

Mittendorf, Thomas; Schmidt, Frank

**Working Paper**

## Integrierte Versorgung in Deutschland: ein empirisches Schlaglicht

Diskussionsbeitrag, No. 338

**Provided in Cooperation with:**

School of Economics and Management, University of Hannover

*Suggested Citation:* Mittendorf, Thomas; Schmidt, Frank (2006) : Integrierte Versorgung in Deutschland: ein empirisches Schlaglicht, Diskussionsbeitrag, No. 338, Universität Hannover, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Hannover

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/22450>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

# Integrierte Versorgung in Deutschland

–

## ein empirisches Schlaglicht

Dr. Thomas Mittendorf<sup>1</sup>

Frank Schmidt<sup>2</sup>

*Mai 2006*

Diskussionspapier Nr. 338

ISSN 0949-9962

*JEL Klassifikation: I11, I18*

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

Universität Hannover 

<sup>1</sup> Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Königsworther Platz 1,  
30167 Hannover, [tm@ivbl.uni-hannover.de](mailto:tm@ivbl.uni-hannover.de)

<sup>2</sup> Deutsche BKK, Wolfsburg

## **Zusammenfassung**

Integrierte Versorgung ist einer der Schlagbegriffe, die momentan die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland bewegen. In den letzten zwei Jahren wurden bereits über 2.000 verschiedene Verträge zwischen Krankenhäusern, Ärzten und Krankenkassen geschlossen, über die 4 Millionen Versicherte und ein Vergütungsvolumen von ca. 500 Millionen Euro betroffen sind. Über die Struktur dieser Verträge sowie die Erfahrungen der Beteiligten sowohl auf Seiten der Krankenkassen, der Ärzte und der Patienten gibt es bis dato keine umfangreichen empirischen Erkenntnisse. Die vorliegende Arbeit versucht dieses Informationsdefizit zumindest für den Bereich der Erfahrungen von beteiligten Ärzten und Krankenkassen ein wenig zu reduzieren. Hierfür wurde eine kleine Erhebung in Niedersachsen durchgeführt, um über ein Stimmungsbild der Akteure, Erkenntnisse für eine zukünftige Ausrichtung der integrierten Versorgung zu sammeln.

*Schlagworte: Integrierte Versorgung*

## **Abstract**

Integrated health care is one of the major issues in German health care policy at this moment. This is due to recent changes in social security law, which now allows for direct contracts between providers and statutory health insurances. The changes were enacted in January 2004 and thus far over 2,000 contracts between hospitals, physicians and health insurances have been reported. Over 4 million patients and nearly half a billion Euros in fees are affected by that change. Little work has been done in Germany so far in evaluating those contracts. In addition, there is merely no information on the experiences from physicians, patients or health administrators. The paper looks empirically on a sample from physicians and health administrators, who were being asked via a standardized questionnaire on their thoughts now that two years under the new system have gone by.

*Key words: Integrated health care, German health care system*

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	V
1. Einleitung und Problemstellung.....	1
2. Integrierte Versorgung in Deutschland.....	2
2.1. Historie und Rahmenbedingungen.....	2
2.2. Beteiligte an der integrierten Versorgung.....	7
2.2.1. Versicherte.....	7
2.2.2. Leistungserbringer.....	10
2.2.3. Kostenträger.....	15
2.3. Beispiele für Verträge der integrierten Versorgung.....	18
2.3.1. Projekt „Prosper“ der Bundesknappschaft.....	18
2.3.2. Hausarztmodell der Barmer Ersatzkasse.....	19
2.3.3. Integrierte Versorgung der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen.....	20
3. Empirische Untersuchung zu Erfahrungen mit der integrierten Versorgung.....	22
3.1. Einleitung und Fragestellung.....	22
3.2. Auswertung.....	24
3.2.1. Leistungserbringer.....	25
3.2.1.1. Allgemeiner Teil.....	25
3.2.1.2. Qualitätssicherung.....	27
3.2.1.3. Wirtschaftlichkeit.....	29
3.2.1.4. Informationstransfer.....	32
3.2.1.5. Die Rolle des Allgemeinmediziners.....	33
3.2.1.6. Abschließende Bewertung.....	34

3.2.2. Kostenträger.....	35
3.2.2.1. Allgemeiner Teil.....	35
3.2.2.2. Qualitätssicherung.....	38
3.2.2.3. Wirtschaftlichkeit.....	39
3.2.2.4. Informationstransfer.....	42
3.2.2.5. Abschließende Bewertung.....	43
3.2.3. Vergleich zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern.....	44
4. Fazit und Ausblick.....	46
Anhang.....	48
Anhang I: Fragebogen für Leistungserbringer.....	48
Anhang II: Fragebogen für Kostenträger.....	50
Anhang III: Auswertungen der Leistungserbringer.....	52
Anhang IV: Auswertungen der Kostenträger.....	55
Literaturverzeichnis.....	57

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Basisinformationen der Ärzte.....	25
Tabelle 2: Art der Praxisorganisation .....	25
Tabelle 3: Einschätzung der integrierten Versorgung der Ärzte .....	26
Tabelle 4: Erfahrungen mit der integrierten Versorgung - Ärzte .....	27
Tabelle 5: Qualitätssicherung - Ärzte .....	28
Tabelle 6: Informationstransfer - Ärzte .....	32
Tabelle 7: Rolle des Allgemeinmediziners.....	33
Tabelle 8: Einschätzung der integrierten Versorgung der Krankenkassen.....	36
Tabelle 9: Vertragsabschlüsse der Krankenkassen .....	36
Tabelle 10: Art der Vertragsabschlüsse der Krankenkassen.....	36
Tabelle 11: Beteiligung nach Vertragsabschluss.....	37
Tabelle 12: Untersuchung Betriebskrankenkassen nach Größe .....	38
Tabelle 13: Qualitätssicherung - Krankenkassen .....	39
Tabelle 14: Informationstransfer - Krankenkassen .....	43
Tabelle 15: Qualitätssicherung nach Arztsystem.....	52
Tabelle 16a: Wirtschaftlichkeit – Ärzte I .....	52
Tabelle 16b: Wirtschaftlichkeit – Ärzte II .....	53
Tabelle 17: Rolle des Allgemeinmediziners nach Arztsystem .....	53
Tabelle 18a: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem I .....	54
Tabelle 18b: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem II .....	54
Tabelle 18c: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem III.....	54
Tabelle 19a: Wirtschaftlichkeit – Krankenkassen I.....	55
Tabelle 19b: Wirtschaftlichkeit – Krankenkassen II .....	55
Tabelle 20: T-Test - Vergleich der Aussagen von Ärzten und Krankenkassen .....	56

## 1. Einleitung und Problemstellung

Das Gesundheitswesen in Deutschland nimmt mit mehr als 4 Millionen Erwerbstätigen einen erheblichen Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung ein.<sup>1</sup> Im Jahre 2003 betragen die Gesundheitsausgaben 239,7 Milliarden Euro<sup>2</sup>, was einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 11,3% entspricht.<sup>3</sup> Im internationalen Vergleich haben lediglich die USA und die Schweiz einen höheren Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt.<sup>4</sup> Im Zeitablauf nahmen die Ausgaben in Deutschland von 1992 bis 2003 um fast 47% zu.<sup>5</sup> Um diesem Trend wirksame Maßnahmen entgegenzusetzen, wurden verschiedenste Gesetze zur Kostenoptimierung eingeführt, die jedoch ihre Wirksamkeit nur ungenügend entfalten konnten.

Seit Ende der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts führte der Gesetzgeber zusätzlich Regelungen zur Öffnung des Gesundheitsmarktes ein. Wettbewerbliche Strukturen sowie Vertragsfreiheit nahmen in den Grundlagen für Strukturverträge, Modellvorhaben und nicht zuletzt der integrierten Versorgung einen immer größeren Stellenwert ein. Durch die Übernahme von in den USA und der Schweiz erfolgreich eingesetzten Managed Care - Elementen sollten die grundsätzlichen strukturellen Probleme bekämpft und neben der reinen Kostenbetrachtung auch Qualitätsaspekte in den Vordergrund gerückt werden.

Seit dem 1. Januar 2000 besteht die integrierte Versorgung neben dem traditionellen System als neue Versorgungsform. Sie soll Schnittstellenprobleme der bisher rein sektoralen Versorgung lösen. Nach anfangs zögerlicher Nutzung und bestehenden Vorbehalten konnte durch eine Neuregelung der Gesetzesgrundlage die Akzeptanz der Vertragspartner erhöht werden, so dass mittlerweile eine Vielzahl von Verträgen in der Gesundheitsversorgung existiert. Auf Seiten der Vertragspartner sind jedoch weiterhin grundsätzliche Probleme und Hemmnisse festzustellen, die die Ausgestaltung der

---

<sup>1</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2004).

<sup>2</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2005a).

<sup>3</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2005b).

<sup>4</sup> Vgl. OECD (2005).

<sup>5</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2005a).

integrierten Versorgung behindern. Mittels der Identifikation und Einschätzung dieser Probleme können Lösungsansätze ermittelt werden, durch die die Wahrnehmung der integrierten Versorgung signifikant verbessert werden kann.

Die vorliegende Arbeit soll die wahrgenommenen Probleme der Vertragspartner in der integrierten Versorgung untersuchen. Im Folgenden Kapitel wird der Aufbau der integrierten Versorgung in Deutschland beschrieben und sich intensiv mit den Vertragspartnern auseinandergesetzt. Theoretische Problembereiche sowie deren Lösungen werden hier detailliert dargestellt. Die in Kapitel 2 entwickelten Problembereiche und Lösungsansätze werden schließlich in Kapitel 3 empirisch untersucht und übertragen. Exemplarisch für die Leistungserbringer wurden die Vertragsärzte der ambulanten Versorgung gewählt, auf Kostenträgerseite wurden Erhebungen der Krankenkassen durchgeführt. Die vorliegende Arbeit erhebt somit nicht den Anspruch einer vollständigen empirischen Abbildung und Untersuchung aller Beteiligten in der integrierten Versorgung, sondern soll vielmehr ein Schlaglicht auf ausgewählte Vertragspartner werfen.

## **2. Integrierte Versorgung in Deutschland**

### **2.1. Historie und Rahmenbedingungen**

Der Gesetzgeber stand vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklungen des Gesundheitswesens einem immer größer werdenden Handlungsbedarf gegenüber. Viele der zum größten Teil kostenorientierten Maßnahmen lieferten allenfalls kurzfristige Effekte, änderten aber wenig an den grundsätzlichen Ineffizienzen des Versorgungssystems. In der GKV-Gesundheitsreform 2000 versuchte der Gesetzgeber, mittels der integrierten Versorgung eine konkretere Ausgestaltung der bereits früher beschlossenen Regelungen zu Modellvorhaben und Strukturverträgen zu geben. Erstmals wurde explizit eine Auflösung der sektororientierten Versorgung als Möglichkeit genannt, um Versorgungslücken zu schließen und ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen Qualität und Kosten zu erreichen. Durch die Ausweitung des Spielraums für

Vertragsabschlüsse sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer wurde das Schnittstellenmanagement der einzelnen Sektoren und Beteiligten gefördert und gleichzeitig die Verantwortung gleichmäßiger verteilt. Managed Care fand sich also in der integrierten Versorgung mit vielen Elementen wieder.<sup>6</sup>

Mit der Einführung der §§ 140 a-h SGB V wurde versucht, die Abwendung von der sektoralen Steuerung und Finanzierung noch weiter fortzuführen, die mit Modellvorhaben und Strukturverträgen begonnen wurde. Die Kosten sollten nun der Leistung folgen und nicht, wie in vielen Fällen im traditionellen System, umgekehrt.<sup>7</sup> Ein weiterer wichtiger Punkt war die Möglichkeit der selektiven Vertragsgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern<sup>8</sup>, insbesondere die des direkten Abschlusses von Verträgen zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften von Vertragsärzten ohne die Zwischenschaltung der kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>9</sup> In der Fassung der GKV-Gesundheitsreform zum 1. Januar 2000 sah § 140 d SGB V jedoch zusätzlich vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen Rahmenverträge zur Ausgestaltung der Versorgungsstandards und der Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung mit den kassenärztlichen Vereinigungen schließen sollten.<sup>10</sup>

Weiterhin sollten hierbei auch Teilnahmeregelungen und Vergütungsfragen der teilnehmenden Vertragsärzte festgelegt werden, so dass die Verträge von Krankenkassen und Vertragsärzten bereits vor Abschluss stark reglementiert waren und die Aussicht auf freie Vertragsgestaltung dementsprechend eingeschränkt wurde. Durch die gleichzeitige Regelung von Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie zwischen deren Spitzenverbänden entstanden Differenzen, die ihrerseits zu Verzögerungen und Hemmungen von Vertragsabschlüssen führten.<sup>11</sup>

---

<sup>6</sup> Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 142.

<sup>7</sup> Vgl. Glaeske, G. (2002), S. 13.

<sup>8</sup> Mögliche Leistungserbringer waren damals Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelne sonstige an der Versorgung der Versicherten teilnehmende Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften, kassenärztliche Vereinigungen, zugelassene Krankenhäuser sowie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, vgl. § 140 b Abs. 2.

<sup>9</sup> Vgl. Glaeske, G. (2002), S. 13.

<sup>10</sup> Vgl. § 140 d Abs. 1 SGB V, Art. 1 Nr. 58 GKV-Gesundheitsreform 2000.

<sup>11</sup> Vgl. Richard, S. (2001), S. 12.

Offene Fragen wie der Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer oder das nicht abschätzbare Risiko nötiger Investitionen sowie die Finanzierung durch Bereinigung der Gesamtvergütung nach § 140 f SGB V behinderten die Umsetzung und strebten der eigentlichen Intention des Gesetzgebers, der Setzung von Anreizen durch Ausweitung der Vertragsfreiheit, entgegen.<sup>12</sup>

Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 1. Januar 2004 wurden die §§ 140 a-h SGB V einigen Änderungen unterzogen, um die oben genannten Problembereiche weitestgehend abzdämpfen und gleichzeitig neue Aspekte einzubeziehen. So gab es für einzelne Vertragsärzte erstmals die Möglichkeit, auch ohne Gemeinschaften direkte Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen.<sup>13</sup> Der berechtigte Personenkreis wurde jedoch noch um Medizinische Versorgungszentren<sup>14</sup> sowie um Gesellschaften, die Leistungen durch angestellte Leistungserbringer anbieten, erweitert.<sup>15</sup> Weiterhin wurde der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V für Verträge zur integrierten Versorgung bis zum 31.12.2006 außer Kraft gesetzt,<sup>16</sup> um die Finanzierungsmöglichkeiten für Vertragspartner der Krankenkassen zu erweitern und deren Risiken durch zusätzliche Investitionen zu mindern.<sup>17</sup>

Bemerkenswert ist die völlige inhaltliche Neufassung des § 140 d SGB V, die nicht nur die Streichung der Rahmenverträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen vorsah, sondern auch eine Reorganisation der Finanzierung der integrierten Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung vornahm.<sup>18</sup> Durch die Neuregelung der Vertragsabschlüsse für den ambulanten Sektor sollten die oben dargestellten Problembereiche der Selbstverwaltung und den unterschiedlichen Interessen von Beteiligten und deren

---

<sup>12</sup> Vgl. Rebscher, H. (2003), S. 372.

<sup>13</sup> Vgl. § 140 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

<sup>14</sup> "Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte (...) als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern (...) gegründet werden." § 95 Abs. 1 SGB V.

<sup>15</sup> Vgl. § 140 a Abs. 1 Nr. 3 u. 4 SGB V.

<sup>16</sup> Vgl. § 140 b Abs. 4 SGB V.

<sup>17</sup> Vgl. Flintrop, J. (2003), S. 440.

<sup>18</sup> Vgl. § 140 d SGB V i. V. m. Art. 1 Nr. 116 GMG.

