



Kooperationsform: Krankenhäuser und Ärztenetze

Erstellt von Jennifer Dietrich und Sandra Schweikhard (2003)
im Rahmen einer Hausarbeit an der Fachhochschule Mainz

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	4
2. Definition Kooperation	5
2.1. Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten untereinander	5
2.2. Kooperation Ärztenetz und Krankenhaus	7
3. Gesetzliche Grundlagen	8
3.1 Modellvorhaben	6
3.2 Strukturverträge	7
3.3 Integrierte Versorgung	8
3.4 Finanzierung von Projekten nach §§ 63 und 64, § 73a und § 140 a – h SGB V	10
4. Chancen und Risiken der integrierten Versorgung	11
4.1 Ziele der integrierten Versorgung	12
4.2 Notwendigkeit der Vernetzung am Beispiel einer Krankheitsverlaufskurve	14
4.3 Formen der integrierten Versorgung	17
4.4 Grenzen der integrierten Versorgung	18
4.5 Roland Berger – Studie zur integrierten Versorgung	19

5. Die IVE Elbe-Jeetzel	20
5.1 Projektstruktur	20
5.2 Ziele	21
5.3 Umsetzung	23
5.4 Finanzierung	25
5.5 Wissenschaftliche Evaluation	26
5.6 Zusammenfassung	26
6. Die integrierte Versorgung am Beispiel „prosper“ – Gesund im Verbund	27
6.1 Der Patient im Gesundheitsnetz	28
6.2 Der Arzt im Gesundheitsnetz	29
6.3 Das Krankenhaus im Gesundheitsnetz	30
6.4 Koordination durch den Netzvorstand	31
6.5 Die Knappschaftsältesten	31
6.6 Warum ist das Gesundheitsnetz so erfolgreich?	32
7. Vergleich der beiden Beispiele	33
8. Zusammenfassung / Ausblick	34
LITERATURVERZEICHNIS	35

1. Einleitung

Das System der sektoralen Budgetierung hat im deutschen Gesundheitssystem zu einer strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor geführt. Daraus sind unterschiedliche Probleme und Ineffizienzen bei der Patientenversorgung entstanden. Kritikpunkte sind z.B. der Informationsverlust in den Übergängen des Behandlungsprozesses, Doppeluntersuchungen, Fehlbelegung in den stationären Einrichtungen, unnötige Zeitverzögerung bei der Diagnostik unklarer Beschwerden, sowie die Vernachlässigung der Prävention.¹ Aufgrund der sektoralen Budgetierung versuchen sowohl die ambulanten als auch die stationären Leistungserbringer, ihre eignen Abläufe zu optimieren und sich einen möglichst großen Teil der verfügbaren finanziellen Mittel zu sichern. Die o.g. Probleme führen zu einer unnötigen Belastung der Kostenträger und gehen auf Kosten einer patientenorientierten Behandlung. Bei der Suche nach Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit bietet sich ein Blick in die USA an, die bereits Managed Care-Elemente und ein Disease Management etabliert haben. Ziel dieser Ansätze ist es, eine Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu erreichen, und den Patienten durch die unterschiedlichen Behandlungsformen hindurch zu geleiten. Auch mit der Einführung des neuen fall- bzw. leistungsorientierten Abrechnungssystems, die DRG`s, wird die Notwendigkeit einer integrierten Versorgung deutlich. Denn mit der Einführung der DRG`s werden die Krankenhäuser einerseits versuchen ihre Erlöse durch eine erhöhte Fallzahl und einen erhöhten Case-Mix zu verbessern. Andererseits werden sie sich bemühen, die Kosten durch die Verkürzung der bis jetzt in Deutschland im internationalen Vergleich hohen Verweildauer zu reduzieren. Dies kann durch die Konzentration auf Kernkompetenzen, nämlich Diagnostik und Therapie erfolgen. Prä- und poststationäre Leistungen können aus dem Krankenhaus ausgegliedert werden und im Rahmen der integrierten Versorgung an andere Leistungserbringer wie z.B. Ärztenetze weitergegeben werden.² Hier hat der Gesetzgeber mit §§ 63 ff. SGB V eine erste Grundlage geschaffen, indem er Modellvorhaben unter Einbeziehung aller Leistungssektoren ermöglicht. Diese Modellvorhaben dienen allerdings in erster Linie der wissenschaftlichen Evaluation der erprobten Methoden. Eine Weiterentwicklung stellen §§ 140 a – h SGB V dar. Die dort geregelte integrierte Versorgung soll dauerhafte vertragliche Lösungen bieten.

¹

²

In der folgenden Arbeit sollen zunächst der Begriff „Kooperation“ definiert werden und auf die unterschiedlichen Ausprägungsformen der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten untereinander und den Arztnetzen mit den Krankenhäusern eingegangen werden. Des Weiteren werden die rechtlichen Rahmenbedingungen genauer dargestellt. Die gewonnenen Erkenntnisse werden an zwei Beispielen aus der Praxis verdeutlicht.

2. Definition Kooperation

„Kooperation sind kein Selbstzweck. Für ein Krankenhaus sind sie dann sinnvoll, wenn die eigenen (einzelwirtschaftlichen) Ziele durch eine Kooperation oder Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen besser (z.B. schneller, kostengünstiger, wirtschaftlicher) erreicht werden können als bei alleiniger Vorgehensweise.“³ Voraussetzung für jede Form der Kooperation ist immer die Prüfung auf die eigene Fähigkeit zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

2.1. Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten untereinander

Die niedergelassenen Ärzte haben die Möglichkeit in verschiedener Art und Weise zu kooperieren. In der Regel bestimmt der Zweck die Art der Zusammenarbeit von Ärzten und Praxen. Je nachdem ob die Ressourcen gemeinsam genutzt werden, können Apparatgemeinschaften oder Laborgemeinschaften gegründet werden. Wird dagegen die Heilkunde gemeinsam ausgeübt, so spricht man von einer Gemeinschaftspraxis oder „Job-Sharing“. Ebenso kann der Einkauf und andere Dienste, wie z.B. die Notdienstgemeinschaft, gemeinsam organisiert werden.

Eine weitere Form der Kooperation ist der Zusammenschluss von Ärzten zu sogenannten Ärztenetzen bzw. Praxisnetzen. Hierauf soll im folgenden näher eingegangen werden. In dem 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebenen Positionspapier zur Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen wurde prognostiziert, dass die Versorgungsstruktur durch das Nebeneinander von vernetzten Versorgungsangeboten und Einzelpraxen geprägt ist.

Dies ist auch eingetreten. In ganz Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren niedergelassene Vertragsärzte zu sogenannten Ärztenetzen zusammengeschlossen.

³ Herrler, 1997, S. 159

Das Grundprinzip eines solchen Ärztenetzes ist der interkollegiale Informationsaustausch im Rahmen von Sitzungen und Qualitätszirkeln und eine sinnvolle Koordination der Behandlungsschritte, um dem Patienten höhere Qualität und eine bessere Versorgung gewährleisten zu können.⁴

Ein Anreiz für die niedergelassenen Ärzte zur Mitarbeit in einem solchen Ärztenetz ist in erster Linie der finanzielle Vorteil den sie dadurch erlangen. Durch die Zusammenarbeit lassen sich nicht nur die Praxiskosten senken, die Kieler Netzärzte z.B. erhalten zusätzlich eine Prämie für sparsames Arbeiten. Das Regionale Praxisnetz schüttet etwa 500.000 € Erfolgsprämie unter den 411 Netzärzten aus. Jeder Netzarzt erhält eine Bonuspauschale von 750 € und je nach Anwesenheit an den Sitzungen bekommt der Arzt zusätzlich zwischen 500 € und 2500 €.

Das Geld wurde durch die wirtschaftliche Arzneiverordnung und den eingesparten Kliniktagen erwirtschaftet. Laut Rahmenbedingungen zwischen der AOK und den Praxisnetzen in Schleswig-Holstein steht beiden Seiten die Hälfte der eingesparten Mittel zu.⁵

Die Ärzte erhoffen sich aber nicht nur finanzielle Vorteile, sondern auch eine Erhöhung der Lebensqualität, z.B. mehr Freizeit durch aufeinander abgestimmte Sprechstundenzeiten und mehr Kollegialität, was beides wieder zu mehr Freude an der Arbeit führen soll.

Neben den Ärzten sollen aber auch die Patienten von den Ärztenetzen profitieren, indem z.B. durch den hohen Informationsaustausch Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Durch die Kommunikation und dem Erfahrungsaustausch der Ärzte untereinander entstehen auch neue Behandlungswege, die dem Patienten einen zukünftigen Krankenhausaufenthalt ersparen sollen.⁶

Am Beispiel der Ärztenetze in Schleswig-Holstein möchte ich kurz die unterschiedlichen Ausprägungsformen solcher Netze erläutern. Im Norden arbeiten ca. 1000 Ärzte in den landesweit 14 Netzen mit. Die Netze unterscheiden sich in verschiedenen Kriterien voneinander. In Kiel sind z.B. 415 Ärzte im Netz, in Plön nur etwa 25. Im Praxisnetz Westküste arbeiten hauptsächlich Landärzte aus der Region, in Neumünster dagegen sind

⁴ Vgl. Meyer-Lutterloh, 1999, S. 25-55

⁵ Vgl. URL : www.aerzte-zeitung.de

⁶ Vgl. Meyer-Lutterloh, 1999, S. 60-62

fast nur Ärzte aus der Stadt vertreten. Einzelne Netze haben keine Vereinbarungen mit den Kassen, andere wiederum gleich mehrere. Der Lübecker Verbund ist z.B. ausschließlich für Chirurgen und in Kiel sind so gut wie alle Fachgruppen vertreten.⁷

Viele Netze scheitern aber auch, weil die Mitgliedschaft, Patienteneinbindung und Informationen nicht geregelt sind. Häufig entstehen netzinterne Schwierigkeiten durch die nicht vorhandene Zielfestlegung und der fehlenden Bereitschaft der Ärzte sich im und am Netz aktiv zu beteiligen. Oft fehlt es auch an Transparenz und Offenheit zu den eigenen Mitgliedern und zur Kassenärztlichen Vereinigung. Es muss also vorher geprüft werden, ob man über die notwendigen Voraussetzungen verfügt, um eine stabile Basis für eine kollegiale Zusammenarbeit aufzubauen. Außerdem ist es sinnvoll jede Form der Zusammenarbeit schriftlich zu regeln.

