

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG

FACHBEREICH ÖKOTROPHOLOGIE

MASTER OF PUBLIC HEALTH

# Optimierte Patientenbehandlung durch moderne Versorgungskonzepte

Regionale Kooperation von ambulanten und stationären  
Leistungserbringern

## M A S T E R   T H E S I S

Prof. Dr. med. Folkert Bode  
Sudeckstr. 4  
20249 Hamburg

Matrikel-Nr: 1785886

Januar 2006

Referenten:

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp  
HAW Hamburg

Prof. Heinz Lohmann  
LOHMANN konzept

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<b>DECKBLATT</b>	
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>2</b>
<b>TABELLEN- UND</b>	<b>3</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	
<b>EINLEITUNG</b>	<b>4-14</b>
Geschichte der Patientenversorgung	
Die gesetzliche Krankenversicherung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung	<b>6-7</b>
Stationäre Versorgung im Krankenhaus	<b>7-11</b>
Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte	<b>12-14</b>
<b>MATERIAL &amp; METHODE</b>	<b>15-16</b>
<b>ERGEBNISSE</b>	<b>17-37</b>
Sektorenübergreifende Versorgungsformen im Gesundheitswesen	<b>17-23</b>
Literaturlauswertung	
Disease-Management Programm	<b>17-19</b>
Integrierte Versorgung	<b>19-20</b>
Medizinische Versorgungszentren	<b>21-23</b>
Interview-Auswertung	<b>24-37</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>38-66</b>
Diskussion der Interviews	<b>38-52</b>
Für und Wider der modernen Versorgungskonzepte	<b>52-53</b>
Disease-Management Programme (DMP)	<b>54</b>
Integrierte Versorgung (IV)	<b>55-61</b>
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	<b>61-64</b>
Regionale Kooperationsmodelle	<b>64-66</b>
<b>AUSBLICK</b>	<b>67-68</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>69</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>70</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>71-76</b>
<b>EIDESSTÄTTLICHE</b>	<b>77</b>
<b>ERKLÄRUNG</b>	
<b>DANKSAGUNG</b>	<b>78</b>

# TABELLEN- UND ABBILDUNGS- VERZEICHNIS

Nummer	Seite	Titel der Abbildung
1	09	Entwicklung der GKV-Ausgaben
2	38	Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen
3	39	Versorgungsindex für Gesundheits- und Geldleistungen
4	40	Alterspyramiden (1950/ 2001/ 2050)
5	41	Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen
6	41	Einnahmen und Ausgaben der GKV
7	43	Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen
8	43	Ausgaben für die Krankenhausbehandlung
9	43	Entwicklungstrends im Krankenhausbereich
10	44	Anzahl der Krankenhausbetten im europäischen Vergleich
11	44	Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland
12	46	Anzahl der Krankenkassen in Deutschland
13	46	Anzahl der Ärzte in Deutschland
14	47	Anzahl der stationären Einrichtungen in Deutschland
15	48	Clinical Pathways
16	49	Quantifizierbare Maßnahmen für Kostenreduktionspotenzial
17	51	Vernetzung im Gesundheitswesen
18	53	Organisatorische Anforderungen und Erwartungen an die integrierte Versorgung
19	53	Integrierte Versorgung – „Chance oder Risiko“ (1)
20	54	DMP- Situation in Hamburg
21	55	Integrierte Versorgung – „Chance oder Risiko“ (2)
22	56	Typologie von IV-Verträgen (I-IV)
23	57	IV-Verträge - Situation in Hamburg
24	63	Erste Auswirkungen des GMG

# Optimierte Patientenbehandlung durch moderne Versorgungskonzepte

## Regionale Kooperation von ambulanten und stationären Leistungserbringern

Analyse der bereits bestehenden Konzepte, Auswertung der Meinungen von verschiedenen Repräsentanten des Gesundheitssystem, Strategien zur Optimierung der Behandlung von Kranken

### E I N L E I T U N G

Das deutsche Gesundheitssystem gehört mit zu den besten der Welt. Deutschland hat im internationalen Vergleich ein umfassendes, preiswertes und damit überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen (6).

Hochentwickelte Medizin wird flächendeckend allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) angeboten, d. h. jeder Bürger hat Zugang zu allen Leistungen im Gesundheitswesen. Hohe Arztdichte und hohe Krankenhauskapazitäten ermöglichen kurze Wartezeiten. Darüber hinaus hat der Patient in Deutschland freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie eine im internationalen Vergleich niedrige Zuzahlungsrate.

Durch Ausweitung dieser hochtechnologisierten Medizin, vor allem in Kliniken, aber auch im ambulanten Bereich, durch Entwicklung neuer Therapieprinzipien und Pharmazeutika, durch die demografische Entwicklung in Deutschland und fehlendes Kostenbewusstsein bei Ärzten und Patienten sowie prozentualen Rückgang der Einnahmen der GKV sind die Defizite im Gesundheitswesen dramatisch gestiegen. Daran konnten auch Bettenabbau und Budgetierung nichts ändern.

In Anbetracht leerer staatlicher Kassen, einer hohen Zahl an Arbeitslosen und permanenten Defiziten der GKV sind massive Einsparungen auf dem Gesundheitssektor erforderlich. Um den deutschen Standard mit hohem Niveau und breitem Leistungsangebot im Gesundheitswesen weiter zu erhalten, müssen neue Strategien entwickelt werden.

Wenn es nicht gelingt, Einsparungen in Milliardenhöhe zu erreichen, droht der Kollaps unseres Gesundheitssystems.

Der Gesetzgeber hat mit dem 2. GKV Neuordnungsgesetz das Monopol der Vertragsärzte auf ambulante Patientenbetreuung aufgehoben und damit den Weg freigemacht für neue, übergreifende Versorgungsformen im Gesundheitswesen.

Die vorliegende Arbeit nimmt Bezug auf die historische Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland, unter besonderer Berücksichtigung der stationären Krankenhausversorgung, der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung und der gesetzgeberischen Einflussnahme im Gesundheitssektor. Neustrukturierte Versorgungskonzepte, die übergreifend den stationären und ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung einbeziehen, werden aufgezeigt und diskutiert. Ziel ist es, durch Literaturauswertung und Experteninterviews Klarheit über Möglichkeiten und Wege einer solchen fachübergreifenden Kooperation zu erreichen, diese auf ihre Machbarkeit zu untersuchen sowie Gründe für eine Zustimmung oder Ablehnung der neuen Versorgungsstrukturen zu beleuchten.

Im Rahmen der durchgeführten Interviews konnten die Hauptargumente von repräsentativen Meinungsbildnern gesammelt werden.

Bei den Gesprächspartnern handelt es sich um Mitarbeiter von Krankenhäusern, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, niedergelassenen Ärzten sowie Patientenvertretern, um ein möglichst umfassendes Meinungsbild der verschiedenen involvierten Gruppen zu bekommen. Die Argumentationen der Gesprächspartner werden im Sinne einer kritischen Inhaltsanalyse bewertet.

# G E S C H I C H T E D E R P A T I E N T E N V E R S O R G U N G

Im Mittelalter dienten Hospitäler als Armen- oder Siechenhäuser oder Unterkünfte für Pilger, woraus sich auch der Name (*hospes* = Gast) ableitete. Diese Krankenhäuser wurden anfangs als kirchliche (*monastische*) Einrichtungen, später auch in kommunaler Trägerschaft geführt.

An der Schwelle der frühen Neuzeit waren die Hospitäler wichtig als Sozialasyle mit breit gefächertem Aufgabenspektrum. Ärztliche Präsenz war in den Krankenhäusern jener Zeit nicht üblich. In akuten Fällen konnten Chirurgen oder Ärzte aus dem Umfeld gerufen werden.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts war es durch Grundlagenforschung in Physiologie, Pathologie, Labormedizin, Pharmakologie, Hygiene und insbesondere Bakteriologie zu einer Differenzierung und Ausweitung der medizinischen Fächer gekommen. Durch Antisepsis und Entwicklung von Narkoseverfahren wurden operative Eingriffe möglich. Damit wurden das Leistungsspektrum der Krankenhäuser und die Zahl der in diesen Hospitälern versorgten Patienten massiv ausgeweitet. Neugegründete große Hospitäler mit 150 und mehr Betten galten damals als Aushängeschild einer fortschrittlichen Infrastruktur der Städte (39).

## **Die gesetzliche Krankenversicherung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung**

Vor dem Hintergrund drohender sozialer Konflikte sah sich die Bismarck'sche Regierung Ende des 19. Jahrhunderts gezwungen, eine modernisierte Sozialgesetzgebung zu initiieren.

Deutschland war damit das erste Land, das eine offizielle Krankenversicherung nationenweit installierte. Anfänglich galt die Versicherung nur für Arbeiter, aber im Laufe der Jahre wurde sie auf andere Berufsgruppen ausgedehnt. 1901 wurden die Angestellten des Transport- und Handelsgewerbes versicherungspflichtig, 1914 Hausangestellte, Land- und Forstarbeiter. Die Bauern wurden erst 1972 in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Neben der arbeitenden Bevölkerung wurden nicht arbeitende Familienangehörige, Pensionäre, Studenten, Versehrte und ab 2004 auch Sozialhilfeempfänger gesetzlich krankenversichert. Im Laufe der Jahrzehnte wurden unzählige verschiedene Krankenkassen, überwiegend berufsgruppenspezifisch, gegründet (22).

Anfänglich (1885) waren lediglich 10 % der Bevölkerung krankenversichert, während 1988 in der BRD 88 % aller Bürger in einer der gesetzlichen Krankenkassen und 6 % in einer privaten Krankenkasse versichert waren (13). Die DDR hatte nach ihrer Gründung 1949 eine 100%-ige Mitgliedschaft aller Einwohner in einer Krankenkasse vorgeschrieben.

Das Leistungsangebot der Krankenversicherung änderte sich über die 120 Jahre ihrer eigenen Geschichte dramatisch. Anfängliches Ziel war, eine Verarmung durch Krankheit oder Tod zu verhindern. Seit 1969 war mit der Krankenversicherung nicht nur Krankheit, sondern auch Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit und Tod abgesichert.

Dieses deutsche Krankenversicherungssystem hat es in den 120 Jahren seiner Existenz geschafft zu überleben, trotz wirtschaftlicher Krisen wie Inflation 1923, Weltwirtschaftskrise 1928 und Währungsreform 1948.

### **Stationäre Versorgung im Krankenhaus**

Mit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland 1883 änderte sich die Funktion des Krankenhauses als Auffangbecken für soziale Unterschichten kaum. Die Finanzierungsbedingungen der Krankenhäuser änderten sich jedoch grundlegend; die Krankenhäuser waren nicht mehr auf Zuschüsse von Kirchen, Gemeinden und Stiftungen angewiesen, denn die Krankenkassen waren aufgrund des Sachleistungsprinzips verpflichtet, Krankenhauspflege für ihre Versicherten sicherzustellen. Zu diesem Zweck schlossen Krankenkassen mit den Krankenhäusern Verträge über Pflegesätze, mit denen alle Investition und Betriebskosten abgedeckt wurden. Dabei waren die Vertragsparteien frei von staatlicher Einflussnahme (63).

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten änderte sich das Gesundheitssystem in Deutschland nachhaltig. Der Staat griff 1936 mit einem Verbot zur Preiserhöhung in die Preisgestaltung der Krankenhäuser ein. Das bedeutete einen Investitionsstopp für die folgenden 10 Jahre.

In den Jahren nach dem 2. Weltkrieg standen anfangs der Wiederaufbau der zerstörten Krankenhäuser und der Ausbau auf modernen, internationalen Leistungsstandard im Vordergrund.

Der Leitgedanke der Krankenhauspolitik in den 50er und 60er Jahren war die Beitragsatzstabilität der Krankenversicherungen, um die Lohnnebenkosten stabil zu halten und

damit den wirtschaftlichen Aufschwung zu ermöglichen. Dies führte aber zu zunehmenden Versorgungsproblemen auf dem Krankenhaussektor (58).

Dank verbesserter ökonomischer, gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen wurde das **Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)** 1972 möglich. Mit der Einführung dieses KHG wurde die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich geregelt, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit gut ausgestatteten Krankenhäusern der verschiedenen Versorgungsstufen gewährleistet. Die laufenden Unterhalts-, Betriebs- und Personalkosten wurden von den Krankenkassen gezahlt (Krankenhauspflegegesetze), die Träger der Krankenhäuser (Kommunen, Städte, Kreise, etc.) waren für die Finanzierung der baulichen Veränderungen und der notwendigen Ausstattungskosten (z. B. Großgeräte wie CT, Einrichtung von Intensivstationen) zuständig.

Gleichzeitig wurde ein **Krankenhausbedarfsplan** erstellt, der den Bedarf und damit die Existenz der Krankenhäuser sicherte und langfristige Investitionen ermöglichte. Das führte zu einem steilen Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den stationären Sektor. (Jährliche Steigerung der Pflegesätze bis 1969 unter 10%, bis 1973 um 14-18%, 1973 um 25-38%, 1974 auf 29-53%) (12).

Durch die Wirtschaftskrise 1973/ 74 und den dadurch ausgelösten Anstieg der Arbeitslosigkeit waren die Einnahmen von Bund und GKV deutlich reduziert, deshalb mussten die Ausgaben für öffentliche Leistungen gekürzt werden. Da die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung von 1960-1999 doppelt so schnell gestiegen waren, wie die Krankenkassenausgaben insgesamt (**Abb. 1**), wurde versucht, besonders im Krankenhausbereich zu sparen. Der ambulante medizinische Sektor blieb dabei weitgehend unangetastet.

Innerhalb weniger Jahre kam es also zu einem grundlegenden programmatischen Wandel - von der Bedarfsdeckung zur Kostendämpfung. Statt Unterversorgung war jetzt von „Bettenberg“ und „Kostenexplosion“ die Rede.

Mit dem **Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz** 1977 wurde eine Novellierung des KHG versucht. Statt wie bisher eine optimale, flächendeckende Patientenversorgung zu gewährleisten, sollten jetzt die Möglichkeiten zur Kostendämpfung voll ausgeschöpft werden.



## Entwicklung der GKV-Ausgaben 1960-1999

(Index: 1960 = 100)

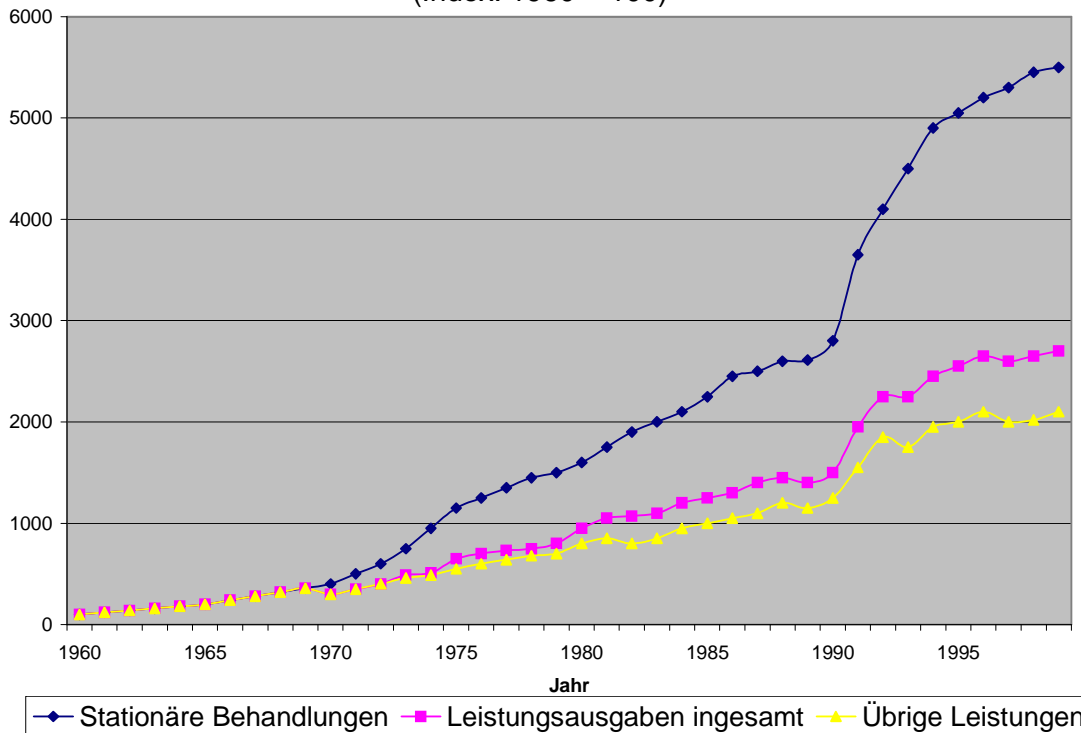


Abb. 1

Quelle: Löser-Priester, J. (42)

Mit dem **Krankenhauskosten-Dämpfungsgesetz (KHKG)** von 1982 begann eine Lawine von neuen Gesetzen, die dazu diente, die ausufernden Kosten im stationären Bereich zu reduzieren. 1984 zog sich der Bund weitgehend aus der Krankenhausfinanzierung zurück durch das sogenannte **Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG)**. Damit kamen auf die Länder und die Kommunen neue finanzielle Belastungen zu, die durch einen reduzierten Anteil bei den Geldleistungsgesetzen (z.B. Wohngeld u.a..) ausgeglichen werden sollten. Durch ein kodifiziertes Selbstkostendeckungsprinzip wurden voll pauschalierte tagesgleiche Pflegesätze eingeführt, die den vorkalkulierten Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses entsprachen. Damit war der Übergang von monistischer Finanzierung auf ein System pauschalierter Entgelte initiiert und eine Steuerung über Preise möglich geworden.

Eine Kosteneinsparung wurde hierdurch allerdings noch nicht erreicht.

Auch das **Gesundheitsreformgesetz von 1989** tastete die zunehmende Kostenausweitung im stationären Bereich nicht an.

Erst 1993 wurde durch das **Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)** von Minister Seehofer eine grundlegende Veränderung der Krankenhausfinanzierung durchgesetzt.

Anlass für die gesetzliche Regelung war ein erwartetes Defizit von 10 Mrd. DM der GKV. Der Beitragssatz der GKV stieg auf 13,4 % und hatte damit einen Höchststand erreicht.

Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde nach 20 Jahren Gültigkeit durch das GSG außer Kraft gesetzt. Neben sektoraler Budgetierung in einzelnen Bereichen (z.B. ambulante ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel) wurden auch die Krankenhäuser gezwungen, ihre Ausgaben an das schon vereinbarte Budget anzupassen, anstatt sie – wie bisher – als kontinuierlich steigende Selbstkosten den Kostenträgern aufzubürden (Deckelung des Krankenhausbudgets).

Gleichzeitig wurde die rechtlichen Voraussetzungen für ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Behandlung und Kooperationen stationär und ambulant tätiger Kollegen geschaffen.

Mit Beginn des Jahres 1996 wurden neue Pflegesätze für das Krankenhaus eingeführt, die ein Leistung bezogenes Vergütungssystem beinhalten, bestehend aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen und Basispflegesätzen.

Damit wurde zwar eine Verkürzung der im internationalen Vergleich zu hohen Krankenhausverweildauer erreicht, gleichzeitig aber nahmen die Fallzahlen und die Fallkosten deutlich zu, das Ziel einer Kostenreduzierung im stationären Bereich wurde also nicht erreicht (30).

Darüber hinaus wurden die GKV durch politisch veranlasste Mehrkosten stark belastet, wie die Reduktion der Krankenkassenbeiträge von Arbeitslosen durch die Bundesanstalt für Arbeit und höhere Beiträge zur Renten - und Arbeitslosenversicherung der Krankentagegeldbezieher. Dies ergab nur für die Jahre 95 - 97 Mehrkosten für die GKV in Höhe von 17-18 Mrd. DM (35).

Zusätzlich sorgten zunehmende Arbeitslosigkeit, Lohnstagnation und Zunahme nicht-sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse für einen Einnahmerückgang der GKV. Die Finanzkrise der GKV war also eher von mangelnden Einnahmen als von steigenden Ausgaben geprägt.

Die in den Jahren 1996/ 97 folgenden Gesetzesinitiativen wie **Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaufgaben, Beitragsentlastungsgesetz, GKV-Neuordnungsgesetze** und die Einrichtung der **Pflegeversicherung** brachten keine durchgreifende Entlastung der Finanzsituation der GKV.

Im Dezember 1999 beschloss die neue Bundesregierung das **Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung** und stellte damit die Weichen für ein neues Vergütungssystem in den Krankenhäusern. Als Grundlage für das deutsche Krankenhaus-

fallpauschalsystem wurde das australische **AR-DRG-System** festgelegt (*DRG* = diagnosis related groups).

Zum 01.01.2003 hat das neue Vergütungssystem (DRG) das frühere Mischsystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen der Bundespflegegesetz Verordnung von 1995 abgelöst. Hiermit versucht der Gesetzgeber mehr Transparenz zu schaffen, einen effektiveren Einsatz von Finanzmitteln zu gewährleisten und eine leistungsgerechte Vergütung im Krankenhausbereich zu erreichen. Es geht hierbei um stationäre Leistungen in Höhe von 61 Mrd. € (2001), ca. 30 % der Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitswesen (54).

Das **GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz** von 2004 hat erstmals die Krankenhäuser und Vertragsärzte zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verpflichtet und hat Möglichkeiten der vertragsgesteuerten integrierten Versorgung aufgezeigt, nach der Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen auf Grundlage gesonderter Rechtsvorschriften enger zusammen arbeiten sollten (§140 a-h, SGB V). Integrierte Versorgungsmodelle geben den Krankenkassen die Möglichkeit mit qualifizierten und wirtschaftlich arbeitenden Leistungserbringern Verträge zur Patientenversorgung zu vereinbaren, die zu sog. Managed-Care Projekten führen können (57).

Zusammenfassend lassen sich letztlich die Initiativen in den 90-ziger Jahren wie folgt abstrahieren (13):

1. Reduktion von Neuzulassungen für Vertragsärzte im ambulanten Bereich
2. Einfrierung der bestehenden Arztzahlen für nahezu jedes Teilgebiet
3. Risikostrukturausgleich zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Regionen, um einzelnen Krankenkassen das Überleben zu sichern
4. Wechselmöglichkeit der Versicherten zu unterschiedlichen Krankenversicherungen
5. Vermehrte Zuzahlung der Patienten zu Arzneimitteln und stationärem Aufenthalt
6. Einführung einer Negativliste von bisher verwendeten Pharmazeutika
7. Einführung von gesetzlich fixierten Budgets für wesentliche Sektoren der medizinischen Versorgung
8. Honorierung der stationären Ausgaben nicht mehr entsprechend der nachgewiesenen Kosten, sondern entsprechend der festgelegten medizinischen Behandlungsstrategien
9. Aufhebung der strikten Trennung von ambulantem und stationärem Sektor (z. B. ambulante Chirurgie in Krankenhäusern)

## Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte

Fast alle Ärzte, von der Antike bis zum frühen 19. Jahrhundert, waren außerhalb von Krankenhäusern im ambulanten Bereich ärztlich tätig und liquidierten für ihre Leistungen privat.

In der Anfangsphase der GKV bestand die Rechtsbeziehung zwischen den verschiedenen Krankenkassen und den Ärzten in Einzeldienstverträgen zwischen beiden Partnern.

