

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Heduschka, Katrin

Working Paper

Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?

Wismarer Diskussionspapiere, No. 24/2005

Provided in cooperation with:

Hochschule Wismar

Suggested citation: Heduschka, Katrin (2005) : Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?, Wismarer Diskussionspapiere, No. 24/2005, <http://hdl.handle.net/10419/23332>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.



Hochschule Wismar

University of Technology, Business and Design

Fachbereich Wirtschaft



Hochschule Wismar

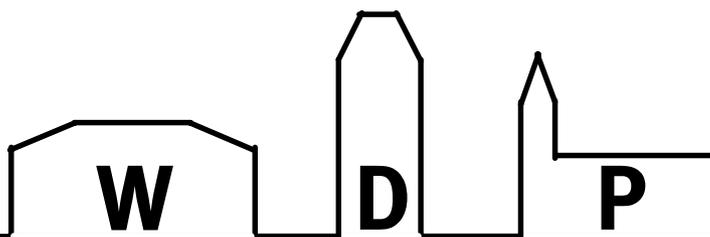
University of Technology, Business and Design

Faculty of Business

Katrin Heduschka

Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und
Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?

Heft 24 / 2005



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Der Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, International Management, Krankenhaus-Management und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
e-mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0)3841/753-575
e-mail: info@hws-startupfuture.de
Homepage: www.hws-startupfuture.de

ISSN 1612-0884
ISBN 3-910102-86-7

JEL-Klassifikation I12, I18

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, 2005.
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Problemstellung	5
3. Der Begriff der Integrierten Versorgung	6
4. Die Entwicklung der Integrierten Versorgung	8
5. Ziele der Integrierten Versorgung	9
6. Merkmale für die Erreichung des jeweiligen Versorgungsziels	11
7. Voraussetzungen für das Funktionieren der Integrierten Versorgung	11
8. Die Finanzierung	11
9. Die Vergütung	12
10. Allgemeine Umsetzung einer Integrierten Versorgung	15
11. Mögliche Umsetzung im Rahmen des Vertrages am Beispiel der Endoprothetik zwischen Krankenkasse, Krankenhaus und Rehabilitationsklinik	16
12. Probleme und Ursachen bei der Umsetzung	18
13. Mögliche Gesellschaftsformen für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung	19
14. Vorteile für den Versicherten durch die Teilnahme an diesem Versorgungssystem	21
15. Mögliche Eckpunkte eines Vertrages zur Integrierten Versorgung	21
16. Schlussbetrachtung	23
Literaturverzeichnis	24
Autorenangaben	25

1. Einleitung

Aus vielen Ecken hört man, dass das deutsche Gesundheitssystem ein schwieriger Patient ist.

Dem deutschen Gesundheitswesen wird angelastet, in zu viele Sektoren mit unterschiedlichen Vergütungssystemen aufgesplittert zu sein, was die Unwirtschaftlichkeit und Brüche in den therapeutischen Versorgungsbereichen begünstigt (vgl. Haubrock/Hagmann/Nerlinger 2000: 79f).

Zur Zeit befindet sich das Gesundheitswesen in Deutschland in einer Spannungssituation aufgrund einer erwarteten Nachfragesteigerung nach Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig soll, der allgemeinen Einschätzung nach, diese wachsende Nachfrage nicht durch gesteigerte Ausgaben der Sozialversicherungsträger bewältigt werden. Deutschland nimmt nach Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei den Kosten für die medizinische Versorgung im internationalen Vergleich zwar einen Spitzenplatz ein, belegt bei qualitativen Vergleichen aber nur einen mittleren Platz (vgl. Ver.di 2004: 5). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die verschiedenen Leistungserbringer zu wenig miteinander kommunizieren und kooperieren.

Des Weiteren ist die Optimierung des Gesundheitszustandes nicht prozessorientiert gedacht und geplant. Es wird immer nur das Einzelsymptom zum Gegenstand einer Intervention gemacht.¹ Für eine optimale Versorgung der Patienten sind aber Versorgungsangebote notwendig. Diese sollen sicherstellen, dass die unterschiedlichen Personen und Einrichtungen, die an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen. Dazu sind Kooperation und Kommunikation notwendig. Wenn dem Vorgenannten keine Beachtung geschenkt wird, entstehen als Folge u. a. Informationsverluste und Doppelbehandlungen. Und Qualitätsmängel produzieren Effizienz-mängel. Um jedoch die Finanzierbarkeit und die Qualität des deutschen Gesundheitssystems für die Zukunft zu sichern, müssen die Strukturen der Leistungserbringung einem Modernisierungsprozess unterzogen werden.

Synergieeffekte² müssen genutzt werden. Das Konzept der Integrierten Versorgung³ soll hierbei als Leitbild gelten. Jedoch gibt es die Integrierte Versorgung schon, seit der Gesetzgeber diese im Jahre 2000 mit dem § 140 a-h SGB V⁴ des GKV-Gesundheitsreformgesetzes eingeführt hat. Doch bis zum Jahre 2004 hat sich bezüglich einer besseren Ausnutzung der vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen nicht viel verändert. Erst seit der Einführung des Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 hat sich wieder etwas getan. Je-

¹ Vgl. <http://www.gesundheitsconsult.de/Service.htm>, abgerufen am 13.08.2004.

² Gemeinsame Nutzung und höhere Auslastung von Einrichtungen, Geräten und medizinischem Know-How.

³ Integrierte Versorgung wird im Folgenden z. T. mit I. V. abgekürzt.

⁴ Abgelöst durch das GKV-Modernisierungsgesetz § 140 a-d ab 1. Januar 2004.

doch, was hat sich der Gesetzgeber mit diesem Gesetz gedacht? Gibt es Hoffnung auf Verbesserungen in den Versorgungsstrukturen? Wie kann dies umgesetzt werden? Auf diese Fragen soll in dieser Arbeit eine Antwort gefunden werden.

Verständlich ist, dass die Umsetzung des Vorhabens Zeit braucht. Der Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen wird sich einem längeren Reformprozess unterziehen.

Zu Beginn meiner Arbeit wird die Problemstellung erläutert. Eine anschließende Definition des Begriffes Integrierte Versorgung (I.V.) bietet sich an. Die Entwicklung der Integrierten Versorgung und die ausführliche Darstellung der Versorgungsziele geben folgend aufschlussreiche Einblicke. Da diese in engem Zusammenhang mit entsprechenden Voraussetzungen stehen, gebührt ihnen ein entsprechender Raum. In den Punkten 6 und 7 wird erläutert, wie sich die I. V. finanzieren und vergüten lässt. Anschließend wird dargestellt, wie die I. V. im Allgemeinen umgesetzt werden kann. Es gibt jedoch auch Probleme bei der Umsetzung, auf die in Punkt 10 eingegangen werden soll. In welcher Form an der I. V. teilgenommen werden kann und welche Vorteile sich für den Versicherten ergeben, wird in den Punkten 11 und 12 erläutert. Zum Schluss der Arbeit wird auf mögliche Eckpunkte eines Vertrages zur Integrierten Versorgung eingegangen werden. Die durchgängige Ausgangsbasis der Arbeit bildet der § 140 a-d des SGB V.⁵

Das Ziel der Arbeit ist zum einen, das Konzept der Integrierten Versorgung als neue Versorgungsform im Gesundheitswesen darzustellen. Zum anderen werden darauf aufbauend die Gestaltungsmöglichkeiten und Auswirkungen einer Teilnahme der Rehabilitationskliniken an der Integrierten Versorgung analysiert. Dadurch, dass die Integrierte Versorgung auf Zusammenarbeit basiert, stehen in dieser Arbeit die Rehabilitationskliniken und Krankenhäuser in einem engen Zusammenhang. Eine gemeinsame Betrachtung der beiden Einrichtungen bezüglich der Teilnahme an der I.V ist an ausgewählten Stellen beabsichtigt. Die Einbeziehung der Krankenkassen in einem Versorgungsvertrag darf dabei nicht außer Acht gelassen werden.