Für gut organisierte Ärztenetze jedoch eröffnen sich in Zukunft neue Wege, die sich am aktuellen politischen Geschehen orientieren. Hiermit meine ich die sektorübergreifende, vertikale Kooperationen, vor allem zwischen einem Netz und einem Krankenhaus.

2.2. Kooperation Ärztenetz und Krankenhaus

Eine weitere Form der Kooperation ist die transsektorale integrierte Gesundheitsversorgung, d.h. die Zusammenarbeit von Ärztenetzen und Krankenhäusern. Die integrativen Leistungen beruhen im Wesentlichen auf dem Informations- und Erfahrungsaustausch in Form von Qualitätszirkeln, sowie die gemeinschaftliche Abstimmung der vor- und nachstationären Behandlungen. Auf die Chancen und Risiken der integrierten Versorgung wird im Punkt 4 intensiver eingegangen.

⁷ Vgl. www.aerzte-zeitung.de

3. Gesetzliche Grundlagen

Anfang der 90'er hat der Gesetzgeber in Deutschland eine Basis zur sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung geschaffen. Hierzu gehören die Modellvorhaben (§§ 63 und 64 SGB V) und Strukturverträge (§ 73a SGB V) welche die Grundlage für die Vernetzung von Ärzten darstellt, und die integrierte Versorgung (§140 SGB V), in welcher die Krankenhäuser mit einbezogen werden.

3.1. Modellvorhaben

Die Krankenkassen können Modellvorhaben, auch Erprobungsleistung genannt, mit einzelnen Vertragsärzten sowie mit Gemeinschaften von Vertragsärzten, also Ärztenetzen, abschließen, soweit nur die ambulante vertragsärztliche Versorgung betroffen ist. Überschneidet sich der ambulante Bereich mit dem stationären wie z.B. beim ambulanten Operieren, so sind einzelne Krankenhäuser, Gruppen von Krankenhäusern und Gemeinschaften von Vertragsärzten und Krankenhäusern weitere Partner der Krankenkassen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist auch ein möglicher Partner der Krankenkassen, aber kein zwingender Partner mehr, wie es früher einmal der Fall war. Durch die Novellierung des SGB V im Jahr 2000 fällt auch die sogenannte Quorumsregelung weg, die besagte, dass eine KV einem Vertragsangebot der Krankenkassen zustimmen musste, also die Modellversuche mit tragen musste, wenn mindestens 50 % der betroffenen Vertragsärzte dies wollten. Die Einflussnahme der KV beschränkt sich jetzt darauf, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben vereinbaren.

Die Modellversuche sollen dazu dienen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung zu verbessern. Ziel des Gesetzgebers ist auch die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer. In Leistungsmodellen können neue Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und zur Krankenbehandlung erprobt werden.

Die Modellvorhaben sind in der Regel auf acht Jahre zu befristen und müssen wissenschaftlich ausgewertet bzw. evaluiert werden um die Wirksamkeit der erprobten Leistungen und Strukturen zu prüfen. Werden die erbrachten Leistungen im Rahmen des Modellvorhabens außerhalb der für diese Leistungen gedachte Gesamtvergütung bzw.

Krankenhausbudget vergütet, so sind diese Budgets, in denen eigentlich die Leistungen enthalten sind zu verringern.

Viele Krankenkassen haben bisher die Möglichkeit der Erprobungsleistungen genutzt und Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen. Insbesondere kooperative Versorgungsstrukturen für einzelne Krankheitsbilder im Rahmen des Disease Managements, wie z.B. Diabetes oder Asthma wurden von den Krankenkassen als Pilotprojekt zu integrativen Versorgungsstrukturen erprobt.⁸

Die Möglichkeit Vereinbarungen der Versorgung der Patienten der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb der vorgegebenen Regulierung der Sozialgesetzgebung zu treffen ist bei den Modellvorhaben nach § 63 und § 64 SGB V wesentlich weiter gefasst als bei den Strukturverträgen nach § 73a SGB V.

3.2. Strukturverträge

Die KVen können mit allen oder einzelnen Krankenkassen sogenannte Strukturverträge vereinbaren, welche aber Bestandteil der Gesamtverträge sind. Im Gegensatz zu den Modellvorhaben ist die Mitwirkung der KVen zwingend erforderlich, denn ohne Einigung zwischen den KVen und den Krankenkassen kommen keine Strukturverträge zustande. In diesen Verträgen werden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbart. Ein Verbund aus haus- und fachärztlich tätigen Vertragsärzten (Ärztente) übernimmt entweder die gesamte ambulante medizinische Versorgung oder einen inhaltlich definierten Teilbereich der Versorgung. Gleichzeitig übernimmt das Netz die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Außerdem kann dem Netz die Verantwortung für ein eigenständiges Budget übertragen werden. Zu der Budgetverantwortung gehören neben den ärztlichen Leistungen auch die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Auf Bundesebene können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Strukturverträge vereinbart werden, die dann auf Landesebene umzusetzen sind, d.h. sie können im Rahmen regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden.

Die Teilnahme von Vertragsärzten ist freiwillig. Auch die Teilnahme der Patienten an der Behandlung im Rahmen von Strukturverträgen ist freiwillig. Im Vergleich zu den Modellvorhaben sind die Strukturverträge unbefristet und unterliegen keiner wissenschaftlichen Auswertung.

⁸ SGB V § 63/64

Der Gesetzgeber hat im § 73 a SGB V die Teilnahme von Krankenhäusern an den Strukturverträgen anscheinend nicht vorgesehen, denn es ist ausdrücklich immer von Vertragsärzten die Rede. Da im Rahmen der Novellierung des SGB V die Gesetzgebung nicht geändert wurde, besteht wohl nicht der politische Wille, die Krankenhäuser über diesen Weg in Kooperationen einzubeziehen.

Die Strukturverträge scheinen also ausschließlich für die Vernetzung von Ärzten geschaffen worden sein. Die Einbeziehung der Krankenhäuser wird vertraglich hauptsächlich in § 140 ff. SGB V, der integrierten Versorgung, geregelt.⁹

3.3. Integrierte Versorgung

Am 1. Januar 2000 sind mit den Paragraphen 140 a bis h SGB V Regelungen zur integrierten Versorgung in Kraft getreten. Da die Einbeziehung der Krankenhäuser in den oben genannten Paragraphen nur schwer möglich ist, wurden diese Paragraphen geschaffen. „Integrierte Versorgungsformen ... ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten.“¹⁰

Verträge über integrierte Versorgungsformen können zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte, also mit Ärztenetzen zum einen und mit Leistungserbringern, die an der sonstigen Versorgung der Patienten beteiligt sind, zum anderen, abgeschlossen werden. Neben den KVen können auch Krankenhausträger zugelassener Krankenhäuser, Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften Vertragspartner der Krankenkassen sein.

In den Verträgen verpflichten sich die Leistungserbringer zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten. Die Vertragspartner müssen darüber hinaus gewährleisten, dass sie über organisatorische, betriebswirtschaftliche, medizinische und medizinisch-technische Voraussetzungen verfügen und auf dem neuesten Stand der Medizin sind. Außerdem müssen die Vertragspartner über die Fähigkeit verfügen, mit allen Beteiligten im Rahmen der Patientenversorgung zusammenzuarbeiten und den Beteiligten Zugang zu den eigenen Dokumentationen im erforderlichen Umfang zu gewähren.

Die Verträge legen neben den Zielen auch die Vergütung im Rahmen der integrierten Versorgung fest. Sämtliche Leistungen, die von den teilnehmenden Versicherten in

⁹ SGB V § 73 a

¹⁰ SGB V § 140a

Anspruch genommen werden, sind zu vergüten. Dazu zählen auch die Leistungen von Leistungserbringern, die nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen. Die Anzahl der Versicherten und deren Risikostrukturausgleich sowie bestimmte Morbiditätskriterien sind bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen. Die Verträge sehen die Übernahme der Budgetverantwortung auf die Leistungserbringer insgesamt oder für definierte Teilbereiche vor.

Im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Rahmenbedingungen.

Zu regeln sind insbesondere folgende Punkte:

- der Inhalt und der Mindeststandard des Versorgungsauftrages der integrierten Versorgung,
- die Anforderungen an ein Qualitätsmanagement nach bestimmten Richtlinien,
- die Voraussetzungen, die die Vertragsärzte mitbringen müssen,
- die Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte,
- die Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung und
- die Finanzierung und Vergütung sowie die rechnerische Bereinigung der Gesamtvergütung.

Ist bei der ärztlichen Versorgung auch die stationäre Krankenhausversorgung betroffen, so können die Spitzenverbände der Krankenkassen auch mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung abschließen.

Die Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung ist freiwillig und der Versicherte muss dem behandelnden Leistungserbringer die Erlaubnis erteilen, die Befunde, die im Rahmen der integrierten Versorgung dokumentiert wurden, einzusehen

bzw. abzurufen. In den Verträgen ist außerdem geregelt worden, dass einem Versicherten, der mindestens schon ein Jahr an der integrierten Versorgung teilnimmt und sich an die Bedingungen gehalten hat ein Bonus gewährt werden kann, aber nur, wenn die Versorgungsform zu einer Einsparung geführt hat. Auch die beteiligten Leistungserbringer können einen Anteil der gesparten Gelder von den Krankenkassen bekommen.