Wegen einer großen Zahl verfügbarer Ärzte konnten die Krankenkassen die Vertragsbedingungen diktieren. Dadurch gerieten die Ärzte in Abhängigkeit von den Krankenkassen. Es wurden ihnen niedrigere Entgelte gezahlt, als bei Privatpatienten liquidiert werden konnten; das führte zu ersten Ärztestreiks.

Um ihre Rechtsposition gegenüber den Krankenkassen zu stärken, solidarisierte sich die Ärzteschaft und gründete im Jahre 1900 ihre erste Interessenvertretung, den Leipziger Verband, den späteren **Hartmann-Bund**.

Die folgenden Jahre waren gekennzeichnet durch wiederholte Auseinandersetzungen zwischen den lobbyistischen Strukturen der frei praktizierenden Ärzte und den Krankenkassen.

Erneute Streiks der Ärzte führten 1931 zur Einrichtung der **Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)** als Vertragspartner der Krankenkassen. Die Wahrung der Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wurde damit auf eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes verlagert.

Das Jahr 1931 stellt damit den Beginn der monopolistischen Versorgung der breiten Bevölkerung durch die niedergelassenen Ärzte dar und beendet jegliche weitere ambulante Tätigkeit von Krankenhausärzten und anderen nicht in der KV organisierten medizinischen Berufen.

Während der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft (1933-45) änderte sich die Struktur und Organisation des ambulanten Gesundheitswesens grundlegend. Die Autonomie der Selbstverwaltung wurde aufgelöst und durch das Führerprinzip ersetzt

Nach dem Ende des Krieges und dem Untergang des dritten Reiches verlief auf deutschem Boden die Entwicklung der Krankenkassen getrennt entsprechend der politischen Entwicklung in Ost und West.

In der sowjetisch besetzten Zone, die später zur DDR erklärt wurde, wurde eine nahezu 100%-ige Mitgliedschaft in den Krankenversicherungen Pflicht. Es wurde ein

zentralistisches Gesundheitssystem geschaffen, in dessen Vordergrund die so genannten Polikliniken standen, die den gesamten ambulanten Bereich versorgten

In der späteren Bundesrepublik wurde das seit 1931 bestehende Prinzip der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiter aufrechterhalten.

1955 wurde mit einem Gesetz zum Kassenarztrecht die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen neu geregelt, die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder eingesetzt.

So war neben der politischen Zweiteilung jetzt auch ein zweigeteiltes Gesundheitssystem auf deutschem Boden entstanden. In der DDR das sozialisierte Gesundheitssystem mit angestellten, staatlich bezahlten Ärzten, die in Ambulanzen flächendeckend die Patienten versorgten.

Dieses Polikliniksystem sollte nach der Wende von 1990 bis zum Dezember 1995 kontinuierlich abgebaut werden, um die Neuniederlassung in freier Arztpraxis zu fördern, was sich aber nur schleppend umsetzen ließ. Die rot/grüne Regierung stoppte den weiteren Abbau des Poliklinik-Systems der früheren DDR, da Polikliniken jetzt als gesundheitspolitisch richtiger Weg gesehen wurde und förderte seine Implementierung.

In Westdeutschland, der späteren BRD wurde das alte Krankenkassensystem wieder eingesetzt.

Die Niederlassungssperre für junge Mediziner wurde 1960 aufgehoben und löste damit eine Flut von Neuniederlassungen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten jeglicher Ausrichtung aus.

Durch die Ausweitung des Krankenversicherungsangebotes an Pensionären 1942 und Landwirte, Behinderte und Studenten 1972 nahm die Zahl der krankenversicherten Personen deutlich zu. Das trug dazu bei, dass das Krankenversicherungssystem immer teurer wurde mit deutlichen jährlichen Zuwachsraten (**s. Abb. 1- S. 11**).

Gesetzesgeberischen Maßnahmen zur Reduktion der Kosten wurden über Jahre von den jeweiligen Interessengruppen blockiert. Dabei ging es vorrangig um die Aufrechterhaltung von Privilegien und Einkommen für Ärzte, was bei steigenden Arztzahlen wesentlich zur Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen beitrug.

Darüber hinaus war auch im ambulanten Sektor zu berücksichtigen, dass die Spezialisierung einzelner Fachbereiche (interventionelle Kardiologie, Röntgen mit CT und MRT, Dialysepraxen) erhebliche Investitionen erforderte, die wieder eingespielt werden mussten. Auf der einen Seite wurde damit die Qualität der Medizin deutlich verbessert, auf der anderen Seite verursachte es den Krankenkassen erheblich steigende Kosten.

Darüber hinaus wurden auf dem pharmakologischen Sektor laufend neue Medikamente entwickelt, was wiederum zu einer Verteuerung auf dem Arzneimittelsektor führte. Durch zahlreiche Gesetzesinitiativen wie die **Kostendämpfungsgesetze** (1977-1983), das **Gesundheitsreformgesetz** (1989), das **Gesundheitsstrukturgesetz** (1993) und das **Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz** (2002) wurden die Versicherten zunehmend belastet und Einnahmen der Vertragsärzte beschnitten.

Dadurch fielen die Arztumsätze aus kassenärztlicher Tätigkeit von 1992 bis 2001 um 1,9%, während Löhne und Gehälter im gleichen Zeitraum um 18,7% stiegen. Die Ausgaben der GKV für den ambulanten Sektor stagnierten im Westen und fielen um 3,4% in den neuen Bundesländern. Der Anteil der ambulanten Versorgungskosten an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen fiel von 23% 1994 auf 15% 2004. Weitere Abstriche mussten die Vertragsärzte durch den 1% Abzug für integrierte Versorgung hinnehmen (20).

Die wirtschaftliche Unsicherheit führte bereits zu einem Rückgang der Anzahl niedergelassener Kassenärzte, der sich z. Zt. besonders in den neuen Bundesländern bemerkbar macht (z. B. Sachsen -0,6%, Sachsen Anhalt -1,7%, aber auch in Hessen -0,2% und Saarland -0,5%) (36).

In Anbetracht der demografischen Entwicklung ist mit dem Ausscheiden von 57 000 Vertragsärzten bis 2015 zu rechnen, fast der Hälfte aller niedergelassenen Mediziner. Nachwuchs ist in Anbetracht sinkender Studienabschlüsse im Medizinbereich von 11 555 (1993) auf 8 947 (2003) nicht in ausreichender Anzahl zu erwarten (7).

Um die medizinische Versorgung in bevölkerungsarmen, ländlich strukturierten Gebieten auch in Zukunft zu sichern, sind neue Versorgungsmodelle erforderlich, die auch einen Anreiz für ambulant tätige Ärzte darstellen.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber hierfür den Weg freigemacht.

# MATERIAL UND METHODE

Zuerst erfolgte eine Literaturlauswertung über die neuen sektorenübergreifenden Versorgungsformen im Gesundheitswesen, die überwiegend auf Informationen aus dem Internet, Fachzeitschriften und Büchern neueren Datums basiert.

Dann wurden aktuell für diese Untersuchung Interviews mit Meinungsbildnern des Hamburger Gesundheitsmarktes anhand eines Interviewkatalogs geführt.

Die Auswahl der Gesprächspartner erfolgte entsprechend ihrer beruflichen Funktion.

2 Ärztevertreter aus dem ambulanten Bereich:

*P1*: niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Hausarzt

*P2*: niedergelassener Facharzt mit Schwerpunkt

3 leitende Ärzte aus dem stationären Bereich:

*P3*: Leitender Arzt einer chirurgischen Abteilung

*P4*: Leitender Arzt einer Aufnahmestation

*P5*: Leitender Arzt eines Krankenhauses

3 Krankenhausdirektoren:

*P6*: Geschäftsführer einer privaten Klinikette

*P7*: Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft

*P8*: Direktor einer freigemeinnützigen Klinikette

2 Patientenvertreter:

*P9*: Vertreter der Patienteninitiative

*P10*: Vertreter der Verbraucherzentrale (Gesundheit)

1 Krankenkassenvertreter:

*P11*: verantwortlicher Ressortleiter für Versorgungsmodelle

1 Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH):

*P12*: Geschäftsführer

Die Kontaktaufnahme erfolgte über persönlichen Kontakt, alle Befragten waren sehr kooperativ.

Die Interviews fanden am Arbeitsplatz der Befragten statt, sie hatten eine Dauer von ca. 45-60 min. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet. P8 gab zusätzlich eine schriftliche Stellungnahme zu den Fragen ab.

Die Interviews erfolgten nach einem Leitfaden, die Fragen wurden situationsbedingt differenziert oder erweitert.

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Wie beurteilen Sie die derzeitige medizinische Versorgung aus Ihrer berufsspezifischen Sicht?
2. Was muss sich vorrangig ändern
  - a) im ambulanten Bereich
  - b) im stationären Bereich?
3. Können Sie sich eine Kooperation zwischen ambulantem und stationären Bereich vorstellen und wie sollte das Konzept dafür aussehen?
4. Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein, wo sehen Sie die Chancen, wo die Probleme?
5. Glauben Sie, dass mit den projektierten Kooperationen auch Einsparpotential besteht?
6. Glauben Sie, dass durch Einführung von Behandlungs-Richtlinien die Qualität der Patientenbehandlung verbessert werden kann?
7. Wie sieht das Gesundheitssystem in Deutschland in 10-15 Jahren aus?

Die Auswertung der Daten wurde durch eine qualitative Inhaltsanalyse erstellt (47). Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, sowohl umfangreiches Textmaterial als auch Interviews auf essentielle Aussagen zu reduzieren, um sie in einer komprimierten und überschaubaren Form darzustellen (11).



# ERGEBNISSE

## **Sektorenübergreifende Versorgungsformen im Gesundheitswesen (Literaturlauswertung)**

Die letzten 20 Jahre in der Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens waren gekennzeichnet durch eine Fülle von Reformgesetzen, die am System der GKV strukturell wenig geändert haben. Im Wesentlichen handelte es sich um Gesetze zur Begrenzung der sektoralen Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhäuser, ambulante ärztliche Leistungen u.a., die aber durchweg das Ziel der Einsparung verfehlten.

Erstmals mit dem **GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)** vom 1.1.04 wurde eine strukturelle Änderung im deutschen Gesundheitswesen vorgenommen. Damit sollte ein Strukturwandel von einem stark reglementierten zu einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt eingeleitet werden (21).

Mit dem GMG wurde die Möglichkeit geschaffen, die starre Trennung der medizinischen Leistungssektoren zu überwinden und neue fachübergreifende ärztliche Kooperationsformen zu gründen.

### **Disease-Management Programm (DMP) Vorläufer der integrierten Versorgung**

Eine Versorgungsform, die entsprechend des GSG im SGB V ab dem Jahr 2002 eingeführt wurde, waren strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte DMP's mit dem Ziel einer daraus resultierende Reduzierung der Kosten.

Durch Orientierung an Evidenz basierten Leitlinien soll ein besseres Outcome besonders kostenintensiver chronischer Kranker durch Vermeidung von Über- und Fehlversorgung erreicht werden.

Laut Literatur finden sich mehrere Kriterien, die Krankheiten erfüllen sollten, für die DMP's aufgebaut werden sollen (61):

- hohe Prävalenz
- hohe Morbidität/ Mortalität
- chronischer Verlauf und definierte Krankheitsstadien
- hohe Krankheitskosten
- Messbarkeit klinischer und ökonomischer Ergebnisse
- Hohe Varianz in der Versorgung
- Evidenzbasierte Leitlinien als Versorgungsbasis

Für folgende Indikationen gibt es derzeit DMP-Verträge: Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen bzw. Asthma, Mamma-Karzinom, koronare Herzkrankheit.

Die Teilnahme der Versicherten an DMP's ist freiwillig.

DMP-Verträge müssen vor ihrem Wirksamwerden vom Versicherungsamt genehmigt werden.

Einige Krankenkassen haben ein großes Interesse an der Teilnahme ihrer Versicherten an DMP-Programmen, andere fördern die Teilnahme an DMP nicht, da entsprechend des Risikostrukturausgleiches (RSA) der gesetzlichen Krankenkassen untereinander die jeweiligen Krankenkassen für jeden ihren Versicherten, der sich in ein DMP eingeschrieben hat, Ausgleichszahlungen aus diesem RSA bekommt. Damit soll verhindert werden, dass es zu einer Risikoselektion bei den Krankenkassen kommt.

Vorteile der DMP's (62):

1. strukturierte Behandlungspfade für chronisch Kranke, bindend für alle teilnehmenden Ärzte.
2. Sicherheit für den Patienten nach evidenzbasierten Leitlinien optimal therapiert zu werden.
3. verbesserte Compliance des Patienten durch Transparenz des Arzt/Patienten Verhältnisses
4. besseres Outcome

Nachteile (62):

1. freie Arztwahl nur möglich, wenn alle Ärzte am DMP teilnehmen
2. erheblicher Zeitaufwand durch Dokumentationsanforderungen
3. Therapiefreiheit der Ärzte eingeschränkt

### **Integrierte Versorgung (IV)**

Als umfassende Form der Patientenbetreuung wurde im GMG (01.01.02) die integrierte Versorgung implementiert.

Diese neue IV ist eine Sektoren übergreifende, Facharzt übergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, ambulanter und stationärer Rehabilitation und Apotheke, die alle in einem Netz zusammengeschlossen sind. Die Rechtsform dieses Zusammenschlusses ist den Vertragspartnern überlassen. BGB-Gesellschaft, GmbH und Aktiengesellschaft sind möglich. Nach außen hin muss die Gesellschaft einen Vertreter oder Verhandlungspartner gegenüber den Krankenkassen benennen. Hier gilt es im Besonderen die Budgetregelungen zu vereinbaren.

Basis der IV ist ein Direktvertrag zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, seit der Novellierung 01.01.04 ist die KV nicht mehr zwingend beteiligt.

Grundvoraussetzung für einen IV-Vertrag ist, dass er mindestens zwei Sektoren umfaßt, also z.B. die ambulante und stationäre Behandlung oder die stationäre Behandlung und die nachfolgende Rehabilitation. IV-Verträge brauchen nicht gesondert genehmigt werden, die Partner der IV sind erheblich freier in der Ausgestaltung der Verträge.

Die Patienten müssen sich freiwillig in den Verbund einschreiben und sich freiwillig dafür entscheiden, sich nur von den Partnern behandeln zu lassen.

Um einen Anreiz für die Teilnahme zu schaffen, sieht das Gesetz die Möglichkeit von Prämienzahlungen (z. B. Beitragsrückerstattungen) vor. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass Einsparungen durch die IV realisiert werden können.

Alle im Netz zusammengeschlossenen Leistungserbringer sollten so ausgerüstet sein, dass ein elektronischer Datenaustausch gesichert ist. Für jeden im Netz eingeschriebenen Patienten wird eine sogenannte elektronische Patientenakte angelegt, zu der er selbst und die behandelnden Ärzte Zugang bekommen.

Es sollte ein Telefon-Zentrum eingerichtet werden, das Informationen und Termine vergibt.

Medizinische Versorgungszentren können auch Vertragspartner im Rahmen einer IV sein.

Die Honorierung der IV wird direkt zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern ermittelt und ausgehandelt und außerhalb der sonstigen Gesamtvergütung gezahlt. Das ausgehandelte Budget wird an das Versorgungsnetz ausgezahlt, das die Vergütung nach einem internen Schlüssel unter den Leistungserbringern verteilt.

Für die Vergütung der IV ist 1 % aus dem Gesamtbudget der ambulanten ärztlichen Gesamtvergütung und des Krankenhausbudgets zurückgehalten und zur Verfügung gestellt worden. Dieses sind pro Jahr ca. 680 Mio. € als primäre Anschubfinanzierung, die aber jetzt neu bis zum 31.12.08 garantiert ist.

Vorteile der integrierten Versorgung (57):

1. Bessere Koordination der Behandlungsabläufe
2. Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung
3. Vermeidung von Doppeluntersuchungen
4. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
5. Kein Informationsverlust im Netz
6. Effizientere Weiterbildungsmöglichkeiten

Nachteile (57):

1. Gläserner Patient
2. Freie Arztwahl eingeschränkt
3. Therapiefreiheit der Ärzte eingeschränkt
4. Schwierigkeit einer leistungsgerechten Honorierung
5. Schwierige Vertragsgestaltung
6. Anschubfinanzierung nur bis Ende 2008 gesichert, damit sind die notwendigen langfristigen Investitionen bisher nicht kalkulierbar.

## Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Eine weitere Möglichkeiten sind so genannte medizinische Versorgungszentren (MVZ). So lautet § 95, Abs. 1, S. 1 SGB V in der Fassung des GMG: An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. MVZ sind nach dem Gesetzestext fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Sie können sich aller zulässigen Organisationsformen (GmbH, BGB, AG, Partnerschaft) bedienen und von Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an einer medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.

Zulässige Gründer sind somit Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, aber auch zugelassene Krankenhäuser. Ein zulässiger Gründer, beispielsweise auch der Träger eines zugelassenen Krankenhauses oder auch ein einzelner Vertragsarzt kann ein MVZ alleine gründen und mit mehreren angestellten Ärzten betreiben. Später eintretende, nicht zugelassene Leistungserbringer als Gesellschafter des MVZ führen zum Zulassungsentzug für das MVZ (Keine Überlagerung der medizinischen durch ökonomische Interessen).

Aufgrund der Zulassung können in einem MVZ nur vertragsärztliche Leistungen (wie bei einem niedergelassenen Vertragsarzt) erbracht werden. Es können in einem MVZ also keine stationären Leistungen erbracht werden, da die Zulassung nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt.

Die Zulassung eines MVZ's ist nicht mit der Teilnahme an der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V identisch. MVZ's können mögliche Vertragspartner der Krankenkassen für die integrierte Versorgung neben niedergelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen werden. Ein zugelassenes MVZ kann entsprechend der maßgeblichen Vorschriften auch Kooperationen mit sonstigen ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringern wie Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeuten u. ä. eingehen.

Die Zulassung von Ärzten erfolgt auf Antrag durch den Zulassungsausschuss für Ärzte für den Ort der Betriebsstätte. Somit entfällt, dass sich ortsverschiedene Praxen unter dem Deckmantel eines MVZ's zusammenschließen.

Voraussetzung für Gründung und Zulassung eines MVZ's sind folgende:

1. Fachübergreifende Tätigkeiten (mindestens zwei Fachgebiete der Weiterbildungsordnung)
2. Ärztliche Leitung (nur zugelassener Vertragsarzt)
3. Gründer eines MVZ's können alle Leistungserbringer sein, die im System der GKV aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen, z. B. Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder Apotheker, nicht aber Krankenkassen oder Industrie.

Die ärztliche Leitung eines MVZ's ist vom Träger medizinisch weisungsunabhängig und trägt die Gesamtverantwortung für die von den angestellten Ärzten erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Sind nur niedergelassene Vertragsärzte in einem MVZ tätig, ist keine gesonderte ärztliche Leitung erforderlich. Der ärztliche Leiter kann als Vertragsarzt sowohl als Gründer als auch Leistungserbringer eines MVZ's tätig sein, so dass auch die theoretische Möglichkeit besteht, dass der niedergelassene Vertragsarzt Gründer und Mitgesellschafter von mehreren MVZ's sein kann, gleichzeitig aber weiterhin in eigener Praxis vertragsärztlich tätig bleibt. Aufgrund der Teilnahme freiberuflicher Vertragsärzte kann ein MVZ nach derzeitigem Rechtsstand analog Gemeinschaftspraxen nur in Form einer GBR oder in Form einer Partnerschaftsgesellschaft betrieben werden. Derzeit ist noch nicht endgültig geklärt, ob ein Vertragsarzt gleichzeitig Leistungen in einem MVZ und in eigener Praxis erbringen kann.

Nicht zulässig ist die Bildung einer Gemeinschaftspraxis zwischen einem MVZ und anderen Vertragsärzten. Dagegen ist möglich, dass ein Vertragsarzt mit einem MVZ eine Praxisgemeinschaft nach § 33 Abs.1 Ärzte ZV eingeht.

Die Zulassung von MVZ und die Genehmigung der Anstellung von Ärzten durch das MVZ unterliegen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Somit besteht ein eindeutiger Vorteil als Gründer für schon zugelassene Vertragsärzte z. B. gegenüber Krankenhäusern.

Schreibt sich ein Vertragsarzt in ein MVZ ein, kann er auf seine Zulassung verzichten und das MVZ übernimmt die Zulassung, der Arzt ist ein normaler Angestellter des MVZ's.

Nach fünfjähriger vollzeitiger Tätigkeit hat er dann einen Anspruch auf eine einmalige erneute kassenärztliche Zulassung, solange er das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten hat. Das MVZ kann sich wie jeder einzelne Arzt um die Übernahme von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen bewerben. Dieses wird aber weiterhin vom Zulassungsausschuss entschieden, eine Bevorzugung der MVZ ist im Augenblick noch nicht vorgesehen.

Vorteile eines MVZ's (33) :

1. Mit der Gründung ist ein gewisser Marketingeffekt verbunden.
2. Es besteht die Möglichkeit einer Anstellung von Ärzten, die dadurch kein wirtschaftliches Risiko durch Praxisübernahme oder -gründung eingehen müssen, sondern als Angestellte im MVZ vertragsärztlich tätig werden.
3. Synergie-Effekte werden sich einstellen durch Zusammenschluss von verschiedenen Ärzten im MVZ.
4. Verbesserte Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern und somit erneute Zunahme der Attraktivität im Rahmen einer integrierten Versorgung.
5. kurze Wege, kurze Wartezeiten für die Patienten
6. interdisziplinäre Zusammenarbeit ohne wirtschaftliches Risiko bei voller fachlicher Unabhängigkeit für den Arzt

Nachteile eines MVZ (33):

1. keine Vorteile in finanzieller Hinsicht für den zugelassenen Vertragsarzt. Je intensiver das MVZ die fachübergreifende Patientenversorgung betreibt, desto geringer der Vorteil(60).
2. erheblicher Verwaltungsaufwand
3. juristische Hürden durch unklare Rahmenbedingungen.

## Ergebnisse der Interviews

Einig waren sich alle befragten Interviewpartner in der Beurteilung der derzeitigen medizinischen Versorgung in Deutschland. Diese finde auf hohem Niveau statt, sei flächendeckend für jeden Bürger jeden Alters ohne Einschränkung verfügbar und derzeit von allen Patienten frei wählbar.

*(P 11: Die medizinische Versorgung, die wir in Deutschland haben, ist auf einem sehr hohen Niveau. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist so organisiert, dass jeder Bürger in diesem Land einen Zugang zu jeder Versorgungsstufe in der Medizin erhalten kann und somit auch den Zugang zu guter Medizin.)*

*(P12: Wir haben eine sehr hochstehende medizinische Versorgung in Hamburg. Wir haben den sicherlich freiesten Zugang zur medizinischen Dienstleistung auf der gesamten Welt.)*

*(P7: Ich kenne kein System, was insgesamt besser ist als das deutsche Gesundheitssystem. Dies hohe Niveau der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Deutschland ist auf höchstem technischen Standard und dementsprechend teuer, zu teuer.)*

Allerdings seien die immensen Kosten, die dieses Gesundheitssystem verursacht, längerfristig nicht mehr finanzierbar.