2. Problemstellung

Im Gesundheitswesen findet derzeit eine Marktbereinigung statt. Träger von Akut- und Rehabilitationskliniken suchen nach Möglichkeiten, ihr Haus vor dem Hintergrund dieses Verdrängungswettbewerbs zu positionieren und zukunftsfähig zu machen (vgl. Reif 2004: 532). Durch den Aufbau integrierter Versorgungsnetze versuchen sie die Marktführerposition zu sichern. Wer derzeit versucht, als Einzelgänger auf dem Markt zu bestehen, der wird kaum eine

⁵ Die Ausführungen zu gesetzlichen Regelungen innerhalb des 5. Sozialgesetzbuches beziehen sich auf den Gesetzestext mit dem Stand vom 4. März 2004.

Chance haben.

Die Branche ist verunsichert. Von Überkapazitäten und einem drohenden Preisverfall ist die Rede. Die Folgen sind, dass viele gute Einrichtungen kurz vor der Konkursgrenze stehen. Dies gilt sowohl für Krankenhäuser als auch für Rehaklinken.

Die Defizite der Krankenhäuser und Rehaklinken wachsen und die Länder und Kommunen sind immer weniger in der Lage, diese Defizite aus Haushaltsmitteln zu decken (vgl. Jaeckel 2003: 205-206). Die Krankenhäuser haben nach wie vor zu viele Betten, eine zu geringe Auslastung und deshalb zu hohe Kosten. Deutschland hat fast doppelt so viel Krankenhausbetten (6,3 pro 1000 Einwohner), wie vergleichbare Industrieländer (durchschnittlich 3,9) pro 1.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettendichte in 18 Industrieländern beträgt 4,19 Betten (vgl. Jaeckel 2003: 205-206).

Des Weiteren werden in Deutschland viele Leistungen stationär erbracht, die anderswo ambulant durchgeführt werden (vgl. Jaeckel 2003: 205-206). Die Krankenhaushäufigkeit in Deutschland ist doppelt so hoch wie z. B. in Holland. Dem folgen doppelte Arbeit bei der Diagnostik der Symptome in den Arztpraxen und in den Krankenhäusern. Da ist es kein Wunder, dass viele Krankenhäuser privatisiert, fusioniert oder geschlossen werden müssen, da dies wirtschaftlich nicht tragbar ist. Auch bei den Rehaklinken sieht dies nicht anders aus. Auch hier müssen viele Einrichtungen schließen (vgl. Jaeckel 2003: 205-206).

Doch um hieraus als Gewinner hervorgehen zu können, muss das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmen.⁶ Viele Einrichtungen plädieren für eine bessere Kooperationsbereitschaft, aber dem steht offensichtlich noch ein verbreitetes Misstrauen entgegen. Um jedoch die Kooperationsbereitschaft zu stärken, muss zuerst die derzeit bestehende Kluft zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern beseitigt werden. Hier fehlt eine Vertrauensbasis.

Einziges Lichtblick wäre die Möglichkeit der Integrierten Versorgung. Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken haben deshalb großes Interesse daran, Verträge zur I. V. abzuschließen und mehr Zutritt zu der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu finden. Einige Rehaklinken bieten bereits ambulante Versorgung an.⁷

3. Der Begriff der Integrierten Versorgung

„Integrierte Versorgungsangebote beinhalten interdisziplinäre und sektorenübergreifende⁸ Behandlungsformen, die Kooperation der Leistungserbringer

⁶ Für diesen Absatz vgl. http://www.medinfoweb.de/drgz/drg_zeitung_18_03_2004.pdf.

⁷ Weiterführende Informationen finden sich unter: <http://www.gesundheitsconsult.de/db>.

⁸ Im Gesundheitswesen handelt es sich dabei um den präventiven, den ambulanten, den stationären sowie den rehabilitativen Sektor.

sowie die Koordination der Leistungen in der Versorgungskette. Sie sollen sicherstellen, dass die Patienten dort behandelt werden, wo die Versorgung unter medizinischen Gesichtspunkten am effektivsten und unter ökonomischen Aspekten am kostengünstigsten durchgeführt werden kann“ (vgl. Ver.di 2004: 87). Die einzelnen Sektoren bleiben mit ihren Abgrenzungen bestehen, doch zwischen ihnen sollen Verbindungen geschaffen werden. Ziel der Überlegungen ist ein „sektorübergreifendes Schnittstellenmanagement, das den ambulanten Sektor mit dem Krankenhaussektor und dem Rehabilitations- und Pflegebereich verknüpft.“⁹

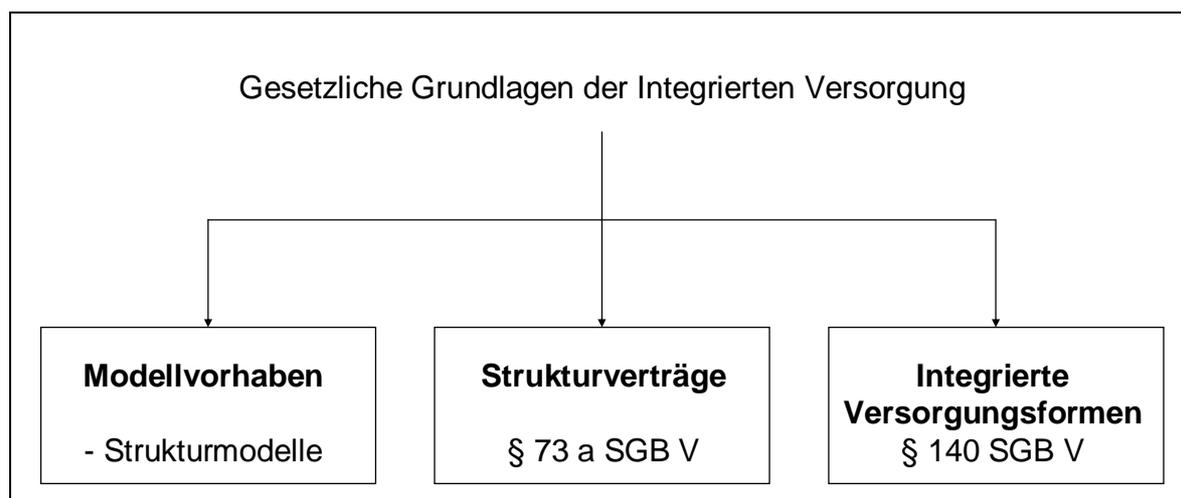
§ 140 a-b Abs. 1 SGB V beinhaltet folgende Sektoren:

- Ambulante Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte;
- Stationäre Versorgung durch Krankenhäuser;
- Krankenpflegeeinrichtungen;
- Rehabilitationseinrichtungen;
- Heilmittelanbieter wie z. B. Apotheken, Masseur, Krankengymnasten (bei Zulassung).

Vor der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes waren diese Sektoren starr und kaum miteinander verbunden. Nur in der horizontalen Ebene waren Verknüpfungen möglich, wie z. B. Hausarzt und Facharzt.

Der Begriff der Integrierten Versorgung umfasst sowohl die rechtlichen Regelungen in Form des § 140 SGB V als auch die Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V und Strukturverträge nach § 73 SGB V.

Abbildung 1: Gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung



Quelle: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003: Abb 29).

⁹ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003: Z. 674).

4. Die Entwicklung der Integrierten Versorgung

Schon seit 1993, mit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, versucht der Gesetzgeber die Vernetzung von Versorgungsstrukturen voranzutreiben. Mit der Einführung der Modellvorhaben¹⁰ und Strukturverträge¹¹ am 01.07.1997 wurde das Ausprobieren neuer Versorgungs- und Vergütungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Modellvorhaben und Strukturverträge sind zwei gesetzliche Varianten zur Umsetzung der Integrierten Versorgung, denen jedoch in dieser Arbeit weniger Beachtung beigemessen wird. Dies ist auf die Begrenzung zurückzuführen, dass Strukturverträge die Mitwirkung der Krankenhäuser ausschließen. Krankenkassen können zwar im Rahmen dreiseitiger Verträge den Modellvorhaben beitreten, benötigen aber für Projekte, die auch den vertragsärztlichen Bereich betreffen, die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (Wille 2004). Unter der Bezeichnung Integrierte Versorgung wird jedoch seit Jahren immer wieder nach Verbesserungskonzepten gesucht.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde der § 140 a-h SGB V zur Integrierten Versorgung eingeführt, welcher einen weiten Rahmen für Modelle der Integrierten Versorgung beschreibt. Des Weiteren lässt er große Spielräume bei der Ausgestaltung alternativer, integrativer Systeme zu.