Auch die integrierte Versorgung ist an keine zeitliche Befristung gebunden. Die wissenschaftliche Auswertung kann auf freiwilliger Basis erfolgen, ist aber sinnvoll im Hinblick auf die Erreichung der Zielsetzungen.¹¹

3.4. Finanzierung von Projekten nach §§ 63 und 64, § 73a und §140 a – h SGB V

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank ermöglicht mit Sonderkreditprogrammen die Finanzierung von Projekten nach §§ 63 und 64, § 73a und § 140 a – h SGB V als auch die Finanzierung von Praxisnetzen ohne besondere gesetzliche Grundlage mit dem Ziel, vernetzte Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Antragsberechtigt sind niedergelassene Ärzte bzw. Ärztenetze mit der Absicht einer Kooperation oder einer bereits bestehenden Vernetzung. Die vernetzte Kooperation muss aus mindestens 25 Arztpraxen bestehen und eine angemessene Rechtsform haben. Der Höchstbetrag beläuft sich insgesamt maximal auf 250 000 Euro, wobei maximal 50 % als Darlehen ausgegeben werden. Die von der Bank zur Verfügung gestellten Mittel können für folgende Maßnahmen verwendet werden:

- Errichtung von Anlaufpraxen um die Präsenz zu gewährleisten
- Zusammenlegung von Praxen als Rationalisierungsmaßnahme
- Aufbau eines elektronischen Informations-, Kommunikation- und Dokumentationssystems mit Hilfe moderner Technik
- Aufbau von Qualitätszirkeln
- Einrichtung einer Notfallpraxis

¹¹ § 140 a – h SGB V

- Aufbau eines betrieblichen Managements
- Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung durch externe Berater

4. Chancen und Risiken der integrierten Versorgung

Mit den §§ 140 a bis h SGB V hat der Gesetzgeber bei der Gesundheitsreform 2000 die Rahmenbedingungen geschaffen, um aus der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor auszubrechen. Die Nachteile des bisherigen Systems sollen damit beseitigt werden. Das Hauptproblem steckt in der uneinheitlichen Versorgung der Patienten durch den ambulanten und stationären Sektor. Durchorganisierte Behandlungspfade sind zur Zeit nicht oder nur in rudimentären Ansätzen vorhanden. Im Vordergrund steht heute die Konkurrenz zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen der unterschiedlichen Sektoren. Die Patienten fühlen sich allein gelassen und werden meist mit mehreren Behandlungskonzepten konfrontiert. Das System führt außerdem zu Ineffizienzen in Form von Doppeluntersuchungen und unnötig langen stationären Aufenthalten. Durch die fehlende Leistungs- und Kostentransparenz sind diese Ineffizienzen in ihrem Ausmaß nur zu erahnen aber nicht quantitativ zu bestimmen. Die Daten der kassenärztlichen Leistung sind bei den KVen archiviert und verteilen sich auf die jeweils zuständigen Krankenkassen, während die stationären Leistungen nur über die Krankenhäuser und die Krankenkassen erfasst werden. Eine statistische Zusammenführung der Daten ist bisher nicht möglich.¹² Nochmals komplizierter wird es, wenn Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Diese werden in erster Linie über die Rentenversicherungsträger abgerechnet, womit ein weiterer Kostenträger involviert ist. Hier eine übergreifende Integration über alle Behandlungsstufen zu erreichen stellt die Herausforderung der integrierten Versorgung dar. Im Rahmen der Aufgabenstellung wird im weiteren Verlauf der Arbeit der Schwerpunkt auf die Integration des ambulanten und stationären Sektors eingegangen.

¹² Baum

4.1 Ziele der integrierten Versorgung

Im § 140 b Abs. 2 wurde festgelegt, dass Integrationsverträge „mit Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte“ geschlossen werden können. Ein Krankenhaus kann nicht mit einem einzelnen niedergelassenen Arzt einen Vertrag abschließen. Die Voraussetzung ist also, dass es bereits Kooperationen von niedergelassenen Ärzten gibt, mit denen das Krankenhaus zusammenarbeiten kann. Diese Zusammenschlüsse sind bereits vielfältig in regionalen Ärztenetzen vorhanden. Die Ziele einer Kooperation eines Arztnetzes mit einem Krankenhaus sind zahlreich. Der Nutzen für den Patienten steht im Vordergrund. Es werden abgestimmte Behandlungskonzepte für alle Beteiligten entwickelt und es erfolgt eine Vereinbarung über gemeinsame Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsstandards. Besonders für chronisch Kranke sollen Behandlungsketten (Disease-Management) geschaffen werden, um eine effiziente Versorgung zu gewährleisten. Besonders diese Patienten sind durch häufige Krankenhausaufenthalte und schlechte Erfahrungen mit der Organisation geprägt, so dass ihre Compliance nachlässt und die Behandlung weiter erschwert wird. Die Motivation dieser Patienten zur Kooperation und zur aktiven Mitgestaltung des Behandlungsprozesses können durch solche Disease-Management-Konzepte erreicht werden. Bisher war allerdings von Seiten der Krankenkassen kein Interesse an solchen Programmen vorhanden. Der Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Form hat den Krankenkassen nur die durchschnittlichen Kosten gleichaltriger Patienten erstattet, obwohl chronisch Kranke deutlich höhere Kosten verursachen. Das machte die Mitarbeit an Disease-Management-Programmen für die Kassen unattraktiv, da der Anteil an chronisch Kranken steigen würde. Die Reform des Risikostrukturausgleichs sieht nun vor, für chronisch Kranke, die in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, einen höheren Kostensatz zu erstatten. Je mehr Patienten einer Krankenkasse also in solchen Programmen eingeschrieben sind, umso mehr Geld fließt der Kasse über den Strukturausgleich zu. Damit soll die Etablierung von Disease-Management gefördert werden.

Eine weitere Chance der Kooperation zwischen Arztnetzen und Krankenhäusern besteht in der Realisierung von Synergieeffekten, z. B. über die gemeinsame Nutzung von Geräten und das Zusammenführen von know-how. Verbunden damit ist die Entwicklung von Informationsstrukturen. Damit ist ein schneller Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern möglich, wenn ein Patient überwiesen wird. Der behandelnde Arzt hat

jederzeit alle Untersuchungsbefunde zur Hand und kann fundierte Entscheidungen über die Weiterbehandlung treffen.

Im Rahmen der DRG-Einführung werden Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten für die Krankenhäuser zur Notwendigkeit werden, um stationäre Patienten nach möglichst kurzer Verweildauer entlassen zu können und dabei die nachstationäre Versorgung sicherzustellen. Eine Aufteilung der Fallpauschale zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt ist eine mögliche Kooperationsform. Damit verliert das Krankenhaus zwar einen Teil seines Entgelts, aber die Patienten belasten nicht die Infrastruktur des Hauses. Der Vorteil der niedergelassenen Ärzte liegt in einem zusätzlichen Verdienst außerhalb des KV-Budgets.

Die Grundlagen und Bedingungen für eine gelungene Kooperation sind in der folgenden Grafik¹³ deutlich dargestellt:

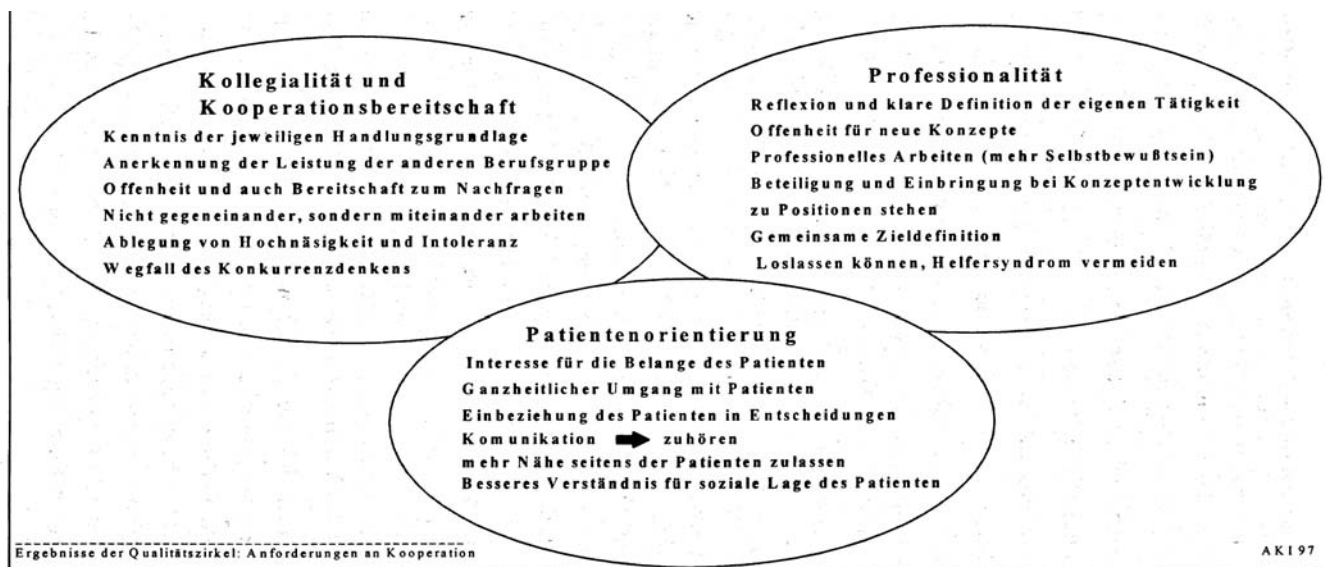


Abb. 1

¹³ Höhmann, Müller-Mundt, Schulz, S. 266

4.2 Notwendigkeit der Vernetzung am Beispiel einer Krankheitsverlaufskurve¹⁴

Am Beispiel der Krankheitsverlaufskurve von Frau A. soll gezeigt werden, wie die Versorgung der Patienten durch besseren Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern deutlich verbessert hätte werden können und die Lebensqualität der Patientin hätte erhalten werden können.

Frau A. ist 1912 geboren. Im Mai 1995 stirbt ihr Ehemann. Seitdem wohnt Frau A. bei ihrer Tochter, die sie bei der Bewältigung des Alltages unterstützt. Frau A. leidet unter Herzrhythmusstörungen und einer Herzinsuffizienz, sowie altersbedingt unter leichter Inkontinenz. Seit 1990 außerdem unter rheumatischen Beschwerden. Seit Frau A. bei ihrer Tochter wohnt, wird sie regelmäßig dem Hausarzt vorgestellt.

