

Henke, Klaus-Dirk; Rich, Robert F.; Steinbach, Axel; Borchardt, Katja

Working Paper

Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung: Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins

Diskussionspapier, No. 2004/12

Provided in Cooperation with:

Technische Universität Berlin, School of Economics and Management

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Rich, Robert F.; Steinbach, Axel; Borchardt, Katja (2004) : Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung: Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins, Diskussionspapier, No. 2004/12, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/36399>

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.

Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung

Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter
Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel
Berlins

Klaus-Dirk Henke, Robert F. Rich, Axel Steinbach, Katja Borchardt*

27.07.2004

* Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, TU Berlin, Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie; Prof. Robert F. Rich, University of Illinois; RA Axel Steinbach; Dipl.-Vw. Katja Borchardt, TU Berlin, Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie

Summary

The latest health care reform in German provides a new codification of the social law and framework that creates the base for a managed care. Up to now social security was characterised by collective agreements whereas managed care consists of a number of selective agreements between insurance companies and providers of medical services. As a result competition between the providers should be increased. The introduction of additional market elements should improve the co-ordination of the single providers. This is for the purpose to offer a high-grade health service at lower costs.

In the United States a greater part of the population is enrolled in a Managed Care Organisation (MCO) and that is why it served as an example to be critically reviewed. A reduction of costs can only be realised when the Managed Care idea dominates all sectors of public health service and a consistent system can be founded.

The present work examines the possibilities to implement a MCO in Berlin. The inner circle of the Berlin urban railway (S-Bahn) is an ideal location for the MCO. Favourable are a relatively low age of local population and a high level of education. Both criteria are correlated with a low demand of health services. Moreover in the mentioned area already exists a certain number of hospitals and medical service points that could be united to a network. The legal form of a „GmbH“ (Ltd.) fits best for this purpose.

Zusammenfassung

Die vollzogene Gesundheitsreform eröffnet im Rahmen des Sozialgesetzbuches neue Möglichkeiten für Managed Care Lösungen. Bisher basierte das System auf Kollektivverträgen während Managed Care selektives Kontrahieren von Versicherungen mit Leistungsanbietern vorsieht. Im Ergebnis soll der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen verstärkt werden. Die Einführung von

zusätzlichen Wettbewerbselementen soll eine kostengünstigere und dennoch qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.

In den USA ist ein Grossteil der Bevölkerung in unterschiedlichen Formen von Managed Care Organisationen versichert, deshalb soll eine kritische Analyse der amerikanischen Erfahrungen beispielhaft in die Arbeit einfließen. Kosteneinsparungen konnten dort nur mit Hilfe eines durchgängigen Managed Care Systems erreicht werden.

Im Rahmen der Arbeit soll untersucht werden, inwiefern eine Managed Care Organisation in Berlin implementiert werden könnte. Als Region soll dabei der innere S-Bahnring der Stadt Berlin dienen. Dort gibt es genügend Leistungserbringer, die zu einem Netzwerk verbunden werden könnten. Als Rechtsrahmen wird eine GmbH-Lösung empfohlen.

Inhaltsverzeichnis

1	Die Kernelemente der Managed Care Theorie: Erklärungsanspruch und Erklärungswert	5
2	Die US-amerikanischen Erfahrungen	9
3	Marktanalyse für eine integrierte Versorgung in Berlin.....	14
3.1	Zur Organisation	14
3.2	Zur Versichertenstruktur und vorhandenen Gesundheitsinfrastruktur am Standort Berlin	15
3.3	Angemessene Vergütung.....	20
4	Rechtliche Zulässigkeit einer integrierten Versorgung	21
4.1	Sozialrechtliche Grundlagen einer integrierten Versorgung	21
4.2	Krankenkassen als Vertragspartner oder als Gesellschafter	25
4.3	GmbH und andere Formen von Managed Care Organisationen.....	25
	Literatur.....	27

1 Die Kernelemente der Managed Care Theorie: Erklärungsanspruch und Erklärungswert

Managed Care weist eine Bandbreite von Strategien zur Neuordnung der Finanzierung, Organisation und Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf.¹ Das Fundament der Theorie von Managed Care besteht in der Kostenkontrolle durch Beschränkungen des Zugangs unter Beibehaltung der Versorgungsqualität. *„Managed Care can be defined as any arrangement in which for a preset fee (i.e., a premium or capitation payment) an entity sells a defined set of medical care and administrative services to a sponsor or purchaser and offers services to enrollee through a network of participating providers that operate under written contract or employment agreements and whose selection and authority to furnish covered treatment is controlled by the entity”².*

Zu den Kernelementen von Managed Care gehören:

- (1) vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern, die ein umfassend ausgestaltetes Leistungsangebot für die Mitglieder anbieten,
- (2) entsprechende finanzielle Anreize zur Patientensteuerung,
- (3) fortwährende Haftung der Leistungserbringer für deren klinische und finanzielle Leistung durch eine formale Qualitätssicherung und Inanspruchnahmeprüfung.³
- (4) Die Vorauszahlung (prospektive Vergütung) für ambulante und stationäre Versorgung sollte zu einer optimalen Verteilung von Gesundheitsleistungen für Konsumenten und damit zu einer höheren Qualität der Versorgung führen.⁴

Den Kernelementen der Theorie folgend, gibt es einige grundsätzliche Aufgaben bei der Umsetzung der Theorie in die Praxis:

¹ Welch (1998)

² Rosenbaum und Kamoie (2002)

³ Arnould, Rich, White und Copland (1993)

⁴ Dudley und Luft (2001)

- die Entwicklung formaler EinschreibeprozEDUREN für die Mitgliedschaft in einer Managed Care Organisation (MCO),
- die Einführung eines Gatekeepers, der für Mitglieder einer MCO als exklusiver und erster Anlaufpunkt in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung fungiert,
- die Ausstattung des Gatekeepers mit der Verantwortung für die Krankenversorgung der MCO-Mitglieder inklusive der Überweisungen an Fachärzte,
- die Formulierung von Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und Zahlern,
- die Einführung einer Genehmigung für terminierbare Eingriffe und
- die Nutzung der günstigsten Methode für eine effektive Behandlung aller Mitglieder der MCO.⁵

Ein weiteres zentrales Element von Managed Care ist die Begrenzung der Anzahl der Leistungserbringer, die finanzielle Anreize für einen möglichst kostenbewussten Ressourceneinsatz akzeptieren.⁶ Im Gegenzug dafür erhalten die Leistungserbringer wenigstens ein garantiertes Mindestmaß an Patientenzahlen. Zudem nehmen die Management Organisationen eine aktive Rolle bei der Überwachung und Kontrolle des Ausmaßes und der Art der Behandlung ihrer Patienten durch die Ärzte und andere Leistungserbringer ein. Die MCOs unterscheiden sich durch die Höhe der finanziellen Risiken und die Art, wie diese Risiken zwischen den Leistungsanbietern und der MCO verteilt sind (dies ist Teil des finanziellen Anreizsystems), durch die Einschränkungen in den Regelungen zur Leistungserbringung und das Niveau der Selbstbeteiligungen der Versicherten.⁷

Der Theorie folgend kommt man zu dem Schluss, dass ein Managed Care Programm in der Lage sein muss, die Kosten der Krankenversorgung vorhersagen und kontrollieren zu können. Dies wird in weitem Maße durch

⁵ Brown und Hartung (1998)

⁶ Simon et al. (1997)

⁷ Gage (1997)

ein vorherig bestimmtes Preissystem, die Genehmigungsverfahren vor terminierbaren Eingriffen, eine strenge Kontrolle der Inanspruchnahme von Ressourcen und den Gebrauch eines Anreizsystems für die Konsumenten und Leistungserbringer erreicht.