Bisheriges Problem jedoch war immer noch die gesetzliche Regelung über die Integrierte Versorgung, welche in vielerlei Hinsicht unattraktiv und wenig praktikabel war. Denn in § 140 a SGB V hieß es, das „die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache ...“ die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar macht. Dies erwies sich als eines der bisherigen Hindernisse für den Abschluss von Versorgungsverträgen. Diese Hindernisse wurden jedoch durch das am 1. Januar 2004 verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz § 140 a-d SGB V beseitigt. Dieses beinhaltet, dass nunmehr „die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten alleine in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben wird.“¹²

Eine Einflussnahme Dritter, z. B. über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140 d SGB V, scheidet somit aus. Die Krankenkassen und Leis-

¹⁰ Modellvorhaben wie z. B. die Strukturmodelle können zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung vereinbart werden. Sie sind jedoch auf eine Dauer von acht Jahren begrenzt (vgl. Boekhoff 2004a: 260).

¹¹ Als Vertragspartner der Strukturverträge sind hier die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen angesprochen. Die Strukturverträge sind jedoch durch die Vertragspartner auf die ambulante Versorgung begrenzt (vgl. Boekhoff 2004a: 260).

¹² Vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de>, abgerufen am 13.08.2004.

tungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V. Dies bedeutet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mit einbezogen werden.¹³

Autonome Einzelverträge mit einzelnen Leistungsanbietern sind jetzt möglich. Vor der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes waren Integrationsverträge der Krankenkassen nur mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen möglich.¹⁴

5. Ziele der Integrierten Versorgung

Man unterscheidet bei der Integrierten Versorgung Ziele unterschiedlicher Ordnung. Das Ziel erster Ordnung entspricht einem Leitziel, wobei es sich um ein langfristiges, umfassendes und für die Integrierte Versorgung generell gültiges Ziel handelt (vgl. Boekhoff 2004a: 262-263). Es hat einen hohen Abstraktionsgrad und ist nicht konkret überprüfbar. Als übergeordnetes Ziel der Integrierten Versorgung kann das Ziel der Gesundheitsleistung betrachtet werden. Dies beinhaltet die Steigerung von Lebenserwartung und Lebensqualität. Dieses Leitziel steht in Bezug zum Ziel erster Ordnung, d. h. die Erhöhung von Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsversorgung beinhaltet Qualität und Kosten. Hiermit werden Ziele der zweiten Ordnung angesprochen. Hierzu zählt auch die Verlagerung von Leistungen auf eine niedrigere, kostengünstigere Versorgungsebene, d. h. von stationären zu teilstationären bzw. zu ambulanten Behandlungsformen. Ziel dabei sind weniger Krankenhauseinweisungen, kürzere Krankenhausaufenthalte und eine qualitativ verbesserte medizinisch-therapeutische Behandlung. Dies bedeutet wiederum Senkung der Kosten und schnellere Genesung der Patienten. (vgl. Boekhoff 2004a: 262-263)

Die Ziele dritter Ordnung betreffen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Hierbei geht es insbesondere um Kommunikation und Koordination zwischen den einzelnen Behandlungsebenen, um die Schnittstellen zu bewältigen. Schnittstellen entstehen z. B. durch unterschiedliche Kostenträger, durch die Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen oder zwischen ambulantem und stationärem Sektor (vgl. Boekhoff 2004a: 263).

Ziele vierter Ordnung betreffen einerseits den zeitnahen Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern unter Einbeziehung des Patienten durch EDV-Vernetzung, Entlassungsberichten sowie einem Callcenter als zentrale Anlaufstelle. Dies trägt zu einer größeren Zufriedenheit der Patienten bei. Denn derzeit sind diese die Leittragenden, die durch Fehler der Behand-

¹³ Vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de>, abgerufen am 13.08.2004.

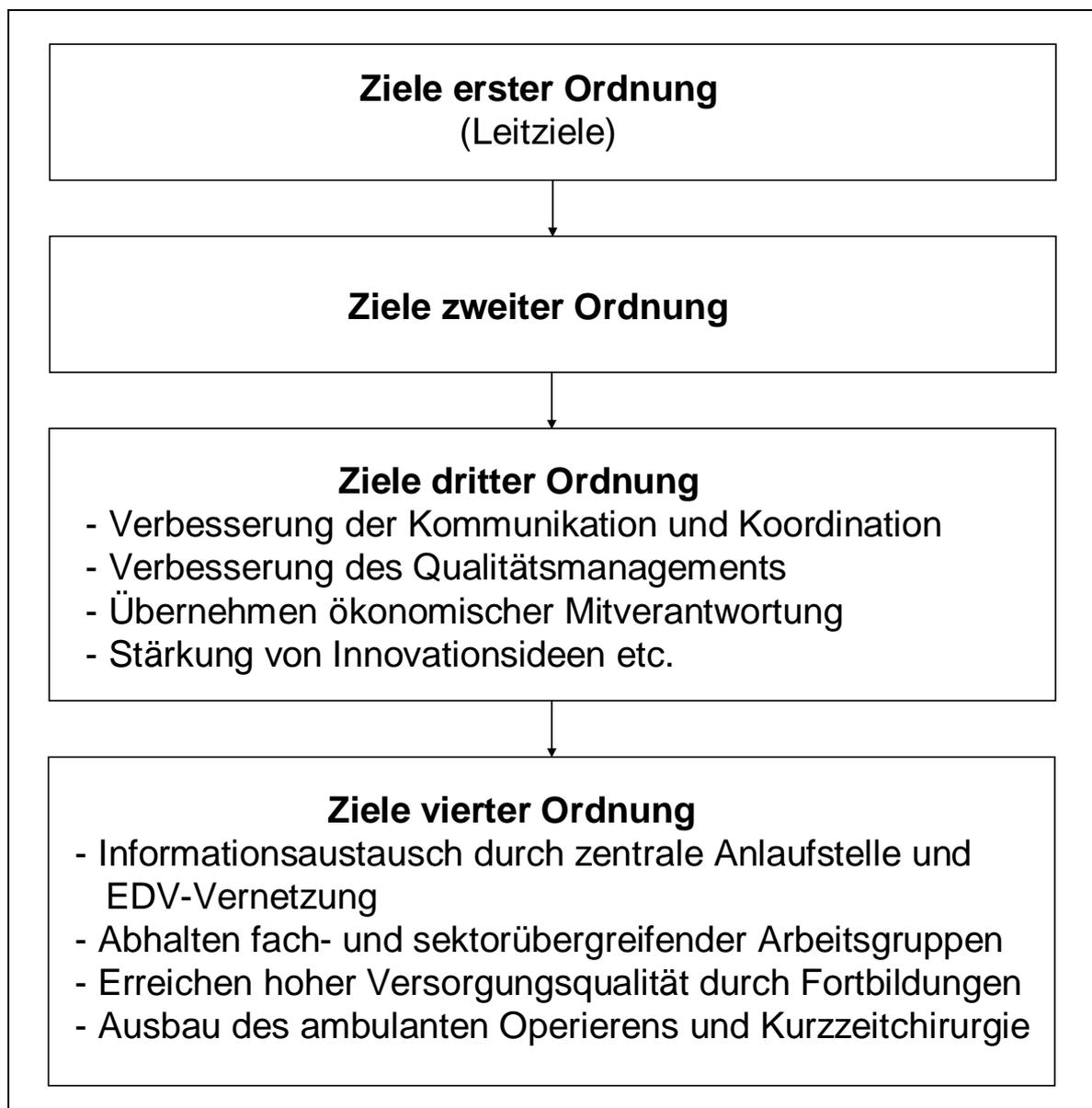
¹⁴ Vgl. http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen.html, abgerufen am 14.08.2004.

lungen und Doppeluntersuchungen in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sind.