Frau A. braucht Hilfe bei Erledigung der Morgentoilette, bei der Mobilisation, beim An- und Auskleiden, sowie bei der Vorbereitung der Nahrung. Außerdem muss sie ca. alle 2 bis 3 Stunden auf die Toilette geführt werden. Ihre Tochter hat Hilfe von einem ambulanten Pflegedienst, der Frau A. bei der morgendlichen Grundpflege hilft und sie mobilisiert. In der Mittagspause kommt ihre Tochter nach Hause, geht mit ihr auf Toilette und bereitet ihr das Mittagessen zu. Nach weiteren Stunden Arbeit kommt sie wieder nach Hause und versorgt Frau A. für den Rest des Tages. Zweimal wöchentlich führt eine Physiotherapeutin Übungen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit mit Frau A. durch. Dieser Zustand hält sich ein halbes Jahr in einem labilen Gleichgewicht. Ende November 1995 muss Frau A. eines gynäkologischen Eingriffs ins Krankenhaus. Der Pflegedienst der Station holt keine Informationen über die bisherige Versorgung von Frau A. ein. Es wird auch kein Kontakt zum ambulanten Pflegedienst aufgenommen. Aufgrund mangelnder Informationen wird auch die krankengymnastische Behandlung nicht fortgeführt. Durch den veränderten Tagesablauf wird Frau A. vollständig inkontinent. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus hat sich der Allgemeinzustand von Frau A. stark verschlechtert. Durch große Bemühungen gelingt es der Tochter, Mobilität und Kontinenz von Frau A. ähnlich dem Ausgangszustand wieder herzustellen. Da die Tochter nach weiteren vier Wochen der physischen und psychischen Belastung nicht weiter standhalten kann, entscheidet sie sich Frau A. einen Kurzzeitpflegeplatz zu besorgen. Dieser und ein weiterer Aufenthalt in der Kurzzeitpflege verschlechtern trotz umfassender Bemühungen des Pflegepersonals weiter den Zustand der Frau A. Sie ist unmotiviert und leidet unter ständigen Schmerzen. Eine adäquate Schmerztherapie wurde von keinem der zugezogenen Ärzte eingeleitet. Auch die

¹⁴ Höhmann, Müller-Mundt, Schulz, S. 152 ff

Kurzzeitpflegeeinrichtung verfügte auch nur über Informationen von der Tochter und bemühte sich nicht um die Unterlagen des ambulanten Pflegedienst und der Physiotherapie. Zwei Wochen nach der Rückkehr aus der Kurzzeitpflege, in denen Frau A. kaum zum Essen und Trinken bewegt werden konnte, beginnt sie an wiederholten Krampfanfällen zu leiden. Im Krankenhaus wird eine Elektrolytentgleisung durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr diagnostiziert. Frau A. erreicht ihre anfängliche Mobilität nicht zurück, verhält sich passiv und macht den Eindruck, mit dem Leben abgeschlossen zu haben. Ihre Tochter traut sich die häusliche Pflege nicht mehr zu und entscheidet sich für die weitere Versorgung ihrer Mutter in einem Pflegeheim. Das Pflegeteam wird nur über die klinischen Diagnosen informiert und kann ebenfalls nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin eingehen. Nach drei Monaten verstirbt Frau A.

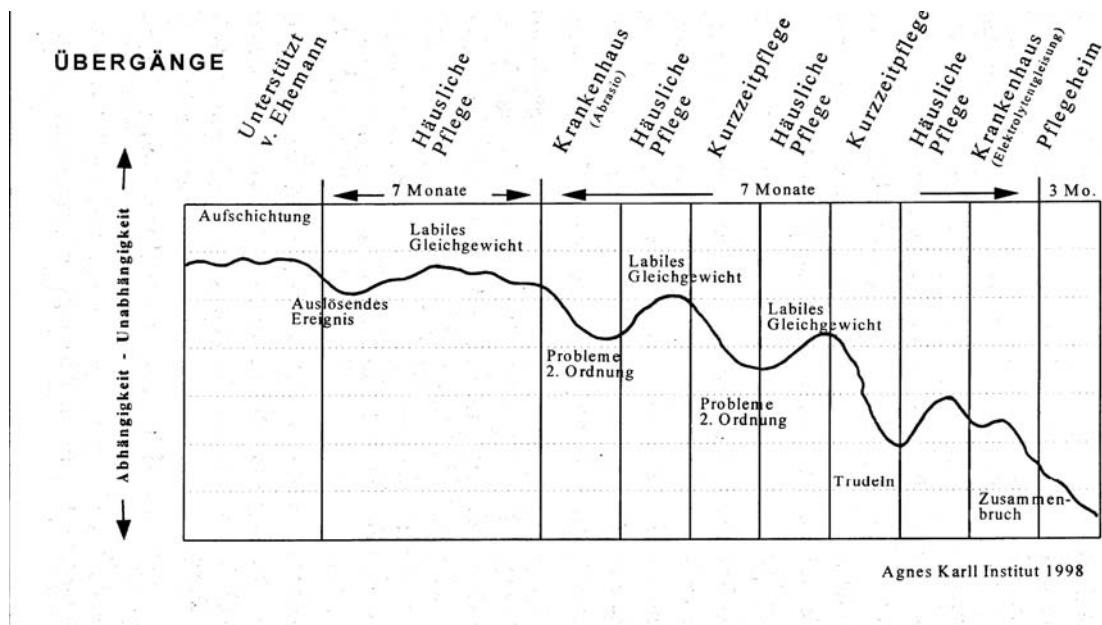


Abb.2

Bei der Interpretation des Beispiels fällt auf, dass die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Frau A. in erster Linie durch das Fehlen einer zentralen Informationssammlung über die Versorgung der Patienten begründet ist. In der medizinischen Dokumentation werden nur klinische Informationen weitergeleitet, die pflegerische Seite weitgehend außer Acht gelassen. Eine patientenorientierte Versorgung von Frau A., die nicht in der Lage ist, ihre Bedürfnisse zu äußern, ist so nicht möglich. Bei der klinischen Behandlung wurde nur das akute Krankheitsgeschehen beachtet, Nebendiagnosen wurden nicht weiter behandelt. Dies führte zur Erschöpfung der eigenen Ressourcen der Patientin. In einem Netzwerk, an dem niedergelassene Ärzte, das

Krankenhaus, der ambulante Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtungen und die Physiotherapie beteiligt sind, hätte individuell auf den Zustand von Frau A. eingegangen werden. Durch den engen Kontakt der Leistungserbringer in einem Netzwerk hätten Informationen schnell und lückenlos weitergegeben werden können und so einschneidende Veränderungen im Tagesablauf von Frau A. besser vermieden werden können.

4.3 Formen der integrierten Versorgung bei Kooperationen zwischen Arztnetzen und Krankenhäusern

Die Kooperation zwischen Arztnetzen und Krankenhäusern im Rahmen der Integrationsversorgung kann in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert werden. Einige Möglichkeiten sollen hier vorgestellt werden. Ziel der Wahl einer einheitlichen Rechtsform ist es, als Gruppe gemeinsam nach außen aufzutreten und dies durch die rechtliche Einheit zu untermalen. Kriterien für die Wahl der Rechtsform sind u. a. die Eigentums- und Besitzverhältnisse, die Geschäftsführung, die Haftung sowie die steuerliche Behandlung einschließlich einer möglichen Gemeinnützigkeit. Die häufigsten rechtlichen Formen sind die BGB-Gesellschaft, die GmbH und die Aktiengesellschaft.

In einer BGB-Gesellschaft können sich auch juristische Personen zusammen schließen. Daher bietet sich diese Form an, wenn das Krankenhaus und/oder das Arztnetz als GmbH existiert. Problematisch ist allerdings die Haftung der Gesellschafter sowohl mit dem Gesellschafts- als auch mit dem Privatvermögen. Außerdem ist eine BGB-Gesellschaft nach außen nicht rechtsfähig, so dass jeder einzelne Gesellschafter Vertragspartner der Krankenkassen werden muss.

Vorteilhafter ist daher die Gründung einer Aktiengesellschaft oder GmbH. Hier haftet nur die Gesellschaft mit dem Gesellschaftsvermögen. Die Privatvermögen der Gesellschafter bleiben unberührt. Problematisch ist hier allerdings der berufsrechtliche Rahmen einer Heilkunde-GmbH. Bei allen Formen der Kooperation, bei denen eine neue Gesellschaft mit eigener Rechtsform gegründet wird, besteht die Voraussetzung in der Langfristigkeit der Kooperation und der Verträge. Der Verwaltungsaufwand beim Ausscheiden und Neueintritt von Vertragspartnern ist sehr hoch und kostenintensiv.

Nach außen hin muss die Gesellschaft einen Vertreter und Verhandlungspartner gegenüber den Krankenkassen benennen. Hier gilt es im Besonderen die Budgetregelungen zu vereinbaren. Grundregelungen sind in den Rahmenvereinbarungen festgehalten, zu klären bleibt, ob die Gesellschaft eine Budgetverantwortung erhalten soll. Bekommt der Verbund

ein eigenes Budget, bietet sich die Betreuung über einen Treuhänder an, der das Entgelt an die einzelnen Partner verteilt, so dass die Gesellschaft auch hier einheitlich gegenüber den Krankenkassen auftritt. Der Verteilungsschlüssel muss innerhalb der Gesellschaft vereinbart werden.