*(P6: Langfristig wird das Gesundheitssystem Kosten einsparen müssen, die noch dramatischer sind als zur Zeit.)*

*(P7: Das deutsche Gesundheitssystem liegt im Argen und wir haben massive Probleme.)*

Als Nachteil des deutschen Gesundheitswesens sehen alle Interviewpartner der verschiedenen Schwerpunkte die strenge Trennung von ambulantem und stationärem Sektor an. Die Schnittstellen, also z.B. der Übergang vom ambulanten zum stationären Bereich oder zur weiteren Rehabilitation, stellen das Hauptproblem dar, das zum einen eine optimale Versorgung blockiert zum anderen unnötige Kosten verursacht.

Aus Sicht der Patientenvertreter sind sowohl die stationäre Einweisung aus dem ambulanten Bereich wie auch die Entlassung aus dem Krankenhaus mit Schwierigkeiten für die Patienten behaftet, die zu Ängsten und Verunsicherungen führen.

*(P10: Patienten selber wissen häufig nicht, was werden soll und wann sie raus kommen aus dem Krankenhaus. Dieser Sprung ist für viele immer noch ein angstbesetztes Wagnis. Der Patient möchte eine Betreuung aus einem Guß.)*

*(P9: Zwischen ambulant und stationär gibt es noch viel zu wenig Kommunikation. Das stellt sich hier in den Beschwerden (der Patienten) auf jeden Fall dar. Der Austausch zwischen Praxen, Krankenhäusern, Pflegediensten, das muß einfach viel besser funktionieren.)*



Der Krankenkassenvertreter weist auf den mangelhaften Übergang an den Schnittstellen hin, sowohl bei stationärer Aufnahme, wie auch bei Krankenhausentlassung.

*(P11: ... im Krankenhaus müssen alle Unterlagen vorliegen über den Patienten, was bislang ambulant gemacht wurde. Sollte der Patient Freitagnachmittag aus dem Krankenhaus entlassen werden und der Hausarzt weiß davon nichts, muss er mit Medikamenten aus der Krankenhausapotheke nicht nur bis Freitagabend versorgt werden.)*

Dieser Missstand ist allgemein bekannt, deshalb bemühen sich die Krankenhäuser um einen reibungsloseren Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Es wurden Beispiele aufgezeigt, bei denen es zu einem fließenden Übergang aus der häuslichen zur stationären Versorgung kommt, und nach vorgeplanter OP wieder problemlose Entlassung in den häuslichen Bereich

*(P9: Als Vorbereitung auf die Operation gibt es einen Termin mit den Patienten in Form eines Aufklärungsgesprächs, bei dem vielleicht noch eine ausstehende Untersuchung gemacht wird und dann bekommt der Patient einen Termin für die stationäre Aufnahme und dadurch hat man sicherlich auch die Abläufe schon mehr an den Patienten orientiert.)*

Gerade an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird eine Mitwirkung von Patientenvertretern angeregt, um diese Abläufe patientenfreundlich zu gestalten. .

*(P8: Diese würden dafür sorgen und darauf achten, dass die Abläufe patientenfreundlich sind, da sie nicht einsehen, dass das Gesundheitswesen für die Patienten da sein soll, aber es ohne sie komplett organisiert wird. Sie müssen zwar immer mehr zahlen, aber sie haben keine Einflussmöglichkeiten.)*

Ihr Ziel ist es, die Einbeziehung von Patientenvertreter in den Landeszulassungsausschüssen, im gemeinsamen Bundesausschuss und vielleicht auch bald im Landeskrankenhausgesetz verankert zu sehen.

Die oben angesprochene Schnittstellenproblematik war für alle Interviewpartner ein wesentlicher Diskussionspunkt. Als Grundproblem sieht der Vertreter der hamburgischen Krankenhausgesellschaft die starre Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die zu vielen Reibungsverlusten und Doppeluntersuchungen geführt hat. (P7) Besonders die getrennten Honorierungsbudgets stellen eine Hürde für die übergreifende Versorgung dar. Hier bestehen erhebliche Meinungsdivergenzen. So fordern Krankenhausfunktionäre eine vollkommene Abschaffung der einzelnen Budgets. Sie halten es für vorrangig, die Gesundheitsdienstleistung für unsere Bevölkerung aus einem Topf zu bezahlen.

*(P6: Weder der ambulante noch der stationäre Bereich müssen sich per se ändern, sondern die Bezahlssysteme müssen ineinander überführt werden. Derzeit haben wir völlig*

*getrennte Bezahlssysteme: ein KV-Budget und ein Krankenhausbudget und Sonderleistungen, die aus besonderen Töpfen bezahlt werden. Das ist vollendeter Unsinn.)*

Der Vertreter der Hausärzte befürchtet als Folge der unterschiedlichen Honorierungsbudgets das Verschieben oder gar Abschieben arbeitsintensiver und damit kostenintensiver Patienten von einem Sektor in andere Sektoren, nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus rein finanzieller Erwägung.

*(P1: Solange wir sektorale Budgets haben, werden Sie immer das Problem haben, dass der eine Sektor versucht, den anderen Sektor in irgendeiner Weise für sich dienstbar zu machen.)*

Die bestehende finanzielle Trennung der jeweiligen Sektoren wird als Ursache der unzureichenden sektorenübergreifenden Versorgung der Patienten gesehen.

*(P8: Über-, Unter- und Fehlversorgung ist letztendlich auf die Abschottung der einzelnen Versorgungssektoren mit seinen jeweiligen Budgets zurückzuführen.)*

Nach Ansicht der KV sind ambulanter und stationärer Bereich in ein striktes Regelwerk eingebunden. Aus diesem Grunde wird es schwer, die verschiedenen Budgets mit völlig unterschiedlichen Abrechnungsmodellen zusammenzuführen. Am besten geeignet sind Kooperationsmodelle, wie sie es zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern seit längerem gibt und die dank getrennter Abrechnung in den einzelnen Budgets problemlos seit Jahrzehnten funktionieren (P12).

Die Probleme werden deutlich, wenn eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren mit den Krankenkassen verhandelt wird. Die derzeitigen Budgets und vor allen Dingen die weitere Entwicklung dieser Budgets stellen ein nahezu unüberwindbares Problem dar. Deshalb werden andere Versorgungsmodelle und Abrechnungskonzepte gefordert, die den ambulant tätigen Ärzten die Existenzgrundlage sichern können.

*(P12: Bei einer geplanten, organisierten, koordinierten Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär mit den Kostenträgern in Kooperation führt in den Bereich des Budgets und der Budgetbereinigung, die nach wie vor extrem schwierig ist...da muss es den niedergelassenen Ärzten leichter möglich sein auch gemeinsame Versorgungskonzepte anzubieten, ohne dass man sich durch diesen Schritt aus der jeweiligen Versorgungsstruktur heraus in die Gefahr begibt, dass das eigentliche Haus hinter einem zusammenbricht.)*

Niedergelassene Fachärzte sehen in Kooperationsmodellen, die bereits Sektoren übergreifend in Einzelfällen funktionieren, eine Chance für die Zukunft. Von ihrer Seite bestehen keine Berührungsängste bei einer engen Kooperation mit den Krankenhäusern. Allerdings fordern sie eine angemessene Honorierung.

*(P2: Die Verzahnung zwischen den Sektoren sollte enger werden. Fachspezifische ambulante Klinikpraxen sollten Kliniken angekettet werden, die Brücke muss enger gemacht werden und auch besser honoriert werden. Dazu sind neue Systeme wie integrierte Versorgung sinnvoll.)*

Das deutsche Gesundheitssystem wird als ausgesprochen korporatistisch bezeichnet. Das stark regulierte und auf Verbände und Funktionen ausgerichtete Vertrags- und Versorgungssystem mit sektoralen Budgets und Partikularinteressen behindert die Umsetzung von gesetzlichen und medizinischen Versorgungsaufträgen. (P8)

Diese Abgrenzung durch Partikularinteressen und gruppenspezifischen Egoismus gilt es unbedingt zu verändern.

*(P11: Außerhalb der Integrationsversorgung gibt es keine Möglichkeit, dass eine einzelne Kasse mit einem einzelnen Krankenhaus verhandelt. Das muß aufgebrochen werden. Nur so kann man Versorgungsstrukturen verändern und Versorgungsstrukturen sind ja zwischen Flensburg und Garmisch nicht identisch. Sie sind ja hoch unterschiedlich. Und da muß ich gucken in den einzelnen Regionen, wie kann ich die optimalste Versorgung mit dem besten Zugang für die Versicherten auch machen.)*

Der Geschäftsführer einer Klinikette sieht das Hauptproblem nicht in fehlender Kooperation, sondern in der Selbstverwaltung der verschiedenen Gremien.

*(P6: Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts., die Krankenkassen werden durch Sozialministerien kontrolliert, das sind Konstrukte, die stammen aus dem ausgehenden 19. Jahrhundert, sie passen überhaupt nicht mehr in eine moderne Bezahlwelt, in der nach Preis und Leistung bezahlt wird. Eine künstliche Aufrechterhaltung von vielen Positionen verwalterischer Art, die wir alle nicht brauchen.)*

Ein weiterer Kritikpunkt sind die durch fehlenden Informationsfluß bedingten Doppeluntersuchungen, die erhebliche Kosten verursachen (P8: Vermeidung angebotsinduzierter Leistungssteigerungen) und zur Verunsicherung der Patienten beitragen, da sich daraus häufig unterschiedliche und damit für den Patienten verwirrende therapeutischen Ansätze ergeben können. So glaubt ein Krankenhausgeschäftsführer, man könnte durch Vermeidung unnötiger medizinischen Doppelleistungen bis zu 10 Mrd. € sparen. Wenn man darüber hinaus medizinische Innovationen gezielt einsetzt und die Ärzte nicht schrittweise alle Methoden bis dann zur neusten einsetzen würden, könnte man sicherlich noch einmal 10 Mrd. € sparen (P6) .

Von der ambulanten ärztlichen Seite werden die Einspareffekte durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen verständlicherweise in ihrer Größenordnung geringer bewertet.

*(P1: Es wird eben vieles noch doppelt gemacht, ob es nun wirklich unter dem Strich so wäre, dass man damit Geld sparen kann, das glaube ich nicht).*

*(P12: Ich glaube, das mit den Doppeluntersuchungen ist, was die Masse angeht, ein Mythos).*

Die Hausärzte halten einen besseren Informationsfluss an den Schnittstellen für ein geeignetes Mittel, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Es wird der Einsatz von Informationstechnologien sowie ein einheitliches Formularwesen vorgeschlagen, um den reibungslosen Ablauf zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten. Ein entsprechendes Projekt namens *Seaman* ist im Hamburg-Harburger Raum bereits in Vorbereitung. Dabei handelt es sich um ein EDV-Formular mit allen schnittstellenrelevanten Informationen über den Patienten, auf das alle Gesundheitsanbieter über Computer zugreifen können.

*(P1: Die verschiedenen Fachgruppen und Versorgungssektoren gehen eher aufeinander zu. Es gibt sehr viele Initiativen, die Kommunikationsprobleme zu glätten und zu beheben, beispielsweise unser Seaman-Projekt)*

Von der Kassenärztlichen Vereinigung wird die Schnittstellenproblematik ganz anders gesehen. Ein individueller, freier Zugang zu allen medizinischen Versorgung wird als Ausdruck der Patienten- oder Versichertenautonomie betrachtet und damit von den Patienten gewünscht. Das bedeutet sowohl unzureichenden sektorenübergreifenden Informationsfluss wie auch höhere Kosten.

*(P12: Wir haben Schnittstellenprobleme, die u. a. aber auch dadurch bedingt sind, dass es einen so freien Zugang gibt zu fast allen medizinischen Dienstleistungen. Wir stehen halt vor der Frage, lassen wir es bei dem freien Zugang, dann muss ich allerdings mit diesen Schnittstellenproblemen leben, die auch Geld kosten oder verändere ich die Schnittstellen, dann nehme ich aber automatisch Patientenautonomie weg oder Versichertenautonomie. Vor der Frage stehen wir und die muss die Politik beantworten.)*

Die Vorschläge der Interviewpartner zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zu sektorübergreifender Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor variieren entsprechend der Interessengruppen, je nach Gruppenzugehörigkeit. Die Vertreter der Krankenhäuser, unabhängig, ob private oder freigemeinnützige Häuser und die Chefarzte der Krankenhäuser sehen das Krankenhaus als Zentrum der sektorenübergreifenden Patientenversorgung (P5, 6, 7, 8).

Die Krankenhausvertreter sind sich einig, dass dieses nur durch eine Verringerung der ambulanten fachärztlichen Versorgung realisiert werden kann, da die fachärztliche Kompetenz am Krankenhaus ohnehin vorhanden ist und eine „Doppelfacharztschiene“ nicht sinnvoll ist. Die hausärztliche Versorgung sollte dabei intensiviert werden, während die ambulante fachärztliche verringert werden sollte.

*(P5: Wir wollen keine Doppelfacharztschienen mehr haben, d. h. eine optimale Facharztversorgung im Krankenhaus und dazu auch immer noch eine zweite Facharztschiene, die ambulant arbeitet, sondern wir wollen eine haben und wir wollen das erreichen, indem wir die hausärztliche Versorgung intensivieren und über diese intensivierte hausärztliche Versorgung ein bisschen den Facharztzweig herunterhungern.)*

*(P6: Die medizinischen Versorgungszentren werden ja mehrheitlich an Krankenhäusern gegründet und organisiert und sind im Grunde sowohl für das Krankenhaus als auch für den niedergelassenen Arzt eine Gewinnsituation. ... Ich würde den niedergelassenen Fachärzten einen Großteil ihrer Funktion komplett entziehen.)*

*(P7: Wir sind der Meinung, dass die fachärztliche Versorgung verstärkt ans Krankenhaus gehört, um diese doppelte Facharztschiene, nämlich im Krankenhaus müssen wir sie soundso fahren, zumindestens zu reduzieren. Sicher in einzelnen Bereichen wird solche Facharztpraxis ihren Sinn und Zweck haben. Aber in der Regel gehört das, glaube ich, aus unserer Sicht ans Krankenhaus.)*

Ein leitender Arzt einer Krankenhausabteilung sieht dieses nicht ganz so strikt. Er meint, dass der vertragsärztlich niedergelassene Facharzt bei intakter Kooperation weiterhin ambulante Leistungen erbringen sollte, er setzt auf ergänzendes Miteinander.

*(P3: Wir müssen uns verstärkt ambulanten Möglichkeiten gegenüber öffnen. Ich halte es für falsch, wenn wir der Meinung sind, wir müssten alle ambulant zu erbringenden Leistungen auch selbst erbringen, das ist eine Doppelversorgung, die unnötig ist, das bringt nur Konkurrenzgedanken. Ich denke, viel sinnvoller wäre eine Symbiose zu suchen.)*

Diese Einstellung wird auch von einer niedergelassenen Fachärztin mit Subspezialisierung vertreten.

*(P2: Es gibt einen Trend zur Spezialisierung in großen Praxen, in Ballungsräumen wie in Hamburg. Somit sollte z. B. die Onkologie zentralisiert werden... in die Praxis verlagert werden, um in sinnvoller Zusammenarbeit mit den operativen Zentren der Kliniken zu arbeiten. Diese fachspezifischen Ambulanzen müssen an die Klinik angekettet werden und enger mit den Kliniken verzahnt werden. Dieses ist in Form von integrierten Versorgungssystemen sinnvoll.)*

Der Hausarzt sieht sich als Gesamtverantwortlichen und sogenannten „gate keeper“, der dann an die Spezialisten überweist, die gezielt tätig werden. Die komplexen Leistungen sollten dabei seiner Meinung nach vom Krankenhaus erbracht werden.

*(P1: Ich glaube, dass sich die Zusammenarbeit Spezialist, Krankenhaus so einspielen wird, dass die hochkomplexen Leistungen mehr krankenhausesorientiert ablaufen und die anderen Leistungen von niedergelassenen Ärzten weiter durchgeführt werden.)*

Die Krankenversicherungen befürworten neue integrierte Versorgungsmodelle, für die der Weg durch §140 SGB V frei gemacht wurde. Diese Versorgungsmodelle ermöglichen es, Medizin aus einer Hand anzubieten. Allerdings können sich Veränderungen nur einstellen durch erhöhten Wettbewerb sowohl der Ärzte als auch der Krankenkassen untereinander. *(P11: Wünschenswert wäre, dass die Versorgungsstrukturen im Ambulanten und Stationären besser zusammenwachsen und dass man Medizin aus einer Hand anbieten kann, das ist nur ein Anfang, das reicht nicht, wir müssen dringend die Strukturen ändern und das geht nur, wenn wir auch gleichermaßen den Wettbewerb erhöhen.)*

Die integrierte Versorgung als innovatives und zukunftsorientiertes Modell bietet eine sektorenübergreifenden Behandlung von Patienten auch mit chronischen Erkrankungen und sollte aus diesem Grunde gefördert werden (P8).

Die Kassenärztliche Vereinigung als Vertreter der ambulant niedergelassenen Ärzte betont die Wichtigkeit des seit Jahrzehnten bestehenden Sicherstellungsauftrags der niedergelassenen Ärzte, der bei weiterer Reduktion der finanziellen Mittel kaum noch zu gewährleisten ist.

*(P12: Der ambulante Bereich leidet darunter, dass ihm ein umfassender Sicherstellungsauftrag überantwortet wurde, ihm aber gleichzeitig die finanziellen Mittel entzogen werden, um diesen umfassenden Sicherstellungsauftrag zu erfüllen).*

Sie sieht nicht nur die Notwendigkeit einer hausärztlichen Versorgung, sondern zusätzlich auch einer fachärztlichen Versorgung, um auf diese Art den freien Wettbewerb und den freien Zugang zum Arzt der Wahl zu ermöglichen. Sollten Fachärzte nur noch am Krankenhaus ambulant arbeiten, wäre die freie Arztwahl nicht mehr gegeben, was die KV ablehnt.

*(P12: Der stationäre Bereich ist noch in sehr strikte Regeln eingebunden. Es ist sehr, sehr schwer, Budgets zusammenzuführen. Wir brauchen in beiden stationären und ambulanten Bereichen mehr Möglichkeiten zu flexibler Handlungsweise. Allerdings ganz wichtig bei gleich langen Spieß, also da darf nicht eine Seite bevorteilt werden.)*

Voraussetzung für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist eine Aufgabe des bisherigen Vergütungsbudgets.

*(P8: Das Geld muss der Leistung folgen.)*

Dieses setzt aber eine übergeordnete Qualitätsvereinbarung in allen Bereichen voraus. Während Qualitätssicherung im stationären Bereich schon weitgehend etabliert ist, ist der ambulante Sektor noch weit von Qualitätssicherung und Zertifizierung entfernt. Dies liegt z.T. am Desinteresse der Ärzte, z.T. an der überwuchernden Bürokratie, die ein Hausarzt mit der üblichen Arbeitsbelastung nicht bewältigen kann.

Im Klinikbereich wurden Dokumentationsverfahren zur Qualitätssicherung und Verbesserung des Qualitätsmanagements entwickelt. Ein wesentlicher Pfeiler ist das

Benchmarking, das die Krankenhäuser verpflichtet, über das Niveau ihrer stationären Versorgung zu berichten (P8). Dieses sei im stationären Bereich bundesweit schon sehr weit fortgeschritten.

*(P7: Wir haben jetzt die externe Qualitätssicherung für die Hamburger Krankenhäuser eingeführt und sind sogar stolz darauf, dieses bundesweit für alle Krankenhäuser, die zu dem Verbund der Krankenhäuser gehören, einzuführen.)*

Vergleichbare Prozesse in der ambulanten Medizin fehlen (P8). Dieses wird auch von der kassenärztlichen Vereinigung nicht bestritten.

*(P12: Die niedergelassenen Ärzte haben sich in den vergangenen Jahren zu wenig darum bemüht, die Qualität ihrer Arbeit zu dokumentieren. Die Hausärzte können aufgrund der massiven Arbeitsbelastung und der vor allen Dingen überwuchernden Bürokratie kaum zu einer effektiven Qualitätskontrolle beitragen.)*

*(P1: Man wollte...verlässlich Scheckheft gepflegte Patienten, das können Hausärzte ...bei den vielen verschiedenen Indikationsbereichen nicht abdecken.)*

Im fachärztlichen ambulant-operativen Bereich hat sich Qualitätsmanagement auch durch evidence-based-medicine gewonnene Behandlungsstrategien durchgesetzt.

*(P12: Da gibt es Leitlinien..., die werden auch umgesetzt...da ist soviel Druck auch durch die Qualitätskontrollen, dass sich vieles in den nächsten fünf Jahren noch deutlich verbessern wird.)*

Die im Rahmen von Qualitätsrichtlinien festgelegten Standards der Therapie bzw. die vorgesehenen Leitlinien werden von den verschiedenen Interviewpartnern unterschiedlich beurteilt. Der „Generalist Hausarzt“ meint, dass Leitlinien nicht das Arzt-/ Patientenverhältnis mit Kenntnis spezifischer Probleme ersetzen können, sondern eher das vertrauensvolle Verhältnis zum einzelnen Patienten belasten. Darüber hinaus gibt es für die Behandlung multimorbider Patienten bislang keine Leitlinien.

*(P1: Die Leitlinie ersetzt überhaupt nicht die Behandlung von dem konkreten Arzt für den einzelnen Patienten, die konkret mit dem Patienten arbeiten, die dann wirklich wissen, was sie für diesen Patienten zu tun haben und wie sie die Probleme lösen. Die Leitlinien haben Ecken und Kanten und es gibt keine Studien über 80-jährige Multimorbide und dementsprechend auch keine Leitlinien.)*

Anders sieht das ein ärztlicher Direktor. Die DMP Programme, in denen verschiedene Partner (z. B. Krankenhaus, Radiologe, Gynäkologe, Onkologe, Psychologe bei Brustkrebs) gemeinsam nach Leitlinien einen Patienten betreuen, hält er zwar für gut für den Patienten, aber für zu bürokratisch und kompliziert (P5).

Fachärzte haben diese Leitlinien schon seit Jahren und behandeln dementsprechend ihre Patienten wie z. B. in den verschiedenen Brustzentren in Hamburg.

*(P12: Behandlungsleitlinien in der Gynäkologie werden zu einer besseren Patientenversorgung führen. Als operatives Fach kriegen wir ja sofort einen Prozeß und stehen dementsprechend...alle unter Qualitätsdruck.)*

Leitlinien werden auch, wenn auch mit Einschränkung, im stationären Bereich akzeptiert.

*(P7: Vom Grundsatz her glaube ich, dass Leitlinien die Qualität verbessern. Für bestimmte Diagnosen sind sie sinnvoll, weil es Standard ist und in anderen Bereichen sollte man es nicht ideologisch sehen, denn dann behindert man auch den medizinischen Fortschritt. Leitlinien lassen Ausnahmen zu, man muß nur anständig begründen.)*

Eine Optimierung der Behandlungskonzepte sei nötig und Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation, dazu gehöre auch die Qualität von Untersuchungen, z. B. im radiologisch-interventionellen Bereich (P4).

