Gesundheit, betreibt das Marketing, organisiert eine Qualitätsmanagement-Zertifizierung und erfüllt allgemeine betriebswirtschaftliche Aufgaben. In dem Gebäude „Forum für Gesundheit“ werden die folgenden Leistungen erbracht: Krankengymnastik, Physiotherapie, individuelle Gesundheitsleistungen in der privatärztlichen Apparategemeinschaft und ein Notdienst in der zentralen Notfallpraxis für Abend- und Nachtstunden, an Wochenenden und Feiertagen. Der Umfang der Integrierten Versorgung wird bei näherer Betrachtung der jeweiligen Projekte deutlich, beispielsweise am Projekt Wundmanagement. Organisiert wird das Wundmanagement durch eine Steuerungsgruppe, beste-

hend aus Pflegedienst, Pflegedienstleitung, niedergelassenen Ärzten, Ärzten des Krankenhauses und einem Controller des Krankenhauses. Es existiert ein Case Manager, der das Überleitungsmanagement zwischen ambulantem und stationärem Bereich koordiniert. Ein Praxisverbund von sechs Praxen, die als primäre Anlaufstelle dienen, bildet eine virtuelle Wundambulanz. Die Praxen sind mit dem Krankenhaus zur Dokumentation der Behandlung chronischer Wunden informationstechnisch vernetzt. Ergänzend gibt es für die Beteiligten Schulungsmaßnahmen für einen einheitlichen und aktuellen Wissensstand. Im Ergebnis des Wundmanagements sind kürzere und weniger Krankenhausaufenthalte und verkürzte Behandlungszeiten ambulanter Fälle zu messen.

Hausarzt als Case Manager

Das Versorgungsmodell OPTI-MuM zeichnet sich dadurch aus, dass es eine Managementgesellschaft besitzt, die Forum Dienste GmbH. Wie der Name allerdings bereits impliziert, ist die Managementgesellschaft hier eher ein Dienstleister und weniger für die Steuerung des Versorgungsmodells verantwortlich. Deutlich wird dies auch mit einem Blick auf das Organigramm des Ärztenetzes MuM, welches ein Lenkungsgremium für die Unternehmensstrategie verantwortlich zeichnet. Da die Ärzte allerdings Gesellschafter der Managementgesellschaft sind und auch einen Sitz im Lenkungsgremium haben, ist die Managementgesellschaft eher indirekt in einer Lenkungsposition. Positiv kann weiterhin erwähnt werden, dass im Versorgungsmodell Steuerungsinstrumente des Managed Care Verwendung finden. Zum einen durch ein Capitation-System, wodurch Budgetverantwortung übernommen wird und somit auch ein finanzielles Interesse an der Gesunderhaltung der Patienten besteht, zum anderen fungiert der Hausarzt als Case Manager, der den Behandlungsverlauf des Patienten sektorenübergreifend steuern soll. Mit nur ca. 21.000 Versicher-

ten ist das OPTI-MuM-Modell eher ein kleines Versorgungsmodell, dennoch zählt es zu den fortschrittlicheren im deutschen Raum und kann auf eine lange Entwicklungsgeschichte zurückblicken. [2] [23]