Gegenüber den Patienten ist der Grundsatz der Organisation die Erhaltung der freien Arzt- und Krankenhauswahl. Die Patienten müssen sich freiwillig in den Verbund einschreiben und sich freiwillig dafür entscheiden, sich nur von den Partnern behandeln zu lassen. Das Gesetz sieht hier die Möglichkeit der Prämienzahlung, z. B. in Form von Beitragsrückerstattungen vor, um die Teilnahme attraktiver zu machen. Voraussetzung ist allerdings, dass Einsparungen durch die integrierte Versorgung realisiert werden.¹⁵

4.4 Grenzen der integrierten Versorgung

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes ist zu beobachten, dass Verbundlösungen nach § 140 nur vereinzelt entstanden sind. Die Gründe hierfür sind vielseitig. Zum einen lässt der Gesetzgeber sehr großen Gestaltungsspielraum, die Vertragsparteien müssen umfassende eigene Lösungen finden. Die Rahmenvereinbarungen sollen getrennt zwischen KV und Krankenkassen und zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen getroffen werden. Dies widerspricht bereits dem Ziel, ambulante und stationäre Versorgung zusammen zu bringen. Mittlerweile sind diese Rahmenvereinbarungen getroffen. Beide sind vergleichbar, es gibt keine gravierend unterschiedlichen Regelungen. Die Einigung auf diese Rahmenvereinbarungen hat nun allerdings auch ein Jahr gedauert, was die Initialisierung der Projekte weiter verzögert hat. Wie bereits oben erwähnt, regeln die Rahmenvereinbarungen nur die Grundlagen der Finanzierung. Zwischen jedem Verbund und den Krankenkassen müssen Verträge geschlossen werden, die der Kooperation ein Budget zuteilen. Hier besteht das größte Problem in der Berechnung des Budgets und der Bereinigung der anderen Budgets.¹⁶

Eine weitere Herausforderung für solche Projekte liegt auf jeden Fall in der Öffentlichkeitsarbeit. Die Patienten müssen für die Teilnahme gewonnen werden, indem die Vorteile nach außen kommuniziert werden. Denn erst wenn sich genug Patienten in das Modell eingeschrieben haben, können Synergieeffekte umfassend genutzt und Kostenvorteile realisiert werden. Der Öffentlichkeit muss die Angst vor dem „gläsernen Patienten“ genommen werden. Es muss gewährleistet werden, dass vertrauliche

¹⁵ Kuhlmann (1)

¹⁶ Kuhlmann (2)

Informationen über den Patienten nicht in unbefugte Hände gelangen. Besonders in diesem Bereich wird von allen Beteiligten noch viel Arbeit zu leisten sein.

4.5 Roland Berger – Studie zur integrierten Versorgung¹⁷

Im Auftrag von BVMed haben die Roland Berger Strategy Consultants eine Studie mit dem Titel „Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie“ erarbeitet. Ziel dieser Studie war, den Status quo zu ermitteln und Perspektiven zu analysieren. In dieser Studie wird ebenfalls auf die bereits genannten Probleme der integrierten Versorgung hingewiesen. Die Änderungen des Risikostrukturausgleichs werden als chancenreich beurteilt.

In der Studie werden verschiedene Ausprägungsformen der integrierten Versorgung voneinander abgegrenzt. Es werden Modelle mit Beteiligung von Ärztenetzen, stationär getriebene Modelle ohne Beteiligung von Ärztenetzen, Integration innerhalb privater Klinikgruppen und Dienstleistungen für die integrierte Versorgung unterschieden. Hier möchten wir uns auf die Betrachtung der Modelle mit Beteiligung von Ärztenetzen beschränken. Nach anfänglichem Erfolg vieler neu gegründeter Ärztenetzen kam es zum Scheitern einiger Projekte. Die Ursachen waren z. B. fehlende wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligten, Managementprobleme und Akzeptanzprobleme bei den Patienten. Die erfolgreichen Ärztenetze haben ihre Projekte zum Teil auch auf den stationären Sektor ausgedehnt. Die Kooperation besteht hauptsächlich aus medizinischen Qualitätszirkeln, Visiten der Hausärzte im Krankenhaus, sowie die Koordination der poststationären Behandlung. Als Hauptproblem dieser Kooperationen zeigt sich die Gestaltung des Budgets und die Abrechnung der Leistungen.

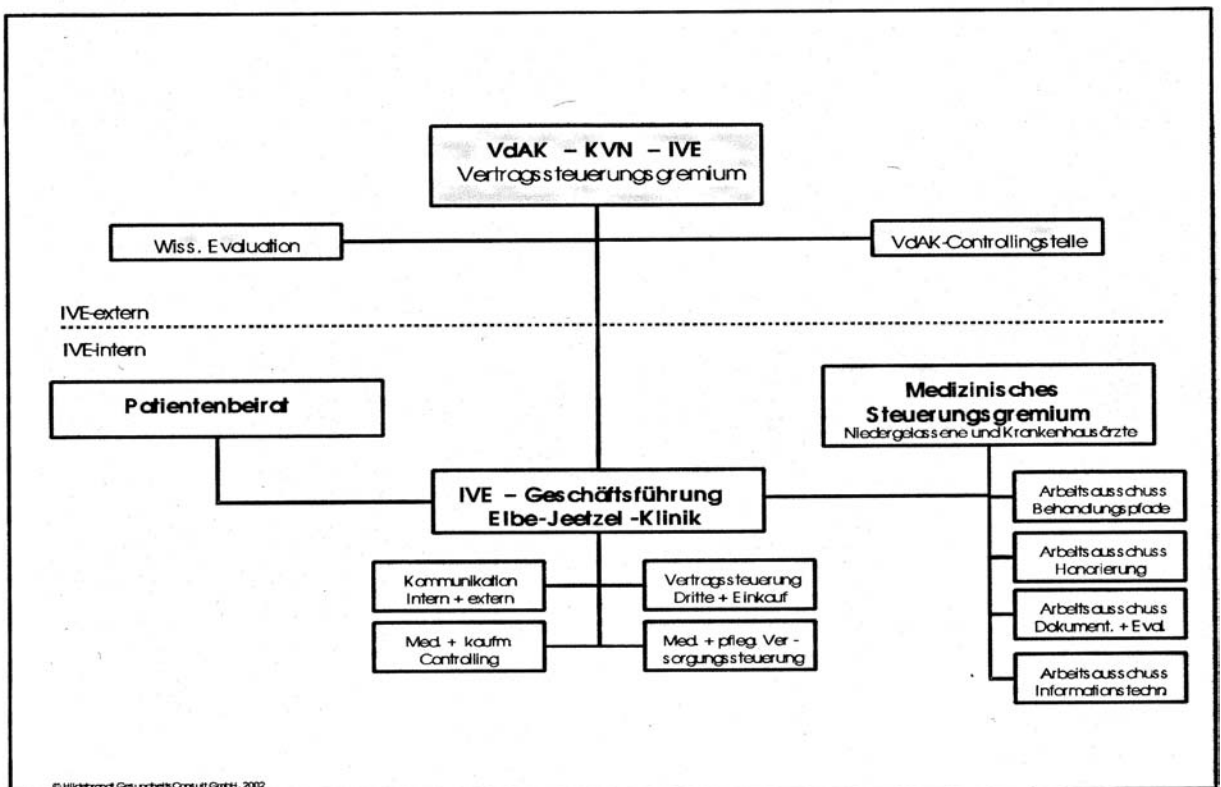
Für die Zukunft rechnen die Roland Berger Strategy Consultants mit einer Zunahme der transsektoralen Kooperationsmodellen zur Nachsorge und Zuweisung. Diese Entwicklung wird durch die Einführung der DRG's im stationären Bereich getrieben sein. Bis 2010 werden sich erste regionale Komplettversorgungsnetzwerke gebildet haben. Für 2020 schätzen die Roland Berger Strategy Consultants den Stand der Entwicklung so ein, dass ca. 20% der Versicherten an der integrierten Versorgung teilnehmen und ca. 10% der Kosten pro Versichertem eingespart werden können.

¹⁷ Roland Berger

5. Die integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel (IVE)^{18 19}

Die integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel ist seit 2001 ein erfolgreiches Pilotprojekt zur integrierten Versorgung gemäß § 140 SGB V. Sie besteht aus einem dreiseitigen Vertrag zwischen der Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg, der KV Niedersachsen und den Ersatzkassen. Die Firma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH war entscheidend an der Gestaltung der Versorgungsgemeinschaft beteiligt. Innerhalb des Vertrages ist die Elbe-Jeetzel-Klinik gemeinsam mit den Ersatzkassen für die wirtschaftlichen Aspekte verantwortlich. Außerdem übernimmt die Klinik die Verantwortung für alle Verpflichtungen der IVE nach außen. Die Beteiligung der KV am Vertrag macht deutlich, dass der Vertrag auf sektorübergreifende Zusammenarbeit ausgelegt ist, und Konflikte vermieden werden sollen. Vertragsärzte der Region Lüchow-Dannenberg können dem Vertrag beitreten, indem sie einen sog. Leistungspartner-Vertrag unterzeichnen, indem die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und der IVE geregelt wird.

5.1 Projektstruktur (Abb. 3)



¹⁸ DKG-Broschüre, S. 119 ff

¹⁹ Exposé der Hildebrandt GesundheitsConsult

Das Dach des Projektes bildete das Vertragswerk zwischen den Ersatzkassen, der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel. Außerhalb des Systems selbst sind die Controllingstelle der Ersatzkassen und die wissenschaftlichen Institute anzusiedeln. In der IVE selbst fungieren der Patientenbeirat, die IVE-Geschäftsführung und das medizinische Steuerungsgremium als gleichberechtigte Einrichtungen. Das medizinische Steuerungsgremium besteht sowohl aus niedergelassenen als auch aus Krankenhausärzten. Es enthält Arbeitsausschüsse zu Behandlungspfaden, Honorierung, Dokumentation und Evaluation und zur Informationstechnologie. Die Geschäftsführung der IVE übernimmt die Elbe-Jeetzel-Klinik.

5.2 Ziele

Allgemeine Ziele der IVE:

Zentraler Punkt der IVE ist die Elbe-Jeetzel-Klinik. Sie koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und steuert den Patientenfluss durch das System. Die Patientenbehandlung erfolgt unabhängig von den Sektoren. Dadurch sollen die Behandlungsabläufe insgesamt besser koordiniert werden und der zeitnahe Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern unter Einbeziehung der Patienten erreicht werden. Durch fach- und sektorenübergreifende Arbeitsgruppen erfolgt eine Stärkung der Kooperationsbeziehungen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Beteiligung des Patienten am medizinischen Entscheidungsprozess, wobei den Versicherten mehr Versorgungssicherheit kombiniert mit professioneller Steuerung geboten wird. Eine hohe Qualität der Versorgung wird durch gemeinsame Fortbildungen und Qualitätszirkel erreicht. Durch Abstimmung der medizinischen Prozeduren werden Standards im Sinne von sektorübergreifenden Behandlungspfaden entwickelt, die dem Patienten Sicherheit vermitteln, unnötige Untersuchungen vermeiden und die Möglichkeit zur Realisierung von Kosteneinsparpotentialen bieten.