Nationale Daten der USA belegen, dass Managed Care Organisationen beachtlich effizienter als traditionelle Programme mit Indemnitätsstarifen in der Kostenkontrolle dastehen. Der weitreichende und rasche Wandel der Strukturen und der Finanzierung der Krankenversorgung innerhalb der vergangenen 10 bis 15 Jahre führte zu einer Verlangsamung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen. Einschnitte bei den Krankenhäusern, Fusionen von Krankenhäusern und von Pharmafirmen sind zu großen Teilen der Verbreitung von Managed Care zuzuschreiben.⁸ Die Literaturanalyse zeigt weiterhin, dass es in Managed Care Organisationen zu einem erheblich sinkenden Einsatz von teuren Tests und Gesamtausgaben gekommen ist.⁹ Es scheint ein allgemeiner Konsens in der Literatur darüber zu herrschen, dass Managed Care erfolgreich bei der Senkung der Rate des Anstiegs von Gesundheitsausgaben war.¹⁰

Genauer betrachtet, senkten die MCOs die Gesundheitsausgaben in dreierlei Weise: durch die Senkung der Qualität der Leistungen, durch die Senkung der Vergütung von Leistungserbringern und durch die Selektion gesunder Patienten. Bamezai et al. (1999) fanden heraus, dass Health Maintenance Organisationen (HMOs) besser bei der Begrenzung von Gesundheitskosten waren als Preferred Provider Organisationen (PPOs). Wholey, Feldman und Christianson (1995) fanden heraus, dass die Verbreitung von HMOs auf dem Gesundheitsmarkt mit der Prämienreduktion verbunden werden kann. Zwanziger (2002) nutzte nationale Daten der USA, um zu zeigen, dass die Ärztenachfrage und die Verbreitung von Managed Care die wichtigsten Faktoren für eine Senkung der Wachstumsrate der Vergütung von Ärzten waren.

⁸ Gottlieb und Einhorn (1997)

⁹ Miller und Luft (1997)

Während die populäre Presse die Einsparungen der HMOs den Zugangsbeschränkungen zu kostenintensiven Behandlungen und Techniken zuschrieb, kamen Altman, Cutler und Zeckhauser (2000) zu einem anderen Ergebnis. Ihre empirische Studie nutzte Daten von 1995 mit 200.000 Familien in Massachusetts. Sie fanden heraus, dass HMOs aus zweierlei Gründen niedrigere Kosten aufwiesen: (1) sie hatten einen gesünderen Versichertenpool und (2) sie waren in der Lage, für die gleichen medizinischen Leistungen niedrigere Preise zu verhandeln. Cutler und Sheiner (1997) ermittelten, dass jede 10%ige Erhöhung der Einschreibungen in eine HMO in einem Bundesstaat zu einer 0,5%igen Senkung von Gesundheitsausgaben führte. Baker und Brown (1999) zeigten, dass mit wachsendem Marktanteil von HMOs eine Senkung der Gesundheitskosten und ein Anstieg der Wartezeiten einhergingen, ohne Auswirkungen auf die Gesundheitsergebnisse. Die Kostenersparnisse erfolgten dadurch, dass mit zunehmender Verbreitung der HMOs die Anzahl der Leistungserbringer bei gleichzeitigem Leistungsanstieg der verbleibenden Leistungserbringer sank.

Die Daten zur Beziehung zwischen der Zunahme von Managed Care Programmen und der Qualität der erzielten Gesundheitsergebnisse zeigen kein klares Bild. HMOs bieten nicht notwendigerweise schlechte oder bessere Qualität der Versorgung als Indemnitätsprogramme.¹¹ Managed Care hat keinen erkennbaren Effekt auf sieben allgemeine Gesundheitsindikatoren, wie physische Funktion, das Rollenverständnis, Tage je Bett, schwerwiegende Symptome, mentale Gesundheit, Gesellschaftsvertrag und Gesundheitswahrnehmung.¹² Die Auswertungen von 114 Studien durch Miller und Luft in den Jahren 1997 und 2002 zeigen, dass eine Senkung der Anwendung bestimmter Leistungen bei gleicher Qualität möglich ist. In der Theorie wird Managed Care mit Beschränkungen des Zugangs und der Nutzung von Leistungen verbunden, aber dies trifft nur auf einige Anbieter zu.¹³ Abschließend kann gesagt werden, dass in Bezug

¹⁰ Sullivan (2000)

¹¹ Miller und Luft (1994), (1997), (2002) sowie Hellinger (1998)

¹² Hellinger (1998)

¹³ Cutler et al. (2000)

auf Prävention einige Anbieter ihr Angebot erhöhten, während andere ihr Angebot noch ausweiteten.

Zusammenfassend kann, basierend auf den vorhandenen Belegen gesagt werden, dass keine Qualitätsveränderungen durch Managed Care Anbieter erkennbar sind, auch nicht in besonders regulierten Bereichen, wie der Versorgung bei Mutterschaft. Die Daten bzgl. des Einflusses auf die Qualität der Versorgung von Managed Care lassen keine einheitliche Bewertung zu. Eine Analyse von 100 Studienergebnissen ergab eine gleiche Anzahl qualitätssteigerender bzw. qualitätssenkender Formen von Managed Care.¹⁴

Aus Sicht der Managed Care Theorie sind die Ergebnisse eher enttäuschend, da Managed Care eine optimale Ressourcenverteilung für die Konsumenten sicherstellen und zur Qualitätssteigerung in der Versorgung führen sollte.

2 Die US-amerikanischen Erfahrungen

Zwischen 1996 und 2002 wurden landesweit durch die Gesetzgeber (Legislative) fast 900 Gesetze eingebracht, die eine Form der Regulierung für Managed Care Organisationen (MCOs) vorsahen, wobei in jedem Bundesstaat mindestens ein Gesetz verabschiedet wurde.¹⁵

Bis auf vier Bundesstaaten wiesen alle im Jahr 2001 eine Form von Patientenrechtgesetz oder Patientenschutzgesetz auf.¹⁶ Die Konzentration auf die Managed Care Regulierung und den Patientenschutz erfolgte als Antwort auf die großen Veränderungen der Struktur und Finanzierung des Amerikanischen Gesundheitswesens im Verlauf der letzten zwei Dekaden. Im Jahr 2001 waren mehr als 160 Mio. Amerikaner in einer Form von Managed Care Organisation versichert, wobei 70 Mio. Versicherte auf die Health Maintenance Organisationen (HMOs) und 90 Mio. Versicherte auf die

¹⁴ Hellinger (1998), Miller und Luft (1994), (1997), (2002);

¹⁵ Marsteller und Bovberg (1999), NCSL (2003)

¹⁶ Sloan und Hall (2002)

Preferred Provider Organisation (PPOs) entfielen. Dies repräsentiert einen wichtigen Trend im Amerikanischen Gesundheitssystem:

„More than 90% of all persons with employer-based health insurance coverage (in 2000) were enrolled in some form of managed care plan“¹⁷.

Eine Dekade früher waren nur drei von zehn krankenversicherten Personen in einem Managed Care Programm eingeschrieben.¹⁸ Ferner traten Ende der 90er Jahre mehr als 80 % der praktizierenden Ärzte in den USA in ein vertragsmäßiges Verhältnis mit wenigstens einem Managed Care Programm ein, was einem Anstieg von einem Drittel im Vergleich zu den vorangegangenen fünf Jahren entspricht. Aus Sicht der Anbieter wurde die Teilnahme an einem Managed Care Programm notwendig, um weiter praktizieren zu können.¹⁹

Während der letzten Dekade kam es zum Rückschlag für Managed Care, verursacht durch die Öffentlichkeit, die Ärzte und die Medien.²⁰ Hauptgrund dieses Rückschlags ist ein unausgeglichenes Verhältnis von Kosten und Qualität der Versorgung in Managed Care Programmen, sowie zunehmende Unzufriedenheit seitens der Konsumenten und der Ärzte.²¹ Dieser starke Rückschlag wurde durch die Behauptung genährt, dass Managed Care weder die Kosten noch die Effizienz steigere.²² Zudem führte es zur Unzufriedenheit von Patienten.²³ Ferner wirkten sich die Managementmethoden ungünstig bzw. negativ auf die medizinischen Ergebnisse aus.²⁴ Einige Analysten zweifelten die Möglichkeiten der

¹⁷ Levitt, et. al, Kaiser Family Foundation (2000)