Andererseits muss der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefördert werden. Dies soll umgesetzt werden, indem das ambulante Operieren und die Kurzzeitchirurgie ausgebaut werden.

„Aus den verschiedenen Zielebenen ergibt sich, dass Ziele niedriger Ordnung zugleich Voraussetzung sein können, dass Ziele auf höherer Ebene erreicht werden“ (vgl. Boekhoff 2004a: 263). Zum Beispiel kann eine bessere Kooperation ein Ziel sein, aber gleichzeitig auch Voraussetzung für eine verbesserte Versorgungsqualität. Eine kurze Übersicht der Versorgungsziele zeigt Abbildung 2.

Abbildung 2: Ziele der Integrierten Versorgung



Quelle: Boekhoff (2004a: 262).

6. Merkmale für die Erreichung des jeweiligen Versorgungsziels

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht von verschiedenen Indikatoren aus, an denen sich ablesen lässt, ob das jeweilige Versorgungsziel erreicht wurde (vgl. Boekhoff 2004a: 263). Er macht z. B. die Zielerreichung am Verhältnis von hausärztlicher zu fachärztlicher Behandlung fest oder an der Zahl der vorgenommenen Doppeluntersuchungen. Des Weiteren lässt sich das Erreichen des Versorgungsziels an der Häufigkeit des Einholens einer Zweitmeinung ablesen sowie daran, wie sich Krankenhaus- und Selbsteinweisungen entwickelt haben. Auch die Verweildauer im Krankenhaus, die durch die Integrierte Versorgung verkürzt werden soll, ist ein Indikator für die Zielerreichung.

Diese vorgenannten Indikatoren spiegeln größtenteils den Erfolg oder Misserfolg ärztlicher Versorgung wider.

7. Voraussetzungen für das Funktionieren der Integrierten Versorgung

Integrierte Versorgungsformen können nur dann entstehen, wenn die Erwartungen der Leistungserbringer erfüllt werden. Dies bedeutet, wie oben schon erwähnt, dass die Qualität der Leistungen steigen und die Zusammenarbeit der Beteiligten verbessert werden muss. Des Weiteren müssen die Arbeitszeiten kalkulierbar bleiben und die eigene Existenz muss gesichert sein. Zum Erfolg integrativer Angebote gehört jedoch auch, dass die Versicherten die Angebote kennen, diese sowohl qualitativ als auch preislich überzeugen und ihnen die Möglichkeit der Auswahl bieten.¹⁵

Voraussetzung für das Entstehen eines Integrierten Versorgungssystems ist daher, dass sich Leistungsanbieter auf gemeinsame Versorgungsinhalte und Ziele verständigen. Des Weiteren müssen die Versorgungsprozesse praxis-, disziplin- und sektorübergreifend abgestimmt und folglich transparent laufen.¹⁶

8. Die Finanzierung

Die Aufbau- und Betriebskosten von integrativen Versorgungsformen müssen finanziert werden. Zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge gem. § 140 d SGB V darf in der Startphase vom Grundsatz der Beitragsstabilität abgewichen werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen. Des Weiteren bedingt der Abschluss eines Vertrages, dass die Leistungserbringer hohe In-

¹⁵ Vgl. http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x00d88696, abgerufen am 17.08.2004.

¹⁶ Vgl. http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x00d88696, abgerufen am 17.08.2004.

vestitionskosten aufzubringen haben.¹⁷

Gem. § 140 d Abs. 1 SGB V gibt es zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren von 2004 bis 2006 ein festes Budget für Projekte zur Integrierten Versorgung. Dies umfasst jeweils ein Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung i. H. v. 220 Mio. € und ein Prozent der Krankenhausbudgets i. H. v. 460 Mio. €. Letztendlich stehen für Integrationsverträge jährlich ca. 700 Mio. € zur Verfügung.¹⁸ Dabei zweigen die Krankenkassen den Krankenhäusern und Kassenärzten bis zu 1% Mittel aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und aus dem Krankenhausbudget in den dafür vorgesehenen Integrationstopf ab. Die so einbehaltenen Mittel werden gesondert gebucht. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat hierzu die notwendigen Konten im Kontenrahmen der GKV eingerichtet. Bei Nichtgebrauch der eingenommenen Gelder muss die jeweilige Krankenkasse diese an die jeweiligen Krankenhäuser bzw. Kassenärzte nach drei Jahren zurückzahlen.¹⁹ „Aus diesem Grund erfolgt eine Abrechnung nicht jährlich, sondern am Ende des Dreijahreszeitraums. Mit der Verpflichtung, nicht aufgebrauchte Mittel wieder auszubezahlen, wird der Anreiz zum Abschluss von Integrationsverträgen gestärkt. Zudem wird damit ausgeschlossen, dass die Krankenkasse die Mittel ohne „Gegenleistung“ einbehalten kann.“²⁰

„Ab 2007 muss die Integrierte Versorgung allein funktionieren. Deshalb sollte jeder die Finanzierung nach diesem Zeitraum mit im Blick haben.“²¹ Eine verlängerte Anschubfinanzierung wird es nicht geben. Bezüglich der Abzweigung der Gelder in den Integrationstopf wird in Punkt 10 noch einmal darauf eingegangen werden.

9. Die Vergütung

Vergütungsformen haben direkte Auswirkung auf das Handeln der Leistungserbringer und somit auf Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patienten. So können Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Integrierten Versorgung durch ein entsprechendes Vergütungssystem gesteuert werden. Dadurch, dass die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen auch ökonomische Interessen verfolgen, müssen die Modelle der Integrierten Versorgung auch Anreize bieten (vgl. Boekhoff 2004b: 440).

In Bezug auf die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB gibt es keine ver-

¹⁷ Vgl. <http://www.medi-deutschland.de/print.php?id=465>, abgerufen am 17.08.2004.

¹⁸ http://www.krankenhaus-aok.de/m06/m06_02/index.html, abgerufen am 06.01.2004.

¹⁹ Vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de>, abgerufen am 13.08.2004.

²⁰ Vgl. http://www.aokbv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/gesetzliche_begruendung_integrierte_versorgung.pdf, abgerufen am 18.07.2004.

²¹ <http://www.medi-deutschland.de/Aktuell/integrationsversorgung.php>, abgerufen am 06.04.2004.

bindlichen Regelungen bezüglich der Vergütungsformen. Die Vergütung wird im Rahmen der abgeschlossenen Verträge gem. § 140 c Abs. 1 SGB V festgelegt. Aus dieser Vergütung sind dann sämtliche Leistungen der teilnehmenden Versicherten zu finanzieren. Dies gilt auch für die an der I. V. nicht teilnehmenden Leistungserbringer, wenn die Versicherten von Leistungserbringern - die an der I. V. teilnehmen - an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden. Es kann auch eine anders lautende vertragliche Grundlage gegeben sein (vgl. § 140 a-c Abs. 1 SGB V). Die Verträge können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche vorsehen, wobei die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur zu berücksichtigen ist (vgl. § 140 a-c Abs. 2 SGB V). Typische Kriterien für die Risikostruktur sind Alter, Geschlecht und Familienstatus. Morbiditätskriterien gem. § 140 c Abs. 3 SGB V, d. h. Kriterien bezüglich der Krankheitshäufigkeit finden hierbei ebenfalls Berücksichtigung, sind aber nicht zwingend.

Generell gibt es die Möglichkeit, durch Einzelleistungen, als Festbetrag, als Kopfpauschale, als Fallpauschale oder als Mischform aus diesen oder anderen Formen die Vergütung zu berechnen. Dabei stellen die Einzelleistungsvergütung und die Kopfpauschalen im Allgemeinen idealtypische Formen dar. Jedoch für die Zusammenarbeit von Rehaklinken und Krankenhäusern sowie der Krankenkassen ist eine andere Vergütungsform sinnvoller. Darauf wird im Rahmen dieser Arbeit noch eingegangen werden.