Ziele der Elbe-Jeetzel-Klinik:

Die Elbe-Jeetzel-Klinik möchte durch die IVE die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten der Region fördern. Durch die Kooperation ist es möglich, dem Prinzip „Das Geld folgt der Leistung“ zu folgen, ohne dass für die Klinik massive Existenzrisiken entstehen. Durch die Kooperation ist es möglich, eine umfassende Versorgungsstruktur aufzubauen und damit über die reine stationäre Versorgung hinaus gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten die komplette Versorgung der Patienten bei allen Indikationen zu gewährleisten. Im Rahmen des zunehmenden Wettbewerbs, maßgeblich verursacht durch die Einführung der DRG's, stellt die Kooperation für die Klinik die Existenzsicherung dar, da die Attraktivität für die Patienten zunimmt. Der Patient wird als Kunde angesehen und ihm werden ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau angeboten. Für die Klinik bedeutet dies außerdem eine Veränderung ihrer unternehmerischen Tätigkeit und die Erweiterung auf Aktivitäten einer Krankenkasse. Durch die Budgetverantwortung der IVE obliegt es den Beteiligten, dafür zu sorgen, dass das Geld der Leistung folgt und jeder Leistungserbringer gemäß seinen Aktivitäten am Budget beteiligt wird.

Ziele der Hildebrandt GesundheitsConsult:

Die Beratungsfirma Hildebrandt GesundheitsConsult hat mit diesem Projekt ein Vorbild für alle Interessierten im Gesundheitswesen geschaffen. Da durch neue Entgeltsysteme Kooperationen für die meisten Kliniken und später sicher auch für den niedergelassenen Bereich unumgänglich werden, wird Hildebrandt GesundheitsConsult als einer der zentralen Ansprechpartner beim Aufbau eines solchen Netzes dienen.

Ziele der Krankenkassen:

Die Krankenkassen sehen in solchen Projekten die Möglichkeit zur Erhöhung der Transparenz der Leistungserbringung, sowie die Zunahme von Kontroll- und Steuerungsmechanismen. Durch die Kooperation wird mittel- bis langfristig die Realisierung von Kosteneinsparpotentialen erwartet. Da die IVE Budgetverantwortung übernimmt, wird ihr pro eingeschriebenem Versicherten ein festes Budget zugeteilt mit dem die Beteiligten haushalten müssen. Auch für die Krankenkassen stellt dieses Projekt ein Modell für zukünftige Entwicklungen bei Netzstrukturen und alternativen Finanzierungsmöglichkeiten dar.

Weiterhin dient die IVE als Grundlage für die Etablierung von Disease-Management-Programmen für chronische Erkrankungen. Diese sind vom Gesetzgeber gewollt und werden über den Risikostrukturausgleich subventioniert.

5.3 Umsetzung

Der Zusammenschluss in der IVE brachte für alle Beteiligten sowohl Veränderungen in der Versorgungsstruktur, als auch in den Prozessabläufen mit sich. Auf Strukturebene verpflichten sich alle Leistungserbringer, sich an vereinbarte Behandlungspfade zu halten und andere medizinische und ökonomische Regeln einzuhalten. Außerdem ist die Teilnahme an regelmäßigen Qualitätszirkeln obligatorisch. Die Patienten, die an dem System teilnehmen möchten, schreiben sich in das Projekt ein. Sie verpflichten sich, einen Arzt des Vertrauens zu wählen, den sie bei Beschwerden zuerst aufsuchen. Dieser dient als Gatekeeper im System und leitet die Patienten durch die weitere Versorgung. Als Gatekeeper kann ein Arzt jeder Fachrichtung frei aus den Netzärzten gewählt werden. Der Arzt des Vertrauens dient für alle anderen Leistungserbringer als Ansprechpartner in der weiteren Verlaufsplanung. Um die Meinung der Patienten im System vertreten zu wissen und dadurch patientenorientierter handeln zu können, besteht ein Patientenbeirat. Dieser ist Ansprechpartner für Probleme und Anregungen der Patienten.

Auf Prozessebene waren Veränderungen der medizinischen, verwaltungstechnischen und kommunikativen Abläufe notwendig. Es wurde eine zentrale Hotline gegründet, die Anrufe zu den zuständigen Leistungserbringern weiterleitet und allgemeine Informationen gibt. Außerdem wird über ein EDV-System der zeitnahe Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten gewährleistet. Der weiter behandelnde Arzt erhält bei Entlassung des Patienten aus der Klinik einen ärztlichen Kurzbericht und innerhalb von sieben Tagen einen ausführlichen Entlassungsbericht. Der weitere Behandlungsverlauf wird mit dem Arzt des Vertrauens gemeinsam geplant und organisiert. Im medizinischen Bereich gilt die Grundregel ambulant von stationär, d. h. es wird zunächst versucht, den Patienten ambulant zu versorgen und stationäre Einweisungen nur in medizinisch unbedingt notwendigen Fällen vorzunehmen. Die Einholung von Zweitmeinungen wird gewünscht. Ambulante Operationen und Kurzzeitchirurgie werden gefördert. Für medizinische Indikationen, die in der Elbe-Jeetzel-Klinik nicht behandelt werden können, werden Kooperationen mit Spezialkliniken, z. B. der Orthopädie und Psychiatrie angestrebt, um auch hier lückenlosen Informationsaustausch zu garantieren. Für chronisch Kranke

Patienten werden Disease-Management- Programme etabliert, bei denen die einheitliche Betreuung, die Schulung und die Prävention im Vordergrund stehen. Durch eine sektorübergreifende Projektgruppe werden schrittweise für alle Krankheitsbilder Behandlungspfade entworfen, an die sich alle Leistungserbringer zu halten haben. Der Manager dieser Projektgruppe ist die Elbe-Jeetzel-Klinik.

Ein ganz zentraler Punkt für die Versorgung in der IVE ist die Qualität. Langfristiger Erfolg kann nur sichergestellt werden, wenn die Leistungen auf hohem Qualitätsniveau liegen. Für die Patienten ist in erster Linie die Ergebnisqualität von Bedeutung, aber im Rahmen von Kostensenkungsmaßnahmen und aus ökonomischer Sicht spielen auch Struktur- und Prozessqualität eine entscheidende Rolle. Für die Etablierung eines einheitlichen Qualitätsmanagementsystems wurden bestehende Strukturen zusammengefasst und weiterentwickelt. Die Schwerpunkte der Handlungsfelder des Qualitätsmanagements werden in den Qualitätszirkeln der IVE festgelegt. Besonderes Augenmerk wird auf Präventionsprogramme gelegt, da diesen eine ebenso hohe Bedeutung wie der Therapie beigemessen wird. Bei der Erstellung von medizinischen Leitlinien wird sich der Qualitätszirkel zunächst auf häufige Erkrankungen mit hohen Kosten konzentrieren. Hier stehen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle. Mittel- bis langfristig wird der Qualitätszirkel daran arbeiten, ein Feedback-System einzurichten, das alle relevanten Daten auch für alle anderen Vertragspartner transparent macht. Dadurch entsteht die Möglichkeit zur ständigen Verbesserung der Abläufe in der IVE im Rahmen eines Total Quality Managements. Des weiteren wird der Aufbau eines medizinischen Wissensportals geplant, das zeitnahe Informationen über Forschung und Neuentwicklungen bieten soll.

5.4 Finanzierung

Die Finanzierung des Projektes erfolgt über die Bildung eines kombinierten Budgets mit Übernahme der Budgetverantwortung durch die IVE. Das kombinierte Budget ist als ein dritter Topf neben dem stationären und dem ambulanten Budget zu sehen, aus dem alle Leistungen einer Versorgungsgemeinschaft vergütet werden²⁰. Durch risikobabhängige Kopfpauschalen pro Versichertem soll die IVE langfristig zu eigenverantwortlichem Wirtschaften angehalten werden. Für die Ermittlung des Budgets erfolgt zunächst die Festlegung eines Gesamtausgabevolumens über alle Versicherten der Region. Diese

²⁰ KV-Blatt Berlin 07/99

Festlegung erfolgt quartalsweise unabhängig davon, ob die Versicherten in das Projekt eingeschrieben sind oder nicht. Gewinne kann die IVE nur bei den stationären Aufwendungen der eingeschriebenen Versicherten und über Effizienzsteigerungen erzielen. Von den Gewinnen finanziert die IVE die stationären Behandlungen der eingeschriebenen Versicherten, sowie der Organisations- und Entwicklungsaufwendungen. Bei der stationären Behandlung der eingeschriebenen Versicherten wird keine Rechnung gemäß BPflV an die Krankenkassen gestellt, sondern die IVE erhält Abschlagsbeträge. Zu deren Ermittlung wurde ein spezielles Schema entwickelt. Das Krankenhausbudget wird um die eingeschriebenen Versicherten bereinigt. Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich funktioniert analog zum bisherigen System. Die Ersatzkassen entrichten die Gesamtvergütung an die KV, die das Budget nach dem Honorarverteilungsmaßstab unter den Vertragsärzten aufteilt. Die Vergütungen der Netzärzte werden aus Transparenzgründen gesondert erfasst. Zusätzlich erhalten die Netzärzte, die von Versicherten zum Arzt des Vertrauens gewählt wurden gesondert Vergütungen für die Erstuntersuchung, die Einstufung des Gesundheitsstatus, die alle zwei Jahre vorgenommen werden soll, sowie für die Gesundheitsplanung pro Versichertem. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, Vergütungen für spezielle Leistungen im Krankheitsmanagement zu erhalten, sofern dadurch stationäre Aufenthalte der Patienten vermieden werden können.