Das IV-Modell in Baden- Württemberg

2.4.3 Gesundes Kinzigtal

Im südbadischen Kinzigtal wird die medizinische Versorgung für ca. 30.000 AOK-Versicherte von 65 niedergelassenen Haus- und Fachärzten und sechs Kliniken gewährleistet, die über die IV-Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH einen IV-Vertrag mit der AOK und LKK Baden-Württemberg geschlossen haben. Weitere Krankenhäuser und auch Apotheken sind über Qualitäts- und Leistungspartnerschaftsverträge ebenfalls beteiligt. Anteilseigner der Managementgesellschaft sind zu 66,6 % das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. und zu 33,4 % die OptiMedis AG. Während das Ärztenetz die medizinische Kompetenz in die Partnerschaft mit einbringt, sind die Kernkompetenzen der IV-Unterstützungsgesellschaft die Investitionsfähigkeit sowie ihre Managementleistungen. Zur Finanzierung des IV-Vertrags nach Ende der Anschubfinanzierung wurde von der Gesundes Kinzigtal GmbH mit den beteiligten Krankenkassen ein Einsparcontracting auf neun Jahre vereinbart, d. h. die Managementgesellschaft erhält eine Vorabfinanzierung, muss diese im Nachhinein aber wieder ausgleichen. Der Patient wählt bei seiner Einschreibung einen Primärarzt, der besondere koordinierende Aufgaben übernehmen kann. Dabei profitiert der Patient in erster Linie von verschiedenen präventiven Gesundheitsprogrammen, z. B. Gesundheitsförderung im Alter oder Bewegungs- und Ernährungsprogramme, und einer besseren zeitlichen Zuwendung durch die Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft erhält von den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben die operativen Versicherungendaten von allen Versicherten in anonymisierter Form

sowie die der eingeschriebenen Versicherten auch in offener Form. Durch die Verfügbarkeit dieser Daten wird ein Case Management möglich, weil kostenintensive Behandlungsfälle identifiziert werden können. Darüber hinaus wurde mit dem Integralen Befundsystem ibs2 der Firma On-Lab eine Softwareplattform gefunden, um jeden Leistungserbringer innerhalb und außerhalb des Kinzigtals informationstechnisch zu integrieren. Leistungserbringer können über das System Daten abrufen und Informationen einstellen, sodass eine digitale Patientenakte möglich wird. Der Austausch der Daten erfolgt dabei über das Rechenzentrum der Firma On-Lab und funktioniert ähnlich wie bei E-Mail-Programmen. Der Leistungserbringer kann unabhängig von seinem vorhandenen EDV-System direkt aus der Patientenkartei Arztbriefe versenden und diese mit Befunddaten und anderen Anhängen versehen.

Das IV-Modell „Gesundes Kinzigtal“ erfüllt bereits nennenswerte Aspekte einer umfassenden Integrierten Versorgung, darunter eine eigene Managementgesellschaft für die organisatorischen Versorgungsaspekte und die Basis einer informationstechnologischen Vernetzung. Andere Aspekte sind allerdings eher rudimentär vorhanden oder befinden sich noch im Aufbau. Fraglich ist z. B., inwieweit eine elektronische Patientenakte oder ein Case Management bereits verwirklicht sind. Allerdings kann durch die Beteiligung der OptiMedis AG auf ein entsprechendes Versorgungsmanagement-Know-how zurückgegriffen werden. So zählt die Entwicklung regionaler Integrierter Vollversorgungssysteme zum Schwerpunkt der OptiMedis AG, die an mehreren regionalen Managementgesellschaften beteiligt ist. Die Größe des Versorgungsgebiets ist mit ca. 30.000 Versicherten eher klein. Dennoch lässt sich das Modell als eines der fortschrittlicheren im deutschen Gesundheitswesen bezeichnen. [2] [24]