¹⁸ Managed Care National Statistics 2001, Families USA (1998)

¹⁹ Rosenbaum und Kamoie (2002) und Segal (1996)

²⁰ Blendon et. al (1998), Brodie, Brady und Altman (1998)

²¹ Hastings (1998)

²² Sullivan (2000) und Goldman et al. (1995)

²³ Simon et al. (1997), Blendon (1998), Gawande (1998)

²⁴ Schulman et al. (1997); Pegram v. Herdrich was a 2000 U.S. Supreme Court case examining the question whether managed care organizations can be held liable for adverse health outcomes resulting from medical treatment decisions by physicians within their provider networks. The Court held that MCOs cannot be held liable for such decisions. v. Herdrich (2000) 530 U.S. 211

erfolgreichen Theorie von Managed Care an und erklärten, dass Managed Care für die Zukunft tot sei.²⁵

Die Unzufriedenheit wurde besonders deutlich und gelangte auf die gesundheitspolitische Agenda, als Mitte bis Ende der 90er Jahre eine Serie von so genannten „Anti-Managed Care“ Gesetzen auf staatlicher und bundesstaatlicher Ebene verabschiedet wurden und eine Reihe von Anklagefällen gegen HMOs die Verlässlichkeit von Managed Care anzweifelten.²⁶ Gesetze auf der staatlichen Ebene waren nur ein Aspekt des Rückschlages von Managed Care, der auch mediale Horrorgeschichten umfasst. Es kam zur Verbreitung von ärztzeigenen HMOs als Konkurrenz zu unternehmenseigenen Formen. Zudem votierten Unternehmen und Organisationen für Selbstversicherungen, um staatlicher Regulierung auszuweichen, und es wurden erstmals Medical Saving Accounts (MSAs) vorgeschlagen, um zu verhindern, dass Personen die Absicherung durch eine HMO benötigen²⁷.

In der selben Zeit, in der das regulierte Zurückdrängen erfolgte, ermutigte die Bundesregierung den Gebrauch von Verträgen und die Ausübung von Managed Care Techniken für die im Wesentlichen staatlich finanzierten Programme des Verteidigungsministeriums, des Ministeriums für Veteranenangelegenheiten und des Gesundheitssystems der Indianer²⁸. Die in Medicaid und Medicare versicherte Bevölkerung wurde zunehmend in Managed Care Verträge überführt²⁹. Die Einschreibungen in Medicaid nahmen stetig, von 12% im Jahr 1992 auf fast 60% im Jahr 2002 zu. Ferner wurde ein Großteil der Kinder von Geringverdienern in der seit 1997 existierenden Versicherung des State Children's Health Insurance Program (SCHIP) über Managed Care Programme abgesichert³⁰. Zusätzlich wurden staatliche Verzichtserklärungen von der allgemeinen Medicaid Gesetzgebung

²⁵ Sullivan (2000), Passman (1997)

²⁶ Hastings (1998)

²⁷ Bodenheimer (1996)

²⁸ Rosenbaum und Kamoie (2002)

²⁹ Sparer (1999)

³⁰ Pernice, Wyses, Riley und Kaye (2001)

angestrebt, so dass die Bundesstaaten Medicaid Versicherte künftig im Rahmen von Managed Care Organisationen versorgen. Dies zeigt, dass der Gesetzgeber und der Kongress (beides Institutionen, die die Anti-Managed Care Gesetze verabschiedeten) Managed Care auch als kostengünstige, effiziente und vermutlich sicherste Variante der staatlich finanzierten Krankenversorgung von Geringverdienern und der älteren Bevölkerung bewerten.

Der Trend zu vermehrten Managed Care Verträgen und Managementmethoden in der privaten, arbeitgeberbezogenen Krankenversicherung sowie im staatlich finanzierten Gesundheitssystem bei gleichzeitiger Anti-Managed Care Gesetzgebung und Regulierung, macht das Dilemma des US-amerikanischen Gesundheitswesens deutlich, das versucht, eine Balance zwischen dem Ziel der Kostenreduktion und der Qualitätssicherung herzustellen. Verfechter von Managed Care argumentieren, dass diese Methode zur Finanzierung und Leistungserbringung in der Krankenversorgung besonders im Bereich der Versorgung der Bedürftigen die effizientere Methode im Vergleich zum bestehenden Einzelleistungsvergütungssystem sei.³¹

Die politische Reaktion auf die Entwicklung und Umsetzung von Managed Care Verträgen und Methoden im privat und öffentlich finanzierten Krankenversicherungssystem hat zwei Seiten staatlicher und bundesstaatlicher Politik sowie Gesetzgebung hervorgebracht. Die beiden Seiten bestehen einerseits in der Unterstützung der Umsetzung von Managed Care Programmen auf staatlicher Ebene aufgrund von Regierungsanordnungen und Gerichtsentscheidungen und andererseits aus beschränkenden Gesetzgebungsinitiativen - besonders auf der staatlichen Ebene und Gerichtsentscheidungen mit Beschränkungen für die Anwendung von Managed Care. Mit anderen Worten, die politischen Institutionen der Gesetzgebung, Exekutive und Judikative sind sich uneinig darüber, inwiefern Managed Care unterstützt oder beschränkt werden soll. Die zwei Seiten

³¹ Zuvekas (1999), Frank et al. (1999)

offenbaren das ausgeprägte Dilemma von amerikanischen Gesundheitspolitikern: In welchem Ausmaß soll die Entwicklung von Managed Care unterstützt, begrenzt oder eingeschränkt werden? Zudem zeigt diese Zweischnidigkeit das inkonsistente und zum Teil widersprüchliche Vorgehen der Regierung, sowohl innerhalb als auch über verschiedene Ebenen und Regierungsbereiche hinweg.

Betrachtet man einerseits die politische Initiative, so steht zu vermuten, dass der Einfluss von Managed Care Anwendungen auf Leistungsanbieter, Konsumenten und Zahler beschränkt wurde und im Ergebnis die Akteure dies als erfolgreiche Unterbindung bewerten. Andererseits trägt diese Initiative Schuld an der Erfolglosigkeit von Managed Care Organisationen, die Kosten zu senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu halten bzw. zu verbessern. Dieser so genannte Misserfolg wurde noch verschlimmert durch den Mangel an Koordination zwischen der staatlichen und der bundesstaatlichen Regierungsebene, gekennzeichnet durch getrennte und unkoordinierte Initiativen bzw. Spannungen der beiden Regierungsebenen bei der Reaktion auf wichtige gesundheitspolitische Angelegenheiten. In der Tat haben die Managed Care bezogenen Politik-Initiativen in Form von Gesetzen, Regulierungen und Gerichtsverfahren verhindert, dass die Theorie von Managed Care vollständig zur Umsetzung gelangen konnte. Ist dies nun die Folge davon, dass die Theorie von Managed Care fehlerhaft ist oder dass Leistungserbringer und/ oder Zahler und/ oder Patienten die Umsetzung der Theorie verhindert haben? Wenn Managed Care als Misserfolg in diesem Zusammenhang bezeichnet wird, ist es schwierig zu sagen, was erfolglos war, die Theorie oder die Aktionen der Regierungsseite, die für die derzeitige Umsetzung verantwortlich ist.

3 Marktanalyse für eine integrierte Versorgung in Berlin

3.1 Zur Organisation

Der Integrationsprozess sollte alle Versorgungsstufen einbeziehen und sowohl in horizontaler als auch vertikaler Richtung erfolgen. Je stärker ärztliche, pflegerische und sonstige Dienste vernetzt sind, um so eher lassen sich die Ausgaben und die Qualität steuern. Die Steuerung erfolgt mit den Instrumenten eines Kosten- Qualitäts- und Informationsmanagements. Empfohlen werden außerdem die Anwendung eines Case- und Utilization-Managements sowie die Einführung von Qualitätszirkeln.

Erfahrungen in Großbritannien und den USA zeigen, dass die Erhöhung der Zahl von Pflegekräften und ihre verstärkte Einbindung in die Organisation zu einer kostenmäßigen Optimierung von Krankheitsabläufen führt (Krankheitskoordinatoren, Head Nurse).