5.5. Wissenschaftliche Evaluation des Projektes

Da das Projekt der integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel als Vorbild für ähnliche Vorhaben dienen soll, ist die wissenschaftliche Begleitung von entscheidender Bedeutung. Dazu wurden Controllingstellen eingerichtet, die alle medizinischen und ökonomischen Daten erfassen. Die interne Dimension der wissenschaftlichen Evaluation wird komplett von diesen Controllingstellen übernommen. Bei der externen Dimension werden zum Teil externe Institute beauftragt. Es gilt, objektiv die Morbiditäts- und Gesundheitsentwicklung der eingeschriebenen Versicherten im Vergleich zu Patienten im herkömmlichen Gesundheitssystem zu ermitteln. Dazu können die Daten der Ärzte des Vertrauens in den regelmäßigen Statusuntersuchungen verwendet werden. Auch die subjektive Einschätzung dieser Gatekeeper spielt eine Rolle, da sie den engsten Patientenkontakt pflegen und Veränderungen am besten beurteilen können. Gesundheitsökonomisch müssen die Gesundheitsdaten der Patienten in Relation zu den

Leistungsausgaben gesetzt werden, um zu ermitteln, ob das System wirtschaftlich arbeitet. Außerdem sind Patientenbefragungen geplant, um zu untersuchen, inwiefern neue Strukturen beim Patienten akzeptiert werden und ob Defizite im Service der IVE bestehen.

5.6 Zusammenfassung

Die integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel ist ein Positivbeispiel für die praktische Ausgestaltung des § 140 SGB V. Sie stellt eine echte Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor dar und befindet sich in der Entwicklung zum Komplettanbieter von Gesundheitsleistungen. Durch dieses Projekt entstand aus dem Nichts eine Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten untereinander und mit dem Krankenhaus. Die Finanzierung wurde wie im Gesetz vorgeschlagen unter den Beteiligten geregelt und die Budgetverantwortung liegt bei der Versorgungsgemeinschaft selbst. Wenn die Budgets auf den Istkosten der Leistungen beruhen, besteht eine echte Chance, die Infrastruktur des Systems zu finanzieren. Eine Budgetfestlegung nach Punktwerten hat sich hingegen in anderen Beispielen als problematisch erwiesen. Für die Klinik stellt das Projekt eine Chance zur Existenzsicherung dar, da das Haus hoch verschuldet ist. Die Klinik haftet zwar für Verluste der IVE, erhält aber auch die Gewinne. Das Hauptanliegen der niedergelassenen Ärzte ist es, Festbeträge für zusätzlich erbrachte Leistungen zu vereinbaren, um nicht durch schnellere Entlassungen der Patienten aus dem Krankenhaus stärker belastet zu werden.²¹ Zu zeigen wäre im weiteren Verlauf des Projektes, ob das neue Versorgungsmodell positive Auswirkungen auf die Gesundheitsentwicklung der Patienten hat und ob das Modell in der Öffentlichkeit akzeptiert wird. Die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden in der Projektbeschreibung leider nicht erwähnt. Der Internetauftritt der Versorgungsgemeinschaft bietet allerdings ausreichende Informationen für interessierte Patienten. Außerdem ist davon auszugehen, dass die beteiligten Ersatzkassen Informationen an ihre Versicherten weitergeben, um sie zur Mitwirkung an dem Projekt zu bewegen. Wenn dadurch eine hohe Beteiligung der Versicherten erreicht werden kann, steht dem Erfolg des Projektes und dessen Weiterentwicklung meiner Meinung nach nichts im Wege.

²¹ Ruth Auschra, Integrierte Versorgung ohne Praxisnetz

6. Integrierte Versorgung am Beispiel „prosper – Gesund im Verbund“

„Prosper- Gesund im Verbund“, so heißt das Projekt zur integrierten Versorgung von der Bundesknappschaft. Die Bundesknappschaft ist in Deutschland der einzige Sozialversicherungsträger, der Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Rehabilitation, eigene Rehabilitationskliniken und Krankenhäuser, sowie einen eigenen Sozialmedizinischen Dienst vereint. Die Bundesknappschaft, die dem Bergbau eng verbunden ist, hat derzeit ca. 1,4 Millionen Versicherte. Sie betreibt sechs Krankenhäuser mit 2.527 Betten und fünf Rehabilitationskliniken mit 845 Betten. Zu dem System der Knappschaftsärzte gehören 1184 niedergelassene Allgemein- und Fachärzte sowie 185 Zahnärzte. Im sozialmedizinischen Dienst arbeiten 180 Ärzte an 25 Standorten. Durch dieses Verbundsystem welches auf Traditionen basiert hat die Bundesknappschaft optimale Voraussetzungen für die Vernetzung von Leistungserbringern, wie z.B. von Netzärzten und Krankenhäusern.

Am 1. Oktober 1999 startete das Projekt „prosper“ in Bottrop mit dem Ziel, eine sektorübergreifende medizinische Versorgung zu entwickeln. Auslöser dieses Projekts ist unter anderem die Entwicklung in der Bevölkerung. Es gibt immer mehr Rentner und immer weniger junge Leute, die in die Kasse einzahlen. Die Bundesknappschaft z.B. hat einen sehr hohen Rentneranteil. Das Durchschnittsalter der Versicherten liegt bei 59,1 Jahren.

Zu den Teilnehmern gehören 48 von insgesamt 52 niedergelassenen Knappschaftsärzten, das Knappschaftskrankenhaus in Bottrop und ca. 8000 knappschaftlich Krankenversicherte.

Das Oberziel von „prosper“ ist die Verbesserung des Gesundheitssystems. Dazu gehört, dass der Patient immer an erster Stelle steht. Außerdem soll durch die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden um eine hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen. Neben mehr Wirtschaftlichkeit wird natürlich auch das Ziel der Kostensenkung verfolgt.

6.1. Der Patienten im Gesundheitsnetz

Die rund 8000 Versicherten, die freiwillig an dem integrierten Versorgungsnetz der Bundesknappschaft teilnehmen profitieren von allen Vorteilen die sich durch die enge Zusammenarbeit der Netzärzte und Krankenhausärzte ergeben. Laut Umfragen sind die Patienten sehr zufrieden. Folgende Vorteile bieten sich den Patienten im Gesundheitsnetz:

- eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung der Netzpatienten
- dem Patienten bleiben belastende, zeitraubende und risikobehaftete Doppeluntersuchungen erspart
- die Aufenthalte im Krankenhaus sind kürzer oder sogar vermeidbar
- der Netzpatient bekommt ein Zweibett-Zimmer ohne Zuzahlung, sofern eines verfügbar ist
- der Patient erhält ein Gesundheitsbuch, indem alle Arzttermine, Therapie-Empfehlungen, Befunde und Angaben zur Behandlung und Medikation verzeichnet sind
- guter Informationsfluss und mehr Transparenz durch die elektronische Patientenkarte

Die elektronische Patientenkarte ist ein wichtiger Baustein in der Erfolgsformel von „prospere“, nämlich mehr Qualität durch mehr Information und mehr Transparenz. Wie auch im Gesundheitsbuch werden sämtliche Angaben zur Behandlung und Medikation, zu Befunden und Therapie-Empfehlungen von den niedergelassenen Netzärzten und den Krankenhausärzten in eine elektronische Datei, die elektronische Patientenkarte eingegeben. Jeder Netzteilnehmer erhält eine solche elektronische Patientenkarte. Oberstes Priorität haben hierbei der Datenschutz und die Freiwilligkeit. Das heißt, der Patient muss zuvor einwilligen, dass seine Daten auf dieser Patientenkarte gespeichert werden dürfen. Die Daten auf der Karte stehen nur den Netzärzten zur Verfügung, und das auch nur dann, wenn der Versicherte dem Arzte die Erlaubnis erteilt die Dateien zu öffnen. Unter mehr Information und Transparenz ist zu verstehen, dass der behandelnde Arzt stets die genaueste Kenntnis über sämtliche medizinische Vorgänge hat. Daneben ist die Sicherheit, die dem Patienten durch die elektronische Patientenkarte gewährleistet wird ein weiterer Vorteil. Vor allem im Notfall wenn der Patient sein Gesundheitsbuch nicht bei sich trägt, ist die Patientenkarte von großem Nutzen. Der Arzt hat sofort Zugriff auf die Daten und kann so schneller handeln und unter Umständen auch Leben retten. Die Knappschaftsärzte

haben die Möglichkeit die Kommunikation durch die elektronische Patientenkarte untereinander zu verbessern bzw. zu beschleunigen wenn es um den Versand von Arztbriefen oder Überweisungen geht. Ist der Patient mit der Patientenkarte nicht zufrieden oder sieht für sich persönlich keinen der oben genannten Vorteile, so kann er seine Einwilligung natürlich jederzeit widerrufen.

6.2. Der Arzt im Gesundheitsnetz

In Bottrop haben sich 48 von insgesamt 52 niedergelassenen Knappschaftsärzten dem Netz angeschlossen. Die Kooperation der Netzärzte untereinander ist im Rahmen der integrierten Versorgung genauso intensiv wie die Arbeit der Netzärzte mit den Ärzten des Knappschaftskrankenhauses in Bottrop. Für die teilnehmende Netzärzte ergeben sich folgende Vorteile:

- Patiententreue, basierend auf das Vertrauen der Patienten in die Zusammenarbeit der Ärzte
- Interdisziplinärer Austausch durch monatliche Netzwerkkonferenzen
- Gesprächskreise zu Schwerpunktthemen
- Entwicklung neuer Behandlungsformen durch höheren Information- und Erfahrungsaustausch

Die Netzärzte decken nahezu sämtliche Fachgebiete ab. Hierzu gehören:

- Allgemeinmedizin
- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- HNO-Heilkunde
- Kinderheilkunde
- Nervenheilkunde
- Orthopädie

- Urologie

6.3. Das Krankenhaus im Gesundheitsnetz

Neben den knappschaftlich Krankenversicherten, den teilnehmenden Bottroper Knappschaftsärzten ist das Knappschaftskrankenhaus Bottrop der dritte wichtige Pfeiler in der gebietsübergreifenden integrierten Versorgung. Das Krankenhaus verfügt über modernste Technik die eine medizinische Versorgung auf dem höchsten Niveau garantiert. Die enge Zusammenarbeit vom ambulanten und stationärem Sektor schafft auch dem Krankenhaus einige Vorteile.