Verbänden weitestgehend beseitigt werden. Somit konnten die Vertragsparteien ihre Verträge ohne Beachtung von Rahmenverträgen schließen und damit individuellere Vertragsinhalte aufsetzen, als dies bisher möglich war. Im Rahmen dieser freien Ausgestaltung wurde eine Einschränkung des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V vorgenommen, um den Umfang der Leistungserbringung losgelöst von gesetzlichen Regelungen vertraglich festzulegen.<sup>19</sup> Dem Ziel der integrierten Versorgung, Versicherte über verschiedene Leistungssektoren und fachübergreifend zu versorgen, wurde durch diese Trennung von vertraglichem und gesetzlichem Leistungsumfang Rechnung getragen, da nun Substitutionsmöglichkeiten der Versorgung über die Sektoren und damit die Lösung von Schnittstellenproblemen möglich waren.<sup>20</sup>

Die Neugestaltung des § 140 d SGB V beinhaltete vor allem neue Finanzierungsregelungen, die Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung setzen sollten. Hierbei wurde vorgesehen, dass von den Krankenkassen bis zu einem Prozent der an die kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütung sowie der Vergütung für stationäre Behandlung pauschal abgezogen und einbehalten werden sollte, um damit Programme der integrierten Versorgung zu finanzieren.<sup>21</sup> Waren die tatsächlichen Aufwendungen für die integrierte Versorgung höher, so ist die Gesamtvergütung der traditionellen Gesundheitsversorgung entsprechend der Anzahl und Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten zu bereinigen.<sup>22</sup> Diese so genannte Anschubfinanzierung wurde vom Gesetzgeber zunächst für die Jahre 2004 bis 2006 vorgesehen, aktuelle Entwicklungen deuten jedoch auf eine Fortführung der Anschubfinanzierung über das Jahr 2006 hinaus bis zum 1. Januar 2008 hin.<sup>23</sup> Durch die Entnahme eines Teils der Vergütung werden die Leistungserbringer motiviert, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, da sie sich mit der Teilnahme einen zusätzlichen Teil ihres Honorars sichern und damit einen wirtschaftlichen Vorteil im Vergleich zu Leistungserbringern genießen, die nicht an der integrierten Versorgung

---

<sup>19</sup> Vgl. § 140 a Abs. 1 SGB V.

<sup>20</sup> Vgl. Fuchs, H. (2004), S. 328.

<sup>21</sup> Vgl. § 140 d Abs. 1 SGB V.

<sup>22</sup> Vgl. § 140 d Abs. 2 SGB V.

<sup>23</sup> Vgl. o. V. (2005), S. 45.

teilnehmen.<sup>24</sup> Nach anfangs zögerlichem Verhalten der Beteiligten schienen mit der Neufassung der Gesetzesgrundlagen somit die Zugangsmöglichkeiten weit attraktiver zu sein, so dass der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V bis zum 20. Juni 2004 100 Verträge<sup>25</sup> und bis zum 30. September 2005 1346 Verträge zur Integrierten Versorgung gemeldet wurden.<sup>26</sup> Die Registrierungsstelle wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gegründet und hat die Aufgabe, Meldungen der Krankenkassen über abgeschlossene Verträge zur integrierten Versorgung zu erfassen und Auskünfte über abgeschlossene Verträge an Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen zu erteilen.<sup>27</sup> Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Vertragspartner nicht zur Meldung verpflichtet sind, so dass die tatsächliche Anzahl der geschlossenen Verträge noch höher liegen kann.<sup>28</sup> Es lässt sich leicht feststellen, dass nach Änderung der Gesetzesgrundlage ein überproportionaler Anstieg der Vertragsabschlüsse stattgefunden hat. Dieser Anstieg ist grundsätzlich zu begrüßen, da die integrierte Versorgung somit von vielen Kostenträgern und Vertragspartnern angenommen wird und sich neben der traditionellen Gesundheitsversorgung etablieren kann. Inwieweit lediglich Aspekte der Anschubfinanzierung für Vertragsabschlüsse im Vordergrund stehen, soll mittels der empirischen Untersuchung in Kapitel 3 ermittelt werden.

Nach Vertragsabschluss zwischen Kostenträger und Leistungserbringer kann die vertraglich geregelte Ausgestaltung des Leistungsumfangs praktisch umgesetzt werden. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig<sup>29</sup>, im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sie ihre Teilnahme explizit erklären müssen. Diese Erklärung soll schriftlich an die Krankenkasse erfolgen, die sie wiederum an die beteiligten Leistungserbringer weitergibt.<sup>30</sup> Auf diesem Wege ist ein einheitliches Einschreibeverfahren sichergestellt, das die Anzahl und Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten transparent macht

---

<sup>24</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 9-11.

<sup>25</sup> Vgl. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005b).

<sup>26</sup> Vgl. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005a).

<sup>27</sup> Vgl. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005c).

<sup>28</sup> Flintrop, J. (2005a), S. A-1017.

<sup>29</sup> Vgl. § 140 a Abs. 2 SGB V.

<sup>30</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 20-21.

und eine effiziente Planung der Versorgung und der Finanzierung ermöglicht. Durch das Einschreiben der Versicherten bei ihrer Krankenkasse wird gleichzeitig die gesetzlich geregelte Informationspflicht des Kostenträgers über die angebotenen Verträge erleichtert.<sup>31</sup> Die ursprünglich vorgesehene Informationspflicht aller Beteiligten wurde wieder gestrichen, da es für die Leistungserbringer einen zu großen finanziellen Aufwand bedeutet hätte, Interessierte zu informieren, die sich dann jedoch nicht für das Programm einschreiben. Dieser negative Anreiz für Leistungserbringer, an der integrierten Versorgung teilzunehmen, wurde ebenfalls im Zuge der Neustrukturierung der §§ 140 a-d SGB V entfernt.

## **2.2. Beteiligte an der integrierten Versorgung**

Folgend werden die Beteiligten an der integrierten Versorgung dargestellt und näher erläutert. Es wird auf die Interessen und Probleme der einzelnen Vertragsparteien eingegangen, um das theoretische Konfliktpotential zwischen den Beteiligten darzulegen und im anschließenden Kapitel empirisch zu untersuchen.

### **2.2.1. Versicherte**

Wie dargestellt, haben Versicherte die Möglichkeit, sich bei ihrer Krankenkasse für angebotene Verträge der integrierten Versorgung einzuschreiben. Die Teilnahme ist freiwillig, muss aber gegenüber der Krankenkasse erklärt werden. Durch den Grundsatz der Freiwilligkeit sollte den Versicherten ein Mehrwert geboten werden, um Anreize gegenüber der traditionellen Gesundheitsversorgung zu schaffen. Besonderes Augenmerk wurde vom Gesetzgeber bei der integrierten Versorgung auf die Punkte Kosteneffizienz und Qualitätssicherung gelegt. Bei Einrichtung der ursprünglichen §§ 140 a-h SGB V, die aus der GKV-Gesundheitsreform 2000 entstanden, wurde deshalb ein Passus in § 140 g SGB V eingefügt, der den Versicherten einen Bonus zugestand,

---

<sup>31</sup> Vgl. § 140 a Abs. 3 SGB V.

wenn sie mindestens ein Jahr an der integrierten Versorgung teilgenommen hatten und dieses Programm auch zu Einsparungen geführt hatte. Hierbei sollten die Kosteneinsparungen direkt als Anreiz für die Versicherten eingesetzt werden, sich einzuschreiben. Diese explizite Erwähnung der Möglichkeit von Bonuszahlungen wurde mit der Neuregelung der §§ 140 a-d SGB V jedoch gestrichen. Der Gesetzgeber begründete dies mit der Annahme, dass die Bonusregelung und damit Weiterreichung von Kosteneinsparungen an Dritte ein wesentlicher Hinderungsgrund für die Leistungserbringer war, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Dies würde den Spielraum für Vergütungen soweit verengen, dass die Teilnahme an der integrierten Versorgung für Leistungserbringer nicht mehr attraktiv sei. Der Gesetzgeber setzte voraus, dass die Versicherten in erster Linie eine qualitativ verbesserte, patientenkonzentrierte Versorgung erwarten und somit ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung nicht an materiellen Anreizen festmachen.<sup>32</sup>

Eine empirische Studie zur Akzeptanz von integrierten Versorgungsmodellen von Andersen und Schwarze aus dem Jahr 2002 zeichnet ein differenziertes Bild der Versicherten.<sup>33</sup> Grundsätzlich stützt die Studie die Annahme des Gesetzgebers, Versicherten sei die Qualität der Versorgung wichtiger als der Preis. Jedoch sollten zur Beurteilung der Präferenzen auch die verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Versorgung betrachtet werden. So sind Versicherte eher bereit, höhere Beiträge für größeren Leistungsumfang zu zahlen als lediglich eine Grundsicherung für niedrigere Beiträge zu akzeptieren. Bei der Wahl zwischen der Beitragshöhe und freier Arztwahl bzw. Praxisnetzen ist jedoch keine klare Tendenz zu erkennen. Das Hausarztmodell wird von den Versicherten wiederum positiv aufgenommen. So ist die Mehrheit bereit, vor allen Untersuchungen durch Fachärzte zunächst den Hausarzt aufzusuchen, wenn im Gegenzug die Beiträge gesenkt werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass strategische Überlegungen zur Kundenakzeptanz integrierter Versorgungsmodelle vor allem an Qualitätsaspekten anzusetzen haben. Einflüsse der Beitragsgestaltung auf die Akzeptanz sollten jedoch nicht völlig vernachlässigt werden. Der Wegfall der

---

<sup>32</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 21 im Kontext mit Begründung zur Gesetzesänderung der integrierten Versorgung (o. J.).

<sup>33</sup> Vgl. Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2002), S. 20 ff.

Bonusregelung nach § 140 g SGB V wurde durch die Neuregelung des § 65 a SGB V kompensiert, nach dem die Kostenträger in ihrer Satzung vertraglich geregelte Boni festlegen können, um Ermäßigungen für Zuzahlungen oder Beiträge zu ermöglichen.<sup>34</sup> Somit können für die Versicherten neben immateriellen Anreizen durch Qualitätssteigerung und -sicherung weiterhin materielle Anreize durch die Weitergabe von Kosteneinsparungen gesetzt werden.

Die Zufriedenheit von Versicherten mit Modellen der integrierten Versorgung ist grundsätzlich nicht mit ihrer Akzeptanz gleichzusetzen. Während Zufriedenheit voraussetzt, dass eine gewisse Erfahrung vorhanden ist, kann Akzeptanz auch hypothetisch ermittelt werden. Es existiert zwar eine Korrelation zwischen beiden Eindrücken, jedoch sollten ermittelte Akzeptanzwerte nicht automatisch auf die Zufriedenheit von Versicherten übertragen werden. Dies gilt ebenfalls für die Korrelation von Zufriedenheit mit traditionellen Versorgungssystemen und der Akzeptanz neuer Systeme. So kann zwar angenommen werden, dass das Maß der Akzeptanz neuer Versorgungsformen mit der Kritik an gegenwärtigen Systemen steigt. Daraus sollte jedoch nicht eine direkte Beziehung zur Zufriedenheit mit diesen Systemen geschlossen werden.<sup>35</sup>

Vorteile für Versicherte können neben den oben genannten Bonusgewährungen auch durch verkürzte Wartezeiten und der Vermeidung von Doppeluntersuchungen entstehen. Teilnehmenden Versicherten kann eine bevorzugte Terminvergabe für Behandlungen eingeräumt werden, so dass der gesamte Behandlungsverlauf zeitlich gestrafft wird. Daraus entstehen unter Umständen durch kürzere Zeiten der Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit Kostenvorteile im Hinblick auf ihre Arbeitsunfähigkeit, da sie früher arbeitsfähig sein können.<sup>36</sup> Ferner besteht durch die oben genannte Informationspflicht der Krankenkassen über die Inhalte der Versorgungsverträge sowie über die Formulierung von Behandlungsstandards über Leitlinien zur Qualitätssicherung ein erhöhtes Maß an Transparenz für die Versicherten,

---

<sup>34</sup> Vgl. § 65 a Abs. 2 SGB V.

<sup>35</sup> Vgl. Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2002), S. 21-22.

<sup>36</sup> Vgl. Hefner, H. / Riedel, R. (2004), S. 12.

da sie bereits vorher über die einzelnen Behandlungsschritte und den Gesamttablauf informiert werden.

Nachteile für Versicherte ergeben sich insbesondere durch die Einschränkung der freien Arztwahl. Diese gesetzlich verankerte Wahlfreiheit ist historisch gewachsen und eine Grundlage der ambulanten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Verschiedene Studien wie die oben genannte von Andersen und Schwarze oder eine Befragung von Versicherten durch den Verband der Angestellten-Ersatzkassen VdAK aus dem Jahre 2001<sup>37</sup> haben jedoch gezeigt, dass sich Versicherte gegen die Möglichkeit der freien Arztwahl entscheiden, wenn die Vorteile neuer Versorgungsformen überwiegen.

### **2.2.2. Leistungserbringer**

Zweck der integrierten Versorgung ist es unter anderem, bisher vorhandene Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern und –sektoren zu minimieren und damit eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung sicherzustellen.<sup>38</sup> Eine explizite Einteilung der Leistungserbringer in die einzelnen Sektoren wird vom Gesetzgeber nicht vorgenommen, jedoch lassen die Ausführungen in den §§ 137, 137 b, 137 d und 91 SGB V darauf schließen, dass die ambulante vertragsärztliche und –zahnärztliche Versorgung, die Krankenhausversorgung, die ambulante und stationäre Vorsorge sowie die ambulante und stationäre Rehabilitation als jeweils eigener Leistungssektor angesehen wird. Eine Einteilung der Versorgung mit Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln als jeweils eigenen Leistungssektor im Sinne des § 140 a SGB V ist insofern strittig, als dass die leistungsauslösende Verordnung nicht vom Arznei-, Heil- oder Hilfsmittelanbieter erfolgt, sondern vom behandelnden Arzt bzw. einer der oben genannten Leistungssektoren. Dies berührt jedoch nicht die gesetzlich geregelte Möglichkeit, sich als Vertragspartner in der interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung nach den §§ 140 b und 129 Abs. 5b SGB V zu

---

<sup>37</sup> Siehe hierzu auch [http://www.vdak.de/pe/methodenbericht\\_110202.pdf](http://www.vdak.de/pe/methodenbericht_110202.pdf).

<sup>38</sup> Vgl. § 140 a Abs. 1 SGB V.

beteiligen. Verschiedene Leistungserbringer müssen demnach nicht zwingend einem eigenen Leistungssektor zugeordnet werden, woraus sich weiterführend auch nicht für jeden Vertragspartner die Notwendigkeit der Schnittstellenoptimierung ergibt, da die tatsächliche Erbringung von Leistungen der Arznei-, Heil- oder Hilfsmittelanbieter erst durch andere Leistungserbringer ausgelöst wird und die Zusammenarbeit zwischen diesen Vertragspartnern somit bereits optimal ausgestaltet ist.<sup>39</sup>

Auch die Betrachtung der haus- und fachärztlichen Versorgung als jeweils eigene Leistungssektoren erscheint wenig sinnvoll, da sie laut § 73 Abs. 1 SGB V lediglich eine Untergliederung der vertragsärztlichen Versorgung darstellt. Weiterhin wird in § 140 a Abs. 1 SGB V nicht zwingend eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung gefordert. Die integrierte Versorgung kann ebenfalls interdisziplinär-fachübergreifend erfolgen, was bei Überweisungen von Haus- zu Fachärzten der Fall ist. Somit kann die ambulante vertragsärztliche Versorgung als ein Sektor angesehen werden.<sup>40</sup>

Die aktuelle Fassung des § 140 b SGB V lässt eine Vielzahl von möglichen Leistungserbringern zu. Wie erwähnt, können die zugelassenen Vertragspartner sowohl einzeln als auch in Gemeinschaften an der integrierten Versorgung teilnehmen. Für die Vertragsärzte bedeutet dies, dass sie eine Entscheidung darüber zu treffen haben, ob eine Zusammenarbeit mit anderen Ärzten unter verschiedenen Gesichtspunkten lohnenswert erscheint. So sollten die Vorteile bei der Vertragsgestaltung durch einen größeren Patientenstamm und damit größerer Marktmacht sowie der erleichterte Austausch von Patientendaten<sup>41</sup> den Nachteilen durch die Bindung an andere Leistungserbringer gegenüber gestellt werden. Ein kritischer Punkt beim Datenaustausch ist die Wahrung des Datenschutzes. Es ist notwendig, das Einverständnis des Patienten zur Weitergabe seiner Daten an alle beteiligten Leistungserbringer einzuholen.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 5-7.

<sup>40</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 7-8.

<sup>41</sup> Vgl. Preissler, R. (2005), S. 120.