Das System der Einzelleistungsvergütung beinhaltet, dass der Leistungserbringer nach Art und Zahl der erbrachten Leistungen bezahlt wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass er so sein Einkommen durch mehr Leistung steigern kann. Nicht erforderliche Mengenausweitungen können einerseits die Folge sein.²² Der bevorzugte Einsatz von Leistungen mit hoher Honorierung und Reduzierung anderer Leistungen – abgesehen von deren Effizienz – sowie die Vernachlässigung der Prävention können andererseits daraus resultieren (vgl. Glaeske 2002: 6). Bei der Einzelleistungsvergütung trägt die Krankenkasse das volle Morbiditätsrisiko.

Anders ist es bei der zeitraumbezogenen Kopfpauschale. Diese bietet den Anreiz, die Kosten pro Patient möglichst gering zu halten. Jedoch besteht dabei die Gefahr der Unterversorgung. Kopfpauschalen geben Anreiz zur Förderung der Prävention, solange diese eine Verringerung der Kosten pro Kopf bewirken. Aber es besteht auch ein Anreiz zur Risikoselektion, da schlechte Risiken einen Einkommensverlust bedeuten können.²³ Das Morbiditätsrisiko wird hier allein von den Leistungserbringern getragen. Die Kopfpauschalie-

²² Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003: Z. 724).

²³ Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003: Z. 722).

zung hat den Vorteil, dass für die Leistungserbringer ein großer Gestaltungsspielraum für einen Sektoren übergreifenden Versorgungsprozess vorhanden ist (vgl. Boekhoff 2004b: 441).

In Bezug auf Verträge zwischen Krankenkasse, Krankenhaus und Rehaklinik ist ein Komplexpauschalvertrag oder die Episodenpauschale sinnvoll.²⁴ Das Krankenhaus erhält von der Krankenkasse eine so genannte Komplexpauschale für die gesamte Behandlung des Patienten bis hin zur Rehabilitation. Den Betrieben bleibt es überlassen, den Leistungsablauf intern zu koordinieren und zu optimieren. Das Krankenhaus wird von sich aus einen Teil der Vergütung an die Rehabilitationsklinik weitergeben, wenn diese es ihm ermöglicht, die Patienten entsprechend früher zu verlegen. Die Komplexpauschale ist in ihrem Preis mengenabhängig (degressiv).

Hier besteht die Möglichkeit einer Win-Win-Lösung für Krankenkasse und Krankenhaus, indem das Krankenhaus schon vor 2007 seine Fallzahlen bei definierten Eingriffen steigern kann.²⁵ Des Weiteren erhalten die Krankenkassen pro weiteren Eingriff einen Preisabschlag, der ihr wiederum einen Kostenvorteil vor der Konkurrenz schafft. Für Krankenhäuser ist eine solche Lösung besonders interessant, wenn sich mit dem Vertrag eine Möglichkeit ergibt, Leistungen über das vereinbarte Budget hinaus zu erbringen und vergütet zu erhalten.

Das größte Hindernis bei der Vereinbarung von Komplexpauschalen sind bisher die unterschiedlichen Eigentümerinteressen gewesen.²⁶ Wo heute schon Komplexpauschalen vereinbart wurden, sind in der Mehrzahl Akutversorgung und Rehabilitation in einer Trägerschaft. In einem solchen Fall kann die Optimierung ohne Angst vor Übervorteilung durchgeführt werden.

Ein Komplexpauschalvertrag macht die Abrechnung für die Kassen einfacher und verschafft einen besseren Überblick für noch vorhandenes Einsparpotential.²⁷ Des Weiteren sparen die Krankenkassen durch die Integrationsverträge eine Menge Geld, weil die Komplexversorgung günstiger ist als die separate Abrechnung der Kosten bei den jeweiligen Trägern der Akutbehandlung und der Rehabilitation.

Ein noch weitergehender Ansatz kann in einer episodenzugehörigen Pauschale gesehen werden. In einer solchen Vergütungsform wird sowohl die Akut-

²⁴ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.unibwmuennen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 05.10.2004.

²⁵ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. Weisbrodt-Frey (2004: 35-36).

²⁶ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.unibwmuennen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 18.07.2004.

²⁷ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. <http://www.bkk-bw.de/362>, abgerufen am 18.07.2004.

versorgung wie die stationäre Rehabilitation als auch die ambulante Versorgung einbezogen.²⁸ Hierbei müssen alle drei Leistungsbereiche auf bestimmte typische Krankheitsabläufe hin ausgerichtet und optimiert werden. Es stellt kein Problem dar, wenn die oben dargestellte Komplexpauschale auch um den Bereich der ambulanten Rehabilitation erweitert wird. Dies ist besonders geeignet, wenn eine Rehabilitationsklinik von sich aus auch ambulante Rehabilitationsleistungen anbieten kann. Ein Beispiel hierfür ist die Reha Vita – Klinik für Gesundheit und Sport – in Cottbus.

Problematisch wird es erst, wenn auch die vertragsärztliche Versorgung mit integriert werden soll, soweit sie der Akutbehandlung voraus- oder nachgeht.²⁹ Weder ist das derzeitige Vergütungssystem für Vertragsärzte dafür geeignet eine solche Verknüpfung zu erlauben, noch gibt es entsprechende Ablaufprozesse, die auf Krankheitsepisoden hin ausgerichtet sind. Immerhin ist zu erwarten, dass in nächster Zeit auch die vertragsärztliche Vergütung stärker fallorientiert ausgerichtet wird. Dies ist in Anfängen im Bereich der Rehabilitation bereits sichtbar. Es wird damit auch deutlich, dass das Zentrum der Krankenversorgung nach wie vor das Krankenhaus ist und Veränderungen im Krankenhaus Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem hat.

10. Allgemeine Umsetzung einer Integrierten Versorgung

Zur Nutzung dieser Potenziale bedarf es des Abschlusses von Verträgen gem. § 140 b SGB V zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, der Leistungserbringer untereinander und der Leistungserbringer mit Dritten.³⁰

Die Krankenkassen können demnach mit Trägern von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und mit Trägern, die nicht selbst Versorger sind, Verträge abschließen.³¹ Ein Träger, der nicht selbst Versorger ist, bietet eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer an. Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner der Krankenkassen dient dazu, die Möglichkeiten für eine spezifizierte Integrierte Versorgung zu erweitern. Des Weiteren können auch Apotheken an Integrationsverträgen beteiligt werden.

In dieser Arbeit soll die Aufmerksamkeit jedoch nur auf Verträge zwischen Krankenkassen mit Krankenhäusern und Rehaklinken als Leistungserbringer gerichtet werden.

²⁸ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.unibwmuemchen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 05.10.2004.

²⁹ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.unibwmuemchen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 18.07.2004.

³⁰ Lieferanten und Erfüllungsgehilfen einerseits sowie Patienten andererseits.

³¹ Für diesen Absatz vgl. <http://www.medi-deutschland.de/print.php?id=465>, abgerufen am 17.08.2004.

Vertragspartner können die Krankenhäuser nur werden, wenn sie gem. § 140 a-b II SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Demnach muss das Krankenhaus als Vertragspartner der Krankenkasse sich zu einer „qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung verpflichten“ (vgl. SGB V, § 140 a-b III vom 04.03.2004).

11. Mögliche Umsetzung im Rahmen des Vertrages am Beispiel der Endoprothetik zwischen Krankenkasse, Krankenhaus und Rehabilitationsklinik

Denkbar wäre ein Vertrag zur Integrierten Versorgung zwischen einem Krankenhaus mit Schwerpunkt Chirurgie und Orthopädie, der ausgewählten Rehabilitationsklinik und einer Krankenkasse. Hiervon profitieren sowohl der Arzt, das Krankenhaus, der Kostenträger als auch der Patient. Alle Beteiligten werden von der Vorsorge bis zur Nachsorge durchgängig informiert und arbeiten nach bestimmten Regeln zusammen.