2.4.4 Modell Herdecke Plus

Das „Modell Herdecke Plus Integrierte Gesundheitsversorgung AG“ ist ein Projekt zur Entwicklung einer populationsorientierten Integrierten Versorgung im Kreis Herdecke und wurde im Oktober 2007 gegründet. Im Zentrum des Modells steht die Managementgesellschaft Modell Herdecke Plus Integrierte Gesundheitsversorgung AG, welche für die Organisation der IV zuständig ist. Die Aktionäre der Managementgesellschaft sind die beteiligten Leistungserbringer, im Einzelnen sind dies ca. 100 niedergelassene Ärzte, das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke sowie ambulante Pflegedienste. Weitere Partner in dem Projekt sind die Universität Witten/Herdecke, der Verband der Angestellten Krankenkassen Siegburg und die KVWL Dortmund. Ziel des Projekts ist die vollständige medizinische Versorgung der Patienten in der Region Herdecke unter Übernahme der finanziellen Verantwortung mit allen Risiken. Die Prävention der Versicherten soll daher eine große Rolle bei der Versorgung spielen. Im Rahmen des Projekts sollen sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen und -prozesse geschaffen und dafür in einem ersten Schritt drei Integrierte Versorgungspfade für größere Versicherten- bzw. Krankheitsgruppen entwickelt werden. Die Managementgesellschaft soll ein Dienstleister für die Leistungserbringer sein und alle wesentlichen administrativen Ressourcen zur Verfügung stellen, im Einzelnen sind dies: Marketing, Vertrieb, Öffentlichkeitsarbeit, Finanzen, IT, Qualitätsmanagement, Rechtsabteilung, Controlling, Fort- und Weiterbildung und Beschaffung.

Ein populationsbezogenes IV-Projekt im Kreis Herdecke

Das Modell Herdecke Plus ist noch recht jung, und wesentliche Bestandteile befinden sich noch in der Entwicklung, weshalb eine Bewertung nur eingeschränkt vorgenommen werden kann. Auch hier steht wieder eine Managementgesellschaft im Zentrum. Ungewöhnlich ist jedoch die aktive

Beteiligung einer Kassenärztlichen Vereinigung. Da das Modell Herdecke Plus allerdings als Capitation-Modell geplant ist und die neu gegründete Managementgesellschaft Budgetverantwortung übernehmen soll, kann ein Einbeziehen der KV durchaus Sinn machen, weil die KV hier ihr Abrechnungs-Know-how mit einbringen kann. Darüber hinaus kann die KV mit ihren Managementkompetenzen beim Aufbau der Versorgungsstrukturen helfen. Vielversprechend sind auch die Integrierten Versorgungspfade, die das Kernstück des Versorgungsmodells sind. Da diese jedoch erst von der Universität Witten/Herdecke entwickelt werden müssen und es sich anfänglich nur um drei Pfade handelt, bleibt abzuwarten, welchen Praxisnutzen diese mit sich bringen.

Vollumfängliche Integrierte Versorgung in New York City

2.4.5 Montefiore

Im Vergleich zu den noch recht jungen deutschen Integrierten Versorgungsmodellen, soll diesen eines der ältesten amerikanischen Modelle gegenübergestellt werden. Die Montefiore Gruppe übernimmt im Raum New York City – Bronx die medizinische Versorgung von jährlich ca. 87.000 stationären und 2,2 Millionen ambulanten Patienten. Montefiore wurde ursprünglich als Heim für chronisch Kranke im Jahre 1884 gegründet. Mit dem Aufbau einer Vollversorgungsstruktur wurde Ende der 80er-Jahre begonnen. Zum Leistungsumfang gehören Prävention, Primärversorgung, Akutversorgung und Langzeitpflege. Die Versorgung beginnt bereits im Rahmen der primärärztlichen Versorgung durch das Montefiore School Health Program, bei dem 16 an regionale Schulen angebundene Gesundheitszentren die allgemeinmedizinische, zahnärztliche und psychische Versorgung von ca. 20.000 Schülern übernehmen. Dabei wird auch auf Aspekte der Prävention Wert gelegt, was sich unter anderem durch die Förderung von Projekten zur gesundheitsbewussten Ernährung zeigt. Die primärärztliche und

fachärztliche Versorgung der übrigen Bevölkerung wird von den Versorgungszentren der Montefiore Medical Group, vergleichbar mit deutschen medizinischen Versorgungszentren, und von den vier Krankenhäusern, dem Moses, dem Weiler, dem North und dem Children's Hospital getragen. Abgerundet wird das Versorgungsspektrum durch die ambulante Pflege der Montefiore Home Care und das Rehabilitationszentrum im Weiler-Krankenhaus. In der Montefiore Gruppe sind 1.650 Ärzte, darunter 400 Primärärzte, in Form einer IPA organisiert und übernehmen im Rahmen des Managed Care das finanzielle Risiko und die medizinische Verantwortung über 179.000 teilnehmende Patienten. Die Patienten profitieren dabei von verschiedenen Disease-Management-Programmen.