<sup>42</sup> Vgl. Kuhr, N. (2005a), S. 3.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Ärzten bestehen in Praxisverbänden, in Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen sowie in der Beteiligung an einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 SGB V. Während Praxisverbände die lockerste Form darstellen und lediglich eine vertraglich vereinbarte Interessensgemeinschaft zur Erfüllung eines Versorgungsauftrages mit gemeinsamen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind<sup>43</sup>, gehen Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen einen Schritt weiter. Praxisgemeinschaften haben zum Zweck, die ärztliche Versorgung in gemeinschaftlich genutzten Räumen zur Verfügung zu stellen und gemeinschaftlich anfallende Kosten zu teilen, die Patienten werden jedoch weiterhin getrennt durch den jeweiligen Arzt behandelt. Ebenfalls getrennt wird die Aktenführung der Patienten sowie die Gewinn- und Verlustrechnung durchgeführt. Gemeinschaftspraxen gehen darüber hinaus eine Mitunternehmerschaft ein, die ein gemeinschaftliches Risiko beinhaltet.<sup>44</sup> Medizinische Versorgungszentren (MVZ) schließlich können sowohl von Ärzten als auch von anderen Leistungserbringern gegründet werden. MVZ sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Mediziner, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder freiberuflich tätige Vertragsärzte beschäftigt sind.<sup>45</sup> Eine Zulassungsvoraussetzung ist hierbei, dass die Versorgung ausschließlich fachübergreifend erfolgt. Eine Kombination der verschiedenen Leistungssektoren ist deshalb zwar möglich, aber nur im Zusammenhang mit mehreren Fachgebieten.<sup>46</sup>

Die Vertragsärzte haben somit vielfältige Möglichkeiten, sich an Verträgen zur integrierten Versorgung zu beteiligen. Aufgrund von Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind Zusammenschlüsse in den oben genannten Formen für Vertragsärzte auch außerhalb der integrierten Versorgung eine mehr und mehr ernstzunehmende Alternative.<sup>47</sup> Gerade das MVZ bietet hierbei wirtschaftliche Vorteile. So können durch die Zusammenarbeit Kosteneinsparungen durch gemeinsame Nutzung von Geräten und durch vereinheitlichte Verwaltung entstehen, es besteht eine

---

<sup>43</sup> Vgl. Preissler, R. (2005), S. 120.

<sup>44</sup> Vgl. BFH (2005).

<sup>45</sup> Vgl. Köttendrop, H. / Oelmüller, M. (2005), S. 20.

<sup>46</sup> Vgl. Kuhlmann, J.-M. (2004), S. 13.

<sup>47</sup> Vgl. Köttendrop, H. / Oelmüller, M. (2005), S. 13.

größere Verhandlungsmacht bei Vertragsabschlüssen, das wirtschaftliche Risiko wird verteilt und es werden zusätzliche finanzielle Anreize nach dem EBM 2000 plus gesetzt, die zukünftig noch ergänzt werden sollen.<sup>48</sup> Viele dieser Vorteile bestehen zwar auch bei Zusammenschlüssen zu Gemeinschaftspraxen, dann jedoch ohne den potentiellen Multiplikator eines Krankenhauses, das bei Beteiligung an einem MVZ bereits vorhandenes betriebswirtschaftliches Know-how einbringen kann sowie aufgrund seiner Struktur ein größeres Investitionsvolumen mitliefert.<sup>49</sup>

Krankenhäuser als mögliche Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung haben nun erweiterte Möglichkeiten, sich an zusätzlichen Versorgungsmodellen zu beteiligen. So kann neben der stationären Behandlung auch die ambulante Nachbetreuung der stationären Patienten durch die Krankenhäuser im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages erfolgen, ebenfalls können leer stehende Krankenhausbetten für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen eingesetzt werden.<sup>50</sup> Da wie in der ambulanten Versorgung auch bis zu ein Prozent der Gesamtvergütung für die Vergütung der integrierten Versorgung einbehalten wird, sind Krankenhäuser angehalten, Maßnahmen zur Gegensteuerung zu ergreifen. Durch die Möglichkeit, Verträge als Erbringer stationärer und zusätzlich oben genannter weiterer Leistungen abzuschließen, haben sie grundsätzlich einen strategischen Vorteil gegenüber einzelnen Vertragsärzten. Ferner bestehen in Krankenhäusern bereits betriebswirtschaftliche Strukturen sowie ein gewisses Maß an Managementenerfahrung für komplexe Prozessstrukturen, so dass sich daraus Chancen für erweiterte Geschäftsfelder ergeben, die über die bisherige Versorgung hinausgehen.<sup>51</sup> Gerade durch die Gründung oder Beteiligung an einem MVZ können Versorgungslücken geschlossen und damit eine Marktdurchdringung durch das Krankenhaus auf dem ambulanten Sektor erreicht werden, die ohne die Angebote der integrierten Versorgung nicht in diesem Maße möglich wären.<sup>52</sup> Auch auf horizontaler Ebene können sich Vorteile ergeben. Die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser mit unterschiedlicher

---

<sup>48</sup> Vgl. Rohpeter, S. / Almeling, M. (2005), S. 147.

<sup>49</sup> Vgl. Rohpeter, S. / Almeling, M. (2005), S. 148.

<sup>50</sup> Vgl. Jürgensen, M. (2005), S. 8.

<sup>51</sup> Vgl. Melchert, O. (2005), S. 11.

<sup>52</sup> Vgl. Melchert, O. (2005), S. 19.

Spezialisierung kann Synergien freisetzen, vorhandenes Potential effizienter einsetzen sowie Behandlungsabläufe zum Wohl des Patienten straffen.<sup>53</sup> Durch eine veränderte Grundhaltung der Krankenhäuser lassen sich jedoch auch allgemein Potentiale freisetzen, die über das Maß der reinen Behandlungskosten hinausgehen. Die Veränderung von reinem Kostendenken hin zu Wertdenken kann gänzlich neue Möglichkeiten bis hin zur Vertragsverhandlung eröffnen. Dem Kostenträger kann eine verbesserte Behandlungsform mehr wert sein, auch wenn sie in diesem Leistungssektor kostenintensiver erscheint. Durch Einsparungen in anderen Leistungssektoren und Qualitätsverbesserungen der Behandlung sowie einer zu erwartenden signifikanten Steigerung der Lebensqualität des Patienten können die Vorteile in monetärer Form an das Krankenhaus weitergegeben werden.<sup>54</sup> Insgesamt kann damit im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung eine größere Kosteneffizienz bei gesteigerter Qualität erreicht werden.

Zu den weiteren möglichen Leistungserbringern nach § 140 b Abs. 1 SGB V, insbesondere zu eigens für die integrierte Versorgung gegründeten Gesellschaften, existieren in der Literatur bislang keine Erfahrungswerte. Es besteht die Möglichkeit für verschiedene Interessengruppen wie z. B. Pharmaunternehmen, die per Gesetz keinen direkten Zugang zu Verträgen der integrierten Versorgung haben, sich an Gesellschaften zu beteiligen oder sie zu gründen, die dann als Leistungserbringer fungieren können.<sup>55</sup> Die Ausgestaltung der Beteiligung kann je nach Interessenslage unterschiedlich ausfallen, so können von der Managementgesellschaft wie im oben erwähnten Einkaufsmodell lediglich Verwaltungs- und Managementaufgaben selber getätigt werden, alle anderen Leistungen werden über eigens angestellte Leistungserbringer getätigt. Die Chance für Unternehmen, die bislang nicht direkt an der Gesundheitsversorgung teilnehmen konnten, besteht hierbei in der Erschließung neuer Geschäftsfelder. Ähnlich wie oben bei den Krankenhäusern dargestellt, besteht auch hier ein großes Potential an betriebswirtschaftlichem Know-how. Weiterhin sind aus finanzieller Sicht nur die üblichen Risiken des Eintritts in neue Märkte zu nennen. Kürzungen der bisherigen

---

<sup>53</sup> Vgl. Bähr-Heintze, K. / Freyenhagen, E. / Lingad, H. et al. (2004), S. 150-153.

<sup>54</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 379-380.

<sup>55</sup> Vgl. § 140 b Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Vergütungen wie bei Ärzten und Krankenhäusern sind durch die fehlende Beteiligung an der traditionellen Gesundheitsversorgung nicht gegeben, so dass hierdurch zwar kein zusätzliches Verlustrisiko besteht, auf der anderen Seite jedoch auch kein zusätzlicher Anreiz zum Markteintritt gegeben ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die integrierte Versorgung für Leistungserbringer größtenteils Vorteile bietet. Risiken im Hinblick auf den Eintritt in neue Geschäftsfelder bestehen für alle potentiellen Vertragspartner, durch Zusammenschlüsse zu den oben genannten Formen lassen sich diese Risiken jedoch diversifizieren und minimieren. Im Laufe der letzten Jahre wurden vom Gesetzgeber immer mehr Anreize hin zu wettbewerblichen Strukturen in der Gesundheitsversorgung gesetzt, so dass sich die Leistungserbringer in diesen Strukturen neu positionieren müssen, um auch in Zukunft auf dem Markt bestehen zu können.

### **2.2.3. Kostenträger**

Steigende Ausgabenentwicklungen haben den Gesetzgeber in den letzten Jahren zu immer mehr Umstrukturierungen der Gesundheitsversorgung veranlasst, um die Krankenkassen als Kostenträger in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entlasten. Im Rahmen der integrierten Versorgung ist es für die Krankenkassen möglich, die Preise für vereinbarte Leistungen frei von gesetzlich verankerten Rahmenverträgen für die ambulante und stationäre Behandlung zu verhandeln. Durch die Anschubfinanzierung ist jede Krankenkasse angehalten, bis zu ein Prozent ihrer Ausgaben für ambulante und stationäre Versorgung einzubehalten und in Programme der integrierten Versorgung zu investieren. Dieser Abzug stellt ein Druckmittel für die Krankenkassen dar, um Leistungserbringern positive Anreize für Vertragsabschlüsse bzw. negative Anreize bei Ausbleiben von Vertragsabschlüssen setzen zu können. Das Kürzungsvolumen wird laut GMG insgesamt auf etwa 680 Millionen Euro beziffert, was ein erhebliches wirtschaftliches Potential ausmacht.<sup>56</sup> Demgegenüber steht der höhere Verwaltungs-

---

<sup>56</sup> Vgl. Bohle, T. (2005a), S. 9.

aufwand für die Krankenkassen.<sup>57</sup> Da jeder Vertrag individuell ausgestaltet wird, ist im Rahmen der Vertragsgestaltung und laufenden Qualitätssicherung der Behandlung ein Aufwand nötig, der über dem der traditionellen Gesundheitsversorgung liegt, wo die Vergütung pauschal nach jährlichen Verhandlungen erfolgt, von den Krankenkassen jedoch in dem Maße keine laufenden Kontrollen nötig sind.<sup>58</sup> Durch die Budgetierung der Verwaltungsausgaben nach § 4 Abs. 4 SGB V kann daher ein Konflikt entstehen, der dem möglichen Handlungsspielraum der Krankenkassen entgegensteht. Eine effizientere Leistungsausgabenplanung und damit einhergehend mögliche Kostensenkungen stehen somit denkbaren Verwaltungskostensteigerungen gegenüber. Hier können große Krankenkassen mit vielen Mitarbeitern einen Vorteil entwickeln, da sie durch ihren Marktanteil nicht nur Vorteile bei der Vertragsgestaltung und Leistungsforderung haben<sup>59</sup>, sondern auch leichter Personal für die Abwicklung der integrierten Versorgung abstellen können.

Neben der vom Gesetzgeber gewollten Reduzierung der Leistungsausgaben kann die integrierte Versorgung für Krankenkassen auch ein Mittel zur besseren Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt sein. Durch die erwähnten Möglichkeiten von Bonusgewährungen durch Zuzahlungs- oder Beitragsermäßigungen können Verträge zur integrierten Versorgung als Marketinginstrument zur Mitgliedergewinnung eingesetzt werden.<sup>60</sup> Gerade im Hinblick auf exklusive Verträge mit nur einem Kostenträger als Vertragspartner kann dies ein Anreiz zum Krankenkassenwechsel für Versicherte sein. In der Praxis hat sich die Bonusgewährung der Zuzahlungsermäßigung durchgesetzt, weil sie im Gegensatz zur Beitragsermäßigung auch für beitragsfreie Versicherte der Krankenkasse gewährt werden kann und somit einen größeren Personenkreis erreicht.<sup>61</sup>

Im Rahmen der Marktpositionierung hat die Krankenkasse strategische Überlegungen anzustellen, welche Verträge sinnvoll erscheinen. So sollten einerseits regionale Verteilungen der Versicherten und der möglichen Leistungsanbieter berücksichtigt

---

<sup>57</sup> Vgl. Jürgensen, M. (2005), S. 4.

<sup>58</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 3.1.

<sup>59</sup> Vgl. Schmitt, N. (2005), S. 1.

<sup>60</sup> Vgl. Jürgensen, M. (2005), S. 6.

<sup>61</sup> Vgl. Schmitt, N. (2005), S. 5.

werden. Auf der anderen Seite spielt auch die Identifizierung bestimmter Krankheiten eine Rolle, die die Kriterien für Verträge der integrierten Versorgung mitliefern.<sup>62</sup> Die Krankheiten sollten ein gewisses Kostenpotential beinhalten und gleichzeitig eine überschaubare Behandlungsstruktur aufweisen. Nur dann können klare Behandlungsstandards festgelegt werden, aus denen zum einen die verschiedenen Leistungserbringer definiert und zum anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt werden. Nach der Bestimmung der Indikationen für potentielle Verträge sollte die Kasse zum einen Regionen ermitteln, in denen eine gehäufte Erkrankung ihrer Versicherten zu eben diesen Diagnosen auftritt<sup>63</sup>, und zum anderen in diesen Regionen nach möglichen Vertragspartnern zur Leistungserbringung suchen. In der Praxis kann die Suche auch umgekehrt durch die Leistungserbringer geschehen, da die Einbehaltung der Vergütung durch die Anschubfinanzierung genau diese Anreize setzt.<sup>64</sup> Anhand dieser definierten Rahmenbedingungen kann die Krankenkasse den vertraglich festzuhaltenden Leistungsumfang und deren Erbringer sowie die Kosten der jeweiligen Leistungen bzw. die Gesamtkosten der Behandlung bestimmen.

Eine weitere Untergliederung der Verträge aus Sicht der Patienten kann nach den Kriterien Akutbehandlung, dauerhafter Versorgung und Verträge mit Globalbudget erfolgen.<sup>65</sup> Die Kontrakte zur Akutbehandlung machen den größten Teil in der integrierten Versorgung aus. Nach der Behandlung der vereinbarten Leistungen für die jeweiligen Indikationen werden die Versicherten in der traditionellen Gesundheitsversorgung weiter betreut. Verträge zu Indikationen mit chronischem Verlauf können eine dauerhafte Versorgung mit sich ziehen und sind demnach primär auf die Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet. Diese Versorgungsformen haben viele Parallelen zu den Disease Management-Programmen, die die Krankenkassen anbieten können. Die dritte Gruppe der Verträge wurde in Deutschland bisher noch nicht in die Praxis umgesetzt. Hierbei soll eine nicht indikationsbezogene integrierte Versorgung für eine bestimmte Region errichtet werden. Diese umfassendste Form der Versorgung soll alle anfallenden Leistungen mittels eines Gesamtbudgets in Form einer Kopfpauschale

---

<sup>62</sup> Vgl. Schmitt, N. (2005), S. 4.

<sup>63</sup> Vgl. Hellmann, W. / Drumm, S. / Achenbach, A. (2005), S. 76-77.

<sup>64</sup> Vgl. Schmitt, N. (2005), S. 4.

<sup>65</sup> Vgl. Schmitt, N. (2005), S. 6-8.

vergüten. In den USA bereits seit Jahren unter dem Stichwort Managed Care eingeführt, wird die Leistungssteuerung über eine Institution vorgenommen, die gleichzeitig die Vergütung übernimmt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den Krankenkassen durch die integrierte Versorgung ein Instrument gegeben wurde, das sie nicht nur zur Kostenoptimierung in bestimmten von ihnen festzulegenden Bereichen nutzen können, sondern auch als Machtinstrument zur freien Vertragsgestaltung mit Leistungsanbietern, die vorher nur über indirekte Vergütungen erreicht wurden. Weiterhin kann die integrierte Versorgung als Marketinginstrument bei der Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt und zur Abgrenzung von relevanten Konkurrenten dienen. Die Krankenkassen sollten also einen gewissen Mehraufwand in Kauf nehmen, um diese Vorteile für sich zu nutzen und damit auch zukünftige Anforderungen erfüllen zu können.

## **2.3. Beispiele für Verträge der integrierten Versorgung**

### **2.3.1. Projekt „Prosper“ der Bundesknappschaft**

Das Projekt „Prosper – gesund im Verbund“ wurde am 1. Oktober 1999 von der Bundesknappschaft in Bottrop eingeführt, im Jahre 2001 im Saarland und im Jahre 2002 in Recklinghausen umgesetzt. Die Bundesknappschaft bzw. seit dem Zusammenschluss der Bundesknappschaft, der See-Kasse und der Bahnversicherungsanstalt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt neben der Kranken- und Pflegeversicherung noch die Aufgaben der Rentenversicherung für die Versicherten wahr und verwaltet ihr eigenes medizinisches Netz mit eigenem Budget.<sup>66</sup> Somit entstehen Vorteile bei der Ausgestaltung von Netzstrukturen, die die restlichen Krankenversicherungsträger nicht vorweisen können. Nichtsdestotrotz bildet das Projekt Prosper als eines der ersten integrierten Programme in Deutschland eine Blaupause für

---

<sup>66</sup> Vgl. Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2004), S. 57.

strukturierte Behandlungsabläufe innerhalb eines definierten Netzes von Leistungserbringern und Kostenträgern.