*(P8: Vom Gesetzgeber festgelegte Qualitätssicherungselemente, insbesondere im stationären Bereich sind erfolgreiche erste Instrumente zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die anstehenden Zertifizierungsverfahren sind ein weiterer Meilenstein in der Verbesserung der Prozeß- und Strukturqualität in der stationären Versorgung. Ziel einer Kooperation sollte sein durch Verpflichten vorgegebene Patientenpfade und Dokumentationssysteme die Behandlungsprozesse zu organisieren und in der Qualität zu bessern.)*

Von Seiten der Patientenvertreter werden Leitlinien generell befürwortet.

*(P10: Ich finde Leitlinien als Orientierung für Ärzte gut. Auch als Patient bin ich froh, wenn es eine Leitlinie gibt. Leitlinien sind auch immer dann von Bedeutung, wenn es um Arzthaftungsprozesse geht.)*

Von den Kostenträgern werden standardisierte Behandlungsmethoden nach Leitlinien ohne Einschränkung favorisiert.

*(P11: Durch standardisierte Behandlungsmethoden nach Leitlinien zeigt sich, dass die Qualität auch verbessert wird. Ein Quantensprung in der Qualität ist ja schon, wenn alle Akteure, die an diesem Krankheitsbild arbeiten, sich auf gemeinsame Leitlinien verabreden. Das ist ein hohes Maß an Sicherheit für die Patienten.)*

Die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte bzw. Chipkarte wird von allen Interviewpartnern gut geheißen. Erforderlich ist allerdings die Zustimmung des Patienten und ggf. auch die Einschränkungen, die der Patient mitteilen muss. So ist vorstellbar, dass der Patient eine psychische Erkrankung nicht unbedingt allen Gesundheitsanbietern zur Kenntnis bringen möchte.

*(P9: Meine Gynäkologin muß nicht wissen, dass ich einen pathologischen psychiatrischen Befund hatte.)*



Neben diesen vom Patienten vorgegebenen Einschränkungen gaben die Interviewpartner zu bedenken, dass nicht alle Details auf dieser Chipkarte registriert werden sollten.

*(P5: Die Gefahr solcher Informationssysteme ist immer, dass wir sie mit Zuviel befrachten. Mit Dingen, die uns überhaupt nichts nützen.)*

*(P4: Eine Chipkarte mit z. B. Ergebnissen der bisherigen Untersuchungen sei hilfreich, wobei die Informationstechnologie bei beiden Kooperationspartnern kompatibel sein müsste.)*

*(P3: Die Chipkarte ist eine erhebliche Erleichterung der Überleitungsversorgung. Ich halte aber auch sehr viel von der digitalen Dokumentation im Wundbereich z. B.)*

*(P12: Die Chipkarte kann die Behandlung des Patienten sicherer machen, vor allen Dingen auch für Patienten, die sich nicht so gut verbal äußern können.)*

*(P11: Wenn wir uns den Ist-Zustand angucken, was alles an Daten verloren geht und wie Daten mühevoll zusammengesucht werden müssen in einem Krankheitsbild, da wäre die Chipkarte schon ein Weg, vor allen Dingen auch für den Arzneimittelbereich. Da sehe ich eine ganze Menge Einsparmöglichkeiten.)*

Durch die elektronische Patientenkarte wäre also nicht nur eine Dokumentation gewährleistet, gleichzeitig wäre auch durch Transparenz der verordneten Medikamente Einsparpotential gegeben.

*(P11: Ich sehe eine ganze Menge Einsparmöglichkeiten bei den Patienten, die in verschiedenen Facharztpraxen unterwegs sind und überall Medikamente verordnet bekommen.)*

Untersuchungen sollten auf der Chipkarte ebenfalls dokumentiert und damit Doppeluntersuchung vermieden werden. Unnötige Zweituntersuchungen sollten vermieden werden.

*(P4: Doppeluntersuchungen könnten so vermieden werden und somit würde der Patient auch weniger belästigt.)*

*(P5: Solange die Ärzte sich an den Möglichkeiten des Erlössystems orientieren, wird dieses auch ausgeschöpft und so wird medizinisch mehr gemacht als unbedingt notwendig ist.)*

Die Krankenhausärzte sehen deshalb deutliche Einschränkungen durch Vermeidung unnützer Doppeluntersuchungen auf der ambulanten Facharzzebene und damit finanzielle Einbußen für die Vertragsärzte. Der neue EBM 2000 wird als DRG- System für den ambulanten Bereich bezeichnet.

*(P5: Dasselbe Erlössystem wird es bald im niedergelassenen Bereich geben wir im Krankenhausbereich.)*

*(P6: Im Grunde ist das EBM 2000 plus die Vorform von den DRG's für den niedergelassenen Arzt.)*

Von der ambulanten Ärzteseite werden die Doppeluntersuchungen im Krankenhaus trotz vorliegender ambulanter Untersuchungen ebenfalls kritisiert.

*(P12: Krankenhausärzte sagen ganz kategorisch, ich operiere keinen Patienten, den ich nicht vorher geröntgt habe.)*

*(P3: Ich würde empfehlen, Röntgenbilder stationär durchführen zu lassen, um eben dann gemeinsam gleich weitere therapeutische Maßnahmen und Interventionen möglich zu machen.)*

Die Krankenhausärzte fordern deshalb einen ausreichend hohen Qualitätsstandard der ambulanten Untersuchungen.

*(P4: Im prästationären Bereich müsste die Qualität der Untersuchung auf jeden Fall mit dem im Krankenhaus vergleichbar sein.)*

Die Einbeziehung des Apothekenbereiches in die Gesamtversorgung der Patienten wird ebenfalls mit einem hohen Einsparpotential bewertet. So wird vor allen Dingen von den Krankenhausärzten gefordert, das Monopol der Apotheken zu brechen und die Krankenhäuser zur ambulanten Arzneimittelabgabe zu berechtigen.

*(P8: Beteiligung der Krankenhausapotheken an der ambulanten Versorgung)*

Darüber hinaus sollte die Verordnung preisgünstiger Arzneimittel festgeschrieben werden.

*(P11: Im Arzneimittelbereich ist erhebliches Einsparpotential, weil bei historischem Anspruchsdenken der GKV-Versicherten auf die beste Versorgung jegliche preiswerteren alternativen Medikamente nicht eingenommen werden, sondern dann lieber der Arzt gewechselt wird, um seine alte, teure Medikation wieder zu bekommen.)*

Alle Gesprächspartner befürworten eine Kooperation zwischen den verschiedenen Sektoren. Dennoch sind die Argumente stark durch Partikularinteressen der jeweiligen Sektoren geprägt. So kritisieren alle ärztlichen Gesprächsteilnehmer die Budgetierung der verschiedenen Bereiche und sehen darin einen Hinderungsgrund für moderne Versorgungskonzepte. Die neuen Abrechnungsmöglichkeiten der Kliniken über DRG sind zumindest in den ersten Jahren budgetiert und werden somit dem Wettbewerb der Kliniken untereinander nicht gerecht, zumal von den Kostenträgern erwartet wird, dass die Kliniken sogenannte Kernkompetenzen aufbauen.

*(P11: Ich empfehle den Krankenhäusern, ganz deutlich ihre Kernkompetenz zu finden und sich darauf zu konzentrieren. Diese Kernkompetenzen würden dann aber aufgrund der Ausweitung der Leistungen zu einer Sprengung des Budgets führen.)*

Die Budgetierung im ambulanten Bereich wird ebenso kritisiert.

*(P6: Das Problem der Kooperation regelt sich über die Arztmenge, die der Markt hat. Die Einzelabrechnung und Budgetierung im niedergelassenen Bereich führt dazu, dass der*

*niedergelassene Arzt am Ende eines Jahres erfährt, was er denn eigentlich für jede einzelne Leistung bekommt, was er verdient hat, dass ist ein ökonomisch ziemlich idiotisches Finanzierungssystem.)*

Das Abschaffen der Budgetierung in den Sektoren würde letztlich den Wettbewerb unter den verschiedenen Leistungsanbieter beflügeln. Unter Ausnutzung der Möglichkeiten, die der §140 SGB V bietet, könnten Kooperationsformen mit dem Krankenhaus als Kristallisationspunkt Gestalt annehmen. Dieses würde letztlich zu einer Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens führen, mit dem Hausarzt oder dem betreuenden Facharzt (Internist, Gynäkologe, Urologe oder Kinderarzt) zur Primärversorgung und dem Ausbau und der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung bei gleichzeitiger Reduktion des gesamten fachärztlichen Bereiches. Fachärzte, die hoch spezialisiert sind, können sich in lockerer Kooperation mit *den* Krankenhäusern assoziieren (P2, 4, 5).

Dabei scheinen die ersten praktizierten Kooperationsmodelle wie DMP's wegen bürokratischer Überfrachtung (P1) und der Kopplung an den Strukturausgleich (P7, P11) nicht sehr erfolgreich zu sein. Weitergehende integrierte Versorgungsmodelle werden wegen der zeitlich begrenzten Anschubfinanzierung kritisiert (P7, P8). Von Seiten der Patientenvertreter wurden vor allem bemängelt, dass die Patienten selbst, um die es ja bei diesen Modellen geht, nicht gehört werden bei der Entwicklung der Sektoren übergreifenden Kooperationsmodelle (P9, P10). Von Seiten der Patienten kommt der Hinweis, dass die Akteure im Gesundheitssystem immer noch nicht bereit sind, miteinander zu reden, um das bisherige Misstrauen gegeneinander abzubauen.

*(P10: Da ist sehr viel Misstrauen der Akteure gegeneinander. Wenn man dass schaffen könnte, in Modellen sich zusammensetzen und Vertrauen zu entwickeln.)*

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland wird von den Interviewpartnern entsprechend ihrer Rolle im Gesundheitssektor unterschiedlich gesehen. Die Kassenärztliche Vereinigung möchte die bisherigen Prinzipien der medizinischen Versorgung beibehalten mit freier Arztwahl und gleichem Leistungskatalog für alle, ist aber Kooperationsmodellen von ambulanter und stationärer Versorgung gegenüber offen.

*(P12: Finanzierungswege von ambulanter und stationärer Versorgung sind so zu verändern, dass es leichter wird, Kooperationen auch organisatorischer Art herzustellen.)*

Der Vertreter der Hausärzte erwartet eine auf Sachleistung basierende generalistische Basisversorgung durch den Hausarzt mit zusätzlicher ambulanter Facharztversorgung, auch kliniknah assoziiert.

*(P1: Eine auf Sachleistung basierende generalistische Basisversorgung vom Hausarzt, der dann seine Patienten zu Spezialuntersuchungen ambulant weiter überweist und möglichst wenig Klinikapparat und möglichst vieles ambulant erledigt werden kann.)*

Die Fachärzte sehen ihre Zukunft in einer Assoziation von großen Schwerpunktpraxen mit den Kliniken, wobei sowohl die Anzahl der Praxen wie auch der Kliniken abnehmen werden.

*(P2: Gemeinschaftspraxen, die Spezialversorgung durchführen, werden an den Kliniken assoziiert und verzahnt und werden die Hauptversorger sein. Die deutlich schrumpfende Anzahl von Kliniken macht weiterhin große Operationen, kleinere Eingriffe werden ambulant durchgeführt.)*

*(P3: Im stationären wie im ambulanten Bereich wird ein Schrumpfungsprozeß in den nächsten Jahren eintreten.)*

*(P4: 30 % der Krankenhäuser werden bis zum Jahre 2010 verschwunden sein.)*

*(P6: Die Überversorgung gewisser Arztgruppen wird sich aufgrund der wirtschaftlichen Situation nach den neuen budgetierten und Kostenersatz von selber lösen.)*

*(P7: Das ist die politische Frage: entscheidet man sich für ein Wettbewerbssystem oder für die Fortsetzung der Budgetierung und Reglementierung.)*

In den Metropolregionen soll es zukünftig eine andere Krankenversorgung geben als in den Flächenstaaten, wo der Sicherstellungsauftrag durch eine Basisversorgung weiterhin gewährleistet sein muss. In den Metropolen wird es durch stärkere Wettbewerbssituation zu einer Kooperation verschiedener Krankenhäusern und damit zu einer Reduktion der bisherigen Anzahl kommen. Dieses kann zu neuen gemeinsamen Versorgungskonzepten mit verschiedenen Leistungsträgern führen.

*(P8: Die Krankenhäuser werden in einem stetigen Prozeß ihre Nischen der Behandlung und Versorgung suchen müssen, um auf diese Weise im Wettbewerb zu überleben.)*

Die fachärztliche Versorgung wird aus dem bisherigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung herausgelöst, während die hausärztliche Tätigkeit weiterhin über die KV geregelt wird. Damit ist die fachärztliche Versorgung überwiegend am Krankenhaus vorgesehen.

*(P8: Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung durch die Kooperationsmodelle mit sektorübergreifenden Behandlungen und Bezahlungen.)*

Eine weitere Kostenreduktion im Gesundheitswesen ist durch eine deutliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen zu erwarten.

*(P5: Wir brauchen nicht 280 Krankenkassen, zehn reichen völlig.)*

*(P11: Ich bin davon überzeugt, dass wir keine 250 Krankenkassen brauchen. Wettbewerb auch auf der Krankenkassenseite ist nötig. Dafür ist der Risikostrukturausgleich hinderlich.)*

Die bisher uneingeschränkte medizinische Vollversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen wird in Frage gestellt.

*(P7: Die Grundversorgung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt, darüber hinaus wird es zu einer viel stärkeren finanziellen Beteiligung der Patienten kommen.)*

*(P6: Eine Basisversicherung wird europaweit eingeführt und zusätzlich entsprechende private oder staatliche Zusatzversicherungen wird es in den nächsten zehn Jahren geben.)*

Als Zukunftsszenario werden Pläne dargestellt, eine Bereinigung des Systems anzustreben mit der Abschaffung der Krankenkassen, staatlicher Finanzierung der Gesundheitsleistung mit einer Basisversorgung und einer darüber hinaus gehenden freiwilligen Zusatzversorgung. (P5). Dieses ist das EndszENARIO, „wenn die Marktbeteiligten sich nicht auf ein gemeinsames Programm einigen, was kaum zu erwarten ist, da sie nicht alle in einem Boot sitzen und, sollten sie in dem Boot sitzen, auch noch gegeneinander rudern“ (P5).

## DISKUSSION

Alle Interviewpartner sind sich einig, dass das deutsche Gesundheitswesen ein hohes Versorgungsniveau hat, das den internationalen Vergleich nicht scheuen muss. So hat jüngst Beske(6) in einem Gutachten „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“ - der Vergleich des Gesundheitswesens von 14 hoch industrialisierten Ländern - gezeigt, dass Deutschland ein umfassendes, preiswertes und überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen hat (**Abb. 2**). Im Vergleich der pro Kopf-Ausgaben bei Gesundheits- und Geldleistungen dieser 14 Ländern liegt Deutschland mit 3 400 € unter dem Mittel von 3 560 € / Kopf, gibt also weniger Geld aus, als der Durchschnitt der vergleichbaren Länder. Trotz dieser relativ günstigen Ausgabenstruktur hat Deutschland im Vergleich der 14 Länder den höchsten Versorgungsindex vor Österreich etc. (**Abb. 3**), den niedrigsten hat die USA.

**Pro-Kopf-Ausgaben der 14 Länder für Gesundheits- und Geldleistungen absteigend nach der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben in EURO im Jahr 2001**

Land	Gesamte Pro-Kopf-Ausgaben (€) für Gesundheits- und Geldleistungen	Band I: Pro-Kopf-Ausgaben (€) für Gesundheitsleistungen	Band II: Pro-Kopf-Ausgaben (€) für Geldleistungen
<b>Überdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen</b>			
USA	6.195	5.665	530
Schweiz	4.571	3.080	1.491
Dänemark	4.318	3.002	1.316
Niederlande	4.140	2.920	1.220
Österreich	3.973	2.916	1.057
Schweden	3.617	2.340	1.277
<b>Durchschnitt</b>	<b>3.594</b>	<b>2.786</b>	<b>808</b>
<b>Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen</b>			
Deutschland	3.560	2.741	819
Japan	3.552	3.082	470
Frankreich	3.320	2.776	544
Kanada	2.837	2.548	289
Belgien	2.736	1.985	751
Australien	2.669	2.026	643
Großbritannien	2.640	2.194	446
Italien	2.187	1.733	454

**Abb. 2**

Quelle: Beske, F. (6)

**Versorgungsindex des Leistungskatalogs für Gesundheits- und Geldleistungen der 14 Länder absteigend nach der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben**

Land	Versorgungsindex Gesundheitsleistungen	Versorgungsindex Geldleistungen	Versorgungsindex Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt
<b>Überdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen</b>			
USA	77	72	76
Schweiz	108	97	104
Dänemark	100	105	101
Niederlande	104	121	109
Österreich	116	105	112
Schweden	98	121	105
<b>Durchschnitt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen</b>			
Deutschland	119	109	116
Japan	102	109	104
Frankreich	102	109	104
Kanada	96	93	95
Belgien	112	101	108
Australien	85	76	82
Großbritannien	89	80	86
Italien	94	105	98

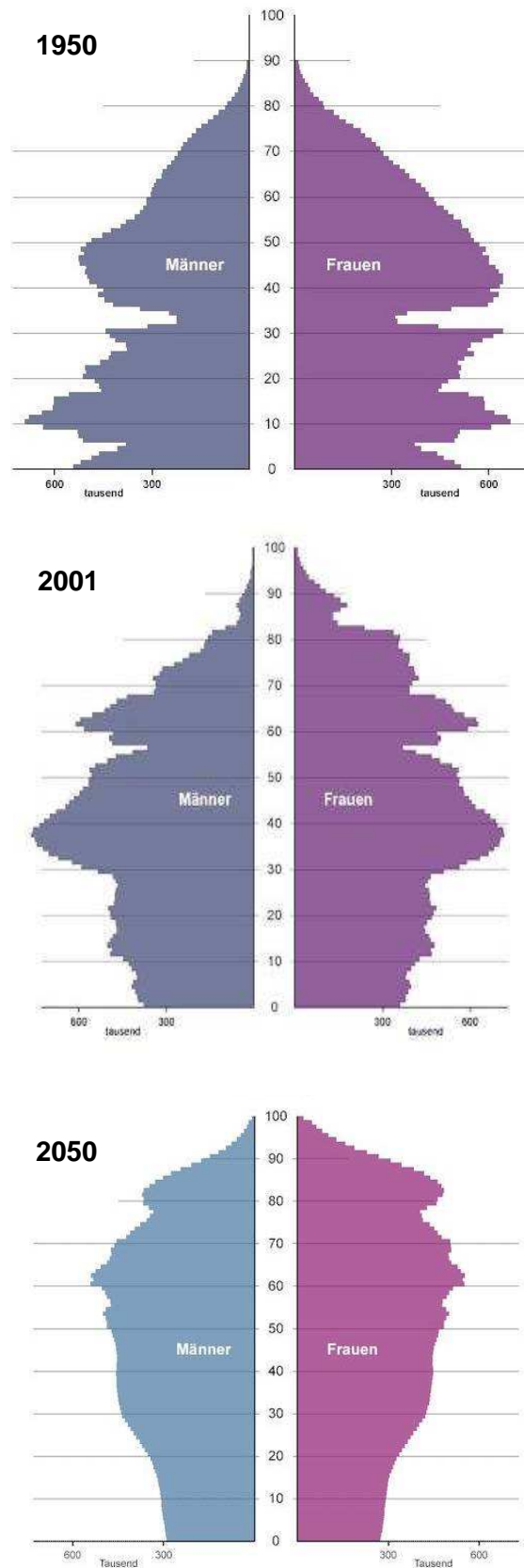
**Abb. 3**

Quelle: Beske, F. (6)

Aufgrund dieser Diskrepanz berechnet sich die Effizienz so, dass Deutschland im Vergleich der 14 Länder an vierter Stelle steht.

Alle befragten Kollegen waren sich jedoch darin einig, dass dieses hocheffiziente Gesundheitswesen auf Dauer nicht mehr finanzierbar ist. Ursachen hierfür sind die zu erwartenden demographische Entwicklung der Bevölkerung, der immer teurer werdende medizinische Fortschritt und die Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Lebenserwartung in Deutschland steigt kontinuierlich (**Abb. 4 u. 5**). Heute 60-ig jährlich werden Frauen im Mittel 84 Jahre und Männer 78 Jahre alt. Das führt dazu, dass im Jahre 2030 35% der Gesamtbevölkerung älter als 60 Jahre sein werden, verglichen zu heute mit 22%. Es muss damit gerechnet werden, dass die Aufwendungen für medizinische Leistungen bei älter werdender Bevölkerung ebenfalls steigt. Allerdings wird dieser demografische Aspekt völlig überschätzt, da der Hauptteil der Kosten in den letzten beiden Lebensjahren anfällt, unabhängig vom Alter (35).

Alterspyramiden in Deutschland **1950, 2001** (statistische Erhebungen) und **2050** (voraussichtliche Daten)



**Abb. 4**

Quelle: Statistisches Bundesamt/ 2003 (1)



## Bevölkerungsentwicklung nach Bevölkerungsgruppen bis 2020

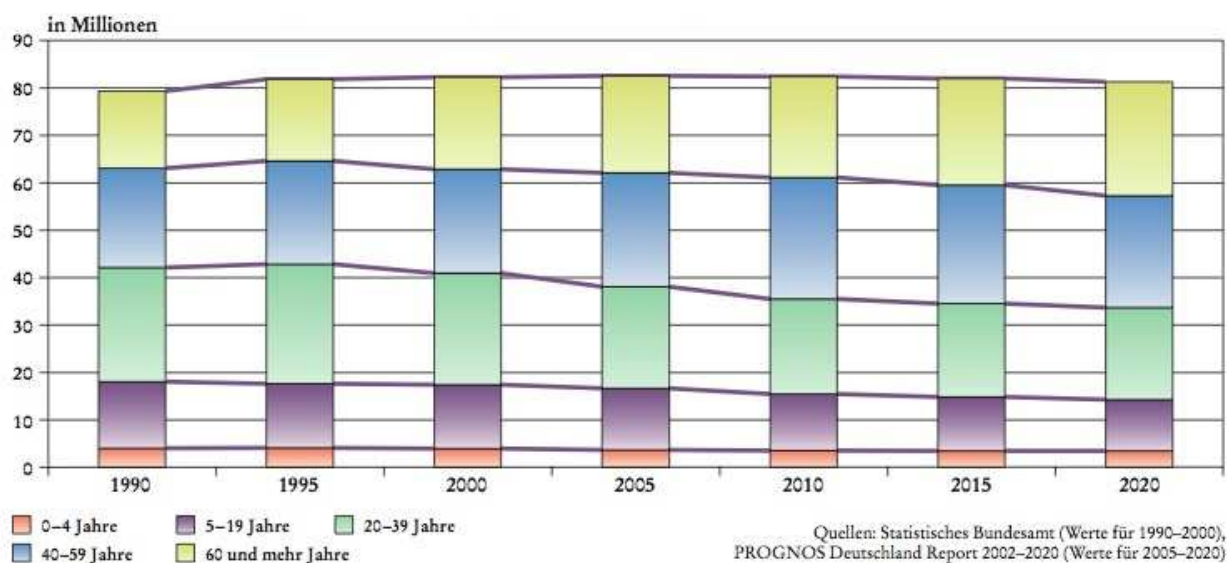


Abb. 5

Quelle: Nord-LB (38)

## Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland<sup>1</sup>

Gegenstand der Nachweisung	Einheit	2001	2002	2003
<b>Kassen</b> <sup>2</sup>	Anzahl	389	350	320
<b>Mitglieder</b> (einschl. Renter/ -innen) <sup>2</sup>	1 000	50 994	50 970	50 754
<b>Einnahmen</b> <sup>3</sup>	Mill. EURO	135 790	139 707	140 770
<b>Ausgaben</b> <sup>3</sup>	Mill. EURO	138 811	143 026	145 095

<sup>1</sup>Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn

<sup>2</sup>Durchschnitt errechnet aus 12 Monatswerten

<sup>3</sup>Ohne Risikostrukturausgleich

(Aktualisierung am 09. Juni 2005)

Abb. 6

Quelle: Statistisches Bundesamt (23)

Die Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen hat sich auf der anderen Seite deutlich verschlechtert. Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV ging auseinander (**Abb. 6**). Verglichen mit dem Zuwachs des Bruttosozialproduktes zwischen 1980 und 2001 um 115% haben die Einkommen der abhängigen Beschäftigten lediglich um 90,5% zugenommen, im gleichen Zeitraum nahmen die an die gesetzlichen Krankenversicherungen geleisteten Zahlungen nur um 84,3% zu. 1980 zahlten 74,5% aller Arbeitnehmer ihre Beiträge in die gesetzlichen Krankenversicherungen ein, 2001 waren es lediglich 65,2%. Ursache hierfür war unter anderem die Zunahme der nicht versicherungspflichtigen Minijobs und vor allem die strukturelle Massenarbeitslosigkeit, da die für die Arbeitslosen eingezahlten Beiträge 20% niedriger liegen als die für beschäftigte Arbeitnehmer (35). Zusätzliche Kosten in Höhe von ca. 300 Mio. € hat jetzt Hartz IV verursacht, da Familien kostenlos mitversichert wurden (20).