Eine zu Beginn eher lose Verbindung der Leistungserbringer in der MCO sollte nach einer Startphase zunehmend zentral organisiert werden. So werden unterschiedliche Erfahrungen der Teilnehmer für das Unternehmen nutzbar gemacht, und es wird schrittweise eine einheitliche Unternehmenskultur aufgebaut. Für einzelne Teilbereiche ist auch die Einrichtung interdisziplinärer Teams zu erwägen. Wichtig ist die Einführung kompatibler oder gleichartiger Informationssysteme (EDV) als technische Voraussetzung der Vernetzung der Leistungserbringer. Geeignete Kooperationspartner sollte der Vorstand der MCO bereits im Vorfeld der Gründung aussuchen.

3.2 Zur Versichertenstruktur und vorhandenen Gesundheitsinfrastruktur am Standort Berlin

Struktur und Verhalten der Versicherten in der Krankenversicherung waren in den letzten Jahren Gegenstand unterschiedlicher Studien³². Die Untersuchungen haben die Erwartung bestätigt, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen maßgeblich von folgenden vier Kriterien abhängt: Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildung. Unterschiede bestehen außerdem zwischen alten und neuen Bundesländern.

Tendenziell steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit steigendem Alter. Mehr als 50% der Erkrankten über 60 Jahren weisen jedoch einen relativen Beitragsbedarf von weniger als 100% auf, sind also „gute Risiken“. Jüngere Versicherte können bei Vorliegen insbesondere behandlungsintensiver oder chronischer Krankheiten einen erhöhten relativen Beitragsbedarf erzeugen. Das Versicherungsrisiko steigt somit zwar tendenziell mit zunehmendem Alter, eine eindeutige Aussage kann jedoch erst bei Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands getroffen werden.³³

Frauen nehmen Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch als Männer, bei Errechnung von relativen und durchschnittlichen Leistungsausgaben für beide Geschlechter ergeben sich jedoch nur geringe Unterschiede.³⁴

Einkommen und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind deutlich korreliert. Mit steigendem Einkommen gehen die „Kontaktfrequenz und Zahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte“ zurück³⁵. Hierdurch sinken durchschnittliche Ausgaben und relativer Beitragsbedarf dieser Versicherten.

³² vgl. etwa Andersen, H., Schwarze, J. (1999)

³³ Henke (2004a), (2004b)

³⁴ Henke (2004b)

³⁵ Andersen, H., Schwarze, J. (1999), S. 148

Ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme ist auch bei zunehmender Bildung zu verzeichnen. Die Versicherten verstehen funktionale körperliche Zusammenhänge besser und verhalten sich entsprechend (z. B. geringerer Nikotinkonsum, sportliche Betätigung).³⁶

Bisherige Untersuchungen haben gezeigt, dass die Zustimmung zu Hausarztmodellen und Praxisnetzen in den neuen Bundesländern größer ist als in den alten. Eine mögliche Erklärung hierfür ist das Gesundheitssystem in der früheren DDR mit seinen Polikliniken. Die Qualität der ärztlichen Behandlung wird im Osten besser beurteilt als im Westen.

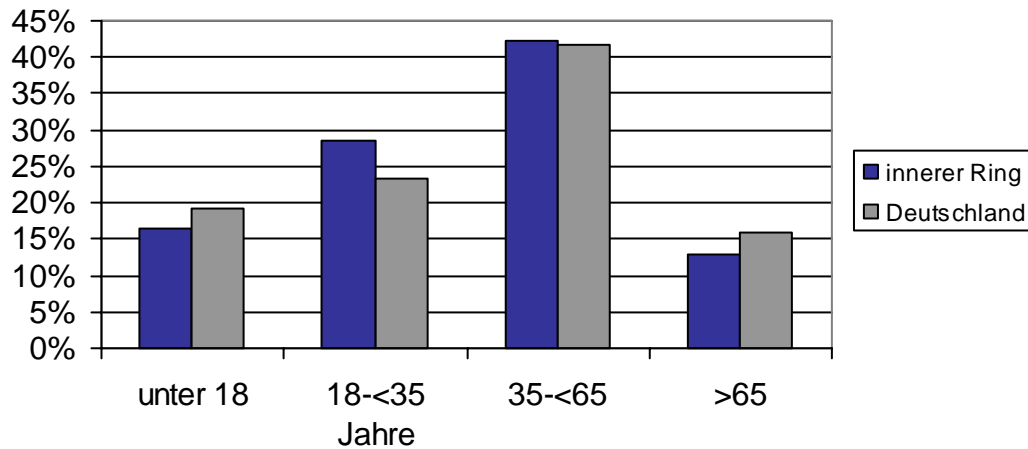
Die meisten Versicherten stehen Reformen und Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung aufgeschlossen gegenüber, wobei die Zustimmung bei jungen Versicherten größer ist als bei älteren.

Standort für eine MCO in Berlin könnte das durch den inneren S-Bahn Ring begrenzte Stadtgebiet (Innenstadt) sein. Hierfür sprechen Versichertenstruktur, zentrale Lage und gute Erreichbarkeit des Gebietes aus dem Umland.

Der Innenstadtbereich weist eine günstige Altersstruktur auf. Fast 30% dieser Bevölkerung gehören zu den 18 bis 35-Jährigen.

³⁶ Henke und Mühlbacher (2004)

Vergleich Altersstruktur Berlin und Deutschland



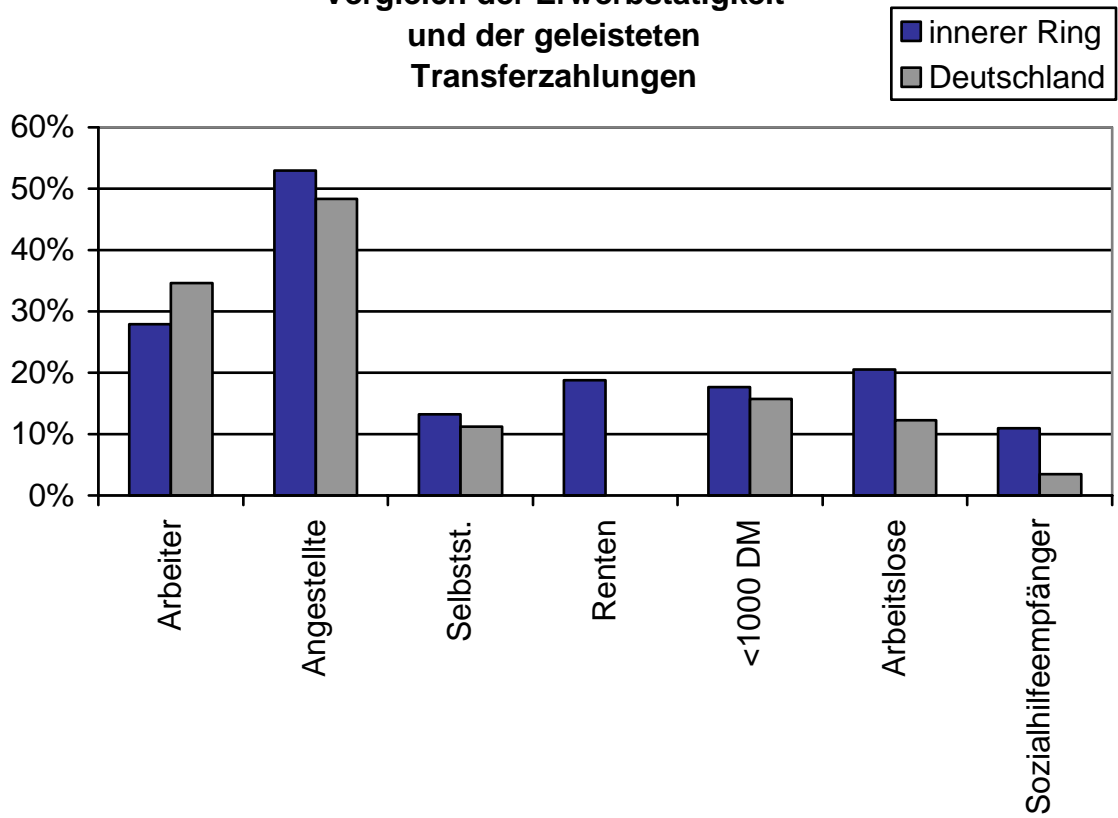
Quelle: Sozialstrukturatlas 1999³⁷

Deutlich höher als im bundesdeutschen Vergleich ist der Anteil der Angestellten und Selbständigen im Innenstadtbereich. Diese Personengruppe verfügt im Durchschnitt über ein höheres Einkommen und eine bessere Bildung als Arbeiter und Rentner und ist daher eine attraktive Zielgruppe für eine MCO. Der vergleichsweise hohe Anteil von Sozialhilfeempfängern im Innenstadtbereich dürfte für die Standortwahl keine Auswirkungen haben. Deren Krankenversicherung erfolgt direkt über die Sozialämter (Kostenübernahme) bzw. über die Gesetzliche Krankenversicherung seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes.³⁸