Kontinuierliche, lebenslange, patientenbezogene Datenspeicherung

Um dieses komplexe Versorgungssystem zu unterstützen, wurde von Montefiore ein klinisches Informationssystem entwickelt, welches eine kontinuierliche, lebenslange, patientenbezogene Datenspeicherung ermöglicht. Zu dem System gehören ein Online-Pharmaziesystem, die Online-Verschreibung von Arzneimitteln und Untersuchungen, Allergie- und Medikamentenverträglichkeitsprüfungen, das Speichern und Abrufen von Laborbefunden, Radiologiebefunden und nuklearmedizinischen Befunden sowie ein drahtloses Netzwerk zur Kommunikation zwischen den Ärzten bis hin zum Patientenbett, zu jederzeit an jedem Ort in den Krankenhäusern. Um die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in der Montefiore-Gruppe zu erleichtern, wurde eine Regional Health Information Organisation (RHIO) in der Bronx gegründet, welche den Austausch von Patientendaten zwischen den regionalen Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen ermöglichen soll. Das Bronx RHIO wurde im Juli 2008 in Betrieb genommen und vernetzt seitdem 55 aktiv teilnehmende Leistungserbringer, während 70 weitere passiv Einblick in die

Patientendaten nehmen können. Insgesamt sind durch das RHIO über 80 % der Leistungserbringer in der Bronx verbunden.

Montefiore kann mit seiner Gründung im Jahre 1884 auf eine lange Geschichte zurückblicken und zählt zu einem der ältesten und gleichzeitig auch innovativsten Integrierten Versorgungssysteme in den USA. Dabei sind alle denkbaren Sektoren in die Versorgung einbezogen, ausgezeichnet durch eine enge Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie einer nachgeordneten Versorgung durch Rehabilitation und Pflege. Ein professionelles Management und ein Informationssystem, welches alle Leistungserbringer miteinander verknüpft, runden das Bild ab. Die Managementstruktur unter Verwendung innovativer Informationssysteme ist dabei von wesentlicher Bedeutung. Von Montefiore wurden in den letzten 10 Jahren 950 Mio. \$ in den Aufbau seiner Strukturen investiert, davon alleine 150 Mio. \$ in die benötigte Informationstechnologie. Hauptteil dieser aufgebauten Struktur ist beispielsweise die Tochtergesellschaft Montefiore Emerging Health, welche IT-Lösungen für Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren und IV-Netzwerke anbietet. Zu dem breiten Angebotsspektrum zählen ein elektronisches Verordnungsmanagement über drahtlose Handheld-Technologien ebenso wie die Bereitstellung einer modernen Netzwerk- und Kommunikationsinfrastruktur mit angeschlossenen Server- und Datenzentren. So betreibt Montefiore Emerging Health seit Kurzem einen Teil des IT-Netzwerks des North Shore Long Island Jewish Health System, bestehend aus 15 Krankenhäusern, 17 Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen. Dazu gehört beispielsweise, dass in dem Emerging Health Data Management Center Patientendaten gespeichert werden, die einer elektronischen Patientenakte dienen. [2] [25]

3 Erfolgsfaktoren einer IV

Der Begriff der Erfolgsfaktoren hat seinen Ursprung im strategischen Management. Nach Bea/Haas handelt es sich bei strategischen Erfolgsfaktoren um „erfolgsrelevante Stärken und Schwächen einer Unternehmung“. Wird der Begriff der Erfolgsfaktoren auf das Gesundheitswesen angewandt, in dem das Modell der Integrierten Versorgung die Unternehmung repräsentiert, so verfügt die IV über erfolgsrelevante Stärken, wenn sie die folgenden Anforderungen erfüllt: Sie muss sich konsequent an den Patientenwünschen orientieren, damit die Versorgungsqualität gesteigert werden kann, und einen Innovationsvorsprung gegenüber der Regelversorgung aufweisen, der zu einer wirtschaftlicheren Versorgung führt. [26]