Durch die Wiedervereinigung 1990 wurden zu einem Stichtag 16 Mio. Versicherte in das deutsche Gesundheitswesen integriert, die aufgrund der unterschiedlichen technischen Entwicklung in der DDR z. T. erheblichen Nachholbedarf hatten (z. B. Zahnersatz, Brillen etc). Dieses hat den GKV'en zusätzlich immense Kosten verursacht. Eine weitere Belastung des Gesundheitssystems kam durch die Integration von deutschstämmigen Minoritäten aus Russland und Flüchtlingen aus Krisengebieten zustande, die in den letzten Jahrzehnten in die BRD kamen und bei schlechterem Versorgungsniveau in ihren Herkunftsländern einen erheblichen medizinischen Nachholbedarf hatten.

Die rasante Entwicklung in der modernen Medizin führte zu einem enormen Anstieg der Ausgaben von 163 Mrd. € 1992 auf 234 Mrd. € 2002, wobei aber der prozentuale Anteil am BIP über die Jahre relativ stabil blieb. (**Abb. 7**). Der Anteil der ambulanten Versorgung nahm dabei ab, während die stationäre Versorgung einen immer größer werdenden Anteil an den Gesamtausgaben ausmachte, jetzt aber dank der Krankenhauskostendämpfungsgesetze bei 28% stabil bleibt (**Abb. 8**). Die erhöhte Zahl der Krankenhäuser, Krankenhausbetten und die zu lange Verweildauer in den Krankenhäusern (**Abb. 9**) wurde dadurch dem europäischen Schnitt angenähert (**Abb. 10**).

Einschätzungen gehen heute davon aus, dass die Anzahl der Betten in Deutschland bis zum Jahre 2020 um 40% reduziert wird. (**Abb. 11**).

### Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen (in € und % des Bruttoinlandsproduktes, 1992-2002)



Abb. 7

Quelle: Statistisches Bundesamt (24)

### Ausgaben für die Krankenhausbehandlung anteilig an den Gesundheitsausgaben

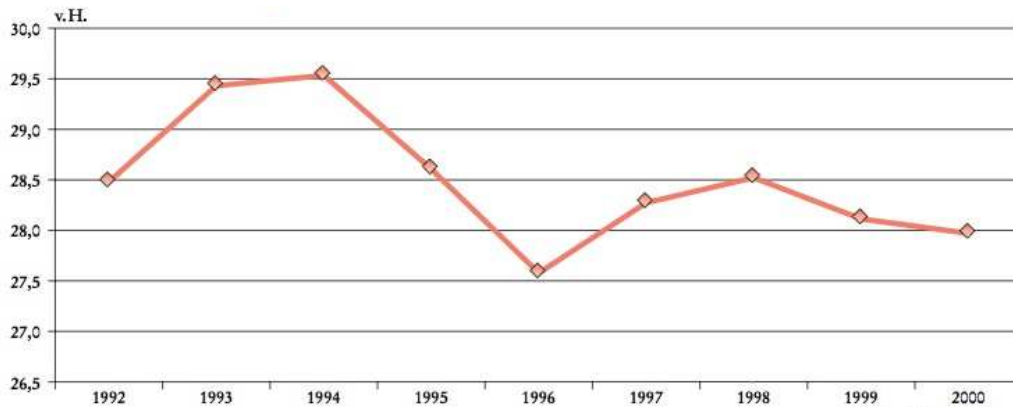


Abb. 8

Quelle: Nord-LB (38)

### Entwicklungstrends im Krankenhausbereich

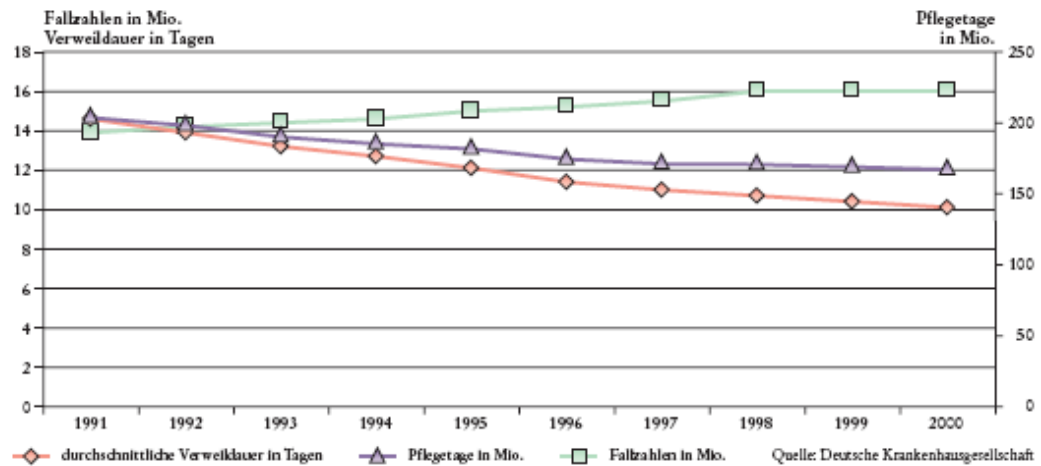


Abb. 9

Quelle: Nord-LB (38)

**Anzahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Akutkrankenhäusern in Deutschland im europäischen Vergleich 1990-2002**

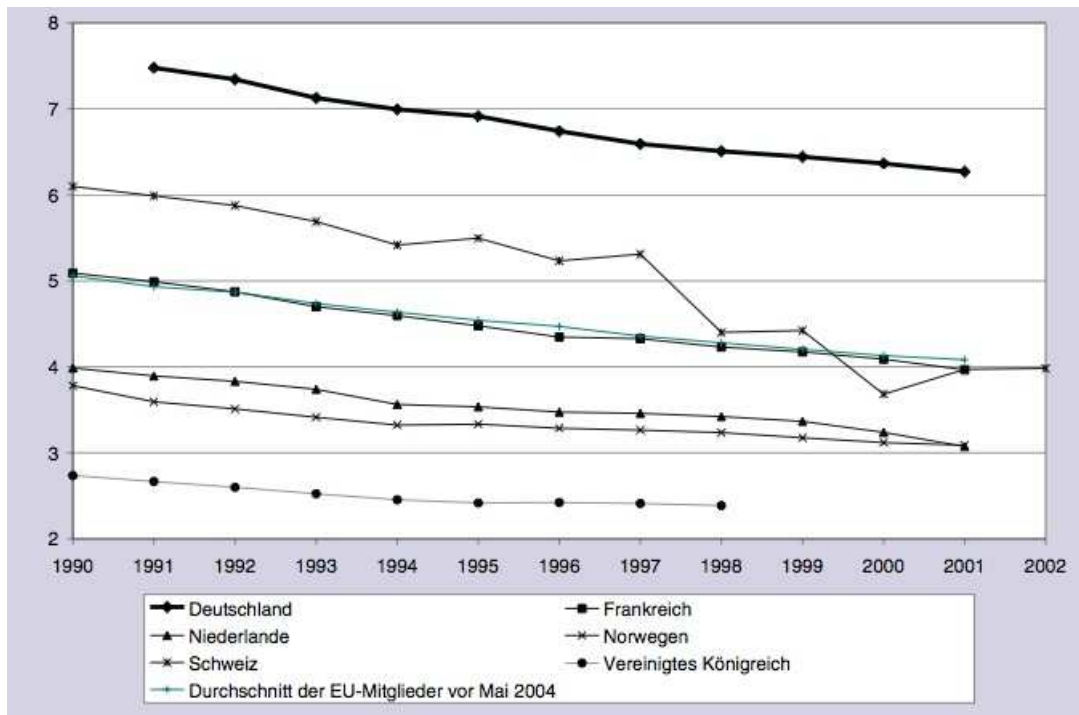


Abb. 10

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO, Regionalbüros für Europa, Juni 2004(32)

**Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland 1990-2020**

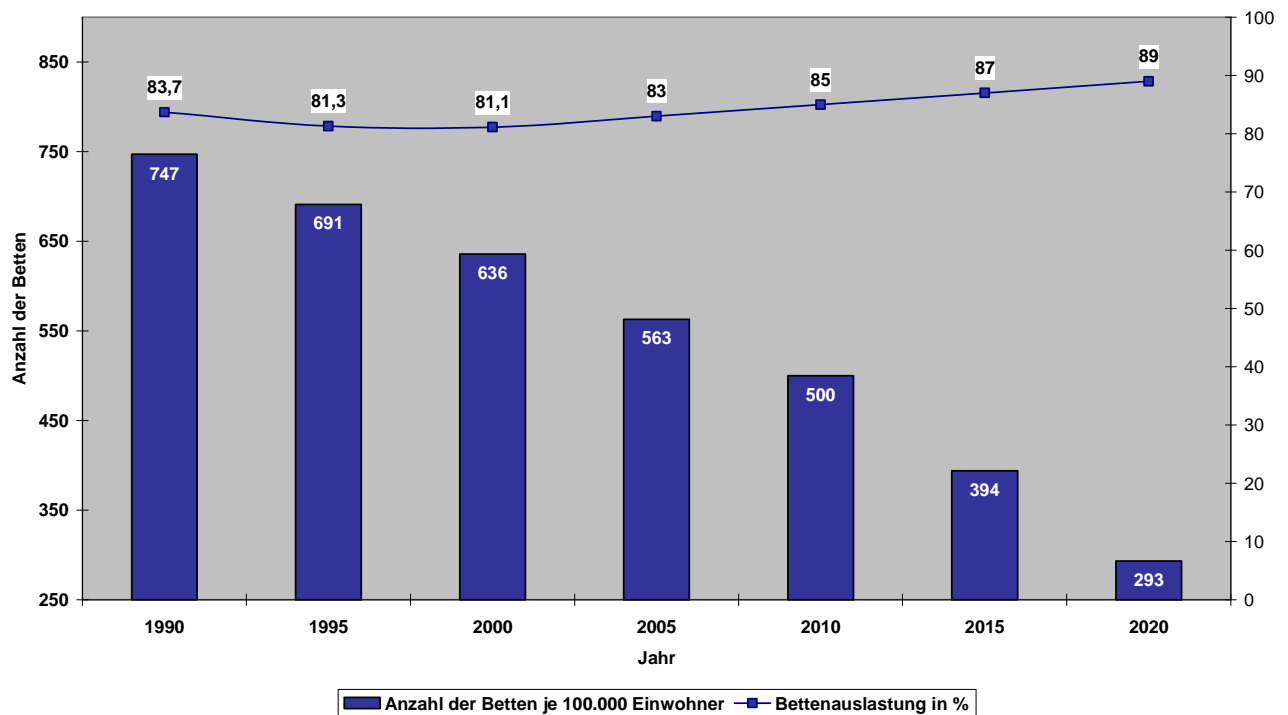


Abb. 11

Quelle: Böhlke, R. (10)

Die Ausgabensituation wird auch belastet durch die zu große Anzahl der Krankenkassen, mit ihren Verwaltungskosten von 5,56%, das entspricht 8,08 Mrd. € der Gesamtausgaben der GKV'en (2003) (2). Durch Einschränkung der Krankenkassenanzahl könnten diese Verwaltungskosten deutlich reduziert werden, wie einige Interviewpartner anmerkten (P6, P11).

Obwohl die Anzahl der Krankenkassen von 1221 (1993) bereits auf 292 (2004) abgenommen hat (**Abb. 12**), besteht hier immer noch Einsparpotential.

Die Anzahl der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte lag in Deutschland ebenfalls deutlich höher als in Vergleichsländern (**Abb. 13**). Durch kontinuierlichen Abbau von Arztstellen in den Krankenhäusern wird eine Reduktion der immensen Personalkosten (ca. 70% des Gesamtbudgets) angestrebt.

Zusätzliche Einsparmöglichkeiten auf dem Krankenhaussektor sind durch eine Änderung der Finanzierung auf ein leistungsbezogenes Entgelt nach den sog. DRG's ermöglicht worden.

Nach den Vorstellungen der politisch Verantwortlichen werden die Krankenhausbetreiber nach marktwirtschaftlichen Kriterien entscheiden müssen, inwieweit Krankenhäuser noch profitabel zu führen sind. Die Krankenhäuser müssen ihre Kernkompetenzen ausbauen und übergreifende Versorgungsformen installieren, um zu überleben. Je besser ein Krankenhaus positioniert ist, desto besser seine Zukunftschancen. Insgesamt wird es also zu einem weiteren Krankenhaussterben kommen, auch durch konzentrierte Fusionierung auf dem Krankenhaussektor und zunehmende Privatisierung (**Abb. 14**).

Der Anteil der ambulante Versorgung an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens hat zwar im Laufe der Jahre weniger zugenommen, in letzter Zeit stagniert (Westdeutschland) oder sogar Einbußen von 3,4% gebracht (Ostdeutschland) (20), trotzdem ist sehr viel Geld in den ambulanten Sektor der Krankenversorgung geflossen. So stieg die Anzahl der niedergelassenen Ärzte bis vor wenigen Jahren kontinuierlich an. Erst die Zulassungsbeschränkungen von vertragsärztlichen Praxen und die Einschränkung von Leistungsausweitung durch Budgetierung hat zum Einfrieren der Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor geführt.

Im Rahmen der früher unbegrenzten Niederlassungsfreiheit hat sich in Deutschland ein effizienter, qualifizierter ambulanter Facharztsektor mit z. T. hochinvestiven Schwerpunktpraxen gebildet (z. B. Herzkatheterpraxen, Dialysen, onkologische Schwerpunktpraxen, Fertilitätszentren, Laborpraxen, Rehabilitationszentren).

## Anzahl der Krankenkassen in Deutschland 1992-2004

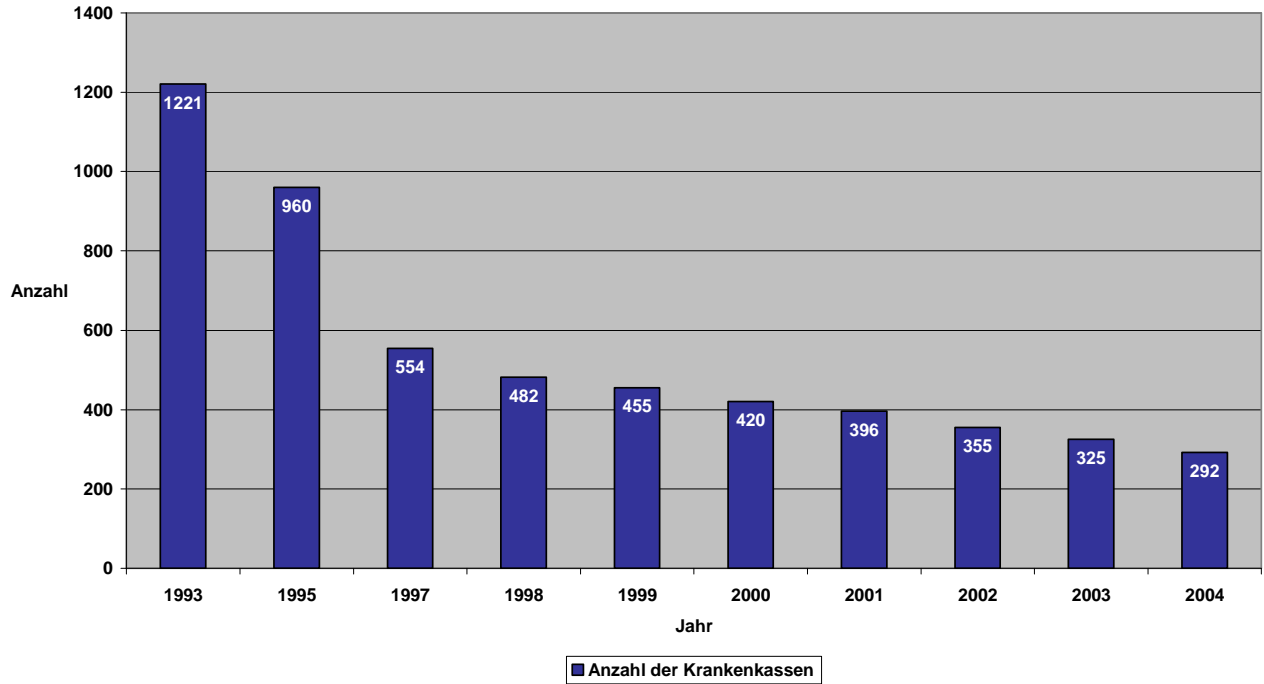


Abb. 12

Quelle: Busse, R. (13)

## Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner in Deutschland, ausgewählten Ländern und Durchschnitt der EU-Mitglieder vor Mai 2004, 1990-2002

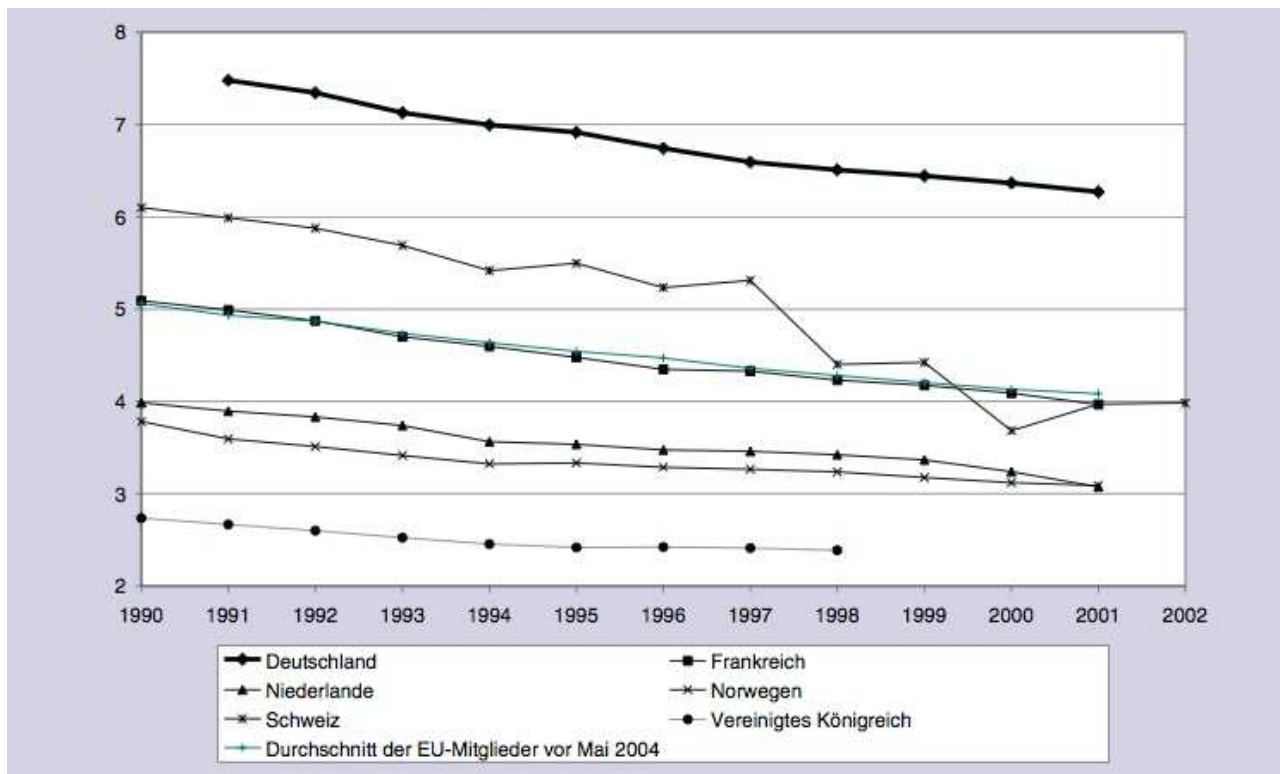


Abb. 13

Quelle: HiT Summary (32)

Anzahl der stationären Einrichtungen in Deutschland nach Trägern 1990-2020

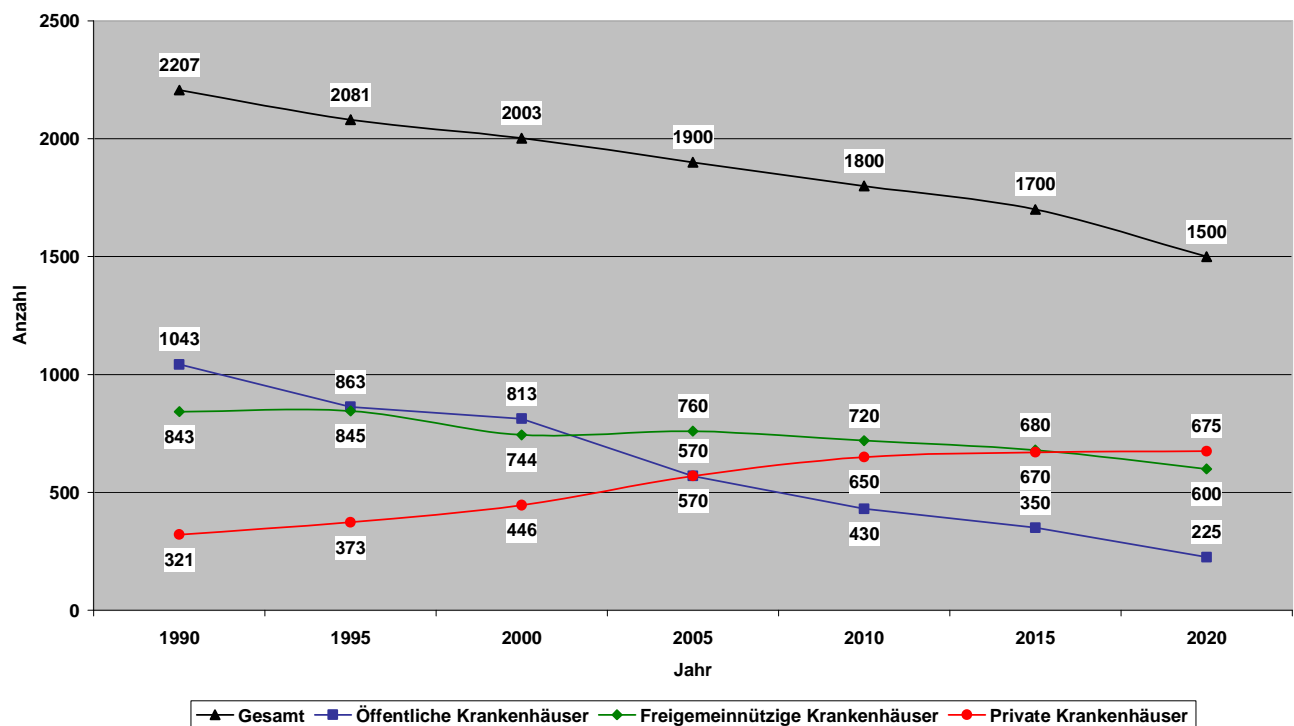


Abb. 14

Quelle: Böhlke, R. (10)

Diese „zweite“ Facharztschiene konnte sich nur entwickeln, da die Erlössituation im ambulanten Bereich günstig war und der Krankenhaussektor aufgrund seiner schwerfälligen bürokratischen Maschinerie nicht kompetitiv reagieren konnte. Damit haben wir in Deutschland derzeit eine doppelte Facharztschiene, den ambulanten und den stationären Facharztbereich.