³⁷ Anmerkung: Demographische Daten für Berlin sind nur die gesamten Bezirke verfügbar. Da einzelne Bezirke jedoch nur mit einem Teil ihres Gebietes innerhalb des S-Bahn-Rings liegen, wurde in diesen Fällen mit Näherungswerten gearbeitet (Gewichtung der Einwohnerzahl im Verhältnis zur Bezirksgröße)

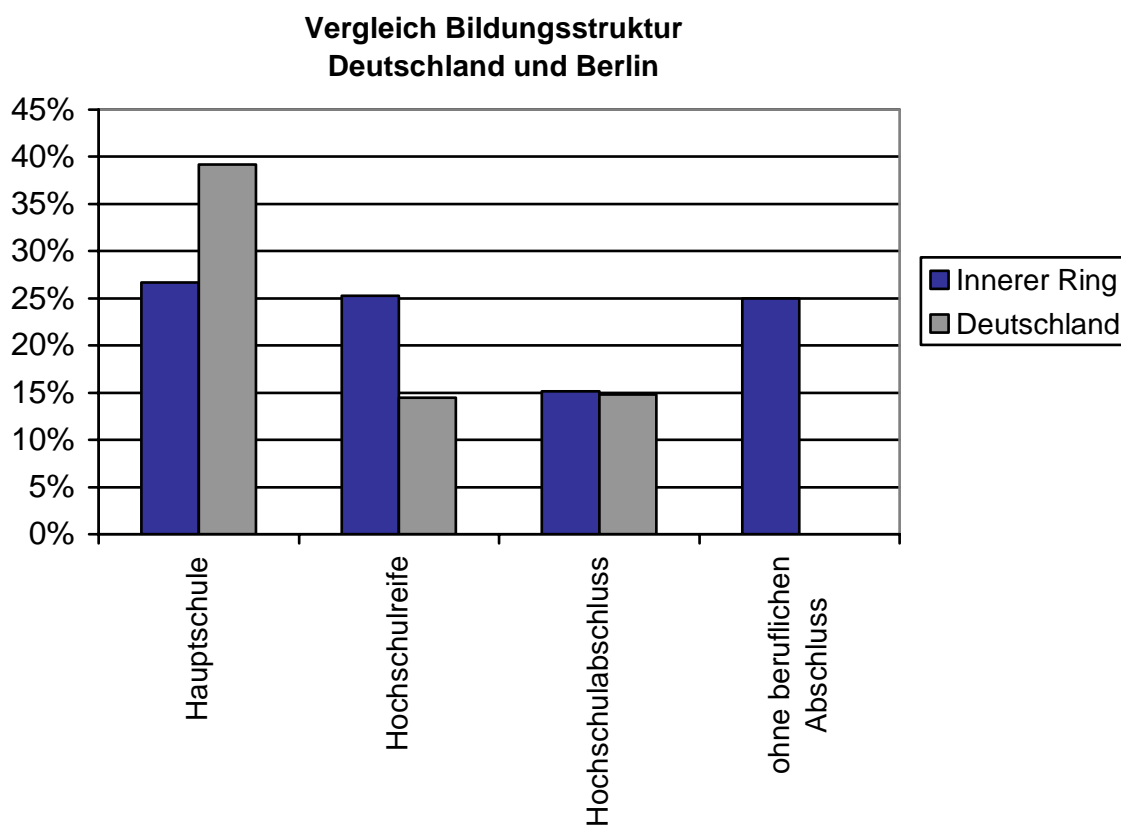
³⁸ siehe vertiefend Deutscher Bundestag (2003)

Vergleich der Erwerbstätigkeit und der geleisteten Transferzahlungen



Quelle: Sozialstrukturatlas 1999

Das Bildungsniveau ist im Innenstadtbereich deutlich höher als im bundesdeutschen Vergleich.



Quelle: Sozialstrukturatlas 1999, eigene Darstellung

Die Gesundheitsversorgung im ambulanten (zahn)ärztlichen sowie stationären Bereich liegt in Berlin – bezogen auf Einwohnerzahl und Leistungsangebot – über den gesamtdeutschen Vergleichswerten. Auch die Kosten liegen höher als im Bundesdurchschnitt. So lagen die Krankenhauskosten in Berlin je Fall um ein Viertel höher als im Bundesdurchschnitt³⁹. Hauptgrund ist, dass ein Großteil der Krankenhausversorgung in Berlin in Häusern mit Schwerpunkt- oder Maximalversorgung erbracht wird, während in anderen Bundesländern Grundversorgung die Regel ist.

³⁹ Statistisches Bundesamt (1999a), Krankenhauskosten/ Fall: Bundesdurchschnitt 1999: 3.050 EUR, Berlin 1999: 4.330 EUR

In Berlin versorgt ein Kassenarzt 525 Einwohner, im Bundesdurchschnitt dagegen 656 Einwohner⁴⁰. Daneben besteht ein dichtes Netz aus Therapeuten, Heilpraktikern, Krankengymnasten und sonstigen medizinischen Berufen mit einem vielschichtigen und umfangreichen Versorgungsangebot.

Lediglich Reha-Einrichtungen sind im Innenstadtbereich kaum vertreten. Dies ist für großstädtische Ballungsräume nicht ungewöhnlich. Reha-Einrichtungen liegen vorzugsweise am Stadtrand oder im Umland. Insoweit müsste ein Berlin-MCO auf Einrichtungen außerhalb des Innenstadtbereichs zurückgreifen.

Im Ostteil der Stadt können die an den Verkehrsknotenpunkten von S- und U-Bahnen neu entstandenen Ärztehäuser (Schönhauser Allee, Landsberger Allee, etc.) in die Netzstrukturen der MCO einbezogen werden.

3.3 Angemessene Vergütung

Bei der Vergütung der Leistungserbringer sollte eine Mischung aus unterschiedlichen Gehaltsformen gewählt werden, um optimale Anreizstrukturen zu schaffen.

Ein Gatekeeper (Hausarztmodell) sollte die gesamte Versorgung des Patienten steuern und kontrollieren. Er hat damit direkt oder indirekt Einfluss auf 70-80% der Kosten. Sinnvoll erscheint es, dem Gatekeeper auch die Verantwortung für das gesamte Patientenbudget zu übertragen.

Da dem Hausarzt in einer MCO eine zentrale medizinische und organisatorische Funktion zukommt, sollten nur die am besten qualifizierten Ärzte Gatekeeper sein. Sie sollten eine ihrer besonderen Bedeutung

⁴⁰ Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2001), S. 23 f., Statistisches Landesamt (2000), S. 21f.

angemessene Bezahlung erhalten, die aus einem Grundgehalt und weiteren leistungsorientierten Elementen (Kopfpauschalen) bestehen kann.

Die Vergütung der Fachärzte sollte nach dem Vorbild der DRGs durch Pauschalen je Patient und Überweisung erfolgen. Hierdurch wird ein Anreiz für kosteneffektive Behandlungsmethoden geschaffen.⁴¹

Aus den gleichen Gründen sollten auch die teilnehmenden Krankenhäuser, ähnlich wie in der bisherigen Regelversorgung, durch DRGs vergütet werden.