Das medizinische Netz umfasst 1350 Ärzte, fünf Rehabilitationseinrichtungen sowie sieben Krankenhäuser. Durch die Zusammenführung von Versicherung und Versorgung kann man hier auch von einer Managed Care - Organisation sprechen. Dafür spricht auch die Übernahme der Verwaltungsaufgaben einer kassenärztlichen Vereinigung, da die zur Verfügung stehenden ambulanten Budgets lediglich auf die Knappschaftsärzte verteilt werden müssen.<sup>67</sup> Die formulierten Ziele Transparenz, Informationsfluss, Zusammenarbeit, kürzere und weniger Krankenhausaufenthalte, Zeit- und Kostenersparnis sowie Therapien auf dem neusten medizinischen Stand wurden sämtlich erreicht.<sup>68</sup> Der Erfolg des Projektes basiert auf der regionalen Dichte der Leistungsanbieter, die sich regelmäßig zu Qualitätszirkeln einfinden, um Behandlungsleitlinien und Therapiekonzepte zu erarbeiten. Weiterhin wird eine EDV-gestützte Patientenakte geführt, die von allen Leistungserbringern einzusehen ist.

Das Projekt Prosper weist einige Besonderheiten auf, die nicht ohne weiteres auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragbar sind. So ist die Doppelfunktion von Kostenträger und Leistungserbringer sowie die Verfügung über ein eigenes unbegrenztes Budget sicherlich einmalig. Auch die Interessen der einzelnen Beteiligten unterscheiden sich nicht stark, so dass kaum Konfliktpotential herrscht. Die Effekte des Projektes zeigen jedoch, dass die Ideen und Ansätze einer umfassenden integrierten Versorgung in einer Region unter bestimmten Umständen erfolgreich sein können.

### **2.3.2. Hausarztmodell der Barmer Ersatzkasse**

Ein ebenso populäres wie strittiges Programm hat die Barmer Ersatzkasse als größte Krankenkasse Deutschlands mit ihrem Hausarztmodell zum 1. Januar 2005 eingeführt. In diesem Programm verpflichten sich die Versicherten, mindestens ein Jahr lang bei allen Behandlungen zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, sofern er als Vertragspartner

---

<sup>67</sup> Vgl. Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2004), S. 57.

<sup>68</sup> Vgl. Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2004), S. 57-58 sowie KBS (2005).

an dem Programm teilnimmt. Dieser nimmt die Funktion des Lotsen wahr und steuert alle weiteren Behandlungen des Versicherten.<sup>69</sup> Im Gegenzug haben die Versicherten die Praxisgebühr von zehn Euro nur noch einmal pro Jahr zu entrichten, es sei denn, sie suchen ohne Überweisung und ohne Vorliegen eines Notfalls einen anderen Arzt auf.<sup>70</sup> Die Ärzte erhalten für ihren höheren Aufwand 15 Euro pro Patienten sowie eine Behandlungspauschale von 20 Euro pro Jahr. Ende September hatten bereits etwa eine Million Versicherte der Barmer und 36.000 Hausärzte ihre Teilnahme erklärt.<sup>71</sup> Durch die Größe und regionale Verteilung der Barmer Ersatzkasse und ihrer Versicherten wurde also eine flächendeckende nicht indikationsbezogene Hausarztversorgung sichergestellt.

Der Hausarztvertrag der Barmer ist ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V.<sup>72</sup> Gleichwohl sprechen viele Gründe gegen diese Annahme. Durch die Vertragspartner Barmer als Kostenträger sowie die Hausärzte als Leistungserbringer ist weder eine Sektoren übergreifende noch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung gegeben. Vielmehr stellt es ein einfaches Gatekeepermodell ohne Capitation dar. Dennoch wurde diesem Modell der Status eines integrierten Versorgungsvertrages mit allen Vor- und Nachteilen der Beteiligten zuerkannt, so dass für die Hausärzte wie auch für die Versicherten ein Anreiz besteht, an diesem Programm teilzunehmen.

### **2.3.3. Integrierte Versorgung der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen<sup>73</sup>**

Bereits im Jahre 2000 wurde an der Universitätsklinik Gießen an einem Komplexpauschalenmodell für die Hüftendoprothetik gearbeitet. Im Jahre 2003 wurde das Modell umgesetzt, seitdem werden Versicherte der beteiligten AOK Hessen nach Berücksichtigung von vorher bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien behandelt.

---

<sup>69</sup> Vgl. Rieser, S. (2005).

<sup>70</sup> Vgl. Barmer (2005).

<sup>71</sup> Vgl. Flintrop, J. (2005b).

<sup>72</sup> Vgl. Rieser, S. (2005).

<sup>73</sup> Vgl. zu den folgenden Ausführungen Haas, H. (2005), S. 152-154 und Haas, H. (2004), S. 507-510.

Weitere Vertragspartner sind zwei Rehabilitationskliniken in der Region. Die Vergütung der prä-operativen Vorbereitung, der akutstationären Behandlung und der Rehabilitation erfolgt durch eine Komplexpauschale, Nachuntersuchungen und eine Gewährleistung waren zunächst weitere Bestandteile des Vertrages. Im Rahmen von Modifizierungen des Vertrages durch das 2004 eingeführte DRG-System zur Vergütung der stationären Versorgung wurden sowohl die Ausschlusskriterien als auch die Gewährleistung aufgegeben, da die zu geringen Fallzahlen eine Kalkulierbarkeit der Rückstellungen für Gewährleistungen nicht zuließen.

Zur Sicherstellung der vom Gesetzgeber gewollten Sektoren übergreifenden Versorgung wurden seit dem Jahr 2004 Verhandlungen mit den umliegenden Orthopädiepraxen geführt. Nach anfänglichen Vorbehalten konnten bis zum ersten Quartal 2005 elf Praxen für das Modell gewonnen werden. Die Aufgaben der ambulanten Vertragspartner sind die Information der Patienten über die Möglichkeit einer Teilnahme sowie die Einschreibung. Bei einer Indikation für eine Hüftendoprothetik wird der Befund nach vorher festgelegten Standards vom Orthopäden erhoben und an die Klinik übermittelt. Die oben erwähnten Nachuntersuchungen werden ebenfalls von den ambulanten Ärzten durchgeführt.

Die Entwicklung einer derartigen Kooperation über drei verschiedene Leistungssektoren setzt eine intensive Kommunikation voraus. Durch die Zusammenarbeit und Abstimmung von Zielen werden Behandlungsprozesse standardisiert, die zu einer Verbesserung der Versorgung führen können.

### 3. Empirische Untersuchung zu Erfahrungen mit der integrierten Versorgung

#### 3.1. Einleitung und Fragestellung

Seit der Einführung der integrierten Versorgung im Jahre 2000 gab es seitens der Kostenträger und Leistungserbringer verschiedenste Versuche, Verträge umzusetzen. Die in Kapitel 2 erläuterte und von allen Seiten als unzureichend empfundene erste Fassung der §§ 140 a-h SGB V wurde zum 1. Januar 2004 überarbeitet und bietet seitdem neue Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung. Erstmals wurde der Patient weiter in den Mittelpunkt gerückt. Durch die freiwillige Teilnahme an den Programmen zur integrierten Versorgung und die damit verbundene Pflicht zur Teilnahmeerklärung wurde den Krankenkassen ein Instrument zur Marktpositionierung und Mitgliedergewinnung in die Hand gegeben. Der starke Anstieg der Vertragsanzahl seit der Neustrukturierung der Gesetzesgrundlage zeigt, dass die grundsätzlichen Anreize richtig gesetzt wurden. Jedoch scheinen viele Vertragspartner den Anreizen nicht nur freiwillig zu folgen, sondern sehen in Vertragsabschlüssen lediglich eine Notwendigkeit zur Zukunftssicherung. Dabei wird der Grundgedanke des Gesetzgebers, nämlich die effizientere Kostengestaltung sowie die Qualitätssicherung und –verbesserung, nicht verinnerlicht. Dies scheint vor allem auf der Leistungserbringerseite der Fall zu sein. In zahlreichen Publikationen werden Vorbehalte der Ärzte gegen die integrierte Versorgung angeführt: so sei beispielsweise die Anschubfinanzierung nur ein Mittel zur Reduzierung des Honorarvolumens und damit ihrer Vergütung<sup>74</sup>, ebenso sei durch die integrierte Versorgung eine Zersplitterung der Versorgungslandschaft gegeben<sup>75</sup>. Auf Krankenkassenseite wird oftmals die zu geringe Teilnahme ihrer Versicherten bemängelt. Auch werden Krankenkassen, die bereits zu Beginn relativ viele Verträge abgeschlossen haben, so genannte „quick and dirty“ - Methoden vorgeworfen, da es für sie nur um Kosteneinsparungen im Rahmen der Anschubfinanzierung gehe und nicht um eine wirkliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Vgl. Haas, H. (2005), S. 154.

<sup>75</sup> Vgl. Korzilius, H. (2005), S. A-1022.

<sup>76</sup> Vgl. Maus, J. (2005), S. A-1925. Quick and dirty - Methoden beschreiben die Strategie von schnellen Vertragsabschlüssen, bei der es den Krankenkassen primär nur um die Einsparungen im Rahmen der Anschubfinanzierung geht.

Auf beiden Seiten der Vertragspartner herrschen also unterschiedliche Erwartungshaltungen und auch unterschiedliche Wahrnehmungen der integrierten Versorgung. Im Rahmen einer Erhebung wurden diese Unterschiede empirisch untersucht und auf ihre Relevanz zur aktuellen Situation geprüft. Dabei lag die Konzentration der Untersuchung auf den Krankenkassen als Kostenträger und den Vertragsärzten als Stellvertreter der Leistungserbringer. Wie erläutert, ergeben sich gerade für die Ärzte nicht nur Vorteile durch die integrierte Versorgung. Sie haben nicht zu unterschätzende Risiken einzugehen und damit entsprechende Vorbehalte gegen die Teilnahme. Ein weiterer Grund für die Befragung der Ärzte ist deren hohe regionale Verbreitung und Dichte. Es kann somit ein statistisch aussagekräftiges Stimmungsbild einer Region wiedergegeben werden, das in dieser Form bei Krankenhäusern nicht möglich wäre.

Auf der Kostenträgerseite wurde versucht, ein möglichst umfassendes Meinungsbild abzubilden, da viele Krankenkassen nicht nur regional organisiert sind, sondern ihre Aktivitäten landes- oder sogar bundesweit ausdehnen. Weiterhin sollten sowohl kleine Krankenkassen mit niedriger Mitgliederzahl als auch große mit einer hohen Anzahl an Mitgliedern berücksichtigt werden, ebenfalls mit eingebunden wurden die Landesverbände, soweit sie sich aktiv an Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung beteiligen.

Es wurde ein zweiseitiger Fragebogen entwickelt, um den Bearbeitungsaufwand relativ niedrig zu halten und damit die Compliance zu erhöhen.<sup>77</sup> Nach statistischen Angaben zur Krankenkasse bzw. zur Arztpraxis wurden zunächst grundsätzliche Fragen zur integrierten Versorgung gestellt, auf die Fragen zu den Themenkomplexen Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit sowie Informationstransfer in der integrierten Versorgung folgten. Ärzten wurden im Anschluss noch zur Rolle des Allgemeinmediziners in der integrierten Versorgung befragt. Besonderheiten der Vertragspartner wurden in den Fragestellungen berücksichtigt. So wurde versucht, den jeweiligen Blickwinkel der Beteiligten in die Formulierung der Fragen mit aufzunehmen.

---

<sup>77</sup> Vgl. Anhang I und Anhang II.

Der Aufbau sah Aussagen vor, die vom Befragten auf einer Skala mit fünf Ausprägungen von „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „ich stimme voll und ganz zu“ bewertet werden sollten.

Der Versand erfolgte für Kostenträger per Email, wobei nach Möglichkeit vorher mit dem zuständigen Bearbeiter der Krankenkasse telefonischer Kontakt aufgenommen wurde. Für die Ärzte konnte der Fragebogen einem Rundschreiben der Bezirksstelle der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen beigelegt werden, das regelmäßig an alle zugelassenen und ermächtigten Ärzte/innen sowie Psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen der Bezirksstelle Hannover versendet wird. Insgesamt konnten so ca. 3000 Ärzte der Regionen Hannover, Celle, Schaumburg, Hameln und Bad Pyrmont erreicht werden. Auf Kostenträgerseite wurden 259 Fragebögen an Krankenkassen sowie deren Landesverbände verschickt.

Die Auswertung erfolgte mit dem frei käuflichen Statistikprogramm SPSS 13.0 für Windows.

### **3.2. Auswertung**

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte getrennt nach Leistungserbringern und Kostenträgern. Zur besseren Übersicht wurden die Ergebnisse in die vorgegebenen Gliederungspunkte der Fragebögen aufgeteilt; die Bewertung und Lösungsansätze wurden mit in die einzelnen Auswertungsblöcke aufgenommen, um die Zuordnung zu erleichtern. Die im Fragebogen aufgenommene Frage zu Indikationen der abgeschlossenen Verträge wurde bei der Auswertung letztendlich nicht berücksichtigt, da für statistisch relevante Ergebnisse zu wenig Angaben gemacht wurden.

### 3.2.1. Leistungserbringer

#### 3.2.1.1. Allgemeiner Teil

Von den ca. 3000 Ärzten der Bezirksstelle Hannover der kassenärztlichen Vereinigung schickten 154 den beantworteten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Quote von ca. 5 %. Von den antwortenden Ärzten ließen sich 86 dem Hausarzt- und 67 dem Facharztssystem zuordnen. Die prozentuale Aufteilung von Hausarzt zu Facharzt entspricht somit 56,2 % zu 43,8 %. Die Ärzte nahmen ihre Tätigkeit durchschnittlich im Jahre 1991 (Hausärzte) bzw. 1992 (Fachärzte) auf.<sup>78</sup>

**Tabelle 1: Basisinformationen der Ärzte**

	Anzahl	%	Mittleres Jahr des Praxiseinstiegs
Hausarzt	86	56,2	1991
Facharzt	67	43,8	1992
Gesamt	153	100,0	1991

Quelle: eigene Berechnung.

Von den 154 Ärzten machten 152 eine Angabe zu ihrer Praxisorganisation. Jeweils mehr als die Hälfte der Ärzte arbeitet in einer Einzelpraxis, knapp ein Drittel ist in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Praxisgemeinschaften sind mit 11,6 % bzw. 7,6 % am wenigsten vertreten.<sup>79</sup>

**Tabelle 2: Art der Praxisorganisation**

Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis		Praxisgemeinschaft	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
50	58,1%	26	30,2%	10	11,6%
43	65,2%	18	27,3%	5	7,6%

Quelle: eigene Berechnung.

<sup>78</sup> Vgl. Tabelle 1.

<sup>79</sup> Vgl. Tabelle 2.

Nach den allgemeinen Fragen zur Person und Organisation des Arztes sollte eine allgemeine Einschätzung der integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V in ihrer jetzigen Form abgegeben werden. 46,4 % der Hausärzte sowie 52,2 % der Fachärzte sahen die integrierte Versorgung als sinnvoll an. Mit einem relativ ausgewogenen Bild von jeweils ungefähr der Hälfte positiven und negativen Meinungen lässt sich somit eine sehr heterogene Stimmungslandschaft innerhalb der Ärzteschaft feststellen.<sup>80</sup>

**Tabelle 3: Einschätzung der integrierten Versorgung der Ärzte**

	Integrierte Versorgung sinnvoll?					
	Nein		Ja		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Hausarzt	45	53,6%	39	46,4%	84	100,0%
Facharzt	32	47,8%	35	52,2%	67	100,0%

Quelle: eigene Berechnung.

Gründe für die negativen Einschätzungen können die genannten Risiken wie der höhere Aufwand durch die Betreuung der Patienten, die Notwendigkeit von Investitionen, Einkommensverluste durch den Honorarabzug im Rahmen der Anschubfinanzierung und die Vielfalt der Verträge sein.

Nach der Frage zur Einschätzung der integrierten Versorgung sollten die Ärzte ihre praktischen Erfahrungen seit der Neustrukturierung der §§ 140 a-d SGB V im Jahre 2004 angeben. 147 Ärzte trafen zu dieser Frage eine Aussage. Hierbei zeigte sich, dass die Hälfte der negativ eingestellten Hausärzte bereits Erfahrungen mit Verträgen zur integrierten Versorgung gesammelt hatte, jedoch nur ein Drittel der positiv eingestellten Hausärzte. Die überwiegende Mehrheit der Fachärzte hatte bisher noch keine Erfahrungen sammeln können.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Vgl. Tabelle 3.

<sup>81</sup> Vgl. Tabelle 4.

**Tabelle 4: Erfahrungen mit der integrierten Versorgung - Ärzte**

		Erfahrungen mit Verträgen seit 2004 gesammelt					
		Nein		Ja		Gesamt	
IV sinnvoll?		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Hausarzt	Nein	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%
	Ja	25	65,8%	13	34,2%	38	100,0%
Facharzt	Nein	26	83,9%	5	16,1%	31	100,0%
	Ja	27	79,4%	7	20,6%	34	100,0%

Quelle: eigene Berechnung.