Dies ist der Hebel, an dem die neuen Versorgungsmodelle jetzt ansetzen. Die Krankenhäuser möchten die aufgrund ihrer Struktur und Versorgungsfunktion vorhandene Facharztausstattung dazu nutzen, auch ambulant tätig zu sein und in den Wettbewerb mit den niedergelassenen Facharztpraxen zu treten. Bisher war dieses nur in wenigen Ausnahmen regional möglich, da das Gesetz von 1931 den niedergelassenen Vertragsärzten das Monopol auf die ambulante Krankenversorgung nahezu ausschließlich zusicherte, was von den Kassenärztlichen Vereinigungen streng überwacht wurde. Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 wurde der Weg für eine sektorenübergreifende ärztliche Tätigkeit frei.

Die Krankenhäuser, die unter ständigem finanziellen Druck stehen, möchten jetzt an dem attraktiven ambulanten Gesundheitsmarkt partizipieren und zusätzliche Einnahmemöglichkeiten schaffen.

Nach Aufhebung der Budgetierung könnte somit ein Großteil der ambulanten Leistungen und Entgelte vom bisherigen niedergelassenen ambulanten Facharztsektor auf die Krankenhäuser übergehen.

Die überwiegende Zahl der Krankenhausvertreter unter den Interviewpartnern begrüßten die Möglichkeiten zu ambulanter Tätigkeit, die ihnen mit dem GKV Modernisierungsgesetz eingeräumt wurde. Sie halten die doppelte Facharztschiene in Deutschland für unwirtschaftlich, die Sachkompetenz ausschließlich im Krankenhausbereich für ausreichend und wünschenswert, zumal die Fachärzte für den stationären Bereich aufgrund ihrer Aufgabe ohnehin im Krankenhaus seien.

Nicht berücksichtigt wurde von den Krankenhausvertretern dabei die angespannte Arbeits- und Personalsituation der Klinikärzte nach Abbau von Arztstellen, verkürzter Verweildauer der Patienten im Krankenhaus und erhöhtem bürokratischem Aufwand, die bereits zu erhöhter Streikbereitschaft der Ärzteschaft geführt hat.

Die Krankenhausvertreter versprechen sich von neuen Versorgungsstrukturen unter ihrer Leitung eine deutliche Kostenreduktion durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, durch Einhaltung von Clinical pathways (**Abb. 15**), d.h. standardisierten Behandlungsprozessen, und Konzentration auf größere Behandlungsmengen. (**Abb. 16**).

„Clinical Pathways“ setzt Standards für Behandlungsprozesse

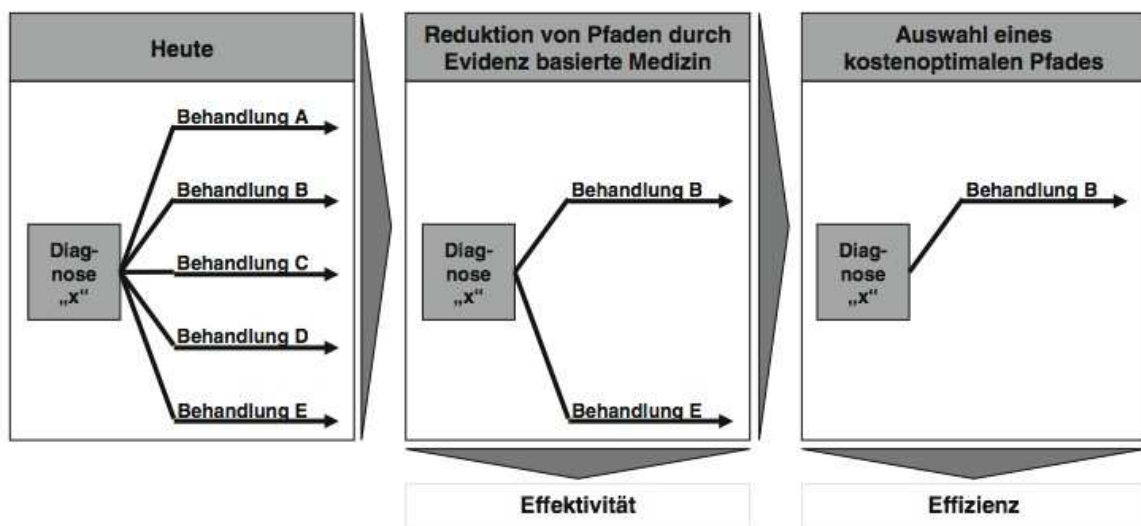


Abb. 15

Quelle: Augurzky, B. (4)



**Quantifizierbare Maßnahmen führen zu einem Kostenreduktionspotential von 7,5-10 Mrd. €**

	<b>Wirkungsmechanismus</b>	<b>Potenzial in Mrd. €</b>
<b>Portfoliostruktur</b>	<b>Konzentration auf Behandlungen mit großen Mengen</b>	<b>0,6 bis 0,8</b>
<b>Clinical pathways</b>	<b>Standardisierung von Behandlungspfaden</b>	<b>1,4 bis 1,6</b>
<b>Integrierte Versorgung</b>	<b>Nutzung des ambulanten Potenzials Anbindung Fachärzte, Med. Versorgungszentren Primärarztprinzip</b>	<b>2,0 bis 2,2 Nicht quantifiziert 0,6 bis 0,7</b>
<b>Serviceleistungen Kliniken</b>	<b>Verbundbildung und Zentralisierung von Dienstleistungen</b>	<b>2,3 bis 3,3</b>
<b>Sekundärleistungen Kassen</b>	<b>Zentralisierung von Dienstleistungen</b>	<b>0,5 bis 1,7</b>

**Abb. 16**

Quelle: Augurzky, B. (4)

Mit der ambulanten Patientenbetreuung an einer Klinik sollen diese Doppeluntersuchungen wegfallen, die von einem Gesprächspartner auf ein Einsparpotential in Höhe von 10 Mio. € pro Jahr geschätzt wurden (P6). Andererseits wird sowohl von Krankenkassenvertretern wie von ambulanten Ärzten bemängelt, dass selbst qualitativ ausreichende Untersuchungen im Krankenhaus stets wiederholt werden. Dies ist nicht nur Ausdruck des gegenseitigen Misstrauens der unterschiedlichen Anbieter in der Gesundheitsversorgung, eine Tatsache, die auch von den Patientenvertretern bemängelt wurde, sondern gleichzeitig Ausdruck der fehlenden festgelegten Qualitätsnormen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich.

Die erst langsam im medizinischen Bereich anlaufende konsequente Qualitätskontrolle mit dem dazu gehörigen Management ist erforderlich, um eine hoch qualifizierte, standardisierte, sektorenübergreifende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Ein Qualitätsmanagement ist im operativen Bereich z. T. schon vorhanden, allerdings nicht generell für alle Gebiete, wie die operativ tätigen Gesprächspartner betonten. Auch die Krankenkassen und Patientenvertreter haben sich positiv über die Einrichtung von Behandlungsleitlinien geäußert, die eine Behandlungssicherheit versprechen. Nur der niedergelassene Allgemeinarzt gab zu bedenken, dass die individuelle Behandlungsbreite und das Patienten-Arzt-Verhältnis belastet werden könnten durch die Einführung von Behandlungsleitlinien. Dabei ist gerade unter Berücksichtigung dieser Leitlinien kürzlich ein integriertes Versorgungsmodell in Hamburg zwischen einer

psychiatrischen Klinik, den niedergelassenen Kollegen und einer Krankenkasse implementiert worden, das sicherlich zu einer optimierten Patientenversorgung führen wird (56).

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen und zwar auf der Grundlage systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz“ (BÄK/KBV-Richtlinie 1997). Von diesen Orientierungshilfen kann oder sogar muss in begründeten Fällen abgewichen werden (34).

Die Behandlungsleitlinien (*clinical pathways*) sind in angloamerikanischen Ländern längst eingeführt und dienen dort zur Standardisierung, dadurch sind erhebliche Einsparpotentiale in Höhe von 1,4-1,6 Mrd. € möglich. Dabei wird der Pfad mit der besten wissenschaftlich abgesicherten Kosten-Nutzen-Relation als Standard definiert, die Wirtschaftlichkeit wird der medizinischen Qualität nachgeordnet (4).

Im Rahmen dieser Behandlungsleitlinien könnten sicherlich auch Einsparpotentiale im Apothekenbereich realisiert werden, wie die Krankenkassenvertreterin forderte. Zwar sind die Ärzte im niedergelassenen Bereich verpflichtet, wirtschaftlich effizient die Patienten zu behandeln, doch es bleibt das Recht eines jeden Arztes die Medikamente seiner Wahl zu verschreiben. Da gleichzeitig in den Entlassungsbriefen vieler Krankenhäuser immer noch der Handelsnamen des Originalpräparates genannt wird, zwar mit dem Zusatz, dass auch Generika verordnet werden dürfen, wird das wirtschaftliche Sparpotential hier nicht voll ausgeschöpft.

Die Krankenhausvertreter forderten in den Interviews die Aufhebung des Apothekenmonopols bzw. die Möglichkeit, dass auch Krankenhäuser Medikamente verordnen und abgeben können, was sicherlich zu weiteren Einsparungen führen kann.

Durch die Einführung einer elektronischen Patientenkarte könnte gewährleistet werden, dass nicht von verschiedenen behandelnden Ärzten gleiche oder ähnliche Medikamente dem Patienten verordnet würden, da jede Verordnung auf der Patientenkarte gespeichert ist. Diese Patientenkarte wird seit Beginn 2006 in einigen Pilotprojekten bereits getestet und soll neben der Krankengeschichte sämtliche Behandlungs- und Abrechnungsdaten enthalten, Daten über die Medikation und eine Dokumentation sämtlicher Zugriffe auf die Akte. (*Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Die Karte wird eine kleine, aber nachhaltige Revolution im Gesundheitswesen auslösen.“*) Das elektronisch gestützte Gesundheitswesen (Telematik -Projekt) (**Abb. 17**) könnte zu einem Innovations- und Wachstumsmotor für Europa werden (55).

## e-Karte: Vernetzung im Gesundheitswesen

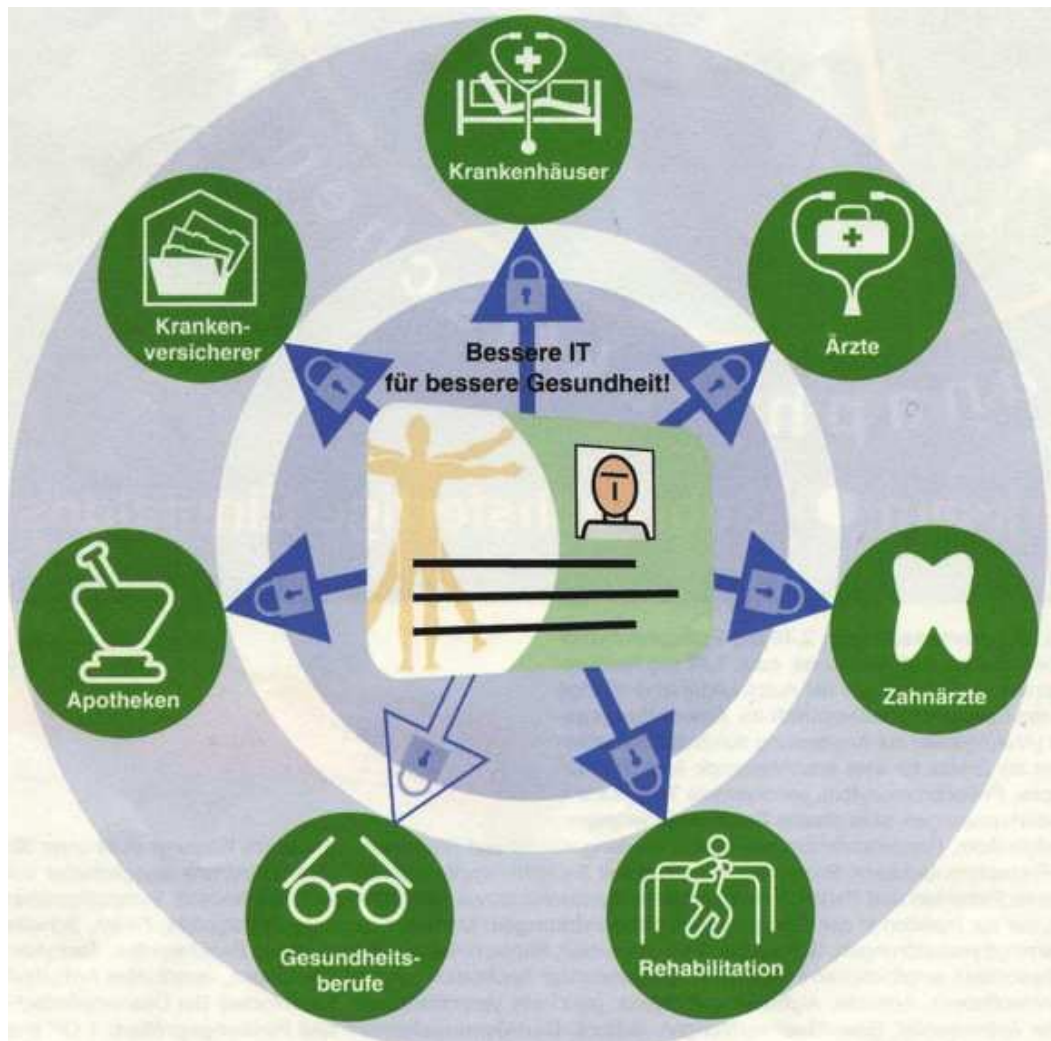


Abb. 17

Quelle: Schmidt, K. (55)

Die Speicherung der Daten ist nur mit dem Einverständnis des Versicherten zulässig, so dass seine Akzeptanz ganz entscheidend für die Einführung dieser technologischen Neuerung ist. Die veranschlagten 400 Mio. € Kosten dafür (80 Millionen Versicherte á 5 € pro Karte) und zusätzliche EDV-Einrichtungen in den Praxen (zwischen 2000 und 8000 €) sind erhebliche Investitionen am Anfang. Lauterbach meint allerdings, dass allein die Entlastung durch das elektronische Rezept ausreicht, um die Einführungsphase gegenzufinanzieren (55).

Die Gesundheitskarte (Chipkarte) erscheint allen Diskussionspartnern zur Umsetzung von Kooperationsmodellen wesentlich, wobei die Patientenvertreter vor allen Dingen auf die Entscheidungsfreiheit des Patienten und auf die Datensicherung Wert legen. Damit würde aber auch der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern kompli-

kationsloser und die Probleme der Schnittstellen deutlich verringert. Die von den Patientenvertretern und den Krankenkassen gewünschte „Behandlung aus einem Guss“ ist damit sicherlich sehr viel leichter herzustellen, ohne dass es besonderer Versorgungskonzepte bedarf, die zuletzt vom Gesetzgeber angeregt wurden.

## **Für und Wider der modernen Versorgungskonzepte**

Allerdings sind die moderne Versorgungskonzepte, die im SGB V projektiert wurden und zu einer besseren Versorgung der Patienten führen sollen, schwierig umzusetzen. Die derzeit noch sektoralen Abgrenzungen der einzelnen Versorgungsstrukturen mit ihren jeweiligen sektoralen Budgetierungen sind sicherlich ein Haupthinderungsgrund für die Durchsetzung dieser projektierten Kooperationen.

Alle bisherigen Anstrengungen, diese sektoralen Mauern zu überwinden, sind letztlich am Gruppenegoismus der Beteiligten gescheitert. Zudem sind die Kostenträger nicht bereit, hier gezielt zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, langfristige Versorgungskonzepte zu entwickeln. Da neue sektoren- oder fachübergreifende Versorgungskonzepte anfänglich sicherlich einen erheblichen investiven Bedarf haben, können sie ohne langfristige finanzielle Zusagen der Kostenträger nicht realisiert werden.

Die von den Krankenkassen projektierten, integrierten Versorgungsmodelle sind in ihrer Finanzierung nach einer jüngsten Entscheidung (Dez. 05) der großen Koalition noch vier Jahre gesichert. Damit ist noch nicht genügend Planungssicherheit für die Beteiligten (Ärzte, Krankenhäuser etc.) gegeben, um schlüssige Konzepte zwischen den einzelnen Sektoren zu entwickeln und zu realisieren.

Für den Aufbau komplexer Versorgungsstrukturen wie MVZ oder IV ist ein erheblicher organisatorischer Aufwand erforderlich (**Abb. 18**). Die Einsetzungen von Netzmanagern, Geschäftsführern, IT-Beratern werden erhebliche Kosten bereits im Vorfeld machen und die in solchen Kooperationen möglichen Gewinne auffressen, ein Einspareffekt kann erst langfristig erzielt werden. Diese externen Netzmanager, die die Kostenträger für nötig halten, weil sie die nötige Kompetenz auf diesem Sektor verglichen zu den beteiligten Ärzten haben, wollen sie auch nicht durch die Einsparungen finanzieren (37).

Darüber hinaus stellen nicht gelöste Problemfelder weitere Risiken dar. (**Abb.19**) Wegen dieser erhöhten Risiken und Mehrbelastungen sehen die KV' en bei Aufweichen des Sicherstellungsauftrages ihre zukünftige Rolle darin, für die niedergelassenen Kollegen als Organisator und Rechtsbeistand zu fungieren. Sie wollen die Kooperation mit den Krankenhäusern in Form neuer Behandlungskonzepte begleiten und ihre bisherige

Erfahrung einbringen, um dem teilnehmenden niedergelassenen Arzt Sachkenntnis, Kompetenz und Verhandlungsgeschick zum Abschluss solcher Konzepte anzubieten (41).



Abb. 18

Quelle: Reinert, A. (53)

**Integrierte Versorgung – „Chance oder Risiko“**

**Aktuell nicht gelöste Problemfelder stellen weitere Risiken dar:**



Abb. 19

Quelle: Reichenberg, J. (52)

## DMP

Lauterbach bezeichnete die DMP's als derzeit wichtigste Qualitätsinitiative zur Versorgung chronisch Kranker in Deutschland, von der langfristig Millionen Patienten profitieren können (40).

Allerdings gibt es bei den von manchen Krankenkassen projektierten DMP's für bestimmte chronische Krankheiten (Asthma, Diabetes mellitus, Mamma-Karzinom, KHK) in der Umsetzung Probleme. Sie sind wirklichkeitsfremd, da sie an den Risikostrukturausgleich gekoppelt wurden, der auf veralteten Daten von 1990 basiert und werden deshalb von anderen Krankenkassen abgelehnt (P11).

Für die teilnehmenden Ärzte bedeuten die DMP-Programme eine Einschränkung ihrer Therapiefreiheit und einen erheblichen bürokratischen Aufwand ohne entsprechendes Entgelt (51).

Die Patienten werden von ihren Krankenkassen in diese Programme gedrängt, da sich die jeweiligen Krankenkassen dank des Risikostrukturausgleiches mit diesen DMP's auf Kosten der Zahler-Kassen bereichern.

Dabei wird der positive Effekt der Qualitätsverbesserung in den Vordergrund gestellt, der auch in den ersten Auswertungen bestätigt wurde. Allerdings war der Erfolg nicht so spektakulär wie erwartet, soweit sich dies in der Kürze der Laufzeit seit 2003 beurteilen lässt (26).

Bislang ist die Akzeptanz bei teilnehmenden Ärzten wie auch bei den Patienten noch gering. Zurzeit nehmen im Hamburg 193 Ärzte an DMP-Brustkrebs und 834 Ärzte an DMP-Diabetes teil. (**Abb. 20**)

### Die Situation in Hamburg

#### Disease Management Programme

(Stand: 31. März 2005)

Am	DMP	<b>Brustkrebs</b>	teilnehmende Ärzte:	193
Am	DMP	<b>Diabetes</b>	teilnehmende Ärzte:	834

**Abb. 20**

Quelle: Späth, M. (59)

## Integrierte Versorgung

Bei der integrierten Versorgung geht es um nicht weniger als darum, neben dem mehr als 100 Jahre bestehenden Versorgungssystem neue, pluralistische Ansätze zu ermöglichen, in denen eher bessere effektive und Ressourcen schonende Formen der Versorgung der Versicherten initiiert werden (37).

Die mit dem SGB V möglich gewordenen integrierten Versorgungsmodelle, die bislang verwirklicht wurden, bieten trotz gegenteiliger Behauptung der jeweils Partizipierenden keine wirkliche sektorenübergreifende Vollversorgung der Patienten an, sondern überwiegend einfache Versorgungsmodelle für einzelne Krankheitsgebiete mit pauschalierten Vergütungssystemen (**Abb. 21**).

### Integrierte Versorgung – „Chance oder Risiko“

#### 3 Phasen der IV-Implementierung:

- **„einfache(re)“ Versorgung**  
(z. B. ambulantes Operieren oder Endoprothetik)
- **„komplexere“ Versorgung**  
(sektorenübergreifend – z. B. Rückenschmerz)
- **umfassende(re) – „echte“– Versorgung**  
(**sektorenübergreifende (weitgehende) Vollversorgung**)

Abb. 21

Quelle: Reichenberg, J. (52)

Bei der Implementierung vieler dieser integrierten Versorgungsmodelle wurden bereits vorhandene Kooperationsformen umgewandelt. Der Vertragstyp hierfür ist häufig ein umgewandelter Strukturvertrag (**Abb. 22**). Dabei handelt es sich überwiegend um Verträge mit Krankenhäusern oder Tageskliniken mit einer Gruppe von Belegärzten zur Förderung des ambulanten Operierens oder der Kurzzeitchirurgie. (z. B. Tagesklinik Altona und DAK und HEK). Die Krankenkassen versuchen damit den Anteil der stationären Leistungen zugunsten der ambulant erbrachten Leistungen zu verschieben und dadurch Kosten zu sparen, wie die umgewandelten Strukturverträge „Ambulantes Operieren“ zeigen.