Die Zahl des Pflegepersonals sollte erhöht und die Bezahlung verbessert werden. Pflegekräfte übernehmen zusätzliche Aufgaben in der Organisation und Koordination von Krankheitsverläufen. Hierdurch resultieren unmittelbar Kosteneinsparungen. Die Zahl der Ärzte kann zugunsten weiterer Pflegekräfte reduziert werden, wodurch sich tendenziell ebenfalls Einsparungen ergeben.

4 Rechtliche Zulässigkeit einer integrierten Versorgung

4.1 Sozialrechtliche Grundlagen einer integrierten Versorgung

Mit der Integrierten Versorgung versucht der Gesetzgeber einen Systemwechsel in der GKV einzuleiten. Kern der neuen Regelungen ist die Einführung von (privatrechtlichen) Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Hierdurch sollen die einzelnen Sektoren besser koordiniert und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert werden.

Grundlage der Integrierten Versorgung sind die §§ 140a-d SGB V in der am 01.01.2004 in Kraft getretenen novellierten Fassung. Die Versicherungspflicht in der GKV bleibt bestehen. Gegenstand der Integrierten Versorgung können daher nur Versorgungsleistungen sein. Für

⁴¹ Mühlbacher (2004)

Versicherte ist die Teilnahme freiwillig. Grundlage sind die zwischen den Krankenkassen und den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Leistungserbringern zu schließenden Integrationsverträge (IV-Verträge). Leistungserbringer sind insbesondere Vertragsärzte, Krankenhausträger, medizinische Versorgungszentren, Managementgesellschaften und Gemeinschaften der genannten Beteiligten.

Der IV-Vertrag kommt nur dann zustande, wenn eine Krankenkasse daran beteiligt ist. Möglich ist die Beteiligung der Krankenkasse sowohl bei Gründung der IV-Gesellschaft oder auch der Vertragsschluss mit einer bereits gegründeten Gesellschaft. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht erforderlich.

Unter rechtlichen Gesichtspunkten kann in den Integrationsverträgen sowohl eine enge als auch lose Bindung der Leistungserbringer vereinbart werden, sofern die Unabhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit gewahrt bleibt. Es wird empfohlen, die MCO-Berlin als Kapitalgesellschaft zu gründen. Hier spricht vieles für die Errichtung einer GmbH, da geringere Anforderungen an Gründungskapital und Publizität bestehen als bei einer Aktiengesellschaft. Gemäß § 1 GmbH-Gesetz kann eine GmbH zu jedem gesetzlich zulässigen Zweck errichtet werden, mithin auch für die Integrierte Versorgung.

Die Gründung einer Personengesellschaft ist nicht geeignet. In Frage käme lediglich eine BGB-Gesellschaft. Offene Handelsgesellschaft und Kommanditgesellschaft als weitere mögliche Formen einer Personengesellschaft setzen den Betrieb eines Handelsgewerbes i. S. des § 1 Abs. 2 Handelsgesetzbuch voraus. Die meisten Leistungserbringer üben jedoch einen freien Beruf und keine gewerbliche Tätigkeit aus. Gegen eine BGB-Gesellschaft sprechen ihre umstrittene Rechtsfähigkeit und das hohe Haftungsrisiko als Folge der gesamtschuldnerischen Verpflichtung aller Gesellschafter.

Landesgesetzliche Bestimmungen oder Bestimmungen in den Berufsordnungen der Leistungserbringer stehen der Gründung einer IV-GmbH nicht entgegen.

Zu beachten ist v. a. das Berliner Kammergesetz. In einzelnen Bundesländern wird der Zusammenschluss von Ärzten in einer GmbH zwar verboten, nicht aber in Berlin. Ein solches Verbot wäre wegen des Eingriffs in die ärztliche Berufsfreiheit verfassungsrechtlich bedenklich, steht vorliegend aber der Errichtung einer IV-GmbH nicht entgegen, soweit sie sich auf den Berliner Raum beschränkt. An einer IV-GmbH teilnehmende Ärzte müssen aufgrund kammergesetzlicher Bestimmungen die Möglichkeit zu weisungsfreier und eigenverantwortlicher Ausübung ihrer Tätigkeit behalten. Da Gegenstand einer IV-GmbH vorrangig die Koordination der Leistungserbringer zum Zwecke einer qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung ist, liegt ein Eingriff in die eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit nicht vor.

Auch die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin steht einer Beteiligung an einer IV-GmbH nicht entgegen. Die hier enthaltene Vorschrift, dass Ärzte eine Berufsausübungsgemeinschaft nur in Form einer BGB- oder Partnerschaftsgesellschaft führen dürfen, betrifft IV-Gesellschaften nicht. Die Vorschrift gilt v. a. für Gemeinschaftspraxen. Für die Kooperation örtlich voneinander getrennter Praxen (Praxisverbund) bestehen keine Einschränkungen. Diese Vorschrift dürfte auch auf die IV-Gesellschaft Anwendung finden.

Gegenstand der Integrationsverträge können nur Versorgungsleistungen sein. Daher ist die Beteiligung einer Krankenkasse zur Absicherung von Finanzierung und Versicherungsleistungen unumgänglich. Eine möglichst frühzeitige Einbindung der Krankenkasse, möglichst als Gesellschafterin, ist zu empfehlen.

Damit wächst zwar die Einflussnahme der Krankenkasse, sie trägt jedoch als Gesellschafterin auch einen Teil des wirtschaftlichen Risikos. Zu bedenken

ist weiter, dass die IV-GmbH auch ohne Krankenkasse als Gesellschafterin letztlich in vertragliche Beziehungen zu einer Krankenkasse treten muss. Aufgrund ihrer Marktmacht wird diese auch dann eine starke Verhandlungsposition haben.

Die Beteiligung einer Krankenkasse verstößt nicht gegen das Eigenbetriebsverbot des § 140 SGB V, da das Eigenbetriebsverbot nur in der bisherigen Regelversorgung gilt, für die Integrierte Versorgung jedoch abbedungen ist.

Bei Beteiligung der Krankenkasse als Gesellschafterin an der IV-GmbH ist eine Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach § 85 SGB IV nicht erforderlich. Für diesen Fall ist eine Genehmigungspflicht in § 85 SGB IV nicht ausdrücklich geregelt, eine Analogiebildung widerspräche der Zielrichtung der §§ 140a ff. SGB V, neue, privatrechtliche Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich für Managementgesellschaften in der Integrierten Versorgung höhere Betriebskosten ergeben können, da ihre Tätigkeit nicht umsatzsteuerfrei ist. Die Befreiung des § 4 Nr. 14 und 16 Umsatzsteuergesetz gilt nämlich nur für die ärztliche Tätigkeit selbst, nicht jedoch für deren Organisation und Koordination. Unter dem Aspekt der Gleichbehandlung mit anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen sollte hier ggf. eine Klärung mit der Finanzverwaltung herbeigeführt werden.

Im Rahmen der Anschubfinanzierung stehen für die Integrierte Versorgung bis Ende des Jahres 2006 Mittel i. H. v. rund 2 Mrd. Euro zur Verfügung. Innerhalb dieses Förderzeitraumes können so die mit der Einführung einer MCO-Berlin zu erwartenden erhöhten Kosten ausgeglichen werden. Danach ist durch die organisatorischen Vorteile der MCO und den Wettbewerb der Leistungserbringer mit einer Kostensenkung zu rechnen.

4.2 Krankenkassen als Vertragspartner oder als Gesellschafter

Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern können - unabhängig von der Rechtsform - grundsätzlich auf zwei verschiedene Arten ausgestaltet werden: entweder die Leistungserbringer organisieren sich bereits vor Abschluss des IV-Vertrages mit der Krankenkasse zu einer Versorgungsgemeinschaft oder die Versorgungsgemeinschaft wird zusammen mit der Krankenkasse im Zeitpunkt des Abschlusses des IV-Vertrages geschaffen.