Kooperation – Koordination – Kommunikation

In dem zukünftigen Leistungserstellungsprozess der Integrierten Versorgung wird das gesamte Dienstleistungsspektrum durch ein Netzwerk von niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten, Kliniken, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsfachberufen erbracht, in dem der Patient im Mittelpunkt steht. Daraus ergibt sich der Bedarf einer optimalen Kooperation zwischen den einzelnen Leistungserbringern und einer optimalen Koordination der Behandlung entlang des Versorgungskontinuums. Als Voraussetzung für diese beiden Faktoren kann ein dritter Faktor identifiziert werden, die Kommunikation. Ohne eine reibungslose, schnelle und fehlerfreie Kommunikation sind eine Kooperation und eine Koordination nicht zu optimieren. In diesem Zusammenhang bekommt die Informations- und Kommunikationstechnologie eine zentrale Bedeutung. Sie schafft den Innovationsvorsprung gegenüber der Regelversorgung.

Die Beispiele zur populationsorientierten Integrierten Versorgung zeigen, dass die Integrierte Versorgung in Deutsch-

land, mit Ausnahme einiger Teilaspekte, von einer flächen-deckenden Integrierten Versorgung noch weit entfernt ist. Während Kooperationsstrukturen, in Form von Ärztenetzen unter vertraglicher Einbindung von Krankenhäusern und Krankenkassen, weitestgehend etabliert sind, ist auch die Koordination über ein zentrales Management bei allen Versorgungsmodellen gegeben, wenn auch die Kompetenzen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Während in einigen Modellen auf das Know-how der Krankenkasse, der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines größeren Unternehmens zurückgegriffen werden kann, gibt es auch Modelle, welche die Managementkompetenzen komplett neu entwickeln müssen. Erheblichen Entwicklungsbedarf gibt es allerdings bei der informations- und kommunikationstechnologischen Infrastruktur. Dies zeigt vor allem der direkte Vergleich mit der IT-Struktur der Montefiore-Gruppe. Während in den USA bereits IT-Unternehmen, wie das Montefiore Emerging Health, ihre Dienstleistungen zur Speicherung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten anderen Gesundheitsnetzen bereitstellen, steckt Deutschland noch in der Planungs- und Testphase einzelner Anwendungen.

Der Erfolg einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Gesundheitsversorgung hängt somit entscheidend von drei Faktoren ab. Der Kooperation von Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern untereinander, der Koordination der Leistungen in der Versorgungskette sowie der Kommunikation, welche als notwendige Voraussetzung für eine funktionierende Kooperation und Koordination angesehen werden kann. Ob die Berücksichtigung dieser Erfolgsfaktoren auch in der Praxis für eine verbesserte Versorgung zu geringeren Kosten und in höherer Qualität steht, ist im Einzelfall nachzuweisen.