## Typologie von IV-Verträgen – Typ 1 +2

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

## Typologie von IV-Verträgen – Typ 3 +4

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

Abb. 22

Quelle: Hildebrandt (31)



Eine weitere Vertragsmöglichkeit sind Komplexpauschalen z. T. mit Gewährleistung. Dieser Vertragstyp stellt den Großteil der bislang abgeschlossenen IV-Verträge dar und umfasst vorrangig Verträge mit Krankenhäusern und Rehakliniken für orthopädische (z. B. TEP) oder kardiochirurgische Eingriffe mit anschließender Rehabilitation. Diese IV-Modelle waren leicht zu verwirklichen, weil Krankenhaus und Rehabilitationsklinik häufig schon länger organisatorisch eng zusammenarbeiteten oder vom gleichen Träger betrieben wurden.

Lauterbach bezeichnete diese Formen der integrierten Versorgung deshalb als „alten Wein in neuen Schläuchen“ (25).

So betreffen mehr als die Hälfte der in Hamburg seit Juli letzten Jahres verwirklichten integrativen Versorgungsmodelle operative Teilgebiete mit anschließender Rehabilitation wie z.B. kardiochirurgische oder orthopädische Eingriffe (**Abb. 23**).

## Die Situation in Hamburg

### Integrierte Versorgungsverträge im Einzugsbereich der KV Hamburg

- Phasenübergreifende Versorgung von Patienten in der Hüftendoprothetik mit anschließender Reha und ambulanten Nachuntersuchungen
- Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Hüft- oder Knie-Endoprothesen einschließlich stationärer und/ oder ambulanter Reha sowie Vor- und Nachsorge
- Verbesserung der Versorgung von Patienten mit kardiologischen und/ oder kardiochirurgischen Erkrankungen einschließlich Reha, ambulanter Vor- und Nachsorge und medikamentöser Versorgung
- Gynäkologische Operationen als stationsersetzende Leistung unter Einbeziehung von Hausärzten, häuslicher Krankenpflege und medikamentöser Versorgung
- Integrierte Versorgung bei primärem, nichtseptischem Hüft- und Kniegelenkersatz
- Integrierte Versorgung kardiologischer/ kardiochirurgischer Erkrankungen
- Operative Versorgung von gynäkologischen Erkrankungen
- Autologe Stammzelltransplantation, ambulante und teilstationäre Nachsorgeleistungen
- Fallabschließende, kardiologische/ kardiochirurgische Behandlung auf dem Akut- und rehabilitativen Sektor inklusive einer ambulanten Nachbetreuung
- Gynäkologische, operative Behandlungen, erforderliche Laboruntersuchungen, Arznei- und Verbandmittelversorgung, ambulante Nachbetreuung

Abb. 23

Quelle: Späth, M. ( 59)

Neu bei den Komplexpauschalen sind die von den Krankenkassen gewünschten qualitätsrelevanten Gewährleistungen. Damit soll das Ausmaß der Risikoübernahme bzw. der Budgetverantwortung den Leistungserbringern überantwortet werden (19,31).

So besteht z.B. bei TEP- Operationen als Primärbehandlung eine Gewährleistungspflicht bis zu 10 Jahre. Diese Verträge bedeuten damit für die Leistungserbringer schwer kalkulierbare Kosten und Risiken, die wiederum durch finanzielle Rückstellungen abgesichert werden müssen.

Ganz abgesehen davon wird ein geschädigter Patient nach misslungener TEP-Operation nur ungern die erneute Behandlung des gleichen Operationszentrums zur Erfüllung der Gewährleistung aufsuchen.

Bei dieser Art von Verträgen ist auch die Beteiligung von Medizintechnik-Unternehmen möglich. So hat die Barmer-Ersatzkasse mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter finanzieller Beteiligung eines Industrieunternehmens die Versorgung von koronarkranken Patienten mit medikamentenbeschichteten Stents als integriertes Versorgungsmodell installiert (31). Damit ist erstmals die Industrie mit ihrem Produktversprechen in die Verantwortung genommen worden: Stents, die die Stenosierung nicht eine definierte Zeit verhindern, werden kostenlos ersetzt. Ein weiteres Novum dieses Vertrages ist die garantierte Qualitätssicherung der Ärzte.

Case-Management Verträge werden von den Krankenkassen bevorzugt für bestimmte sektorenübergreifende Behandlungsabläufe abgeschlossen, wie z.B. die invasiv - kardiologische Versorgung in Sachsen Anhalt unter Einbeziehung von Krankenhaus, Poliklinik, Rehasentrum und niedergelassenem Ärztenetz. Die Ärztenetze profitieren hierbei von der zusätzlichen Honorierung von Steuerungsleistung und Zeitaufwand, die Krankenhäuser von der verbesserten strategischen Verbindung zu den Niedergelassenen, die Krankenkassen erwarten einen langfristigen Spareffekt.

Das Vertragsmodell, das die am weitesten gehende integrierte Vollversorgung verspricht, ist der Vertrag mit Budgetverantwortung. Dieses Modell wird nach Meinung aller Fachleute die größten Chancen in der Zukunft haben. Wirtschaftlicher Grundgedanke ist die Vereinbarung einer mehr oder minder harten Budgetgarantie, z. T. auch für stationäre Versorgung. Erwirtschaftete Einsparungen bei den sektorenübergreifenden Gesamtkosten sollen nach einem bestimmten Schlüssel an die Leistungserbringer ausgeschüttet werden. Der wirtschaftliche Anreiz soll nicht in der Mehrleistung bestehen, sondern in der effizienten Vermeidung unnötiger Kosten.

Letztlich werden auf Dauer nur solche Modelle der integrierten Versorgung eine Chance haben, die für alle Beteiligten eine sogenannte win-win-Situation erbringen (*P6, d. h. den ökonomischen Profit für alle Seiten*) (14).

Hier liegen aber erhebliche Risiken für die Leistungserbringer, da sie die alleinige oder zumindest überwiegende Budgetverantwortung haben, aber z. T. nicht den für diese Form von Verträgen erforderlichen Sachverstand. Hier müssen Verträge auch mit Rückversicherungen abgeschlossen werden, um das einseitige finanzielle Risiko klein zu halten. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass größere integrierte Versorgungsmodelle einen gesellschaftlich-rechtlichen Rahmen benötigen, der eine zusätzliche Steuerpflicht wie Umsatzsteuer und Mehrwertsteuer nach sich ziehen kann und somit einen Großteil der erwarteten und projizierten wirtschaftlichen Einsparungen auffrisst (31).

Diese Schwierigkeiten in der Vertrags- und Abrechnungsgestaltung sind der Grund dafür, dass auch zwei Jahre nach Beginn der Evaluierungszeit für integrierte Versorgungsmodelle bisher recht wenige Verträge abgeschlossen wurden. So gab es mit Stand vom 30.09.05 ca. 1400 geltende Verträge mit 2,77 Mio. Versichertem und einem Volumen von 375 Mio. €, die projizierte Anschubfinanzierung in Höhe von 680 Mio. € wird damit nicht ausgeschöpft (3).

Das erste erfolgreiche Modell einer integrierten Gesamtversorgung war das *Prosper-Gesund-im-Verbund* Modell.

Die Knappschaft hatte die Ziele der Gesundheitsreform schon früher aufgegriffen und mit Prosper ein Modell zur sektorübergreifenden Integrierten Versorgung aus einem Guss geschaffen (27).

Das Prosper-Modell schließt Krankenversicherung, Versicherte, Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in einem auf eine begrenzte Region beschränkten Gesundheitsnetz zusammen. Dabei stehen die Verbesserungen der Versorgungsqualität sowie die Steigerung der Wirtschaftlichkeit in dieser Region gleichermaßen im Vordergrund. Allerdings ist das Funktionieren an die spezielle Struktur der Bundesknappschaft gebunden. Sie ist zugleich Kranken-, Pflege und Rentenversicherung. Sie hat zudem einen eigenen sozialmedizinischen Dienst, ein regionales System von Knappschaftsärzten sowie eigene Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Durch Kooperation aller Beteiligten untereinander werden sowohl qualitative wie auch finanzielle Erfolge erreicht. Durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, strukturierte Behandlung der Patienten, Therapieempfehlungen für stationären und ambulanten Bereich, Prozessoptimierung an den Schnittstellen, effizientes Marketing der Krankenhäuser und Verweildauersenkung im

Krankenhaus konnten deutliche Einsparungen realisiert werden. Zum Beispiel konnte im ersten Halbjahr 2002 die Verweildauer im Krankenhaus in Bottrop von 11 auf 9,6 Tage und im Saarland von 11 auf 9,1 Tage reduziert werden.

Die durch das Gesundheitsnetz möglichen Einsparungen der Gesundheitsausgaben in Bottrop (in 2 Jahren 13,4 %, d.h. 6,7 Mio. €), kommen allen Beteiligten, Ärzten wie Versicherten zugute, die Ausschüttung des Netzerfolges stellt dabei den Hauptfaktor des Erfolges dar. Ein Bonussystem enthebt die Netzpatienten von der quartalsmäßigen Praxisgebühr von 10 €, für die im Netzkrankenhaus verbrachten ersten 10 Tage im Kalenderjahr ist keine Zuzahlung der Patienten erforderlich (27).

Das Prosper-Versorgungsnetz erfreut sich deshalb zunehmender Beliebtheit, es hat in Bottrop 20 150, im Saarland 17 900 und in Recklinghausen 36 300 versicherte Mitglieder. Es gibt ca. 1300 Knappschaftsärzte und Zahnärzte. In Bottrop nehmen 74 niedergelassene Knappschaftsärzte am Netz teil, im Saarland 106 und in Recklinghausen 154 Knappschaftsärzte sowie 148 Vertragsärzte, die dem Netz beigetreten sind. In Bottrop gehören vier Knappschaftskrankenhäuser zu dem Netz, im Saarland zwei Krankenhäuser und in Recklinghausen ein Krankenhaus.

Der Patient erhält eine elektronische Patientenakte, auf der alle Informationen und Vorbehandlungen, Therapien und Diagnosen gespeichert sind. Damit ist der Informationsfluss zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich gesichert, wenn der Patient dem zustimmt.

Monatliche Netzwerkkonferenzen oder Fachkommissionen von niedergelassenen Knappschaftsärzten und Ärzten der Knappschaftskrankenhäuser sichern eine engmaschige Zusammenarbeit und einen guten Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern. Damit wird eine Prozessoptimierung an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erreicht.

Um den Zugang zu den Strukturen und Möglichkeiten im Prospernetz für die Versicherten zu erleichtern, gibt es bei der Knappschaft sog. Versichertenältesten, die den Patienten sachkundig zur Seite stehen.

Dieses Prosper-Modell der Integrierten Versorgung ist sicherlich nicht so einfach auf andere mögliche Gesundheitsnetze übertragbar, da die Knappschaft anders als andere Netze ein über Jahrzehnte gewachsenes eigenes „berufsspezifisches Gesundheitsversorgungssystem“ (28) hat.

Weitere Modelle der integrierten Vollversorgung gestalteten sich dagegen recht schwierig. Die als sektorenübergreifende Vollversorgung projektierte integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel war implementiert worden, um das Krankenhaus Dannenberg

für die Versorgung des Landkreises zu erhalten, indem es finanziell saniert und durch Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten attraktiv gemacht werden sollte. Trotz fortgeschrittener gemeinsamer Planung von Ersatzkassen, der Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg und der KV Niedersachsen unter Vertragsgestaltung der Fa. Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH wurde diese mit vielen Vorschußlorbeeren überhäufte Versorgungsgemeinschaft nicht verwirklicht (18). Es sind nur ganz geringe kooperative Momente übrig geblieben (Kooperationen von Vertragsärzten mit dem inzwischen privatisierten Krankenhaus) – ohne dass dieses den Anspruch einer integrierten Versorgung regional erfüllen kann.

Andere sektorenübergreifende Leistungskomplexe, wie z. B. die nephrologische Versorgung in einer Metropolregion wie Hamburg, sollte ebenfalls als ein integriertes Versorgungsmodell mit den Krankenkassen gestaltet werden (50). Dieses Modell ist monatelang intensiv diskutiert worden. Damals waren viele verschiedene Krankenkassen beteiligt. Es ist zwar wie oben gesagt publiziert worden, aber es ist nie realisiert worden. Das Modell ist letztlich an Partikularinteressen einzelner Krankenkassen gescheitert, obwohl sich die Leistungsanbieter mit den meisten Krankenkassen schon geeinigt hatten.

Die integrierte Vollversorgung wird trotz erheblicher Startschwierigkeiten von allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen als das Versorgungssystem der Zukunft angesehen. Bereits initiierte regionale Kooperationsmodelle sind wichtige Strukturen, die dabei helfen können, Vertrauen der Leistungserbringer untereinander zu schaffen und damit Barrieren abzubauen.

Es wird ohnehin nicht das deutschlandweite nationale Versorgungsmodelle geben, da Ballungszentren mit sehr hoher Versorgungsdichte andere Bedürfnisse haben als ländliche Gegenden. Während in den Ballungszentren die Patienten mit „den Füßen abstimmen“, müssen die Gesundheitsstrukturen auf dem Land gesichert werden (48).

## **MVZ**

Lauterbach nennt die MVZ „ambulante Krankenhauszentren“, in denen fast das gesamte ambulante Behandlungsspektrum angeboten werden kann (25).

Die sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle wie MVZ, die entsprechend SGB V entwickelt wurden, dienen primär dem Wunsch der Kliniken, auch an der ambulanten Versorgung teilzuhaben, um sich hierdurch neue Entgelte zu sichern, an die sie bisher nicht

herankamen. Diese MVZ werden dementsprechend meistens an und mit Krankenhäusern installiert und sind damit ähnlich den früheren Polikliniken in der DDR, die schwerpunktmäßig an einem Ort verschiedene Fachärzte und Kompetenzen in einem Gebäude vereinigten. Sie führten zu einer fachspezifisch konzentrierten Versorgung von einzelnen Medizinbereichen mit der Möglichkeit der fachübergreifenden Kooperation in diesem Versorgungszentrum (5).

Mit den modernen Versorgungskonzepten wäre das 1990 abgeschaffte ambulante Versorgungssystem der DDR, die Polikliniken, wieder neu installiert. Von allen Gesprächspartnern wurde aber an der Kompetenz und Effizienz dieser Polikliniken gezweifelt. Ein Nachteil des Poliklinik-System der DDR war seine Qualität, weil sich bekanntermaßen angestellte Ärzte mit Festgehalt und Bundesangestelltentarif in ihrer Mentalität und Arbeitsweise von einem marktwirtschaftlich orientierten niedergelassenen Arzt unterscheiden. So kennt der BAT so genannte Rationalisierungsschutzabkommen, die die Unveränderbarkeit der Arbeitsplätze im Krankenhaus gewährleisten (49).

Ein Vorteil der MVZ liegt darin, dass auch angestellte Ärzte einen Versorgungsauftrag nach kassenärztlichen reglementierter Zulassung ausüben können ohne die sonst notwendigen Investitionen für eine Niederlassung. Deshalb bezeichnet der Gesetzgeber (5) seine MVZ-Gründung auch als Startrampe für die spätere Existenzgründung zukünftig freiberuflicher tätiger Ärzte, womit die einmalige Chance gemeint ist, dass der angestellte Arzt nach fünf Jahren das MVZ zur Gründung einer eigenen vertragsärztlichen Praxis verlassen darf, gleichzeitig dann das MVZ diese Position wieder neu besetzen darf unabhängig von der Bedarfsplanung.

Die Konkurrenzsituation der Krankenhäuser untereinander wird vermehrt dazu führen, dass einzelne Krankenhäuser neue Versorgungsstrukturen gründen. Dabei ist die enge Kooperation mit bereits niedergelassenen Ärzten oder ganzen Ärztenetzen vorstellbar und/ oder auch in MVZ gemeinsam mit vertraglich organisatorischer Einbindung dort angestellter Ärzte. In Form einer GmbH oder einer BGB-Gesellschaft würde diese Struktur kreditwürdiger sein als der einzelne Arzt.

In Ballungszentren könnten diese fach- und sektorenübergreifende Gesundheitszentren deutliche Wettbewerbsvorteile haben, die letztlich das wirtschaftliche Überleben aller Beteiligten, vor allem auch der Krankenhäuser, bedeuten könnten (9). In Hamburg gab es bis April 2005 lediglich fünf neue MVZ (**Abb. 24**).

## Erste Auswirkungen des GMG

### Derzeit fünf aktive medizinische Versorgungszentren in Hamburg:

1. **Medizinisches Versorgungszentrum Hamburg**  
Prof. Dr. A. Plettenberg & Dr. A. Stoehr  
Dermatologie und Innere Medizin (ha)
2. **Endokrinologikum Hamburg**  
Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin (ha und fa),  
Laboratoriumsmedizin
3. **Ambulanzzentrum des UKE GmbH**  
Neurologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie
4. **Praxisklinik Winterhude**  
Gynäkologie
5. **Versorgungszentrum im Zentrum für Gefäßmedizin**  
Allgemeinmedizin, Chirurgie

Abb. 24

Quelle: Späth, M. (59)

Auch in ländlichen Gebieten wie z. B. in Leising-Sachsen (29) ist mit einem MVZ die ärztliche Grundversorgung letztlich sichergestellt worden.

Mit den MVZ's besteht die Möglichkeit, die sektoralen Grenzen nicht nur zwischen den verschiedenen ärztlichen Versorgungsstrukturen, sondern im gesamten Bereich der Gesundheitsdienstleister zu überwinden und somit Kosten zu sparen und eine kompetente patientenorientierte Versorgung ohne Schnittstellenproblematik zu schaffen. MVZ haben klare Zielvorgaben in ärztlicher, technischer und wirtschaftlicher Sicht. Das erfordert neben Teamgeist ein professionelles Management, was nicht nebenbei geleistet werden kann. Durch fachübergreifende Vernetzungsstrukturen und funktionierende Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachärzten sowie nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstleistern wie Pflegediensten, Apothekern, Logopäden, Physiotherapeuten oder Medizinbedarfhändlern verschwindet die Schnittstellenproblematik und es entstehen Voraussetzungen für Synergieeffekte. Die gemeinsame Nutzung der Medizintechnik und Einrichtungen sowie koordinierter Personaleinsatz schaffen solide ökonomische Grundlagen (Einspareffekte 10-30%) für effektive Handlungsabläufe. Kurze Wege, kurze Wartezeiten für Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit ohne Informationsverlust und weniger Krankenhausaufenthalte überzeugen die Patienten.

Die Ärzte schätzen die volle fachliche Unabhängigkeit ohne große wirtschaftliche Risiken bei ständiger kollegialer Diskussion (8). Zusätzlich ist problemlose Teilzeittätigkeit der Ärzte möglich. Die überwiegende Verwaltungstätigkeit wird den Ärzten durch das professionelle Management abgenommen.

Gleichzeitig tauchen bei der formellen Gestaltung aber rechtliche Probleme auf, die z. B. gewerbe- und umsatzsteuerrechtliche Fragen zusätzlich zu gesellschaftsrechtlichen Unwägbarkeiten beinhalten (66).

Die vielfältigen Möglichkeiten der MVZ-Gestaltung waren Anstoß für meine Ideen einer regionalen Kooperation.

## **Regionale Kooperationsmodelle**

Die Idee einer regionalen Kooperation von Gesundheitsanbietern stammt aus der geografischen Situation des Stadtteils Harburg und Umgebung, der südlich der Elbe ein seit mehr als 50 Jahren historisch gewachsenes, relativ eigenständiges Versorgungssystem mit einem zentralen Krankenhaus der Maximalversorgung hat. Dieses öffentliche Krankenhaus, inzwischen dem Äsklepios-Konzern zugehörig, ist nicht nur für den hamburgischen Süderelberaum mit ca. 200 000 Menschen zuständig, sondern auch Zentrum für den umgebenden Landkreis Harburg mit zusätzlich ca. 240 000 Einwohnern. Ein zweites im Stadtteil liegendes konfessionelles kleineres Krankenhaus ist inzwischen eng mit dem Schwerpunktkrankenhaus assoziiert

Wie alle Großkrankenhäusern in den verschiedenen Stadtteilen Hamburgs, hat auch dieses Krankenhaus Schwerpunkte in der Krankenversorgung, während andere medizinische Teilgebiete an dieser Klinik fehlen.

Basis einer regionalen Kooperation ist u. a. eine verbesserte Kommunikation aller Bereiche miteinander.

So schlugen einige der Interviewpartner zur Verbesserung der Kommunikation eine gemeinsame Informationstechnologie vor, die bereits im Seaman-Projekt in Harburg kurz vor der Verwirklichung steht (<http://www.seaman-net.de>).

Bei Einbeziehung von Vertragsärzten, Kliniken, Nachsorgeeinrichtungen, Kurzzeitpflege, Pflegediensten und evtl. Pflegeheimunterbringung könnte dies einen reibungslosen Versorgungsübergang auf jeglicher Ebene möglich machen.

Eine erste erfolgreiche lokale Kooperation ist die Einrichtung einer Notfallsprechstunde zu sprechstundenfreier Zeit, die der Harburger Hausärztekreis bereits vor Jahren am Kran-



kenhaus betreibt. Dort wird das Krankengut vorselektiert und gegebenenfalls mit der stationären medizinischen Aufnahme zusammengearbeitet.

Weiter ist in diesem Stadtteil das vorher schon erwähnte IV-Modell Depression der Hausärzte und niedergelassenen Psychiatern gemeinsam mit der Psychiatrie des Krankenhauses implementiert worden (56).

Aufgrund der gewachsenen Strukturen ist eine weitere Überwindung der sektoralen Grenzen gut vorstellbar. Die Idee eines medizinischen Versorgungszentrums am Krankenhaus mit allen Gesundheitsanbietern, auch aus dem ambulanten Bereich, konnte in diesem regionalen Versorgungskonzept verwirklicht werden.

So wäre z. B. das QM-zertifizierte Gefäßzentrum des AK Harburg ideal geeignet, gemeinsam mit interventionellen Radiologen, Angiologen, Diabetologen und dem bereits bestehenden Wundzentrum und einer Nachsorgerehabilitation mit Gehschule, Prothesentraining der immer größer werdenden Anzahl von Patienten mit peripheren Gefäßkrankheiten eine patientengerechte, optimierte medizinische Versorgung „aus einem Guss“ in Form eines MVZ zu gewährleisten.

Da das Wundzentrum als Schwerpunkt schon länger in dieser Abteilung besteht und gemeinsam von Klinik-Fachärzten, niedergelassenen Vertragsärzten und Pflegekräften betreut wird, könnte dieser Sektor als integriertes Versorgungsmodell mit den Krankenkassen vereinbart werden (16,17).