35 Hausärzte konnten bereits Erfahrungen zu Verträgen der integrierten Versorgung sammeln, von denen 22 eine negative Einstellung zur integrierten Versorgung hatten. Auf Facharztseite hatten lediglich 12 Ärzte bereits Erfahrungen gesammelt; 5 schätzten die integrierte Versorgung negativ ein. Ein T-Test ergab jedoch keine signifikant unterschiedliche Meinung zur Sinnhaftigkeit. Die Gründe für negative Einschätzungen innerhalb der Gruppen mit Erfahrungen können sowohl die Bestätigung von Vorurteilen als auch die Aufnahme neuer Einflüsse sein. Eine differenziertere Untersuchung aller Antworten des Fragebogens nach Arztgruppen mit und ohne Erfahrung erfolgt weiter unten.

### 3.2.1.2. Qualitätssicherung

Nach dem allgemeinen Fragenteil wurde der Bereich Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung aufgegriffen. Es zeigte sich, dass 70,6 % der Ärzte die Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung für sinnvoll erachteten, ein ähnlich hoher Anteil mit 69,5 % sah Leitlinien und Behandlungsstandards in diesem Zusammenhang als positiv an. Ein heterogenes Bild ergab sich auf die Frage, ob Leitlinien ein Anreiz zur Abgrenzung gegenüber Kollegen sein können. So stimmten mit 38,3 % etwas mehr als ein Drittel dieser Aussage zu, knapp die Hälfte lehnte dies jedoch ab. Trotz der positiven Aufnahme der Qualitätssicherung und Leitlinien

empfinden viele Ärzte (68,6 %) diese als Vorgabe der Krankenkassen, um Ärzte leichter aus der Versorgung ausschließen zu können.<sup>82</sup>

**Tabelle 5: Qualitätssicherung - Ärzte**

	Qualitätssicherung sinnvoll		Leitlinien positiv		Leitlinien positiv zur Abgrenzung		KK sortieren Ärzte aus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	18	11,8%	15	9,7%	30	19,5%	12	7,8%
eher nicht	18	11,8%	23	14,9%	45	29,2%	20	13,1%
weder noch	9	5,9%	9	5,8%	20	13,0%	16	10,5%
eher ja	67	43,8%	69	44,8%	45	29,2%	52	34,0%
voll und ganz	41	26,8%	38	24,7%	14	9,1%	53	34,6%

Quelle: eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung nach Haus- und Fachärzten ergibt sich insbesondere zu den Fragen der Abgrenzung gegenüber Kollegen ein differenziertes Bild. So sieht etwa die Hälfte der Fachärzte (47,7 %) Leitlinien als positiv zur Abgrenzung an, während nur 30,3 % der Hausärzte diese Meinung teilen.<sup>83</sup>

Die positive Aufnahme von Qualitätssicherung und Leitlinien in der Ärzteschaft spricht dafür, dass die Risiken von Guidelines zwar empfunden werden, aber bei der Wahl zum Eintritt in die integrierte Versorgung keine sehr große Rolle spielen. Ein Großteil der Ärzte steht Leitlinien und somit einer Einschränkung der Therapiefreiheit aufgeschlossen gegenüber. Leitlinien werden von der Hälfte der befragten Ärzte jedoch nicht als Instrument der Positionierung auf dem Markt der integrierten Versorgung angesehen. Im vom Gesetzgeber geforderten Wettbewerb können strategische Positionierungen ein notwendiges Werkzeug sein, so dass hier noch offene Möglichkeiten bestehen. Offensiveres Marketing der eigenen Qualitäten über eingehaltene Leitlinien und Behandlungsstandards kann einen Vorsprung bei möglichen Vertragsabschlüssen bedeuten.<sup>84</sup> Die Empfindung der Ärzte, Krankenkassen würden Qualitätsstandards als Mittel zur Aussortierung von Ärzten benutzen, gibt ebenfalls das

<sup>82</sup> Vgl. Tabelle 5.

<sup>83</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 15.

<sup>84</sup> Vgl. Köttendrop, H. / Oelmüller, M. (2005), S. 2, 23.

fehlende Engagement wieder. Gerade durch Umdenken und Erarbeitung von Standards können diese Ängste abgebaut und ins positive Gegenteil gewendet werden.

### **3.2.1.3. Wirtschaftlichkeit**

Zu Fragen der Wirtschaftlichkeit zeigte sich ein einheitliches Bild der Ärzteschaft. So sahen 71,1 % der Ärzte die medizinische Versorgung durch die vom Gesetzgeber forcierte Entwicklung hin zu ökonomisch-effizienter Versorgung als gefährdet an, 76,6% befürchteten eine Zersplitterung der Gesamtversorgung.<sup>85</sup> Dies entspricht der herrschenden Meinung in aktuellen Publikationen.<sup>86</sup> Viele Ärzte sehen in der zunehmenden Ökonomisierung der medizinischen Versorgung, den vom Gesetzgeber eingeführten Budgets und der Ausgabendeckelung Einschnitte in der Sicherstellung ihres Versorgungsauftrages und somit eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit. Dies steht im Gegensatz zu den vorher ermittelten Ergebnissen zur Qualitätssicherung. Eine Lösung dieses Konfliktes kann die konsequente Einführung von Qualitätszirkeln sein, die vom Gesetzgeber bereits in § 135 a SGB V gefordert werden. Mittels breit angelegter Qualitätssicherungsmaßnahmen kann somit eine größere Akzeptanz bei den Ärzten erreicht werden. Durch frühzeitiges Einbeziehen eines größeren Teils der Ärzteschaft wird die Kommunizierung und somit die Umsetzung erarbeiteter Leitlinien und Standards erleichtert. Das Problem der von Ärzten befürchteten Zersplitterung der Gesamtversorgung kann ebenfalls durch die konsequente Nutzung von Leitlinien gelöst werden. So besteht zwar ein erhöhter Verwaltungsaufwand bei mehreren Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung, die medizinische Betreuung kann jedoch durch Behandlungsstandards einheitlich gestaltet werden. Gerade für Fachärzte, deren Versorgungsbereich durch ihre Spezialisierung von vornherein festgelegt ist, ergibt sich hierdurch eine Lösung des Konfliktes.

---

<sup>85</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 16a.

<sup>86</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 4.2.2.

88,8 % der Ärzte beobachteten einen Mehraufwand durch die integrierte Versorgung, wobei lediglich 17,5 % die Relation zum Nutzen positiv sahen.<sup>87</sup> Der festgestellte Mehraufwand lässt sich leicht durch abzuschließende Verträge, der Einhaltung von Behandlungsstandards sowie der erhöhten Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern erklären. Die Entwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu wettbewerblichen Strukturen und damit einhergehend mehr Eigenverantwortung fordert jedoch eine erhöhte Initiative der Ärzte. Eine Antizipation der Rahmenbedingungen scheint somit für die Ärzte unumstößlich, um zukunftsfähig zu bleiben. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis sollte in diesem Zusammenhang auch mit Kosten und Nutzen ihrer möglichen Handlungsalternativen verglichen werden.

Etwa zwei Drittel der Ärzteschaft beurteilten die Übertragung des finanziellen Risikos durch sektorübergreifende Kopfpauschalen negativ, jeweils etwa 70 % sahen durch die integrierte Versorgung weder kurzfristig noch langfristig einen positiven Einkommenseffekt.<sup>88</sup> Die unternehmerischen Eigeninteressen des Arztes werden durch sektorübergreifende Kopfpauschalen dahingehend eingeschränkt, dass der Arzt sein Einkommen nicht wie bei sektoralen Kopfpauschalen durch frühzeitige Überweisung an Leistungserbringer anderer Sektoren maximieren kann. Weiterhin steht einzelnen Ärzten nicht genügend Risikokapital zur Verfügung. Da laut Tabelle 2 der Großteil der befragten Ärzte in einer Einzelpraxis arbeitet, ist dieses Ergebnis erwartungsgemäß. Eine Lösung ist der Zusammenschluss von Ärzten zu einer der in Kapitel 2.2.2. erläuterten Organisationsformen zur Diversifizierung monetärer Risiken.

Die Einschätzung des Effektes der integrierten Versorgung auf das Einkommen ist sowohl kurzfristig als auch langfristig negativ. Viele Ärzte sehen im Mehraufwand und in der Relation zum Nutzen die Gefahr eines Einkommensverlustes, der sich auch auf lange Sicht hin nicht bessert. Ein weiterer Einfluss ist die Anschubfinanzierung, die Ärzten oberflächlich gesehen bis zu ein Prozent ihres Honorars abzieht. Die Regelungen des § 140 c Abs. 1 SGB V lassen zwar eine kurzfristige Einbehaltung zu, jedoch müssen nicht genutzte Beträge nach drei Jahren wieder an die jeweilige

---

<sup>87</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 16a.

<sup>88</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 16a und Tabelle 16b.

kassenärztliche Vereinigung ausgezahlt werden, womit sich zumindest langfristig ein teilweiser Ausgleich ergeben kann. Eine Voraussetzung hierfür ist jedoch die Teilnahme an der integrierten Versorgung, um kurzfristig spürbare Honorarkürzungen durch zusätzliche Vergütungen aus abgeschlossenen Verträgen auszugleichen und langfristig bei ausbleibenden Rückzahlungen der Kostenträger durch die vollständige Nutzung der einbehaltenen Gelder keinen Nachteil zu erleiden.

Mit der Möglichkeit, Einzelverträge abzuschließen, waren lediglich 15,2 % einverstanden. Allerdings war der Anteil der Ärzte, die zukünftig Einzelverträge abschließen werden, mit 25,3 % etwas höher.<sup>89</sup> Der Unterschied zwischen Zufriedenheit und tatsächlichen Abschlüssen lässt auf eine gewisse Antizipation der Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen schließen. Allerdings werden somit Verträge geschlossen, deren tatsächliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung nicht wahrgenommen werden. Die bereits erläuterten Ängste und Risiken der Ärzte stehen hierbei im Vordergrund und nicht der Anreiz zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung.

Anreize zu horizontalen Zusammenschlüssen mit anderen Ärzten waren für 42,3 % gegeben, während vertikale Zusammenschlüsse mit Leistungserbringern anderer Sektoren nur für 22,2 % der Ärzte attraktiv waren.<sup>90</sup> Gerade im Hinblick auf die vorgestellten Vorteile von Zusammenschlüssen besteht hier Verbesserungspotential für Ärzte. Die ermittelten und von den Ärzten bewerteten wirtschaftlichen Risiken lassen sich hierdurch diversifizieren, weiterhin besteht die Möglichkeit der strategischen Marktpositionierung. Die den Ärzten fehlenden Anreize können wie schon beim MVZ finanziell gesetzt werden.

---

<sup>89</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 16b.

<sup>90</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 16b.

### 3.2.1.4. Informationstransfer

Die befragte Ärzteschaft gab zu Fragen des Informationstransfers in der integrierten Versorgung ein geschlossenes Bild ab. So hatten 55,6 % Bedenken bei der Weitergabe von Patienteninformationen zu anderen Leistungserbringern, lediglich 30,2 % hielten die Weitergabe für unkritisch. Die Ärzte verfügen mittlerweile überwiegend (95,4 %) über eine EDV-Anlage. Es konnten sich 51,5 % eine automatische Übermittlung der Patienteninformationen vorstellen. Die zusätzlichen Kosten der Einrichtung eines solchen Systems standen für 49,6 % der Ärzte in einem positiven Verhältnis zum Nutzen.<sup>91</sup>

**Tabelle 6: Informationstransfer - Ärzte**

	Weitergabe von Patienteninformation en unkritisch		EDV-Anlage in Praxis		Automatische Übermittlung von Daten vorstellbar		Kosten-Nutzen- Verhältnis positiv	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	27	17,8%	4	2,6%	25	16,3%	26	17,0%
eher nicht	59	38,8%	3	2,0%	23	15,0%	23	15,0%
weder noch	20	13,2%	-	-	11	7,2%	28	18,3%
eher ja	35	23,0%	24	15,7%	57	37,3%	49	32,0%
voll und ganz	11	7,2%	122	79,7%	37	24,2%	27	17,6%

Quelle: eigene Berechnung.

In der integrierten Versorgung spielt die Generierung, Speicherung und Weitergabe der Patienteninformationen eine zentrale Rolle.<sup>92</sup> Datenschutzrechtliche Aspekte werden durch die Einverständniserklärung des Patienten zur Datenübermittlung im Rahmen der integrierten Versorgung erfüllt, so dass der Infrastruktur der Informationsverarbeitung die höchste Priorität gewidmet werden sollte. Durch die Sicherstellung eines stabilen und sicheren Informationssystems zwischen den beteiligten Leistungserbringern könnte die Akzeptanz der Ärzte zur Datenübermittlung erhöht werden. Demgegenüber stehen jedoch die zusätzlich entstehenden Kosten der Einrichtung.<sup>93</sup> Der Leistungserbringer hat

<sup>91</sup> Vgl. Tabelle 6.

<sup>92</sup> Vgl. Kuhr, N. (2005b), S. 1-2.

<sup>93</sup> Vgl. Kuhr, N. (2005b), S. 12.

also den zusätzlichen Nutzen, u. a. die verbesserten Möglichkeiten zu Vertragsabschlüssen mit Kostenträgern und anderen Leistungserbringern, mit den entstehenden Kosten zu vergleichen. Die Hälfte der befragten Ärzte sah hierin einen positiven Nutzen.

### 3.2.1.5. Die Rolle des Allgemeinmediziners

Abschließend wurden die Ärzte zur Rolle des Allgemeinmediziners in der integrierten Versorgung befragt. So zeigte sich die Meinung der Ärzteschaft zur Rolle des Allgemeinmediziners als Gatekeeper bzw. Lotse ohne finanzielles Risiko mit 35,0 % negativer zu 46,2 % positiver Bewertung relativ ausgeglichen, wohingegen die Aussagen zum capitated Gatekeeper mit 59,7 % eher zum Negativen tendierten. 52,7 % der Ärzte empfanden die Allgemeinmediziner für die Aufgaben eines Gatekeepers in der integrierten Versorgung als fachlich umfassend ausgebildet.<sup>94</sup>

**Tabelle 7: Rolle des Allgemeinmediziners**

	Allgemeinmediziner als Lotse <b>ohne</b> finanzielles Risiko positiv		...mit Kopfpauschale / finanziellem Risiko		Allgemeinmediziner für Aufgaben eines Lotsen fachlich umfassend ausgebildet?	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	27	18,9%	33	23,7%	16	10,7%
eher nicht	23	16,1%	50	36,0%	43	28,7%
weder noch	27	18,9%	34	24,5%	11	7,3%
eher ja	43	30,1%	16	11,5%	49	32,7%
voll und ganz	23	16,1%	6	4,3%	31	20,7%

Quelle: eigene Berechnung.

Bei Unterscheidung nach Haus- und Fachärzten ergab sich hier jedoch ein differenziertes Bild. So sahen 63,3 % der Hausärzte die Rolle des Allgemeinmediziners als Gatekeeper ohne finanzielles Risiko als positiv an, demgegenüber standen lediglich 25,4 % positive Meinungen der Fachärzte. Bei der Übernahme des finanziellen Risikos

<sup>94</sup> Vgl. Tabelle 7.

als capitated Gatekeeper gab es auf beiden Seiten mit 17,1 % bzw. 14,5 % nur geringe Zustimmung. Ebenfalls große Abweichungen waren zur Ausbildung des Allgemeinmediziners erkennbar. 83,3 % der Hausärzte empfanden Allgemeinmediziner umfassend ausgebildet, lediglich 15,3 % der Fachärzte teilten diese Meinung.<sup>95</sup> Insgesamt ist jedoch eine Tendenz zur negativen Bewertung durch Fachärzte erkennbar. Die Rolle des Hausarztes wird als Gatekeeper wesentlich gestärkt. Da die Patienten in diesen Systemen zunächst den Hausarzt aufsuchen und unter Umständen nicht zum Facharzt überwiesen werden, können den Fachärzten Einkommensverluste durch weniger Patienten entstehen. Diese Ergebnisse werden von einer Studie aus dem Jahr 2003 bestätigt.<sup>96</sup> Durch eine von beiden Seiten klar formulierte und akzeptierte Zusammenarbeit, auch unter Einbeziehung von Leitlinien und Behandlungsstandards, kann dieser Konflikt minimiert werden.