Im ersten Fall würden sich die Beziehungen auf die vertraglich bestimmten Rechte und Pflichten beschränken, im zweiten Fall wäre die Krankenkasse Gesellschafterin der Integrationsgemeinschaft.

Wird die Krankenkasse lediglich Vertragspartnerin einer bereits bestehenden IV-GmbH, müsste sie mit dieser einen Dienstleistungsvertrag gemäß §§ 611 ff. BGB schließen. Denkbar ist hier ein weiterer Unterfall dergestalt, dass die Leistungserbringer sich nicht als Versorgungsgemeinschaft organisieren und ein solcher Verbund - zumindest ausdrücklich - auch nicht unter Mitwirkung der Krankenkasse entsteht. Dann müsste die Krankenkasse mit jedem einzelnen Leistungsanbieter einen gesonderten Beschaffungsvertrag schließen, der ebenfalls als Dienstvertrag zu qualifizieren wäre.

In dem zweiten genannten Fall wird die Krankenkasse selbst Gesellschafterin der IV-GmbH. Rechte und Pflichten der Krankenkasse ergeben sich dann nicht mehr aus dem Dienstvertrag mit den Leistungserbringern, sondern sind im Rahmen eines gemeinsamen Gesellschaftsvertrages festzulegen.

4.3 GmbH und andere Formen von Managed Care Organisationen

Die drei in den USA bekannten Formen von MCOs zeichnen sich durch eine mehr oder minder starke Verschränkung der einzelnen Leistungssektoren

aus, großteils bieten die US-amerikanischen MCOs neben der Versorgungsleistung auch die Versicherungsleistung an.

Da eine Berlin-MCO im Rahmen der geltenden sozialrechtlichen Vorschriften eigene Versicherungsleistungen nicht anbieten darf, stellt sich lediglich im Hinblick auf die Versorgungsleistungen die Frage nach der optimalen Form für die IV-GmbH.

Soweit die ärztliche Tätigkeit frei und weisungsfrei erbracht werden kann, ist im Rahmen der Integrationsverträge sowohl eine enge als auch lose Koordinierung der Vertragspartner zulässig. Unter rechtlichen Gesichtspunkten gibt es damit für die Form der Bindung der Partner keine Vorgaben, diese sollten vielmehr von den konkreten Wünschen und Bedürfnissen der Vertragspartner abhängig gemacht werden.

Literatur

Altman, D.; Cutler, D.; Zeckhauser R. J. (2000): Enrollee Mix, Treatment Intensity and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 7832, August, <http://nber.org/papers/w7832>.

Andersen, H., Schwarze, J. (1999): Der Versicherten-Report, Methodische und inhaltliche Aspekte einer standardisierten Versichertenbefragung, Die Novitas-Befragung 1998, Berliner Zentrum Public Health.

Andersen, H., Schwarze, J. (1999a): Hausarztmodell und Praxisnetze: Zustimmung der Versicherten zu Integrierten Versorgungsformen erkennbar, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht 9/1999.

Andersen, H., Schwarze, J. (2003): Bedarfsprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsvorsorgesystems, Berliner Zentrum Public Health.

Arnould, R. J.; Rich, R. F.; White, W. D. (Eds.) (1993): Competitive Approaches to Health Care Reform.

Baker, L. C.; Brown, M. (1999): Managed Care, Consolidation among Health Care Providers and Health Care: Evidence from Mammography, in: RAND Journal of Economics 30(2), S. 351-374.

Bamezai, A.; Zwanziger, J.; Melnick, G.; Mann, J. (1999): Price Competition and Hospital Cost Growth in the United States (1989-1994), in: Health Economics 8(3), S. 233-243.

Becker, J., Hensgen, R. (2000): Integrierte Versorgung - Innovation oder Rückbesinnung auf historische Wurzeln, in: Das Krankenhaus, 92. Jg., 4/2000, S. 275 ff.

Bien, A. (2000): Managed Care - Neue Vertrags- und Versorgungsformen in der Krankenversicherung, in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB), Heft 7, S. 387 ff.

Blendon, R. J.; Young, J. T.; McCormick, M. C.; Kropf, M.; Blair, J. (1998): American's Views on Children's Health, in: JAMA (Journal of the American Medical Association) 280 (24), S. 2122-2127.

Breyer, F., Zweifel, P. (1997): Gesundheitsökonomie, Heidelberg, S. 301f.

Brodie, M.; Brady, L. A. and Altman, D. E. (1998) Media Coverage of Managed Care: Is There a Negative Bias? 17 HEALTH AFFAIRS 1, 9-25.

Brown, V.; Hartung, Y.; Reid, B. (1998): Managed Care at a Crossroads: Can Managed Care Organizations Survive Government Regulations? in: *Annals of Health Law* 7 (25), S. 27-29.

Cline, CM. et al. (1998): Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation, in: *Heart* 80, S. 442-446.

Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert D. (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough? in: *BMJ (British Medical Journal)* 318, S. 318-322.

Cutler, D.; McClellan, M.; Newhouse, J. P. (2000): How Does Managed Care Do It? *RAND Journal of Economics*, 31(3); 526-548.

Cutler, D.; Sheiner, L. (1997): Managed Care and the Growth of Medical Expenditures, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 6140, <http://papers.nber.org/papers/w6140.pdf>.

Deutscher Bundestag (1999): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Deutscher Bundestag, Drucksache 14/1245 vom 23.06.1999.

Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG), Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1170 vom 16.06.2003.

Dudley, A.; Luft, H. S. (2001): Managed Care in Transition, in: *New England Journal of Medicine* 344(14), S. 1087-1092.

Ebsen, I., Knieps (2003): Die einzelnen Bereiche des Sozialrechts - Krankenversicherungsrecht, in: Maydell, B. v., Ruland, F. [Hrsg.]: *Sozialrechtshandbuch*, 3. A., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Frank, R. G.; McGuire, T. G.; Normand, S.-L. T.; Goldman, H. H. (1999): The Value of Mental Health Care at the System Level: The Case of Treating Depression, *Health Affairs* 18(5), S. 71-88.

Franken, A. (2003): Die privatrechtliche Binnenstruktur der integrierten Versorgung, §§ 140a-h SGB V, Juristische Reihe Tenea, Bd. 29, Tenea Verlag, Berlin, <http://www.jurawelt.com/dissertationen/7964> (16.02.2004).

Gage, L. S.; Oehsen, W. H.E. (1997): *Managed Care Manual: Medicaid, Medicare, and State Health Reform.*

Gawande, A. A.; Blendon, R.; Mollyann, B., Brodie, J. M.; Levitt, L.; Hugick, L. (1998): Does Dissatisfaction with Health Plans stem from having no Choices? in: *Health Affairs* 17(5), S. 184f.

Giles, T. (1996): The cost-effective way forward for the management of the patient with heart failure, in: *Cardiology* 87, 1996, Supplement 1, S. 33-39.

GmS-OGB (1986): Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 10.04.1986, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit*, Heft 10, S. 412 ff.

Goldman, D. P.; Hosek, S. D.; Dixon, L. S.; Sloss, E. M. (1995): The Effects of Benefit Design and Managed Care on Health Care Costs, in: *Journal of Health Economics* 14, S. 401-418.

Gottlieb, S.; Einhorn, T. A. (1997): Managed Care: Form, Function, and Evolution, in: *Journal Bone and Joint Surgery* 79(1), S. 125-136.

Hastings, D. A. (1998): Patients' Rights meet Managed Care: Understanding the Underlying Conflicts, in: *Journal of Health Law* 31(3), S. 241-89.

Hauck, K. [Hrsg.] (2003): Sozialgesetzbuch, Gesamtkommentar, SGB V, Loseblattsammlung, Stand 01.06.2000, 2. Band, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Hellinger, F. J. (1998): The Effect of Managed Care on Quality: A Review of Recent Evidence, in: *Archives of Internal Medicine* 158(8), S. 833-841.

Henke, K.-D. (2004a): Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreform und ihre Lösungsansätze, zur Veröffentlichung angenommen in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Band 5.