Stellt beispielsweise einer der am Projekt beteiligten Ärzte fest, dass ein Patient ein neues Hüft- oder Kniegelenk braucht, wird ihm ein bestmöglicher Behandlungsablauf garantiert. Dieser Behandlungsablauf beinhaltet einen Behandlungsplan von der Diagnose über die Operation bis hin zur ausgesuchten Rehaklinik. Eine ausführliche Hüftsprechstunde bereitet gezielt auf die Operation und die Zeit danach vor.³² Sobald der Patient nach erfolgter OP wieder auf den Beinen ist, stehen wohnortnah stationäre und ambulante Rehaeinrichtungen zur Verfügung. Ein Platz in der Rehabilitationseinrichtung wird bereits bei der Operationsplanung reserviert. Die Behandlungsdaten werden vom Krankenhaus direkt an die Rehaeinrichtung weitergeleitet. Lange Fahrtstrecken und langwierige Aufenthalte in weit entfernte Rehaklinken entfallen. Der Ablauf wird so miteinander verzahnt, dass Zeitverlust und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Ein großes Ziel dabei ist, dass die Verweildauer im Krankenhaus beispielsweise bei Hüftoperationen maximal neun Tage beträgt und sich danach unmittelbar die Rehabilitation anschließt. Der Kostenträger spart dabei eine Menge Verwaltungsaufwand.

Leistungen, die prästationär durchgeführt werden können, werden ebenso wie Leistungen, die poststationär weitergegeben werden können, aus dem Krankenhaus ausgegliedert.³³ Vereinfacht bedeutet dies, dass sich die heutigen 10 Tage Akutverweildauer auf insgesamt 3-4 Leistungserbringer verteilen.

³² Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.diegesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen.html, abgerufen am 18.07.2004.

³³ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.unibwmuenchen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 18.07.2004.

Dies führt wiederum zu neuen Schnittstellen in der Krankenversorgung. Die Reduktion der Verweildauer führt zu einer weiteren Splittung der Patientenbehandlung. Daraus entsteht ein neuer Integrationsbedarf für die Behandlung der Patienten. Diese Integration darf dabei nicht nur im Interesse der Patienten liegen, sondern muss auch ein grundsätzliches Interesse des Krankenhauses selbst sein. Ein Patient kann nicht entlassen werden, nur weil die Verweildauer abgelaufen ist. Eine Entlassung ist rechtlich nur dann zulässig, wenn der Patient auch tatsächlich entlassungsfähig ist. Diese Entlassungsfähigkeit hängt aber davon ab, in welche Versorgungsstrukturen der Patient nach dem Krankenhaus weitergeleitet wird.

Zur Sicherung des Behandlungserfolges sollte im Vertrag geregelt werden, dass der Patient innerhalb von fünf Jahren drei Mal nachuntersucht wird.³⁴ Es bedeutet ein weiteres Plus für den Patienten, dass die Vertragspartner auf die Prothese eine Garantie von zehn Jahren gewähren. Des Weiteren verringert sich die Wartezeit auf einen Operationstermin für den Patienten von meist sechs Monaten auf sechs Wochen.

Um insgesamt das Behandlungssystem zu verbessern, steht auch die Absicht, den Patienten selbst zur Mitarbeit am Heilungsprozess zu bewegen.³⁵ Denn durch einen sich anschließenden Rehabilitationsaufenthalt von 14 Tagen bis zu drei Wochen kann der Heilungsprozess verkürzt werden. Hiefür ist jedoch die Mitarbeit des Patienten von entscheidender Bedeutung. Ein Aufenthalt in einer Rehaklinik verspricht keinen Erfolg, wenn der Patient gegen die Anweisungen des Therapeuten arbeitet.

Damit der Patient Gebrauch von diesen Vorteilen machen kann, muss er Kunde dieser Krankenkasse sein und einen am Projekt beteiligten Orthopäden aufsuchen.³⁶ Dadurch, dass der Patient durch die Teilnahme an der Integrierten Versorgung in ein Netzwerk eingebunden ist, wird sichergestellt, dass er darüber informiert wird, wo sich in seiner Umgebung der nächste am Vertrag beteiligte Orthopäde befindet.

Der Patient, der sich im Versorgungsnetz einschreibt, wählt einen Arzt seines Vertrauens, der ihn im weiteren Verlauf begleitet und an den er gebunden ist.³⁷ Der Versicherte darf dabei nur Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrags in Anspruch nehmen, wenn er eine Überweisung von seinem Arzt erhalten hat. Hier stellt sich jedoch das Problem, wenn der Versicherte in einer

³⁴ Hiefür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.klinikmarkt.com/news-writer/article.php?article_file=1079941609.txt&showtopic, abgerufen am 08.07.2004.

³⁵ Hiefür und für den Rest des Absatzes gilt: Vgl. <http://www.main-rheiner.de/region/Objekt.php>, abgerufen am 07.08.2004.

³⁶ Hiefür und für den Rest des Absatzes vgl. DRG-Zeitung: „Pilot-Vertragswerk bürgt für Qualität“, vom 29.03.2004.

³⁷ Hiefür und für den Rest des Absatzes vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de>, abgerufen am 13.08.2004.

anderen Region z. B. im Urlaub akut erkrankt und notfallmäßig versorgt werden muss. Dies würde dann zu Lasten des Budgets der Integrierten Versorgungsform gehen. Eine Lösung hierfür wäre, dass die Kasse diese Kosten kulanterweise übernimmt oder in den Verträgen Ausnahmetatbestände vereinbart werden.

Um noch einmal auf die Vorteile zu verweisen: Nicht nur für den Patienten ergeben sich an dieser Stelle Vorteile, sondern auch für das Krankenhaus. Durch die Teilnahme an der Integrierten Versorgung entstehen eine bessere Kalkulierbarkeit und eine höhere Planungssicherheit für die Bettenbelegung.

Die Höhe der Kosten ist auf die Integrierten Versorgungsverträge zurückzuführen, welche mit einer Krankenkasse ausgehandelt werden.³⁸ Das Netz enthält für das Versorgungsspektrum eine auszuhandelnde Summe, das Budget, das nach einem intern zu entwickelnden Schlüssel verteilt wird. Die Leistungen werden später über die beteiligte Krankenkasse abgerechnet. Alle im Netz zusammengeschlossenen Leistungserbringer müssen so ausgerüstet sein, dass ein sicherer elektronischer Datenaustausch untereinander gewährleistet ist. Des Weiteren wird für jeden Patienten eine eigene elektronische Patientenakte angelegt, zu der er selbst Zugang hat und zu der er anderen Zugang gewähren kann. Dies bedeutet eine Vermeidung von Informationsverlusten. Des Weiteren hat der Patient Zugriff auf ein spezielles, mit Krankenschwestern und Ärzten ausgestattetes Callcenter. Dort erhält er Antworten auf seine Fragen, kann Termine vereinbaren und erhält Informationen, wie z. B. über spezielle Gesundheitsprogramme. Für die wichtigsten und häufigsten Krankheitsgruppen gibt es „integrierte Behandlungsleitfäden“ mit dem Ziel, dass die Patienten mehr und intensiver zu Hause betreut werden und im Durchschnitt weniger Tage im Krankenhaus verbringen.

Um stets auf dem Laufenden zu sein, finden für die am Vertrag Beteiligten Weiterbildungen statt, welche gemeinsam organisiert werden.³⁹ „Die Überwachung des gesamten Behandlungsprozesses i. S. der Qualitätssicherung erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.“⁴⁰

12. Probleme und Ursachen bei der Umsetzung

Hüft- und Knieoperationen einschließlich Rehabilitation können, wie bereits erwähnt, mit Komplexpauschalen für die Leistungen vom Krankenhaus, der Reha und den ambulanten Einweiser (z. B. Orthopäden) bezahlt werden.⁴¹

³⁸ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. Wahl (2003).

³⁹ Vgl. <http://www.abendblatt.de/daten/2004/02/19/263955.html>, abgerufen am 13.08.2004.

⁴⁰ Vgl. http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen.html, abgerufen am 18.07.2004.

⁴¹ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. <http://www.medi-deutschland.de/Aktuell/integrationsversorgung.php>, abgerufen am 06.04.2004.