### **3.2.1.6. Abschließende Bewertung**

Um die Aussagen der Ärzte im Hinblick auf ihre Zuordnung zum Haus- oder Facharztsystem beurteilen zu können, wurde ein T-Test durchgeführt. Hierbei wurden etwaige signifikante Unterschiede der Antworten bestimmt.<sup>97</sup> Es stellte sich heraus, dass sich die Aussagen der Ärzte zum beobachteten Mehraufwand nach dem Abschluss von Verträgen, zur Rolle des Allgemeinmediziners als einfacher Gatekeeper, zum Nutzen von Leitlinien zur Abgrenzung gegenüber Ärztekollegen, zum Nutzen von Leitlinien für Krankenkassen zur Aussortierung von Ärzten, zur Ausbildung des Allgemeinmediziners als Gatekeeper sowie zum Einsatz von EDV-Anlagen in der Praxis signifikant (Signifikanz < 0.01) unterschieden. Schwach signifikante Unterschiede (Signifikanz < 0.05) fanden sich bei der Einschätzung des relativen Nutzens zum Mehraufwand durch die Qualitätssicherung, zur Übersichtlichkeit der Gesamtversorgung sowie zur Zufriedenheit mit der Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen.

---

<sup>95</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 17.

<sup>96</sup> Vgl. Wiechmann, M. (2003), S. 154.

<sup>97</sup> Vgl. Anhang III Tabelle 18a-c.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ärzte Aspekten der Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung grundsätzlich positiv gegenüber stehen. Im Hinblick auf wirtschaftliche Einflüsse besteht jedoch eine weitaus negativere Grundhaltung. In Fragen der Informationsverarbeitung und –weitergabe besteht Verbesserungspotential, da die grundsätzlichen Strukturen bei vielen Ärzten bereits gegeben sind. Zur Rolle des Allgemeinmediziners in der integrierten Versorgung ergibt sich erwartungsgemäß ein differenziertes Bild zwischen Haus- und Fachärzten.

### **3.2.2. Kostenträger**

#### **3.2.2.1. Allgemeiner Teil**

Von den 259 Krankenkassen sendeten 39 den ausgefüllten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 15 %. Insgesamt antworteten 7 Allgemeine Ortskrankenkassen, 6 Ersatzkassen, 25 Betriebskrankenkassen inklusive einem Landesverband sowie eine Innungskrankenkasse. Die mittlere Anzahl der Versicherten in den Krankenkassen betrug 1.230.619, die der Versicherten im BKK-System ohne deren Landesverband 101.126.

Von den 39 Krankenkassen gaben 37 eine Antwort zur Frage, ob die Integrierte Versorgung in ihrer jetzigen Form sinnvoll erscheint. 33 (89,2 %) beantworteten diese Frage mit ja, lediglich 4 (10,8 %) waren mit der integrierten Versorgung nicht einverstanden.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Vgl. Tabelle 8.

**Tabelle 8: Einschätzung der integrierten Versorgung der Krankenkassen**

		Anzahl	Gültige Prozente
Gültig	Nein	4	10,8
	Ja	33	89,2
	Gesamt	37	100,0
Fehlend		2	
Gesamt		39	

Quelle: eigene Berechnung.

37 der 39 Krankenkassen schlossen bereits Verträge zur integrierten Versorgung, die mittlere Anzahl geschlossener Verträge pro Krankenkasse betrug 23.<sup>99</sup>

**Tabelle 9: Vertragsabschlüsse der Krankenkassen**

	Anzahl	Prozent
Nein	2	5,1
Ja	37	94,9
Mittelwert	22,69	

Quelle: eigene Berechnung.

Zur Art der geschlossenen Verträge wurden von 35 Krankenkassen Angaben gemacht. So schlossen 65,7 % der Krankenkassen eigene Verträge, 71,4 % Verträge über einen Verband (mit anderen Krankenkassen bzw. über den Landesverband) und lediglich 20,0 % Verträge mit Beteiligung Dritter (z. B. Unternehmensberatungen, Managementgesellschaften u. a.).<sup>100</sup>

**Tabelle 10: Art der Vertragsabschlüsse der Krankenkassen**

	eigene Verträge		über Verband		Beteiligung Dritter	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	12	34,3%	10	28,6%	28	80,0%
ja	23	65,7%	25	71,4%	7	20,0%

Quelle: eigene Berechnung.

<sup>99</sup> Vgl. Tabelle 9.

<sup>100</sup> Vgl. Tabelle 10.

Auf die Frage, ob nach Vertragsabschluss andere Krankenkassen den Verträgen beitreten können, gaben 33 Krankenkassen eine Antwort. 29 bzw. 74,4 % der Krankenkassen ließen einen Beitritt nach Vertragsabschluss zu, lediglich 4 schlossen Beteiligungen aus. Alle vier Verneinungen wurden von Betriebskrankenkassen abgegeben.<sup>101</sup>

**Tabelle 11: Beteiligung nach Vertragsabschluss**

	Anzahl	Prozent
Nein	4	12,1
Ja	29	87,9
Gesamt	33	100,0

Quelle: eigene Berechnung.

In Kapitel 2.2.3. wurde auf den strategischen Wert der Verträge zur Positionierung auf dem Markt hingewiesen. Insofern erscheint die Anzahl an Krankenkassen, die andere Partner nach Vertragsabschluss beitreten lassen, als ungewöhnlich hoch. Auch im Hinblick auf die Verneinungen, die sämtlich von Betriebskrankenkassen und somit Krankenkassen mit grundsätzlich niedriger Versichertenzahl abgegeben wurden, ist diese Zahl als sehr hoch einzuschätzen. Für die Krankenkassen stehen demnach Vorteile der Vertragsbeteiligung anderer Kostenträger im Vordergrund. Durch eine größere Versichertenzahl ergeben sich mehr potentielle Teilnehmer auf der Versichertenseite. Weiterhin dadurch ist eine größere Einflussnahme auf die Preisgestaltung möglich, die Verwaltungs- und Administrationskosten pro Krankenkasse können sinken. Auch können sich durch die Zusammenarbeit von Krankenkassen bei mehreren Verträgen strategische Allianzen im Hinblick auf zukünftige Verträge und deren Ausgestaltung bilden.

Eine Untersuchung der Betriebskrankenkassen nach der Anzahl der Versicherten ergab, dass alle großen befragten Betriebskrankenkassen (mehr als 100.000 Versicherte, vgl. Mittelwert der Versichertenanzahl), die die integrierte Versorgung als sinnvoll ansehen,

---

<sup>101</sup> Vgl. Tabelle 11.

bereits Verträge geschlossen haben und andere Krankenkassen nach Vertragsabschluss beitreten lassen.<sup>102</sup>

**Tabelle 12: Untersuchung Betriebskrankenkassen nach Größe**

		Nein		Ja	
		Anzahl	%	Anzahl	%
< 100.000 Versicherte	IV sinnvoll?	3	18,8%	13	81,3%
	Verträge geschlossen	1	5,9%	16	94,1%
	Beteiligung anderer Krankenkassen an Verträgen	4	26,7%	11	73,3%
> 100.000 Versicherte	IV sinnvoll?			6	100,0%
	Verträge geschlossen			6	100,0%
	Beteiligung anderer Krankenkassen an Verträgen			4	100,0%

Quelle: eigene Berechnung.

### 3.2.2.2. Qualitätssicherung

Nach dem allgemeinen Fragenteil sollten die Krankenkassen Aussagen zur Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung bewerten. Hierbei zeigte sich, dass die Krankenkassen die Qualitätssicherung vollständig als sinnvoll erachten. Auch Leitlinien und Behandlungsstandards wurden in diesem Zusammenhang von 97,4 % als positiv angesehen. Die Aussage, Krankenkassen wollten über Qualitätsvorgaben und Leitlinien Ärzte aussortieren, verneinten 65,8 %, 21,1 % stimmten dagegen zu. Die durchweg positiven Meinungen zur Qualitätssicherung und damit einhergehend den Leitlinien spiegeln die entstehenden Vorteile für die Krankenkassen wider. Durch Vorgabe von Leitlinien und Behandlungsstandards können Behandlungskosten genauer bestimmt werden. Daraus ergeben sich Vorteile für die Preisgestaltung bei Vertragsverhandlungen sowie für die Ausgabenplanung der Krankenkassen.

Die bisherigen Angebote von Leistungserbringern wurden von 62,2 % der Krankenkassen als nicht zufrieden stellend angesehen, lediglich 24,3 % waren zufrieden. Die in Kapitel 2.2.3. beschriebene Strategie der Kostenträger, auf Angebote

<sup>102</sup> Vgl. Tabelle 12.

der Leistungserbringer zu warten, scheint demnach in der Praxis noch nicht relevant zu sein. Die Beteiligung der Versicherten an den Programmen zur integrierten Versorgung war für 42,9 % ausreichend, 20,0 % sahen hierin noch Verbesserungspotential.<sup>103</sup> Gerade im Hinblick auf die Relevanz zur Abgrenzung gegenüber Marktkonkurrenten kann hier durch höheren Marketingaufwand eine verbesserte Informationslage der Versicherten erreicht werden. Die Vorteile für Versicherte sollten hierbei offensiver abgegrenzt werden, so dass die Verträge zur integrierten Versorgung für die relevanten Zielgruppen attraktiver werden. Eine erhöhte Beteiligung der Versicherten kann sich ebenfalls positiv auf die Vergütung auswirken. So haben die Krankenkassen nach § 140 d Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, die Anschubfinanzierung übersteigenden Beträge entsprechend der Anzahl der teilnehmenden Versicherten zu bereinigen. Dadurch entstehen weitere Kostenvorteile im Hinblick auf die Ausgabenplanung der Krankenkassen.

**Tabelle 13: Qualitätssicherung - Krankenkassen**

	Qualitätssicherung sinnvoll		Leitlinien positiv		Über Leitlinien Ärzte aussortieren		Angebote Leistungserbringer zufrieden stellend		Einschreibequote der Versicherten positiv	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	0	,0%	0	,0%	13	34,2%	1	2,7%	0	,0%
eher nicht	0	,0%	0	,0%	12	31,6%	22	59,5%	7	20,0%
weder noch	0	,0%	1	2,6%	5	13,2%	5	13,5%	13	37,1%
eher ja	10	26,3%	9	23,7%	8	21,1%	9	24,3%	14	40,0%
voll und ganz	28	73,7%	28	73,7%	0	,0%	0	,0%	1	2,9%

Quelle: eigene Berechnung.

### 3.2.2.3. Wirtschaftlichkeit

Die Aussage, Krankenkassen würden Verträge zur integrierten Versorgung vorrangig als Marketinginstrument nutzen, wurde von 51,3 % abgelehnt.<sup>104</sup> Lediglich 24,3 % stimmten dieser Aussage zu, wobei die Zustimmungen ausschließlich von Betriebskrankenkassen erfolgten. Da Betriebskrankenkassen aufgrund ihrer historisch

<sup>103</sup> Vgl. Tabelle 13.

<sup>104</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 19a.

entstandenen Verbundenheit zum Trägerunternehmen oft eine geringe Versichertenanzahl und/oder eine geringe überregionale Ausbreitung vorweisen, erscheint diese Einschätzung realistisch. Hierdurch entstehende Nachteile bei der Vertragsgestaltung und der Möglichkeit zu Vertragsabschlüssen schränken die Marketingeffekte für Betriebskrankenkassen ein, so dass Versicherte, die Interesse an integrierten Versorgungsformen für bestimmte Krankheiten haben, einen Anreiz zur Abwanderung an andere Krankenkassen haben können. Die oben erwähnte Ablehnungshaltung der Betriebskrankenkassen zur Beitrittsmöglichkeit nach Vertragsabschluss unterstützt diese These. Die entstehenden Nachteile durch Größe und regionale Verbreitung sollen durch Exklusivverträge aufgefangen werden. Auf der anderen Seite erscheint eine verstärkte Beteiligung an Verträgen anderer Krankenkassen sinnvoll, um bereits aufgebaute Versorgungsstrukturen übernehmen zu können und letztendlich ebenfalls als Marketinginstrument einsetzen zu können.

Die gesamte Versorgungslandschaft wurde für 56,7 % der Krankenkassen unübersichtlicher.<sup>105</sup> Für 73,0 % war ein Mehraufwand durch die Verträge zu beobachten, 56,8 % sahen diesen Mehraufwand in Relation zum Nutzen als positiv an. Für etwa die Hälfte der Kostenträger (52,8 %) wird der Betreuungsaufwand jedoch auch in den nächsten Jahren nicht sinken. Durch die Vielzahl der möglichen Verträge entsteht ein erhöhter Verwaltungsaufwand der Krankenkassen. Eine Lösung zur Optimierung dieses Problems kann die Aufstellung von Musterverträgen sein, die an die jeweilige Vertragssituation angepasst werden.<sup>106</sup> Der entstehende Mehraufwand pro Vertrag kann durch die Beteiligung an Verträgen anderer Krankenkassen bzw. umgekehrt und durch die Möglichkeit von Synergieeffekten für mehrere Verträge gesenkt werden. So ist gerade bei Abschluss von mehreren Verträgen für dieselbe Diagnose nicht jedes Mal der gleiche Aufwand notwendig. Daher kann der Aufwand auch im Zeitablauf gesenkt werden.

Die Betreuung der abgeschlossenen Verträge durch externe Partner war für 77,1 % nicht kostengünstiger, der durchschnittliche Personaleinsatz der Krankenkassen betrug

---

<sup>105</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 19a

<sup>106</sup> Vgl. Bohle, T. (2005b), S. 1-2.

hierfür 4 Mitarbeiter.<sup>107</sup> Die Ausgliederung von bestimmten Aufgaben innerhalb der integrierten Versorgung ist somit für die meisten befragten Krankenkassen nicht attraktiv. Im Hinblick auf bestimmte Systeme innerhalb des Disease Managements könnten hierbei Vorteile entstehen. Beispielsweise bieten Carve Out Manager die Entwicklung von Leitlinien an, die von mehreren Krankenkassen für ihre jeweiligen Verträge zu bestimmten Diagnosen übernommen werden können. Enabling Disease Manager bieten u. a. Software-Lösungen an, die für den steigenden Bedarf an Informationsverarbeitung und –transfer genutzt werden können. Beide Beispiele reduzieren somit den Initiierungsaufwand der Krankenkassen, das sonst dafür eingesetzte Personal kann in anderen Bereichen der integrierten Versorgung eingesetzt werden.

Trotz der Anschubfinanzierung wurden für 48,6 % der Krankenkassen die Ziele der integrierten Versorgung vollständig wahrgenommen, keine Krankenkasse lehnte diese Aussage ganz ab. Jedoch sahen 22,2 % die Anschubfinanzierung als Anreiz an, durch „quick & dirty“ - Methoden möglichst viele Verträge abzuschließen.<sup>108</sup> Alle Zustimmungen hierzu wurden von Betriebskrankenkassen gegeben. Die Wahrnehmung der Krankenkassen zur Erfüllung der Ziele in der integrierten Versorgung scheint demnach ambivalent zu sein. Die Anschubfinanzierung hat seit ihrer Einführung am 1. Januar 2004 einen enormen Anstieg der Verträge hervorgerufen und somit ihren Zweck bisher erfüllt. Die negative Einschätzung der Betriebskrankenkassen geht mit ihren übrigen Bewertungen zur Sinnhaftigkeit der integrierten Versorgung und den Beitrittsmöglichkeiten anderer Krankenkassen einher. Somit sind die bisher ermittelten Lösungsansätze auch auf diesen Bereich übertragbar. Gerade Betriebskrankenkassen mit niedriger Versichertenanzahl und geringeren Möglichkeiten zu Vertragsabschlüssen nehmen die große Menge von Vertragsabschlüssen anderer Krankenkassen mit anderen Augen wahr. Daher sollten bei dieser Beurteilung der Betriebskrankenkassen auch die vorhandenen Ressourcen für Vertragsabschlüsse berücksichtigt werden. Gerade die kleineren Betriebskrankenkassen können hieraus Vorteile ziehen, indem sie vorhandenen Verträgen beitreten.

---

<sup>107</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 19a.

<sup>108</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 19b.

55,9 % der Krankenkassen sahen auch nach dem Ende der Anschubfinanzierung keinen Grund, keine Verträge zur integrierten Versorgung mehr abzuschließen. Kostenvorteile durch indikationsbezogene im Vergleich zu nicht indikationsbezogenen Verträgen sahen 60,5 % der Krankenkassen bei sich selber sowie 71,0 % bei den Ärzten.<sup>109</sup> Knapp die Hälfte der Krankenkassen empfindet somit die Anschubfinanzierung als vorrangigen Grund für Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung. Obwohl der eigentliche Zweck der Anschubfinanzierung der Anreiz zu neuen Vertragsabschlüssen ist und nach aktuellen politischen Entwicklungen noch bis 2008 fortgesetzt wird, sollten strategische Planungen auch die langfristige Komponente berücksichtigen. Dabei nehmen auch die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelungen Einfluss, jedoch sollte jede Krankenkasse neben der reinen finanziellen Beurteilung auch das Ziel der Qualitätssicherung beachten, das gerade für ihre Versicherten im Vordergrund steht.<sup>110</sup> Die tendenzielle Zustimmung zu Kostenvorteilen für indikationsbezogene Verträge sowie zum positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis kann hierbei für ein Umdenken unterstützend wirken.