Der zweite Schwerpunkt dieser Klinik ist seit Jahrzehnten die Behandlung von Lungenerkrankungen, sowohl internistisch durch die Pulmologie als auch chirurgisch durch die Thoraxchirurgie. Auch hier würde sich eine Kooperation anbieten mit niedergelassenen Fachkollegen mit speziellen Diagnostikmöglichkeiten, konservativer und chirurgischer Therapie, evtl. Nachbestrahlung bei Tumoren oder auch einer onkologischen Tagesklinik. Eine solche Kooperation ist als Modell der integrierten Versorgung in Hamburgs Mitte bereits verwirklicht (65).

Eine gynäkologische Einheit ist das Mamma-Zentrum Hamburg Süd, das zeitgemäße moderne Versorgung von Brustkrebspatienten nach neuestem Standard gewährleistet. Hierunter versteht man neben einer kompetenten mamma-chirurgischen Abteilung eine präoperative Diagnostik auf höchstem Niveau mit Mammographie, Sentinel-Diagnostik und brusterhaltenden bzw. brustaufbauenden Operationsmethoden. Daran sollte eine spezielle mamma-onkologische Sprechstunde und onkologische Tagesklinik assoziiert werden, wie sie schon im ambulanten Bereich angeboten wird (Vorschlag von P2).

Als weiterer Schwerpunkt der medizinischen Versorgung wäre ein Mutter-Kind-Zentrum Harburg vorstellbar, wo die geburtshilfliche Versorgung der Schwangeren in enger Kooperation mit der regionalen Kinderklinik durchgeführt wird. Hier wäre neben der Ein-

richtung einer kleinen perinatalogischen Einheit auch vorstellbar, eine genetische Beratungsstelle, Schwangerenberatung, eine Mutter-Kind-Schulung und Ernährungsberatung einzurichten.

Dazu passt ein weiteres Versorgungskonzept mit der im Harburger Krankenhaus vorhandenen urologischen Abteilung mit Schwerpunkt Kinderurologie. Hier könnten nicht nur die aus dem Mutter-Kind-Zentrum diagnostizierten urologischen Probleme behandelt werden, sondern auch der gesamte Einzugsbereich mitversorgt werden.

Im Krankenhaus Harburg ist bereits ein Nephrologe tätig, der in enger Kooperation mit einer ambulanten nephrologischen Fachpraxis die nephrologischen Patienten im Krankenhaus versorgt, falls erforderlich einschließlich stationärer Dialysebehandlung. In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Urologen und Nephrologen in Harburg könnte ein urologisch-nephrologisches Zentrum eingerichtet werden, das für die übergreifende Versorgung von Hamburg-Süd und Nordniedersachsen geeignet wäre.

Im Rahmen eines solchen Zentrums sind integrierte Versorgungsmodelle z.B. für Prostata-Karzinome vorstellbar, um erforderliche operative Eingriffe im Krankenhaus durchzuführen und damit die niedergelassenen Urologen eng an das Krankenhaus zu binden. Die onkologische Nachbetreuung wäre wieder in einer assoziierten Tagesklinik denkbar.

Die lokale niedergelassene Laborpraxis könnte kostengünstig assoziiert werden und alle Untersuchungen, auch die der stationären Patienten durchführen.

Da in dem Krankenhaus eine interventionelle kardiologische Abteilung mit einer seit Jahrzehnten bestehenden modernen Schrittmacherambulanz vorhanden ist, wäre durch Assoziation mit einem regional niedergelassenen Kardiologen eine sektorenübergreifende ambulante und stationäre kardiologische Versorgung am Krankenhaus anzubieten. Bei erforderlicher kardiochirurgischer Intervention wäre dann eine überregionale Kooperation mit den schon in anderen Hamburger Stadtteilen bestehenden integrierten Versorgungsmodellen denkbar (IV Ärztenetz) Damit könnte man durch engere Vernetzung eine kardiologische Versorgung aus einem Guss gewährleisten (53).

## A U S B L I C K

Das deutsche Gesundheitswesen erlebt in dieser Zeit dramatische Veränderungen. Die sektoralen Grenzen werden aufgeweicht, große Kliniken werden seltener, viele Kliniken fusionieren oder werden privatisiert oder geschlossen. Die Zahl der Krankenhausbetten und die Verweildauer in den Krankenhäusern haben abgenommen und werden weiter reduziert. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist schon eingefroren und wird in der Zukunft sinken. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird regional sehr unterschiedlich sein.

In den Metropolregionen wird der Wettbewerb zwischen den Kliniken zunehmen, Kliniken werden ihre Kernkompetenzen ausbauen und größere Mengenbehandlungen preiswert anbieten müssen. Die bestehende Überversorgung mit ambulant tätigen Fachärzten wird zu einem Schrumpfen dieses Sektors führen. Langfristig werden Kooperationen mit Kliniken in allen möglichen Varianten implementiert werden, vor allem auch MVZ's.

Die lokalen Möglichkeiten wie oben beschrieben, müssen systematisch analysiert und umgesetzt werden, um auf diese Weise Kosten einzusparen, das Überleben der beteiligten Partner zu gewährleisten und eine patientenorientierte medizinische Versorgung anzubieten.

Entscheidend für das Überleben der Krankenhäuser wird künftig auch die Produktivität des Personals sein - wie eine aktuelle Studie des Beratungsunternehmens McKinsey ergab (15). Die Berater haben herausgefunden, dass zwischen den schwächsten und stärksten Kliniken ein Unterschied von 69% in der Produktivität besteht. Allein in Berlin besteht zwischen den Kliniken ein Unterschied von 45%.

Langfristig werden leistungsstarke und innovative Krankenhäuser mit einer definierten Kernkompetenz die Gewinner sein. Sie werden am ehesten genug Selbstbewusstsein haben, Randkompetenzen an niedergelassene Fachkollegen abzugeben und mit diesen zu kooperieren.

Im Gegensatz zu den Metropolregionen wird die Gesundheitsversorgung in Flächenstaaten und im ländlichen Bereich eher durch moderne Versorgungskonzepte gesichert, wobei hier den Krankenkassen eine besondere Aufgabe zukommt. Sie müssen in schlecht versorgten Regionen Versicherungsverträge anbieten, die den gesetzlichen Leistungsrahmen zur medizinischen Versorgung sicherstellen (44). Die Unterversorgung der ambulanten Patienten und das Auftreten von so genannten arztfreien Zonen, vor allen Dingen im Osten unserer Republik sind sicherlich auch der Grund dafür, dass mehr und

mehr moderne Versorgungskonzepte mit Kooperationen von ambulanten und stationären Bereichen in diesen Regionen entstehen.

Bei einem immer größer werdenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen mit immer geringeren Finanzmitteln ist es in Zukunft nötig, weiterhin gute Medizin zu bezahlbaren Preisen anzubieten (43) : *„Die Produktionsreserven im System können nur gehoben werden, wenn die Gesundheitsdienstleister ihre Angebotsstrukturen und ihre Prozesse grundlegend modernisieren.“* Der zunehmende Wettbewerb der Gesundheitsanbieter untereinander wird trotz aller Rentabilitätsbemühungen langfristig weiter hohes Interesse an guter Qualität der angebotenen Versorgungsleistungen haben und sich um die Entwicklung von Qualitätsmarken bemühen (46). Darüber hinaus werden die Akteure des Gesundheitswesens zusätzliche Leistungen, die außerhalb des vorgesehenen Regelkatalogs der Krankenkassen bestehen, in ihrem Angebot anbieten müssen.

So entsteht neben dem durch Umverteilungssysteme finanzierbaren Gesundheitswesen eine zusätzliche Gesundheitswirtschaft, die Gewinn orientiert ist, Anreize zur Expansion bietet und den freien Verkauf von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen sowie Versicherungsleistungen ermöglicht (64). Damit wird der bisherige Patient auch Bürger und Kunde und entscheidet auf dem freien Markt, welche zusätzliche Präventionen, Diagnostik oder Therapie er einkaufen möchte. Diese Entwicklung würde die Medizin und den Gesundheitsmarkt in ihrer Rolle als sinnvolle und effektive Schubkräfte der Wirtschaft fördern und damit auch eine gesellschaftspolitische Funktion erfüllen, durch Ausweitung des Medizinmarktes wettbewerblich zu Stimulation der Erfolgswirtschaft beizutragen (45).

# ZUSAMMENFASSUNG

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland kann als sehr gut bezeichnet werden, ist jedoch bei rückläufigen Einnahmen und steigenden Kosten der GKV in der bestehenden Form nicht mehr finanzierbar.

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung zweier wesentlicher Kostenfaktoren, der stationären und der ambulanten medizinischen Versorgung in ihrer historischen Entwicklung beschrieben und der aktuelle Zustand aufgezeigt.

Es werden die durch das GKV Modernisierungs-Gesetz möglich gewordenen sektorenübergreifenden Versorgungskonzepte wie Disease Management Programme (DMP), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Integrierte Versorgung (IV) für eine patientenorientierte Versorgung vorgestellt, diskutiert und auf ihre Durchführbarkeit analysiert.

In Interviews mit Meinungsbildnern des Gesundheitsmarktes werden die Probleme der bestehenden Krankenversorgung mit getrennten Budgets und Schnittstellenproblematik diskutiert und Vorstellungen zu o. g. neuen Versorgungsmodellen aufgezeigt, durch qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und mit der vorhandenen Literatur belegt.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch die neu implementierten Konzepte Probleme in der Umsetzung aufwerfen durch hohen bürokratischen Aufwand, komplizierte Vertragsgestaltung, und vor allem durch die immer noch bestehende sektorale Budgetierung und damit schwierige Honorierung der verschiedenen Leistungserbringer.

Dennoch wird anhand der durchgeführten Analysen von Interviews und Literatur deutlich, dass Strukturveränderungen auf dem Gesundheitssektor unumgänglich sind. Alle Gesprächspartner waren sich einig in der Einschätzung, dass sowohl der ambulante wie auch der stationäre Bereich schrumpfen müssen und auch werden und dass beide Sektoren enger zusammenarbeiten müssen, um unnütze Kosten z. B. durch Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Es werden regional durchführbare moderne Versorgungskonzepte vorgestellt, die aufgrund bereits vorhandener kooperativer Strukturen zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesundheitsanbieter Chancen auf erfolgreiche Umsetzung haben, und damit eine optimierte Patientenbehandlung möglich machen.

## S U M M A R Y

Medical care in Germany is one of the best in the world. Decreasing funds and increasing costs will lead to deficits and finally to the collapse of the health insurance system.

To understand the problems of the German health system, the historical development and the actual situation of the ambulatory and hospital medical care are described in detail.

Newly implemented concepts of health care, such as DMP, integrated care and medical care units, are presented and discussed in this study.

Interviews with various representatives of the German health care system (e.g. doctors, managers/ chairmen of hospitals, health insurance companies and patients) were evaluated by qualitative analysis of content and put to discussion afterwards.

The presented data emphasize the necessity to bring about vast structural changes in Germany's health care system in the future.

Furthermore it is shown that even the newly implemented combination of ambulatory and hospital sector is plagued by numerous problems such as high bureaucracy, complicated contracts and budget negotiations.

Nevertheless cost reduction is the major topic. Both sectors - ambulatory and hospital medical care - will have to diminish in numbers eventually. To compensate this development cooperation and internal improvements are needed for the sake of patients' welfare. Formerly separate budgets and functions will also see further integration and combination.

The creation of a complex network including unified information technologies and unified patient-files is in order.

Regional cooperations that already exist in Harburg are used as an example of the aforementioned issues.

# L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. Alterspyramiden in Deutschland 2001, 1950 und 2050.  
[www.destatis.de/basic/d/bevoe/bevoegra2.php](http://www.destatis.de/basic/d/bevoe/bevoegra2.php)
2. AOK-Bundesverband-Lexikon : Verwaltungskosten –  
[http://www.aok-bv.de/lexikon/v/index\\_02586.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/v/index_02586.html)
3. AOK-Gesundheitsportal: Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion.  
[www.aok-gesundheitspartner.de/inc\\_ges/download/dl.php/bundesverband/iv](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/iv)
4. Augurzky, B., Berhanu, S. et al. : Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen. RWI Materialien, Heft 8, S. 1-40, 2004.
5. Behnsen, E., Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers  
Teil I: Das Krankenhaus 8/2004, S. 602-606  
Teil II: Das Krankenhaus 9/2004, S. 698-702
6. Beske, F., Drabinski, T. et al.: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – eine Analyse von 14 Ländern, Igsf Band 104, I –II, Kiel, 2005
7. Beunruhigende Entwicklung: Ruhestandswelle und fehlender Nachwuchs, 27.09.05  
<http://www.kbv.de/presse/6939.html>
8. Blöß, T., Rabbata, S.: MVZ- Alte Ideen mit neuem Namen. Deutsche Ärzteblatt 34, A 2194, 2003.
9. Blumenbach-Ostermann, K.: Medizinische Versorgungszentren: Konkurrenz oder Chance für Vertragsärzte. 20.12.04.  
[www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0408](http://www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0408)
10. Böhlke, R., Söhnle, N. et al., Gesundheitsversorgung 2020, Ernst & Young-Studie, 2005
11. Bortz, J., Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag, Berlin 2002

12. Breddemann, J.: Das Krankenhaus zwischen humanitärem Anspruch und ökonomischer Realität. In: Deppe, H.U. (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit, Köln, S. 141-174, 1980.
13. Busse, R., Riesberg, A.: Health Care Systems in Transition: Germany 2004 Copenhagen, WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004  
<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>
14. Clade, H.: Gesundheitsreform. Wettlauf um Win-Win-Verträge. Deutsches Ärzteblatt 8, 351-352, 2004
15. Clade, H.: Krankenhäuser/Management. Höhere Produktivität und optimale Betriebsgrößen. Deutsches Ärzteblatt 48, A 3302-3303, 2005.
16. Debus, E.S., Winkler, M. et al.: Medizinische und ökonomische Aspekte der Zentrumsbildung in der Wundbehandlung. Gefäßchirurgie 4, 259-268, 2003.
17. Debus, E.S., Larena, A. et al.: Die integrierte Versorgung als Zentrumsaufgabe: Ein zukunftsfähiges Modell? ZfW 3, 90-95, 2004
18. Dietrich, J., Schweikhard, S. : Kooperationsform: Krankenhäuser und Ärztenetze, Hausarbeit FH Mainz, 2003.  
[http://www.dfk.de/beitraege/dfkm\\_idss\\_koop.pdf](http://www.dfk.de/beitraege/dfkm_idss_koop.pdf)
19. DKG, GKV-Modernisierungsgesetz: Neue Versorgungsformen im Krankenhaus. S. 5-63, 2004.  
<http://www.dkgev.de/pdf/489.pdf>
20. Dramatischer Arztmangel durch Budgetierung und Überbürokratisierung: Ärzteberuf muss wieder Perspektive haben. NAV-Virchow-Bund Pressemitteilung vom 27.09.05.  
<http://www.nav-virchowbund.de/DES/showdetails.php>
21. Drucksache 15/1525: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG).  
[http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/gesetze/pdf2003-09-08\\_bt-drucksache15\\_1525pdf](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/gesetze/pdf2003-09-08_bt-drucksache15_1525pdf)
22. Eckart, W. U.: Geschichte der Medizin, 5. Auflage, Springer Verlag, 2005
23. Einnahmen und Ausgaben der GKV 2001-2003  
<http://www.destatis.de/>



24. Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen (in Euro u. % des BIP) 1992-2002, 2004  
<http://www.destatis.de/>
25. Flintrop, J., Clade, H. et al.: Krankenhäuser : Anpassungsdruck hinterlässt Spuren. Deutsches Ärzteblatt 101, A3303, 2004.
26. Gerst, T; Korzilius, H.: DMP: Viel Geld im Spiel, Deutsches Ärzteblatt 102, A2904-2909, 2005.
27. Gesundheitsnetz-prosper.  
[http://www.kbs.de/coremedia/generator/bbsprotal/de/medizin-netz/5\\_das-gesundheitsnetz-prosper-pr](http://www.kbs.de/coremedia/generator/bbsprotal/de/medizin-netz/5_das-gesundheitsnetz-prosper-pr)
28. <http://www.wdr.de/themen/gesundheit/gesundheitswesen/prosper>
29. Grubitzsch, J.: Marktlücke oder Etikettenschwindel? Gründung Medizinischer Versorgungszentren(MVZ) : Der Kassenarzt 13, 41, 2005.
30. Henke, K. D., Die Situation der Krankenhausärzte unter sich verändernden Rahmenbedingungen aus der Sicht eines „außenstehenden“ Ökonomen, Vortrag 21.05.98, Deutscher Ärzteverlag Köln
31. Hildebrandt-GesundheitsConsult: Integrierte Versorgung – Stand der Dinge KU Sonderheft, Integrierte Versorgung 9, S. 4-11, 2004.
32. HIT summary: Deutschland, 2005  
[http://www.euro.who.int/document/e85472\\_qsum.pdf](http://www.euro.who.int/document/e85472_qsum.pdf)
33. Kirchhoff, R.: die MVZ alternative, Niedersächsisches Ärzteblatt, 5, S. 2-4, 2004.
34. Kirchner, H., Ollenschläger, G.: Implementierung von Leitlinien-Netze auf dem Weg zur evidenzbasierten Medizin. In: Tophoven, C., Lieschke, L.: Integrierte Versorgung, Deutscher Ärzteverlag Köln, S.63-106, 2001
35. Klimenta, H.: Gesundheitswesen, Foliensatz 2006  
<http://www.attack-netzwerk.de>
36. Klose, J. u. Uhlemann, T.: Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung?  
<http://www.wido.de/fileadmin/widod.pdf>

37. Knieps, F.: Wie definieren Krankenkassen ihre Interessen am Gesundheitsmarkt?  
In: Tophoven, C., Lieschke, L.(Hrsg.) : Integrierte Versorgung, Deutscher  
Ärzteverlag Köln, S. 277-294, 2001.
38. Krankenhausmarkt im Umbruch – Handlungsoptionen für die Zukunft I/2002, S. 19  
(Abb. 9) II/2002, S. 18 (Abb. 10)  
<http://www.nordlb.de/de/economics/pdf>
39. Labisch, A., Spree, R.: Krankenhausreport 19. Jahrhundert, Krankenhausträger,  
Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Campus-Verlag, Frankfurt 2001
40. Lauterbach, K.W.: Mehr verdienen durch DMP? Kasse gemacht!  
DMP praxis 1, S.3, 2004.
41. Lieschke, L, Wie sieht die künftige Rolle von Kassenärztlichen Vereinigungen aus?  
In: Tophoven, C., Lieschke, L.(Hrsg.) : Integrierte Versorgung, Dtsch. Ärzteverlag,  
S. 295-320, 2001.
42. Löser-Priester, J.: Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der  
Beschäftigten, Mabuse-Verlag, 2003
43. Lohmann, H.:Zukunftsmarkt Gesundheit, Bayreuther Gesundheitswissenschaften  
Vorträge, P.C.O. Verlag 2004.
44. Lohmann, H.: Die Sicherstellung wird unsicher, FTD, 29.12.2005, S. 29
45. Lohmann, H.: Gute Medizin ist starke Medizin: Modernität durch Wettbewerb.  
Vortrag Gesundheitswirtschaftskongress 07.-08.09.2005, Hamburg
46. Lohmann, H., Wehkamp, K.-H.:Vision Gesundheit, Bd. 2, Wegscheid, 2003
47. Mayring, P, Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken , Weinheim,  
Deutscher Studienverlag, 7. Auflage
48. Medina, A. Integrierte Versorgung. Vortrag Konsil im Park, Hamburg, 11.6.04  
<http://www.gesundheitsconsult.de/kip/index.htm#hildebrand>
49. Münch, E.: Privatisierung als Handlungsoption. Vortrag IHK Frankfurt,  
Konrad-Adenauer-Stiftung, 21.09.04.

50. Plassmann, W.: Sektorübergreifende Leistungskomplexe- erste Erfahrungen mit der integrierten Versorgung nach §§ 140 a bis f.  
In: Tophoven, C., Lieschke, L.(Hrsg.) : Integrierte Versorgung, Dtsch. Ärzteverlag, S. 11-31, 2001.
51. Plassmann,W.: Integrierte Versorgung: Spannungsfeld zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung?  
Integrierte Versorgung und neue Kooperationsformen.  
1. Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung, 30.11.2005
52. Reichenberg, J.: Integrierte Versorgung "Chance oder Risiko"  
Integrierte Versorgung und neue Kooperationsformen.  
1.Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung, 30.11.2005
53. Reinert, A.: Profile der Integrierten Versorgung. Evidence, Effizienz und Effektivität.  
Integrierte Versorgung und neue Kooperationsformen.  
1.Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung, 30.11.2005
54. Schmidt, C., Möller, J.: Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch, DMW 129, S. 1209-1214, 2004
55. Schmidt, K.: Telematik – Zeitalter – gläserner Arzt statt gläserner Patient  
Der Kassenarzt 7, 14-17, 2005
56. Schuhr, E.: Integriertes Versorgungsmodell „Depressionen“.  
Integrierte Versorgung und neue Kooperationsformen.  
1. Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung, 30.11.2005
57. Schwiedernoch, A., Özyurt, E.L.: Integrierte Versorgung -ein Managed Care Ansatz in Deutschland, 1-62, Köln 2004.  
<http://www.iv.henrikbecker.de>
58. Simon, M. : Krankenhauspolitik in der BRD. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen-Wiesbaden S. 69, 2000.
59. Späth, M.; Neue Versorgungsstrukturen  
Vortrag Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 06.04.2005.
60. Spiro, T., MVZ:Politische Innovation und vertragsärztlicher Alltag, Deutsches Ärzteblatt 102, A1634-1638, 2005
61. Stock, S., Redaelli,M. et al.: Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. S.36, Kohlhammer Verlag

62. Tophoven, C; Sell, S.: Disease –Management-Programme, Deutscher Ärzteverlag, 2005
63. Tuschen, K.-H., Quaas, M.: Bundespflegesatzverordnung, Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, Stuttgart 1996, S. 2
64. Wehkamp, K.-H.: Mittelverwendung in der Medizin: Ethische Vertretbarkeit ihrer Begrenzungen, Vortrag: Internationale Tagung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, Mai 05, Berlin.
65. Werther, R., Müller, C.: Von der Kooperation zur Integrierten Versorgung: IV-Modell Bronchial Carcinom.  
Integrierte Versorgung und neue Kooperationsformen.  
1. Hamburger Symposium zur integrierten Versorgung, 30.11.2005
66. Zwingel, B., Preißler, R.: Das Medizinische Versorgungszentrum. Rechtliche Rahmenbedingungen für Gründung und Betrieb. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2005.

# EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

**Hamburg**, 10.02.2006

---

Folkert Bode

## **DANKSAGUNG**

Ich möchte allen danken, die durch ihren Beitrag diese Master Thesis unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp von der Hochschule für angewandte Wissenschaften für die Betreuung der Master Thesis und die Unterstützung bei der Konzeption. Ebenso gilt mein Dank Herrn Prof. Heinz Lohmann für die spontane Zusage der Zweitkorrektur.

Weiterhin möchte ich mein ausdrücklich bei allen Interviewpartnern bedanken. Ohne ihre Kooperation wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Es waren interessante und aufschlussreiche Gespräche, die den Kern dieser Arbeit bilden.

---

Prof. Dr. med. F. Bode