4 Qualitätsmanagement in der IV

1. Schritt: Qualitäts- indikatoren

Die Evaluation der Qualität innerhalb einer Organisation, hier in den verschiedenen Integrierten Versorgungsmodellen, ist Aufgabe des Qualitätsmanagements. Im Gesundheitswesen existieren eine ganze Reihe von Qualitätsmanagement-Verfahren, die teilweise aus der Industrie übernommen und angepasst, teilweise auch gänzlich neu entwickelt wurden. Die Bandbreite reicht von den allgemeinen Verfahren DIN EN ISO 9001 und EFQM (European Foundation for Quality Management) über ambulante Verfahren wie QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) und EPA (European Practice Assessment) bis hin zum sektorenübergreifenden Verfahren KTQ (Koope-ration und Transparenz im Gesundheitswesen). Innerhalb dieser QM-Verfahren gibt es wiederum eine Vielzahl von QM-Methoden. Einige davon haben zum Ziel, die Abläufe in der Versorgung qualitätsbezogen zu dokumentieren und zu analysieren. Im ersten Schritt soll dabei die Bewertung von einer positiven oder negativen Veränderung der Qualität durch sogenannte Qualitätsindikatoren möglich werden. [27] In der praktischen Umsetzung kann ein Qualitätsindikator durch eine Kennzahl repräsentiert werden. Im Rahmen der Hüfttotalendoprothese könnte dies beispielsweise der Anteil der Fälle sein, bei denen sich die OP-Wunde nach der Operation entzündet. Im Ergebnis versucht der Qualitätsindikator somit eine Auskunft über die Versorgungsqualität zu geben, indem bestimmte Zustände durch Kennzahlen operationalisiert werden.

2. Schritt: systematisch und kontinuierlich verbessern

Im zweiten Schritt kommen QM-Methoden zum Einsatz, die aufbauend auf der Dokumentation und Analyse die Qualität systematisch und kontinuierlich verbessern sollen. Ein in der Integrierten Versorgung elementar wichtiges QM-Instrument, welches die Ausgangsbasis für gleich mehrere QM-Methoden darstellt, ist der Integrierte Behandlungspfad. Ein Integrierter Behandlungspfad ist ein Steuerungsinstrument

zur Verbesserung der Koordination und Schaffung von Transparenz bezüglich Kosten, Zeit und Qualität im Rahmen der Patientenbehandlung. „[Er] beschreibt den optimalen Weg eines Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.“ Diese Definition verdeutlicht allein durch die Begrifflichkeiten der Integration, Interdisziplinarität und Interprofessionalität die Bedeutung für die Integrierte Versorgung. Denn Integrierte Behandlungspfade erlauben, Prozesse sektorenübergreifend abzubilden, zu strukturieren, zu optimieren, und führen somit auch zu einer Vernetzung verschiedener Leistungssektoren. [28] Ein Prozess wird im Allgemeinen definiert als „eine Struktur, deren Elemente Aufgaben sind, die durch logische Folgebeziehungen verknüpft sind. [Er] hat einen definierten Input und Output und dient dazu, einen Wert für Kunden zu schaffen.“ [6] Der Wert ist hier die Gesundheit, der Kunde der Patient, somit ist der Heilungsprozess die Abfolge aller medizinischen Leistungen entlang des Versorgungskontinuums, beginnend mit der Erstanamnese beim Hausarzt bis hin zur poststationären Versorgung, wie die Abbildung 5 beispielhaft zeigt. [29]