Zum Beispiel werden mit Komplexpauschalen von insgesamt 8.000 € für die Hüfte, und ca. 10.000 € für das Knie die Leistungen vom Krankenhaus, der Reha und für den ambulanten Einweiser bezahlt. Die Komplexpauschale für die Leistungen der Reha beinhaltet einen Anteil von 2.000 € und die des ambulanten Einweisers 70 bis 200 €. Hier stellt sich jedoch das Problem, dass sich die stationären Einrichtungen auf Kosten des ambulanten Sektors bereichern könnten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die ambulant tätigen Ärzte und Akutkrankenhäuser diesen Topf der für die I. V. zur Verfügung stehenden 700 Mio. €/jährlich füllen, aber z. B. stationäre Rehaeinrichtungen, Physiotherapeuten und ambulante Pflegedienste nichts in diesen Topf einzahlen, aber daraus finanziert werden sollen. Deshalb müssen die Verträge zur Integrierten Versorgung so gestaltet werden, dass sich kein Leistungssektor an den Geldern des anderen Sektors bedient. Darüber muss zwischen der Krankenkasse sowie dem stationären und ambulanten Sektor Einigkeit erzielt werden. Denn gelingt diese Vertragsgestaltung nicht, wird der ambulante Bereich den stationären Bereich massiv subventionieren.

Dies ist oft ein Hindernis für den Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung.

13. Mögliche Gesellschaftsformen für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Das GMG⁴² hat seit Jahresbeginn durch die Einführung so genannter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V und einer Konkretisierung der Integrierten Versorgung nach §§ 140 a SGB V neue Kooperationsformen ermöglicht. Bekannt waren bisher die Einrichtungen von Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften sowie Laborgemeinschaften.

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 95 I SGB V kann das MVZ nunmehr in jeder zulässigen Organisationsform⁴³ gegründet werden. In der Gesetzesbegründung heißt es: „MVZ können als juristische Personen oder als Gesamthandgemeinschaften betrieben werden“.⁴⁴

Bei einem Zusammenschluss können, müssen die Leistungserbringer aber nicht rechtlich miteinander verbunden sein. „Als allgemein zulässige Organisationsformen kommen in Betracht: die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, der Verein, die Partnerschaftsgesellschaft, die GmbH, die Stiftung, die Aktiengesellschaft sowie die Genossenschaft“ (vgl. Kuhlmann 2004: 418-419).

Als Kriterien für die Wahl der Rechtsform spielen u. a. die bestehenden

⁴² Gesundheitsmodernisierungsgesetz.

⁴³ Bezüglich der Merkmale einer Organisationsform wird als weiterführende Literatur auf Eisenhardt (2003) verwiesen.

⁴⁴ http://www.medinfoweb.de/drgz/drg_zeitung_06_05_2004.pdf.

bzw. die gewünschten Eigentums- und Besitzverhältnisse, die Organisation der Geschäftsführung, die Haftung, das Steuerrecht und Gemeinnützigkeitserwägungen eine Rolle (vgl. Kuhlmann 2004: 418). Grundsätzlich jedoch gilt: Der *Verein* scheitert als möglicher Vertragspartner daran, dass er im konkreten Fall auf die Bildung eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs hinaus laufen würde. Da ein wirtschaftlicher Verein gem. § 22 BGB die Rechtsfähigkeit nur durch staatliche Verleihung erlangt, wird diese jedoch daran versagen, wenn zur Zweckerreichung eine andere Organisationsform zur Verfügung steht. Dies ist hier grundsätzlich der Fall. Die *Partnerschaftsgesellschaft* scheidet aus, wenn einer der Leistungserbringer kein Freiberufler ist. Die Gründung einer *GmbH* aus Gründen des ärztlichen Berufsrechts und des Landesrechts kommt nicht in Betracht, wenn einer der Leistungserbringer ein Arzt (Freiberufler) ist (vgl. Kuhlmann 2004: 418).

„*Stiftung, Aktiengesellschaft und Genossenschaft* werden allenfalls ein Exotendasein führen. Versucht man, eine GmbH unter Arzt- oder Apothekerbeteiligung zu gründen, wird dies erfahrungsgemäß daran scheitern, dass die Amtsgerichte die Eintragung ins Handelsregister verweigern. Wer sich deshalb auf dem Zivilrechtsweg streiten will, muss dafür Jahre einplanen bis zum Revisionsverfahren vor dem Bundesgerichtshof“ (vgl. Kuhlmann 2004: 418). Jedoch wird eine Krankenkasse so lange nicht warten wollen und schließt Verträge mit anderen.

Als denkbare Lösungsmodell erscheint eine Konstruktion, bei welcher sich der Arzt an einer GbR beteiligt. Diese GbR beteiligt sich ihrerseits an einer Managementgesellschaft (einer GmbH), die den Integrationsvertrag mit den Krankenkassen schließt (vgl. Kuhlmann 2004: 418-419). Jedoch kann die GbR zwischenzeitlich selbst Träger von Rechten und Pflichten sein,⁴⁵ und wäre deshalb nicht unmittelbar an der GmbH beteiligt. Nicht zuletzt aus Gründen des ärztlichen Berufsrechts wird der Zusammenschluss in Form einer GbR der Standardfall sein.

Bei der vertraglichen Regelung mit der Krankenkasse sollte dem Leistungsumfang der eigenen Tätigkeit sowie die der anderen Leistungserbringer im System der integrierten Versorgung besondere Beachtung geschenkt werden.⁴⁶ Des Weiteren ist bei Vertragsschluss auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, auf Wettbewerbs- bzw. Ausschließlichkeitsklauseln sowie auf Qualitätssicherung und Vergütung zu achten.

Des Weiteren müssen die Ziele des Praxisnetzes in der Satzung klar formuliert sein. Auch die Verbindlichkeiten und Haftung der Kooperationspartner sind eindeutig zu regeln (vgl. Meissner 2003).

⁴⁵ Vgl. BGH, Urteil vom 29. Januar 2001, NJW 2001, 1056.

⁴⁶ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. http://www.medinfoweb.de/drgz/drg_zeitung_06_05_2004.pdf.

14. Vorteile für den Versicherten durch die Teilnahme an diesem Versorgungssystem

In der bisherigen Arbeit wurden schon einige Vorteile für die Versicherten genannt. Dies kann jedoch noch fortgeführt werden. Wenn die Versicherten mindestens ein Jahr lang die Vertragsbedingungen eingehalten haben, können sie mit einem Bonus belohnt werden. Es besteht die Möglichkeit einer Ermäßigung von Zuzahlungen und Beiträgen gem. § 65 a Abs. 2 SGB V. Mit diesen Anreizen soll vermieden werden, dass Versicherte Leistungen außerhalb der Versorgungsgemeinschaft in Anspruch nehmen (vgl. Boekhoff 2004a: 261). Eine Ausnahme soll hierbei für Notfälle gelten.

Des Weiteren wird der Patient durch die Integrierte Versorgung geführt, indem er sich in das zuvor erwähnte Netz einschreibt.⁴⁷ Ein weiterer Vorteil für den Patienten ist die verlässliche und strukturierte Zusammenarbeit und Kommunikation unterschiedlicher Heilberufe und Versorgungsbereiche während des Behandlungsprozesses. Dies bedeutet ein besonderes Plus v. a. für chronisch Kranke. Weiterhin besteht die Sicherheit, dass im Notfall alle entscheidenden Daten durch die elektronische Verbindung untereinander sofort abrufbar sind.

15. Mögliche Eckpunkte eines Vertrages zur Integrierten Versorgung⁴⁸

1. Bezeichnung der Vertragsparteien/Präambel

2. Grundsätze und Ziele

- Gewährleistung der Erfüllung der organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen
- Qualitätssicherungsgarantie
- Sicherstellung der Dokumentation der Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten

3. Versorgungsstruktur

- Benennung der Zulassungsart

4. Teilnahme von Versicherten

- Der Grundsatz der Teilnahme wird klargestellt und die grundlegenden Pflichten der Vertragsteilnehmer, insbesondere des Krankenhauses und der Rehaeinrichtung beschrieben

5. Leistungen

- Hier sind die individuellen Leistungsdefinitionen der einzelnen Vertragspartner zu verzeichnen

⁴⁷ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de>, abgerufen am 13.08.2004.

⁴⁸ Für das Folgende vgl. Barmer Ersatzkasse, Integrierte Versorgung nach § 140 b SGB V, Schreiben an das Rehazentrum Spreewald vom 05.01.2004.