#### **3.2.2.4. Informationstransfer**

Abschließend wurden den Krankenkassen zwei Fragen zum Informationstransfer gestellt. Die Weitergabe von Patienteninformationen an Kostenträger im Rahmen der integrierten Versorgung sahen 69,5 % als unkritisch an, das Verhältnis des Nutzens zum erhöhten Aufwand wurde von 69,4 % als positiv eingeschätzt.<sup>111</sup>

---

<sup>109</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 19b.

<sup>110</sup> Vgl. Wiechmann, M. (2003), S. 153.

<sup>111</sup> Vgl. Tabelle 14.

**Tabelle 14: Informationstransfer - Krankenkassen**

	Weitergabe von Patienteninformationen unkritisch		Kosten-Nutzen- Verhältnis positiv	
	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	0	,0%	0	,0%
eher nicht	7	19,4%	3	8,3%
weder noch	4	11,1%	8	22,2%
eher ja	19	52,8%	22	61,1%
voll und ganz	6	16,7%	3	8,3%

Quelle: eigene Berechnung.

Die zunehmende Wichtigkeit der zentralen Datenverwaltung und schnellen Informationsübertragung trifft somit auf überwiegende Zustimmung bei den Krankenkassen. Auch der erhöhte Aufwand tritt zu Gunsten des Nutzens in den Hintergrund. Auf Seite der Kostenträger muss demnach mit keinen großen Widerständen auf diesem Gebiet gerechnet werden.

### 3.2.2.5. Abschließende Bewertung

Für die Kostenträger kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die integrierte Versorgung in ihrer jetzigen Form durchweg als sinnvoll erachtet wird. Die Qualitätssicherung wird ebenfalls positiv angesehen, während das Angebot der Leistungserbringer sowie die Nachfrage der Versicherten verbesserungswürdig sind. Ein grundsätzlicher Mehraufwand durch die Verträge ist zu beobachten, der auch mittelfristig nicht sinken wird. Die Anschubfinanzierung wird nur teilweise als vordergründige Motivation zum Vertragsabschluss verstanden. Der Transfer von Patienteninformationen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern wird überwiegend positiv angesehen.

### 3.2.3. Vergleich zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern

Zum Abschluss der empirischen Untersuchung wurden die Fragen, die sowohl von Leistungserbringer- als auch von Kostenträgerseite beantwortet worden waren und direkt miteinander verglichen werden konnten, mittels eines T-Tests auf signifikante Unterschiede der Aussagen untersucht.<sup>112</sup> Im Einzelnen wurden die Fragen zur Sinnhaftigkeit der integrierten Versorgung sowie der Qualitätssicherung, zur Einschätzung von Leitlinien und deren Verwendung zum Aussortieren von Ärzten aus der Versorgung, der entstehende Mehraufwand und dessen Relation zum Nutzen, die Zersplitterung der Gesamtversorgung sowie die Weitergabe der Patienteninformationen und deren Nutzen berücksichtigt.

Der Test ergab für alle Fragen stark signifikante Unterschiede in der Beurteilung. So sahen Krankenkassen die integrierte Versorgung und die Qualitätssicherung im Mittel als sinnvoller an. Weiterhin wurde von den Krankenkassen die Einführung von Leitlinien positiver beurteilt. Die Ärzte hingegen befürchteten eher die Verwendung der Leitlinien zur Aussortierung aus der integrierten Versorgung. Der Mehraufwand stellte für die Ärzte ein größeres Problem dar, ebenso war für sie die Relation zum entstehenden Nutzen negativer. Die Übersichtlichkeit der Gesamtversorgung nahm für die Ärzte stärker ab. Sowohl die Weitergabe von Patienteninformationen als auch das Verhältnis von entstehenden Kosten und Nutzen wurde von den Krankenkassen positiver eingeschätzt.

Die unterschiedliche Wahrnehmung der integrierten Versorgung und der Qualitätssicherung kann durch die unterschiedliche Belastung der einzelnen Beteiligten entstehen. Während Krankenkassen über Risikokapital verfügen, das sie zudem durch die Anschubfinanzierung prospektiv abschätzen können, sehen sich Ärzte im Zuge möglicher Vertragsabschlüsse zunächst in der Pflicht, eigenes Kapital zu investieren. Durch wenig vorhandenes Risikokapital in Einzelpraxen kann somit die Einschätzung

---

<sup>112</sup> Vgl. Anhang IV Tabelle 20.

der integrierten Versorgung in ihrer jetzigen Form negativer ausfallen als ohne nötige Investitionen. Möglichkeiten zur Lösung dieses Problems wurden vorgestellt.

Die Einführung von Leitlinien und Behandlungsstandards stellt für Krankenkassen Vorteile bei der Ausgabenplanung dar. Für die Ärzte bedeutet dies in erster Linie einen erhöhten Aufwand, um überhaupt die Vorgaben für mögliche Vertragsabschlüsse zu erfüllen. Dieser Mehraufwand bedeutet jedoch nicht automatisch den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, insofern wird das Verhältnis zum Nutzen ebenfalls negativer bewertet. Durch die Vielzahl an möglichen Verträgen und der unterschiedlichen Vergütung, auch im Hinblick auf die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung, entsteht bei den Ärzten der Eindruck einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Lösungsvorschläge hierzu wurden im dargestellt.

Die negativere ärztliche Beurteilung der Weitergabe von Patienteninformationen liegt in der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht begründet. Hierbei spielen Sicherheits- und Datenschutzaspekte eine Rolle, die beim Aufbau von Informationsverarbeitungssystemen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern eine überaus wichtige Rolle spielen.

Die festgestellten Unterschiede in der Einschätzung der Vertragspartner lassen auf Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit schließen. Um dieses Potential zu heben, ist besonders auf Leistungserbringerseite ein gewisses Maß an Umdenken erforderlich, um neben der traditionellen Versorgung auch neue Formen und Entwicklungen des Gesundheitsmarktes aufzunehmen.

#### 4. Fazit und Ausblick

Mit Einführung der integrierten Versorgung in Deutschland hat der Gesetzgeber den seit Jahren eingeschlagenen Weg hin zu wettbewerblichen Strukturen, größerer Vertragsfreiheit sowie der Implementierung von Managed Care - Elementen weiter verfolgt. Nach einer Neufassung der gesetzlichen Grundlagen wurden Probleme beseitigt, die die praktische Umsetzung der Ideen einschränkten. Durch die neu formulierten Rechtsgrundlagen konnten seitens der Kostenträger und vor allem der Leistungserbringer viele Vorbehalte abgelegt werden. Die Akzeptanz der Beteiligten hat signifikant zugenommen, die Anzahl der Verträge ist seit dem 1. Januar 2004 um mehrere hundert Prozent gestiegen. Die integrierte Versorgung kann somit grundsätzlich als erfolgreich in der Einführung und Umsetzung betrachtet werden.

Die existierenden Probleme der Beteiligten entstehen vorrangig aus den unterschiedlichen Eigeninteressen und Gegebenheiten der jeweiligen Vertragspartner. So liegen die Interessen von Versicherten und deren Krankenkassen, nämlich die Sicherstellung der Behandlungsqualität bei gleichzeitiger effizienter Kostengestaltung, näher zusammen als die von Leistungserbringern und Kostenträgern. Aber auch die Wahrnehmung der Auswirkungen von integrierter Versorgung auf den jeweiligen Vertragspartner ist unterschiedlich. Aus diesem Grund sollte bei der Lösung von Problemen stets auf die Ausgangslage des Beteiligten geachtet werden. Ansätze zur Lösung wurden für Leistungserbringer in Kapitel 2.2.2. und für Kostenträger in Kapitel 2.2.3. vorgestellt.

Die dargestellten Strukturen, Sichtweisen und Probleme der Vertragspartner wurden empirisch untersucht. Dabei konnten viele der theoretischen Annahmen belegt werden. Gleichzeitig war es möglich, die vorgestellten Lösungsansätze auf die gezeigten Problembereiche zu übertragen. Somit konnten viele negative Eindrücke der Vertragspartner relativiert werden. Inwiefern die einzelnen Beteiligten diese Lösungsansätze antizipieren und annehmen, hängt in erster Linie von ihren jeweiligen Erwartungen an das Gesundheitssystem in Deutschland und dessen Auswirkungen ab.

Durch die aktuellen politischen Veränderungen in Deutschland ist eine Prognose für die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems schwierig. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass der Gesetzgeber den eingeschlagenen Weg der Öffnung des Gesundheitsmarktes für wettbewerbliche Strukturen und damit einhergehend größere Eigenverantwortung der Beteiligten beibehalten wird. Weiterhin werden Versorgungssysteme wie die des Disease Managements und Case Managements an Bedeutung gewinnen, da die Qualitätssicherung sowie Kostenplanung und –kontrolle zunehmenden Einfluss nehmen.

Im Hinblick auf die integrierte Versorgung zeichnet sich kurzfristig keine Veränderung der Ausgangslage ab. Mittelfristig werden Anreize der Anschubfinanzierung wegfallen und dafür andere Anreize eingeführt werden müssen, um die integrierte Versorgung auch weiterhin für alle Beteiligten attraktiv zu halten. Entstandenen und entstehenden Problemen sollte konsequent entgegengewirkt werden, um damit die Zusammenarbeit noch enger gestalten zu können und auf lange Sicht hin sicherzustellen.

## Anhang

## Anhang I: Fragebogen für Leistungserbringer

Universität Hannover 	<b>Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung</b>
Bitte zurücksenden an: Institut für Versicherungsbetriebslehre – Frank Schmidt Fax: _____ - Email: _____	

Unter „Integrierte Versorgung“ wird im Rahmen dieses Fragebogens die durch §§140 a-d SGB V definierte sektoren- oder fachübergreifende interdisziplinäre Versorgung der Patienten verstanden. Durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern soll auf Dauer ein Bereich geschaffen werden, der sowohl eine medizinisch als auch wirtschaftlich effiziente Versorgung vorsieht.

Im Folgenden wird die Abkürzung IV synonym für Integrierte Versorgung verwendet.

<b>1. Statistische Angaben zu Ihrer Praxis:</b>	
Landes – KV: _____	Allgemeinmediziner: <input type="checkbox"/>
Jahr der Praxisgründung: _____	Facharzt: <input type="checkbox"/>
Jahr Ihres Praxiseinstiegs: _____	

<b>2. In welcher Praxisorganisation sind Sie tätig?</b>	
	Zahl der Ärzte
Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	
Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/>	_____
Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/>	_____

<b>3. Grundsätzliche Fragen zur IV:</b>		
Halten Sie eine IV in der oben beschriebenen Definition grundsätzlich für sinnvoll?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie seit dem 01.01.2004 Erfahrungen mit Verträgen zur IV gesammelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Form (z.B. Kooperationsarten, Indikationen):		
_____		
_____		

<b>4. Qualitätssicherung und integrierte Versorgung:</b>						
	Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Qualitätssicherung in der IV halte ich grds. für sinnvoll.		<input type="checkbox"/>				
Leitlinien und Behandlungsstandards sind in diesem Zusammenhang positiv anzusehen.		<input type="checkbox"/>				
Qualitätssicherung über Leitlinien in der eigenen Praxis ist ein Anreiz zur positiven Abgrenzung gegenüber Kollegen.		<input type="checkbox"/>				
Krankenkassen wollen über Vorgaben zur Qualität Ärzte aus der GKV-Versorgung aussortieren.		<input type="checkbox"/>				

5. Wirtschaftlichkeit und Integrierte Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Die ärztliche Versorgung ist durch die Entwicklung der Gesundheitsversorgung hin zu ökonomisch-effizienter Versorgung gefährdet.	<input type="checkbox"/>				
Nach dem Abschluss von Verträgen zur IV:					
- ist ein Mehraufwand zu beobachten.	<input type="checkbox"/>				
- ist die Relation zum Nutzen positiv zu bewerten.	<input type="checkbox"/>				
- wird die Gesamtversorgung übersichtlicher.	<input type="checkbox"/>				
Die Übertragung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer durch sektorübergreifende Kopfpauschalen wäre positiv anzusehen.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin grds. mit der Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
- Ich werde dies in der Zukunft tun.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Anreize, mich aufgrund der IV mit anderen Leistungserbringern zusammenzuschließen (Gründung einer Gesellschaft).					
- horizontal, z.B. im Praxisnetz.	<input type="checkbox"/>				
- vertikal, z.B. medizinisches Versorgungszentrum am Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>				
Ich erwarte durch die Teilnahme an der IV einen positiven Einkommenseffekt:					
- kurzfristig	<input type="checkbox"/>				
- langfristig	<input type="checkbox"/>				

6. Informationstransfer und Integrierte Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Die Weitergabe von Patienteninformationen im Rahmen der IV ist unkritisch.	<input type="checkbox"/>				
Ich nutze eine EDV-Anlage in meiner Praxis.	<input type="checkbox"/>				
Ich könnte mir eine automatische Übermittlung der Patienteninformationen von/zu mir vorstellen.	<input type="checkbox"/>				
Das Kosten-/Nutzen-Verhältnis dieser Art des Informationsaustausches ist positiv zu beurteilen.	<input type="checkbox"/>				

7. Die Rolle des Allgemeinmediziners in der Integrierten Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Die Rolle des Allgemeinmediziners als Lotse in der IV ist unter folgenden Aspekten positiv zu beurteilen:					
- ohne finanzielles Risiko	<input type="checkbox"/>				
- mit Kopfpauschale/finanziellem Risiko	<input type="checkbox"/>				
Allgemeinmediziner in Deutschland sind für die Aufgaben eines Lotsen fachlich umfassend ausgebildet.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Anhang II: Fragebogen für Kostenträger

Universität Hannover 	<b>Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung</b>
Bitte zurücksenden an: Institut für Versicherungsbetriebslehre – Frank Schmidt Fax:  - Email: 	

Unter „Integrierte Versorgung“ wird im Rahmen dieses Fragebogens die durch §§140 a-d SGB V definierte sektoren- oder fachübergreifende interdisziplinäre Versorgung der Versicherten verstanden. Durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern soll auf Dauer ein Bereich geschaffen werden, der sowohl eine medizinisch als auch wirtschaftlich effiziente Versorgung vorsieht.

Im Folgenden wird die Abkürzung IV synonym für Integrierte Versorgung verwendet.

<b>1. Statistische Angaben zu Ihrer Krankenkasse:</b>			
Anzahl Mitglieder:		AOK	<input type="checkbox"/>
Anzahl Versicherte:		EK	<input type="checkbox"/>
Geöffnet:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	BKK	<input type="checkbox"/>
Bundesweit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	IKK	<input type="checkbox"/>

<b>2. Grundsätzliche Fragen zur IV:</b>			
Halten Sie eine IV in der oben beschriebenen Definition grundsätzlich für sinnvoll?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Haus bereits Verträge in der IV geschlossen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele:			
Wie wurden diese Verträge geschlossen?		eigene,                      über einen Verband, mit Beteiligung Dritter (z.B. Unternehmensberatungen)	
Lassen Sie nach Vertragsabschluss eine Beteiligung anderer Krankenkassen zu?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche Indikationen wurden berücksichtigt?			