- hohe Behandlungstransparenz
- Verkürzung der Liegezeiten
- Erhöhung der Fallzahl
- wirtschaftlicheres Arbeiten

Die Einsparungen die durch die oben genannten Faktoren erwirtschaftet werden kommen dann dem Knappschaftskrankenhaus wieder zu gute. Dies kann in Form von Investitionen in innovative technische Ausstattungen oder in die fachliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter geschehen.

6.4. Koordination durch den Netzvorstand

Der Netzvorstand übernimmt die Funktion eines Koordinators. Er ist für den reibungslosen Ablauf des Verbundsystems verantwortlich und verfolgt die Interessen der Netzteilnehmer. Der Netzvorstand organisiert regelmäßige Treffen, sogenannte Qualitätszirkel bzw. Netzwerkkonferenzen oder Fachkommissionen in denen sich die Netzärzte und die Krankenhausärzte untereinander austauschen können. Hier entsteht die Möglichkeit neue Behandlungs- oder Therapieformen zu entwickeln und über die Umsetzung von

Verbesserungsvorschlägen zu diskutieren. Dem Patienten wird so mehr Transparenz und Information garantiert.

6.5. Die Knappschaftsältesten

„Prosper“ – Gesund im Verbund bietet seinen Patienten außerdem einen besonderen Service durch Informationen der Knappschaftsältesten. Die Knappschaftsältesten arbeiten auf ehrenamtlicher Basis und betreuen und beraten die Versicherten bei allen Fragen die die Sozialversicherung und besonders die gebietsübergreifende Gesundheitsversorgung angeht. Erwähnenswert hierbei ist, dass die Knappschaftsältesten nicht nur in ihrer Sprechstunde informieren, sondern auf Wunsch auch „Hausbesuche“ machen. Davon profitieren besonders Ältere nicht mobile Versicherte.

6.6. Warum ist das Gesundheitsnetz „prosper“ – Gesund im Verbund so erfolgreich?

Während der ambulante und stationäre Bereich im Alltag oft völlig unabhängig voneinander und ohne Kenntnis voneinander arbeiten, sind diese beiden Sektoren im Gesundheitsnetz „prosper“ eng miteinander verzahnt. Es ist eines der ersten Netze, an welchem ein Krankenhaus angeschlossen ist. Durch das persönliche Gesundheitsbuch und die elektronische Patientenkarte bietet es dem Patienten mehr Transparenz und einen hohen Informationsfluss der teilnehmenden Ärzte. Dem Patienten bleiben so lästige Doppeluntersuchungen und ein möglicher Krankenhausaufenthalt erspart. Durch oftmals kürzere Aufenthalte im Krankenhaus wurde die Verweildauer für die Patienten des Gesundheitsnetzes Bottrop im Jahr 2000 von durchschnittlich zwölf auf 8,7 Tage gesenkt. Durch das Netzmanagement, welches sich aus einem Netzvorstand und einem unterstützenden Team zusammen setzt, wird eine professionelle Organisation gewährleistet. Außerdem wird das Netz wissenschaftlich vom Zentrum für Gesundheitsökonomie der Trierer Universität begleitet.

Da mit dem Gesundheitsnetz in Bottrop so viele Erfolge erzielt wurden, z.B. eine Kostenersparnis von 5,9 Prozent und die Entwicklung von vier Therapieempfehlungen für die Krankheitsgruppen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes II und Schmerz, wurde im Saarland am 1. April 2001 das zweite Netz „prosper“ – Gesund im Verbund aufgebaut.

Dort nahmen 5200 Versicherte, 72 von insgesamt 81 Knappschaftsärzten und die Knappschaftskrankenhäuser in Sulzbach und Püttlingen teil.

Um „Gesund im Verbund“ rund zu machen wird die Eingliederung von stationärer und ambulanter Rehabilitation geplant.²²

Meiner Meinung nach ist das Gesundheitsnetz der Bundesknappschaft im Hinblick auf die Bevölkerungsstruktur und die stetig steigende Kosten im Gesundheitswesen eine tolle Möglichkeit um dem Patienten hohe Qualität in der medizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Senkung der Kosten zu gewährleisten.

7. Vergleich der Beispiele

Stellt man beide Beispiele in direkten Vergleich, so lässt sich erkennen, dass sowohl die integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel (IVE) als auch das Gesundheitsnetz „prosper“ trotz mancher organisatorischer Unterschiede erfolgsversprechend und zukunftsweisend sind. Beide System basieren auf einem dreiseitigen Vertrag zwischen den beteiligten Versicherungen, den Krankenhäusern und den Vereinigungen der niedergelassenen Ärzte. Ziel beider Systeme ist es, die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Hierbei werden sowohl Qualitätsaspekte als auch wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt. Bei der IVE haben die Patienten über den Patientenbeirat sogar die Möglichkeit, das Vernetzungssystem mit zu beeinflussen und mitzugestalten. Der Patient der IVE wählt einen Arzt des Vertrauens als festen Ansprechpartner der ihn durch das System leitet. Außerdem werden alle relevanten medizinischen Daten in einer elektronischen Patientenakte gespeichert auf die jeder teilnehmende Leistungserbringer bei Zustimmung des Patienten zugriff hat. Die elektronische Patientenakte ergänzt bei „prosper“ das Gesundheitsbuch welches jedem Patienten ausgehändigt wird und ebenfalls die relevanten medizinischen Daten wie z.B. Medikation enthält. Die Patientenakte ermöglicht besonders in Notfällen einen schnellen Überblick über den Gesundheitsstatus des Patienten. Hervorzuheben ist bei IVE der persönliche Kontakt zu dem Arzt des Vertrauens der regelmäßige Gesundheitsstatusuntersuchungen durchführt. Erwähnenswert bei „prosper“ ist der Informations- und Beratungsservice der Knappschaftsältesten, der den teilnehmenden Versicherten einen Vorteil verschafft. Organisatorische Unterschiede sind dahingehend zu erkennen, dass bei IVE das Krankenhaus als Zentrum der

²² www.bundesknappschaft.de

Versorgungsgemeinschaft zu sehen ist, bei „prosper“ hingegen wird die gesamte Verantwortung durch den Netzvorstand übernommen.

8. Ausblick

Durch die gesetzlichen Reformen des Gesundheitssystems und die Einführung eines neuen Entgeltsystems im stationären Bereich werden zunehmend Vernetzungsstrukturen im Sinne der integrierten Versorgung entstehen bzw. werden sich bestehende Netze zu Komplettanbietern der Gesundheitsversorgung weiterentwickeln. Dies bietet durch verbesserten Informationsaustausch und die Realisierung von Synergieeffekten für alle Beteiligten die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Aufgrund der demographischen Entwicklung entsteht ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung um auch in zunehmenden Alter einen hohen Lebensstandard gesichert zu wissen. Das wird durch die Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor gewährleistet, was zu einer regen Beteiligung der Versicherten an der integrierten Versorgung führen dürfte. Eine Eintrittsbarriere könnte die Angst vor dem „gläsernen Patienten“ sein, woraus die Anforderung an jede Netzstruktur erwächst, umfassenden Datenschutz zu gewährleisten. Das System der sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung gewährt sowohl den Patienten, als auch den Krankenkassen, den Ärzten und den Krankenhäusern Vorteile, die von einer gesteigerten Qualität der medizinischen Versorgung bis hin zu Kosteneinsparungen führen. Dies sollte eigentlich einen Anreiz bieten sich mit anderen Leistungserbringern zusammenzuschließen. Die bisher nur langsam fortschreitende Entwicklung von Netzstrukturen hat ihre Hauptursache in Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den einzelnen Berufsgruppen welche auf einem traditionellen Konkurrenzdenken basieren. Dieses gilt es zukünftig zu überwinden. Unterstützung könnten hier bereits bestehende Netze mit intensiver Öffentlichkeitsarbeit sowie die Regierung z.B. mit Hilfe von Subventionen leisten.

LITERATURVERZEICHNIS**Bücher:****Höhmann, Müller-Mundt, Schulz:**

Qualität durch Kooperation, Gesundheitsdienste in der Vernetzung, 1. Auflage.,
Mabuse-Verlag GmbH 1998

Meyer-Lutterloh:

Praxiskooperationen und Praxisnetze, 2. Auflage, MD-Verlag GmbH 1999

SGB V

10. Auflage, Beck-Texte im dtv, 2001

Broschüren:**Deutsche Krankenhausgesellschaft:**

DKG-Broschüre zur integrierten Versorgung

Zeitschriftenbeiträge:**Baum, Georg:**

Die neue Freiheit und ihre Grenzen, in: KU-Sonderheft 12/2000

Kuhlmann, Jens-M. (1):

How to do it, in: KU-Sonderheft 12/2000

Kuhlmann, Jens-M. (2):

Ein Gesetz mit Lücken, in: KU-Sonderheft 12/2000

KV-Blatt Berlin 07/1999

Internet:

URL: www.aerzte-zeitung.de, Dez. 2002

URL: www.bundesknappschaft.de, Dez. 2002

URL: www.praxisnetz.de, Auschra, Kooperation ohne Praxisnetz, Jan. 2003

URL: www.bda-nuernberg.de/rahmen10.htm, Dez. 2002

URL: www.apokom.de/finanz/index.html, Dez. 2002

URL: http://212.227.33.34/bundesverband/lexikon/m/m_10.html, Dez. 2002

Sonstiges:**Hildebrandt GesundheitsConsult:**

Exposé zur integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel, 2001

Roland Berger Strategy Consultants:

Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinproduktindustrie – Eine Studie über Status Quo und Perspektiven, 2002

Ruff, H.-J.:

Skript zu Kooperationen im Gesundheitssektor, 2002