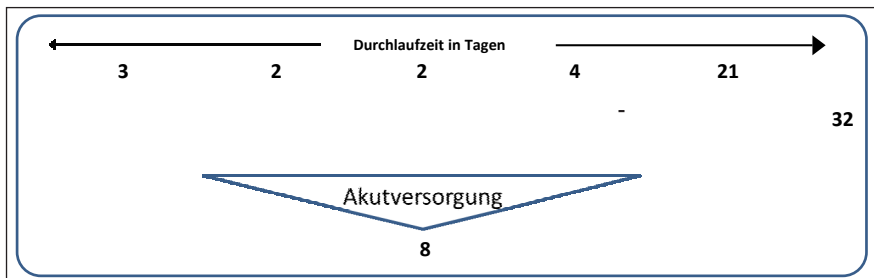


Abb. 5: Prozessdarstellung für eine Hüfttotalendoprothese

Prozessstruktur- analyse

Das Instrument zur Erstellung eines Behandlungspfads ist die Prozessstrukturanalyse, welche alle relevanten Arbeitsabläufe auf der Basis einzelner Teilschritte erfasst, strukturiert und grafisch darstellt. Die Prozessleistungsanalyse ermöglicht eine Bewertung der Teilprozesse mithilfe der Indikatoren Zeit und Kosten im Sinne eines Controllings. Durch die Bewertungsmöglichkeit der Prozesse werden diese steuerbar. Dabei dient das Prozessmanagement nicht nur der Steuerung, sondern auch der Optimierung. Häufig ist in der Literatur auch von „klinischen Behandlungspfaden“ oder „Clinical Pathways“ die Rede. Kliniken nutzen in zunehmendem Maße ein Prozessmanagement, weil das diagnosegruppenbezogene Fallpauschalensystem die Kliniken zur Wirtschaftlichkeit zwingt, da für eine definierte Gruppe von Behandlungsleistungen nur ein pauschaliertes Entgelt, unabhängig von den realen Kosten, zur Verfügung steht. Eine prozessorientierte Standardisierung der Behandlungskette ermöglicht eine Prozesskostenrechnung, wodurch eine genaue Kalkulation der Prozesskosten in Relation zu den Prozesserlösen, sprich den Fallpauschalen, möglich wird. Integrierte Behandlungspfade sind von elementarer Bedeutung für die Integrierte Versorgung, weil durch die prozessorientierte Sicht der Integrierten Behandlungspfade die Abbildung und Kalkulation einer sektorenübergreifenden Leistungserstellung möglich wird, bei welcher der Patient mit seinem Behandlungsverlauf im Mittelpunkt steht.

Mit Integrierten Behandlungspfaden Qualität messen und verbessern

Durch Integrierte Behandlungspfade können Versorgungsabläufe und Verfahrensweisen transparent gemacht und kontrolliert werden, was eine bessere Versorgung und eine höhere Versorgungsqualität mit sich bringt. Integrierte Behandlungspfade fördern das Potenzial zur Entdeckung von Schwachstellen im Behandlungsablauf und zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen, die nach erfolgreicher Implementierung im Verlauf einer Testphase im Kranken-

hausalltag erprobt werden können. [30] In diesem Zusammenhang werden Behandlungspfade auch als TQM (Total Quality Management)-Instrument angesehen. [31] Die Realisierung des Grundgedankens des Qualitätsmanagements, die Qualität messbar und transparent zu machen, unterstützen die Integrierten Behandlungspfade insofern, als ausschließlich standardisierte Prozesse messbar sein können. Diese kontinuierliche Art der Qualitätssicherung wird dem Druck der Gesetzgeber sowie den wachsenden Kundenansprüchen gerecht. [32] Durch den permanenten Anpassungsprozess der Integrierten Behandlungspfade an wissenschaftliche Studien oder krankenhausindividuelle Veränderungen entsprechen die Standards immer dem aktuellen Qualitätsniveau. Durch die Dokumentation der Behandlung im Rahmen eines Patientenpfads entsteht für das Qualitätsmanagement kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand und die bestehenden Aufzeichnungen können zur Erläuterung der Behandlung herangezogen werden. [33]

Literatur- verzeichnis

- [1] CDU Deutschlands: Regierungsprogramm 2009-2013, Berlin 28. Juni 2009, online im Internet: URL: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/090628-beschluss-regierungsprogramm-cducsu.pdf>, Abfrage: 19.08.09
- [2] Weatherly/Seiler/Meyer-Lutterloh/Schmid/Lägel/Ame- lung: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007
- [3] Bundesministerium für Gesundheit: „Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000 vereinbart zwischen den Arbeitskreisen ‚Gesundheit‘ der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit“, 02.03.1999, Bonn, online im Internet: URL: http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetz/gesundheitsreform/strukturreform/c_strukturreform_01_1.htm, Abfrage: 10.06.09
- [4] Preusker, Uwe K.: Das deutsche Gesundheitssystem verstehen – Strukturen und Funktionen im Wandel, Economica, Heidelberg u. a. 2008
- [5] Carels, Jan/Pirk, Olaf: Springer Wörterbuch Gesundheitswesen – Public Health von A bis Z, 2. Aufl., Springer, Berlin/Heidelberg 2005
- [6] Hellmann, W.: Integrierte Versorgung mit klinischen Pfaden erfolgreich gestalten, ecomed MEDIZIN, Hannover 2005
- [7] Müller, Susanne/Köppl, Bernd: Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 47, 2008, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 2500-2504
- [8] Beske, F./Hallauer J. F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland – Struktur – Leistung – Weiterentwicklung, 3. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999