3. Qualitätssicherung und Integrierte Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Qualitätssicherung in der IV halte ich für grds. sinnvoll.	<input type="checkbox"/>				
Leitlinien und Behandlungsstandards sind in diesem Zusammenhang positiv anzusehen.	<input type="checkbox"/>				
Krankenkassen wollen über Vorgaben der Qualität Ärzte aus der GKV-Versorgung aussortieren.	<input type="checkbox"/>				
Die Angebote der Leistungserbringer zum Abschluss von (evtl. neuen) Verträgen sind zufrieden stellend.	<input type="checkbox"/>				
Die Einschreibequote der Versicherten ist positiv zu bewerten.	<input type="checkbox"/>				

4. Wirtschaftlichkeit und Integrierte Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Verträge zur IV werden vorrangig als Marketinginstrument benutzt.	<input type="checkbox"/>				
Nach dem Abschluss von Verträgen zur IV:					
- ist ein Mehraufwand zu beobachten.	<input type="checkbox"/>				
- Wie viel Personal setzen Sie zur Betreuung ein?					
- ist die Relation zum Nutzen positiv zu bewerten.	<input type="checkbox"/>				
- wird die Gesamtversorgung unübersichtlicher.	<input type="checkbox"/>				
Es ist unter Kostenaspekten effizienter, die Betreuung von Verträgen zur IV extern durchführen zu lassen.	<input type="checkbox"/>				
Der weitere Verlauf des Betreuungsaufwandes wird in den nächsten Jahren sinken.	<input type="checkbox"/>				
Im Rahmen der Anschubfinanzierung...					
- werden die Ziele der IV vollständig wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>				
- werden durch so genannte „quick & dirty“-Methoden möglichst viele Verträge abgeschlossen.	<input type="checkbox"/>				
Nach dem Ende der Anschubfinanzierung werden keine Verträge zur IV mehr abgeschlossen.	<input type="checkbox"/>				
Durch indikationsbezogene Verträge zur IV entstehen Kostenvorteile:					
- bei den Krankenkassen.	<input type="checkbox"/>				
- bei den Ärzten.	<input type="checkbox"/>				

5. Informationstransfer und Integrierte Versorgung:					
Ich stimme zu...	Gar nicht	Eher nicht	Weder noch	Eher ja	Voll und ganz
Die Weitergabe von Patienteninformationen an Krankenkassen im Rahmen der IV ist unkritisch.	<input type="checkbox"/>				
Das Kosten-/Nutzen-Verhältnis der automatischen Übermittlung von Patienteninformationen ist positiv zu beurteilen.	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Anhang III: Auswertungen der Leistungserbringer

**Tabelle 15: Qualitätssicherung nach Arztsystem**

	Hausarzt								Facharzt							
	Qualitätssicherung sinnvoll		Leitlinien positiv		Leitlinien positiv zur Abgrenzung		KK sortieren Ärzte aus		Qualitätssicherung sinnvoll		Leitlinien positiv		Leitlinien positiv zur Abgrenzung		KK sortieren Ärzte aus	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	8	9,3%	9	10,5%	19	22,1%	10	11,8%	10	15,2%	6	9,0%	11	16,4%	2	3,0%
eher nicht	13	15,1%	14	16,3%	28	32,6%	11	12,9%	5	7,6%	9	13,4%	17	25,4%	8	11,9%
weder noch	7	8,1%	4	4,7%	13	15,1%	9	10,6%	2	3,0%	5	7,5%	7	10,4%	7	10,4%
eher ja	38	44,2%	40	46,5%	22	25,6%	31	36,5%	28	42,4%	29	43,3%	22	32,8%	21	31,3%
voll und ganz	20	23,3%	19	22,1%	4	4,7%	24	28,2%	21	31,8%	18	26,9%	10	14,9%	29	43,3%

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 16a: Wirtschaftlichkeit – Ärzte I**

	ärztl. Versorgung gefährdet		Mehraufwand		Relation zum Nutzen positiv		Gesamtversorgung unübersichtlich		sektorübergreifende Kopfpauschalen positiv	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	4	2,6%	1	,7%	37	25,9%	5	3,4%	54	37,8%
eher nicht	24	15,8%	5	3,5%	52	36,4%	17	11,7%	42	29,4%
weder noch	16	10,5%	10	7,0%	29	20,3%	12	8,3%	16	11,2%
eher ja	62	40,8%	60	42,3%	22	15,4%	52	35,9%	23	16,1%
voll und ganz	46	30,3%	66	46,5%	3	2,1%	59	40,7%	8	5,6%

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 16b: Wirtschaftlichkeit – Ärzte II**

	Zufrieden mit Möglichkeit zu Einzelverträgen		Einzelverträge in Zukunft abschließen		Anreiz Zusammenschluss horizontal		Anreiz Zusammenschluss vertikal		positiver Einkommenseffekt kurzfristig		positiver Einkommenseffekt langfristig	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	62	41,1%	51	33,8%	41	27,5%	54	37,5%	54	35,8%	55	36,4%
eher nicht	46	30,5%	46	30,5%	32	21,5%	41	28,5%	54	35,8%	50	33,1%
weder noch	20	13,2%	15	9,9%	13	8,7%	17	11,8%	22	14,6%	21	13,9%
eher ja	19	12,6%	34	22,5%	51	34,2%	29	20,1%	18	11,9%	21	13,9%
voll und ganz	4	2,6%	5	3,3%	12	8,1%	3	2,1%	3	2,0%	4	2,6%

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 17: Rolle des Allgemeinmediziners nach Arztsystem**

	Hausarzt						Facharzt					
	Allgemeinmediziner als Lotse ohne finanzielles Risiko positiv		....mit Kopfpauschale / finanziellem Risiko		Allgemeinmediziner für Aufgaben eines Lotsen fachlich umfassend ausgebildet		Allgemeinmediziner als Lotse ohne finanzielles Risiko positiv		....mit Kopfpauschale / finanziellem Risiko		Allgemeinmediziner für Aufgaben eines Lotsen fachlich umfassend ausgebildet	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	12	15,2%	21	27,6%	4	4,8%	15	23,8%	12	19,4%	12	18,5%
eher nicht	8	10,1%	30	39,5%	7	8,3%	15	23,8%	20	32,3%	35	53,8%
weder noch	9	11,4%	12	15,8%	3	3,6%	17	27,0%	21	33,9%	8	12,3%
eher ja	29	36,7%	9	11,8%	40	47,6%	14	22,2%	7	11,3%	9	13,8%
voll und ganz	21	26,6%	4	5,3%	30	35,7%	2	3,2%	2	3,2%	1	1,5%

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 18a: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem I**

T-Test Ärzte							
	Qualitätssicherung sinnvoll	Leitlinien positiv	Leitlinien positiv zur Abgrenzung	KK sortieren Ärzte aus	ärztl. Versorgung gefährdet	Mehraufwand	Relation zum Nutzen positiv
Signifikanz	0,605	0,559	0,029	0,032	0,516	0,004	0,074

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 18b: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem II**

T-Test Ärzte							
	Gesamtversorgung unübersichtlich	sektorübergreifende Kopfpauschalen positiv	zufrieden mit Möglichkeit zu Einzelverträgen	Einzelverträge in Zukunft abschließen	Anreiz Zusammenschluss horizontal	Anreiz Zusammenschluss vertikal	positiver Einkommenseffekt kurzfristig
Signifikanz	0,072	0,700	0,071	0,644	0,811	0,355	0,928

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 18c: T-Test - unterschiedliche Einschätzung nach Arztsystem III**

T-Test Ärzte								
	positiver Einkommenseffekt kurzfristig	Weitergabe von Patienteninformationen unkritisch	EDV-Anlage in Praxis	automatische Übermittlung vorstellbar	Kosten-Nutzen-Verhältnis positiv	Allgemeinmediziner als Lotse ohne finanzielles Risiko positiv	...mit Kopfpauschale / finanziellem Risiko	Allgemeinmediziner für Aufgaben eines Lotsen fachlich umfassend ausgebildet
Signifikanz	0,955	0,190	0,048	0,672	0,412	0,000	0,311	0,000

Quelle: eigene Berechnung.

## Anhang IV: Auswertungen der Kostenträger

### Tabelle 19a: Wirtschaftlichkeit – Krankenkassen I

	Verträge vorrangig Marketinginstrument		Mehraufwand		Relation zum Nutzen positiv		Gesamtversorgung unübersichtlich		Externe Betreuung von Verträgen kostengünstiger		Aufwand wird in nächsten Jahren sinken	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	2	5,4%	2	5,4%	1	2,7%	4	10,8%	11	31,4%	0	,0%
eher nicht	17	45,9%	3	8,1%	6	16,2%	6	16,2%	16	45,7%	19	52,8%
weder noch	9	24,3%	5	13,5%	9	24,3%	6	16,2%	7	20,0%	6	16,7%
eher ja	7	18,9%	21	56,8%	19	51,4%	14	37,8%	1	2,9%	11	30,6%
voll und ganz	2	5,4%	6	16,2%	2	5,4%	7	18,9%	0	,0%	0	,0%

Quelle: eigene Berechnung.

### Tabelle 19b: Wirtschaftlichkeit – Krankenkassen II

	mit Anschubfinanzierung werden...				nach Anschubfinanzierung keine Verträge mehr		durch indikationsbezogene Verträge Kostenvorteile bei KK		durch indikationsbezogene Verträge Kostenvorteile bei Ärzten	
	Ziele der IV wahrgenommen		durch "quick&dirty"-Methoden viele Verträge geschlossen							
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
gar nicht	0	,0%	11	30,6%	5	14,7%	0	,0%	0	,0%
eher nicht	8	21,6%	11	30,6%	14	41,2%	6	15,8%	4	10,5%
weder noch	11	29,7%	6	16,7%	8	23,5%	9	23,7%	7	18,4%
eher ja	13	35,1%	8	22,2%	7	20,6%	19	50,0%	23	60,5%
voll und ganz	5	13,5%	0	,0%	0	,0%	4	10,5%	4	10,5%

Quelle: eigene Berechnung.

**Tabelle 20: T-Test - Vergleich der Aussagen von Ärzten und Krankenkassen**

T-Test Vergleich Ärzte - Krankenkassen									
	IV sinnvoll	Qualitäts-sicherung sinnvoll?	Leitlinien positiv	Ärzte aussortieren?	Mehraufwand	Relation zum Nutzen positiv	Gesamtversorgung unübersichtlich	Weitergabe von Patienteninformationen unkritisch?	Kosten-Nutzen-Verhältnis Informations-transfer positiv
Mittelwert* Krankenkasse	0,89	4,74	4,71	2,21	3,70	3,41	3,38	3,67	3,69
Mittelwert* Arzt	0,49	3,62	3,60	3,75	4,30	2,31	3,99	2,63	3,18
Signifikanz	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,003

\* Legende: IV sinnvoll: ja = 1, nein = 0, der Rest von 1 bis 5, mit 5 „vollkommen positiv“

## Literaturverzeichnis

**Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2004):**

Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 3. Auflage, Wiesbaden.

**Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2002):**

Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle, in: Preuß, K.-J. / Rübiger, J., Sommer / J. H. (Hrsg.), Managed Care – Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart, New York, S. 20-36.

**Bähr-Heintze, K. / Freyhagen, E. / Lingad, H. et al. (2004):**

Die Überleitungsvisite verknüpft zwei Kliniken zum Wohl des Patienten, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21. Jahrgang, Nr. 2, S. 150-153.

**Barmer (2005):**

[http://www.barmer.de/barmer/web/Site/Contentsatellit/Leistungen\\_20\\_26\\_20Beitr\\_C3\\_A4ge/Hausarzt-Programm/Nav\\_20Hausarzt-Programm.html](http://www.barmer.de/barmer/web/Site/Contentsatellit/Leistungen_20_26_20Beitr_C3_A4ge/Hausarzt-Programm/Nav_20Hausarzt-Programm.html), Stand: 15. November 2005.

**Baumberger, J. (2001):**

So funktioniert Managed Care – Anspruch und Wirklichkeit integrierter Gesundheitsversorgung in Europa, Stuttgart, New York.

**BFH (2005):**

Bundesfinanzhof-Urteil vom 14.4.2005 zur Abgrenzung "Bürogemeinschaft -

**Bohle, T. (2005a):**

Integrierte Versorgung – Aktuelle Rechtsfragen der Umsetzung, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 3.1.1., S. 1-30.

**Bohle, T. (2005b):**

Vertragsgestaltung bei der integrierten Versorgung – Hinweise, Checklisten, Muster, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 3.2.2., S. 1-2.

**Flintrop, J. (2003):**

Integrierte Versorgung: Jenseits der Sicherstellung, in: Deutsches Ärzteblatt PP, Jahrgang 2, Oktober 2003, S. 440-441.

**Flintrop, J. (2005a):**

Integrierte Versorgung: 342 registrierte Verträge in 2004, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 15, S. A 1017.

**Flintrop, J. (2005b):**

Barmer-Hausarztvertrag: Große Nachfrage, in: Deutsches Ärzteblatt, Jhrg. 102, Nr. 44, S. A-2982.

**Fuchs, H. (2004):**

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierte Versorgung, in: Die Rehabilitation 43, 5/2004, S. 325-334.

**Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005a):**

<http://www.bqs-register140d.de/Gemeinsame-Erklaerung.pdf>, Stand 11. November 2005.

**Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005b):**

<http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20050930.pdf>, Stand: 11. November 2005.

**Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2005c):**

<http://www.bqs-register140d.de>, Stand 11. November 2005.

**Glaeske, G. (2002):**

Integrierte Versorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz?, in: Preuß, K.-J., Rübiger, J., Sommer, J. H. (Hrsg.), Managed Care – Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle, Stuttgart, New York, S. 3-19.

**GMG:**

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (BGBl. I 2003 S. 2190).

**Haas, H. (2004):**

Integrierte Versorgung bei Hüftendoprothesen - Finanzierungsmodell der Zukunft?, in: Zeitschrift für Orthopädie, Bd. 142, S. 507-510.

**Haas, H. (2005):**

Die Unikliniken müssen Kooperationen als Chance nutzen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22. Jahrgang, Nr. 2, S. 152-154.

**Hefner, H. / Riedel, R. (2004):**

Ziele und Nutzen der Integrierten Versorgung, in: Riedel, R. / Schmidt, J. / Hefner H. (Hrsg.), Leitfaden zur Integrierten Versorgung aus der Praxis, S. 10-16.

**Hellmann, W. / Drumm, S. / Achenbach, A. (2005):**

Integrierte Versorgung mit Klinischen Pfaden erfolgreich gestalten, Landsberg.

**Jürgensen, M. (2005):**

Integrierte Versorgung – Kritische Reflexion der Rahmenbedingungen, Strategien der Beteiligten und Modellgestaltung, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 4.1.1., S. 1-14.

**KBS (2005):**

[http://www.kbs.de/coremedia/generator/kbsportal/de/medizinisches\\_\\_netz/5\\_\\_das\\_\\_gesundheitsnetz\\_\\_prosper\\_\\_progesund/die\\_\\_erfolge/InhNav,N=12136-9900-7970-7978.html](http://www.kbs.de/coremedia/generator/kbsportal/de/medizinisches__netz/5__das__gesundheitsnetz__prosper__progesund/die__erfolge/InhNav,N=12136-9900-7970-7978.html), Stand: 15. November 2005.

**Köttendrop, H. / Oelmüller, M. (2005):**

Beteiligung niedergelassener Ärzte an der Integrierten Versorgung – Ohne massives Umdenken und Risikobereitschaft keine Chance auf Erfolg!, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 4.5.1., S. 1-24.

**Korzilius, H. (2005):**

Integrierte Versorgung: Marketing oder Quantensprung?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 15, S. A-1022.

**Kuhlmann, J.-M. (2004):**

Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG, in: Das Krankenhaus, 1/2004, S. 13-18.

**Kuhr, N. (2005a):**

Datenschutzrechtliche Aspekte der Integrierten Versorgung, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 9.1.1., S. 1-14.

**Kuhr, N. (2005b):**

Anforderungen an die technische Infrastruktur von DV-Lösungen für die integrierte Versorgung, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 9.2.1., S. 1-16.

**Maus, J. (2005):**

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Vertragsoffensive gegen „quick and dirty“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 27, S. A-1925.

**Melchert, O. (2005):**

Neue Geschäftsfelder für das Krankenhaus im Kontext der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 4.1.2., S. 1-24.

**o. V. (2004):**

Die Fantasie ist noch gering entwickelt, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21. Jahrgang, Nr. 4, S. 379-382.

**o. V. (2005):**

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD - Gemeinsam für Deutschland - mit Mut und Menschlichkeit, <http://www.cducsu.de/upload/A6F33C3F0ADA895594D87FF363EF38E911376-kzf8tyli.pdf>, Stand: 15. November 2005.

**OECD (2005):**

Total expenditure on health - % of gross domestic product, <http://www.oecd.org/dataoecd/60/28/35529791.xls>, Stand 12. Oktober 2005.

**Preissler, R. (2005):**

Vernetzung ärztlicher Tätigkeiten aus juristischer Sicht, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99. Jahrgang, April 2005, S. 119-121.

**Rebscher, H. (2003):**

Integrierte Versorgung, in: Der Onkologe 9, Nr. 4. S. 368-373.

**Richard, S. (2001):**

Integrierte Versorgung: Chancen und Perspektiven, in: Arbeits- und Sozialpolitik 55, 1/2 2001, S. 8-13.

**Rieser, S. (2005):**

Barmer-Hausarztvertrag – Auf dem Prüfstand, in: Deutsches Ärzteblatt, Jhrg. 102, Nr. 1-2, S. A-12.

**Rohpeter, S. / Almeling, M. (2005):**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum macht auch in der Kleinstadt Sinn, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 22. Jahrgang, Nr. 2, S. 146-151.

**Schmitt, N. (2005):**

Integrierte Versorgung - Vorgehensweise der Krankenkassen, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, Landsberg, Nr. 4.6.1., S. 1-20.

**SGB V:**

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570), Rechtsstand 1. Oktober 2005, zuletzt bearbeitet 7. Oktober 2005.

**Statistisches Bundesamt (2004):**

Gesundheitspersonal nach Berufen 2003, <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>, Stand 8. Dezember 2004.

**Statistisches Bundesamt (2005a):**

Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal), <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra1.php>, Stand 15. November 2005.

**Statistisches Bundesamt (2005b):**

Entwicklung der Gesundheitsausgaben Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.php>, Stand 15. November 2005.

**Wiechmann, M. (2003):**

Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem, in: Witt, D. (Hrsg.), NPO-Management, Wiesbaden.