Henke, K.-D. (2004b): Finanzierung und Vergütung einer zukünftigen Krankenversorgung und Gesundheitsförderung, in: Hesse, H.; von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.) *Knappheit der Gesundheit aus Knappheit der Mittel im Gesundheitswesen, Abhandlungen der Geistes- und sozialwissenschaftlichen Klasse, Jahrgang 2004, Nr. 3*, S. 35-52.

Henke, K.-D.; Mühlbacher, A. (2004): Gesundheit, ein Privileg der Reichen, erscheint in: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.) *Grenzen der Gesundheit*, Freiburg.

Henke, K.-D., Rich, R.F., Stolte, H. (Hrsg.) (2004): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Lessons learned through comparison of other health systems, Baden-Baden.

Henke, K.-D. (2003): Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung, Diskussionspapier Technische Universität Berlin, *Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation*, Nr. 2/2003.

Henke, K.-D. et al. (2003): Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland,

Diskussionspapier Technische Universität Berlin, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, Nr. 4/2003.

Henke, K.-D., Berhanu, S., Mackenthun, B. (2003): Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern, Diskussionspapier Technische Universität Berlin, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, Nr. 14/2003.

Henke, K.-D. et al. (2002a): Gesundheitsmarkt Berlin – Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung“, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, 10, S. 59.

Henke, K.-D. et al. (2002b): Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung, Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health 5.

Henke, K.-D. et al. (2002c): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung, München.

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

Kasseler Kommentar (2003): Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, Stand: 01.12.2003, Verlag C. H. Beck, München.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz - GMG, Informationen für den Vertragsarzt, Köln, Berlin, November.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2001): KV-Blatt 05/2001, Berlin.

Kobi, J. M., Wühtrich, H. A. (1986): Unternehmenskultur verstehen, erfassen und gestalten; Landsberg am Lech, S. 164.

Köck, C. (1996): Das Gesundheitssystem in der Krise. Herausforderung zum Wandel für System und Organisation, in: Heimerl-Wagner, P., Köck, C. (1996), Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel; Wien, S. 54.

Krauskopf, D. [Hrsg.] (2003): Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattsammlung, Stand: 05.11.2003, Verlag C. H. Beck, München.

Levitt, L.; Holve, E.; Wang, J. (2000): Employer Health Benefits Survey, Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, <http://www.kff.org/insurance/20000907a-index.cfm>.

Managed Care National Statistics 2001, Families USA (1998).

Mangoldt, H. v., Klein, F. (2000): Das Bonner Grundgesetz, Kommentar, Bd. 2: Artikel 20-78, Hrsg.: Starck, Christian, Vahlen, München.

Marsteller, J.; Bovbjerg, R. (1999): Federalism and Patient Protection: Changing Roles for State and Federal Government, The Urban Institute, Occasional Paper, Nr. 28.

Merten, D. (1994): Krankenversicherungsrecht, Band 1, in: Schulin, B. [Hrsg.]: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Verlag C. H. Beck, München.

Meyer-Ladewig, J. (2002): Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, 7. A., Verlag C. H. Beck, München.

Miller, R. H.; Luft, H. S. (1994): Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis, in: JAMA (Journal of the American Medical Association) 271(19), S. 1512-19.

Miller, R. H.; Luft, H. S. (1997): Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? in: Health Affairs 16(5), S. 7-25.

Miller, R. H.; Luft, H. S. (2002): HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature, 1997-2001, Health Affairs 21(4), S. 63-86.

Mühlbacher, A. (2004): Von den DRG's zur Finanzierung einer integrierten Versorgung: Zukunftsszenarien für die deutsche Krankenversicherungslandschaft, in: Public Health Forum 12, Heft 44, S. 6ff.

Mühlbacher, A. (2001): Integrierte Versorgung: Management und Organisation, Bern.

NCSL (2003) National Conference of State Legislatures (Feb. 2003) Managed Care State Laws and Regulations Including Consumer and Provider Protections, available at <http://64.82.65.67/health/hmolaws.htm>.

Passman, L. J.; Will, R. G. (1997): Managed Care Really Constrain Federal Health Care Expenditure Growth? Evidence of Costly "Leakage" from Medicare Risk Contracts, in: Journal of General Internal Medicine 12(1), S. 84.

Pernice, C.; Wysen, K.; Riley, T.; Kaye, N. (2001): Charting SCHIP: Report of the Second National Survey of the State Children's Health Insurance Program (Washington, D.C.: National Academy for State Health Policy.

Reiter, R. C. (1998): Managed Care and Assessment of Clinical Outcomes, in: Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 10(4), S. 335.

Rosenbaum, S.; Kamoie, B. (2002): Managed Care and Public Health: Conflict and Collaboration, in: Journal of Law, Medicine and Ethics 30, S. 191-198.

Schulin, B. [Hrsg.] (1994): Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, Verlag C. H. Beck, München.

Schulman, E. D.; Sheriff, J. D.; Momany, E. T. (1997): Primary Care Case Management and Birth Outcomes in the Iowa Medicaid Program, American Journal of Public Health 87(1), S. 80-84.

Segal, D. (1996): Doctors Who Dodge a Managed Care Stampede," in: Washington Post, 20.05.1996, Health Section.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (2000): Jahresgesundheitsbericht 1998/1999, Berlin.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (2002): Jahresgesundheitsbericht 2002, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Berlin.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen(1999): Sozialstrukturatlas Berlin.

Siebert, H., (1999): Ökonomische Analyse von Unternehmensnetzwerken, in: Sydow, J., (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“, Wiesbaden, S.19.

Simon, C. J.; White, W. D.; Gamliel, S.; Kletke P. R. (1997): The Provision of Primary Care: Does Managed Care make a Difference? in: Health Affairs 16(6), S. 90 f.

Sloan, F. A.; Hall, M. A. (2002): Market Failures and the Evolution of State Regulation of Managed Care, in: Law & Contemporary Problems. 65, S. 169-206.

Sparer, M. S.; Brown, L. D. (1999): Nothing Exceeds like Success: Managed Care Comes to Medicaid in New York City, in: Milbank Quarterly 77(2), S. 205-223.

Statistisches Bundesamt (1999): Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1999b): Fachserie 12, Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser, 1999, Teil 1, Eckdaten der Krankenhäuser, Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Berlin (2000): Statistischer Bericht, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in Berlin 1999, Teil 1 Grunddaten“, Berlin, Tabelle 1.

Statistisches Landesamt Berlin (2000a): Kennziffern für das Gesundheitswesen 1999, Berlin, S. 21 f.

Statistisches Landesamt Berlin (2003): Die kleine Berlin-Statistik.

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

Sydow, J. (1992): „Strategische Netzwerke“, Wiesbaden, S. 85.

Welch, P. W. (1998): Bundled Medicare Payment for Acute and Postacute Care, in: Health Affairs 17(6), S. 69-81.

Wholey, D.; Feldman, R.; Christianson, J. (1995): The Effect of Market Structure on HMO Premiums, in: Journal of Health Economics 14(1), S. 81-105.

Wigge, P. (1996): Erprobungsregelungen außerhalb des Budgets, in: Medizinrecht, 4, S. 172 ff.

Wigge, P. (2000): Kartellrechtliche Streitigkeiten von Leistungserbringern vor den Sozialgerichten?, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 9. Jg., 11/2000, S. 533 ff.

Wigge, P. (2001a): Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht (Teil 1), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 10. Jg., 1/2001, S. 17 ff.

Wigge, P. (2001b): Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht (Teil 2), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 10. Jg., 2/2001, S. 66 ff.

Wissenschaftliches Institut der AOK (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland, Wido 38, Bonn, S. 14 ff.

Zimmermann, H., Henke, K.-D. (2001): Finanzwissenschaft: Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 8. Auflage, München.

Zuvekas, S. H. (1999): Health Insurance, Health Reform, and Outpatient Mental Health Treatment: Who Benefits? in: Inquiry 36(2), S. 127-146.

Zwanziger, J. (2002): Physician Fees and Managed Care Plans, in: Inquiry 39(2), S. 184-193.

Zweifel, P., Breuer, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller, Zürich.