- [9] Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ad-hoc-Tabelle zu den Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Art der Leistung, online im Internet: URL: <http://www.gbe-bund.de>, Abfrage: 14.08.09
- [10] Wagner, Karin/Lenz, Immo: Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung, 1. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2007
- [11] Greiner, W./Schulenburg J.-M.: Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Mohr Siebeck, Tübingen 2007
- [12] Amelung/Meyer-Lutterloh/Schmid/Seiler/Lägel/Weatherly: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, 2. Aufl., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008
- [13] Arnold, M./Lauterbach, K. W./Preuß, K.-J.: Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, 1. Aufl., Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1997
- [14] Szathmary, Balazs: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen, Luchterhand, Neuwied 1999
- [15] Amelung, Volker Eric: Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Aufl., Gabler, Wiesbaden 2007
- [16] Jähn, K./Nagel, E.: e-Health, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2004
- [17] Rachold, U.: Neue Versorgungsformen und Managed Care – Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung, Kohlhammer, Stuttgart 2000
- [18] Arnold, M./Lauterbach, K. W./Preuß, K.-J.: Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, 1. Aufl., Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1997

- [19] Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Juli 2006, online im Internet: URL: http://www.rki.de/cln_091/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht,templateId=raw,property=publication-File.pdf/gesundheitsbericht.pdf, Abfrage: 18.06.09
- [20] Bundesversicherungsamt: Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA), online im Internet: URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_048/nn_1046648/DE/DMP/dmp__node.htm, Abfrage: 17.06.09
- [21] Mühlbacher, Axel: Integrierte Versorgung: Management und Organisation, 1. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern 2002
- [22] Knappschaft Gesundheitsmanagement: prosper/progesund – Die Gesundheitsnetze der Knappschaft, online im Internet: URL: <http://www.progesund-netz.de/Home.9.0.html>, Abfrage: 05.08.09
- [23] Medizin und Mehr GbR: OptiMuM – Infos für Fachkreise, online im Internet: URL: <http://www.mumbuende.de/72.0.html>, Abfrage 03.07.09
- [24] Gesundes Kinzigtal GmbH: Kooperations- und Leistungspartner der Gesundes Kinzigtal GmbH, online im Internet: URL: <http://aerzte.gesundeskinzigtal.de>, Abfrage: 24.06.09
- [25] Montefiore Medical Center: Montefiore Medical Center 2009: An Overview, online im Internet: URL: <http://www.montefiore.org/>, Abfrage: 23.06.09
- [26] Bea, F. X./Haas, J.: Strategisches Management, 4. Aufl., Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2005

- [27] Deimel/Henke/Jersch/Kaestner/Lägel/Weatherly/Meyer-Lutterloh: Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009
- [28] Eckardt, J./Sens, B.: Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten, Economica, Heidelberg 2006
- [29] Trill, Roland: Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung, 1. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2009
- [30] Johnson, S.: Interdisziplinäre Versorgungspfade, Verlag Hans Huber, Bern 2002
- [31] Rieben, E./Mildenberger, D./Conen, D.: Ein Modell integrierter Patientenpfade aus der Schweiz, in: Das Krankenhaus 11/2009, S. 722 f.
- [32] Graff, T./Voelker, G./Gaedicke, J./Voelker, T.: Krankenhäuser: Patientenpfade als Ausweg, in: Deutsches Ärzteblatt 6/2001, S. A-1531 f.
- [33] Dykes, P./Wheeler, K.: Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade, Verlag Hans Huber, Bern 2002