- Es muss festgelegt werden, welche DRG's⁴⁹ Vertragsgegenstand sind
 - Sollten mehrere Leistungserbringer dem Vertrag beitreten und damit Vertragspartner werden, so sind deren Leistungen ebenfalls festzuhalten
6. *Berücksichtigung von Untersuchungsergebnissen*
- Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen vorliegende Untersuchungsergebnisse zu verwerten
7. *Anschlussrehabilitation*
- Benennung der Rehabilitationsform, Phase, Dauer unter Berücksichtigung der Faktoren Rehabilitationsfähigkeit/-Ziel/-Prognose/-Entscheidung über Art und Umfang der Rehabilitation
 - Organisation, Durchführung bzw. Vermittlung von krankheitsspezifischen Patientenschulungsprogrammen
8. *Beurlaubung*
- Wann? Erforderlich und zu welchen Bedingungen er zu regeln ist (Begründung, zeitlicher Umfang, Fahrtkostenregelung etc.)
9. *Begleitperson*
- Kostenregelung und Entscheidung über die Notwendigkeit und Dauer der Mitaufnahme
10. *Bonus und Zuzahlung*
- Aufklärung der Patienten über die gesetzliche Verpflichtung zur Zuzahlung und über die Bonusregelung für die aktive Teilnahme an integrierten Versorgungsformen und deren Umsetzung
11. *Leistungsrechtliche Regelung und Vergütung*
- Die Vergütung der Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt auf der Grundlage von Komplexfallpauschalen
 - Ebenfalls muss der Leistungsrahmen, die Höhe der Vergütung sowie die zusätzliche Vergütung für prä- oder poststationäre Behandlungen festgelegt werden
12. *Finanzierung*
- Die bisher im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungsbestandteile der Integrierten Versorgung werden auch weiterhin über das Krankenhausbudget finanziert
 - Des Weiteren sind hier die Grundlagen für die Ermittlung der Vergütung und die Vorgaben der Krankenhausgesetze zu beschreiben sowie die zu erbringenden Leistungen im Rahmen des Budgets und der Integrierten Versorgung
13. *Rechnungslegung*
- Die Rechnungsübersendung sollte auf Abschluss der Rehamaßnahme gestellt sein

⁴⁹ Dadurch ist es für Krankenhäuser ökonomisch sinnvoll, ein Versorgungsnetz aufzubauen, das sicher stellt, dass die Patienten nicht länger, als über die DRG's (auch Fallpauschale genannt) finanziert, im Krankenhaus versorgt werden (vgl. Ver.di 2004: 32).

- Der Inhalt und der Zeitrahmen der Rechnungslegung sowie der Zahlfrist muss festgelegt werden sowie Bestimmungen zu Zwischen- und Schlussrechnungen enthalten
 - Bestimmungen zu Fälligkeit, Umgang mit rechnerischen oder sachlichen Beanstandungen der Vertragspartner, etc.
14. *Gewährleistung*
- Festlegung der Gewährleistungsfrist für die vereinbarten Leistungen und des Umgangs mit Revisionseingriffen
15. *Poststationäre Versorgung*
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, wie Prävention, Nachuntersuchungen, Prothesenpass etc.
16. *Qualitätssicherung*
- Festschreibung und Sicherung des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätssicherung
 - Festschreibung der Inhalte von Qualitätszielen, Qualitätsprofilen und Berichten
17. *Mitteilungspflichten/Berichte und Bescheinigungen*
- Datenübermittlung entsprechend den Regelungen des § 301 SGB V
18. *Datenschutz und Öffentlichkeitsarbeit*
19. *Inkrafttreten und Kündigung*
20. *Beitritt weiterer Leistungserbringer*
21. *Schlussbestimmungen*

16. Schlussbetrachtung

Die Überlegungen zur Integrierte Versorgung sind zwar noch nicht beendet und es gibt einige Kritikpunkte, aber sie scheint, wie dargestellt, doch ein gangbarer und momentan vielleicht auch der einzige Weg zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung. Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken werden zu modernen Dienstleistungsunternehmen, welche zukünftig besser in der Lage sein werden, sowohl auf interne als auch externe Veränderungsprozesse erfolgreich zu reagieren. Verlierer werden jedoch die Einrichtungen sein, die keine Integrierte Versorgung mit der oder den Krankenkassen vereinbaren. Und auch für den Versicherten ergeben sich viele Vorteile, die er nutzen sollte. Für ihn kann es nur besser werden, denn momentan ist er der Leidtragende.

Deutschland sollte sich an anderen Hochkostenländern wie z. B. USA oder Schweiz stärker orientieren.⁵⁰ Hier zeigen Studien, dass sich die Grundidee der Integrierten Versorgung bei konsequenter Umsetzung als richtig erwiesen hat. Auch Deutschland kann dieses Konzept durchsetzen.

⁵⁰ Hierfür und für den Rest des Absatzes vgl. [http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_\(leitfaden\)-2.pdf](http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_(leitfaden)-2.pdf), abgerufen am 18.07.2004.

Literaturverzeichnis

- Barmer Ersatzkasse** (2004): Integrierte Versorgung nach § 140 b SGB V, Schreiben an das Rehasentrum Spreewald vom 05.01.2004.
- Boekhoff**, Frauke (2004a): Die physiotherapeutische Leistungserbringung im Konzept der integrierten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil I), in: Zeitschrift für Physiotherapeuten, Heft 2/2004, S. 261-263.
- Boekhoff**, Frauke (2004b): Die physiotherapeutische Leistungserbringung im Konzept der integrierten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil II), in: Zeitschrift für Physiotherapeuten, Heft 3/2004, S. 440-441, 448.
- DRG-Zeitung**: „Pilot-Vertragswerk bürgt für Qualität“, vom 29.03.2004.
- Eisenhardt**, Ulrich (2003): Gesellschaftsrecht, 11. Auflage, München 2003.
- Glaeske**, Gerd (2002): Integrierte Versorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz?, in: Preuß, Klaus-Jürgen/Räbiger, Jutta/Sommer, Jürg H. (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle – Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, [Schattauer] Stuttgart 2002, S. 3-19.
- Haubrock**, Manfred/**Hagmann**, Hartmut/**Nerlinger**, Thomas (2000): Managed Care. Integrierte Versorgungsformen, [Hans Huber] Bern 2000.
- <http://www.abendblatt.de/daten/2004/02/19/263955.html>, abgerufen am 13.08.2004.
- <http://www.aerztekammer-bw.de>, Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung aus ärztlicher Sicht, 13.08.2004.
- http://www.aokbv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/gesetzliche_begrundung_integrierte_versorgung.pdf, abgerufen am 18.07.2004.
- <http://www.bkk-bw.de/362>, abgerufen am 18.07.2004.
- http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen.html, abgerufen am 14.08.2004.
- http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/integrierte_versorgung/grundlagen.html, abgerufen am 18.07.2004.
- <http://www.gesundheitsconsult.de/db>.
- <http://www.gesundheitsconsult.de/Service.htm> Integrierte Versorgung, abgerufen am 13.08.2004.
- http://www.klinikmarkt.com/newswriter/article.php?article_file=1079941609.txt&showtopic, abgerufen am 08.07.2004.
- http://www.krankenhaus-aok.de/m06/m06_02/index.html, abgerufen am 06.01.2004.
- <http://www.main-rheiner.de/region/Objekt.php?>, abgerufen am 17.08.2004.
- <http://www.medi-deutschland.de/Aktuell/integrationsversorgung.php>, abgerufen am 06.04.2004.
- <http://www.medi-deutschland.de/print.php?id=465>, abgerufen am 17.08.2004.
- http://www.medinfoweb.de/drgz/drg_zeitung_06_05_2004.pdf.
- http://www.rsk-recht.de/Integrierte_Versorgung_und_Medizinische.1439.0.html, abgerufen

- am 18.07.2004.
[http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_\(leitfaden\)-2.pdf](http://www.stryker.de/integrierte_versorgung_(leitfaden)-2.pdf)., abgerufen am 18.07.2004.
http://www.unibwmuenchen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf, abgerufen am 05.10.2004.
http://www.unibwmuenchen.de/campus/WOW/v1064/homepage/neubiberger_/dl/tagungsband_2002_vorl.pdf., abgerufen am 18.07.2004.
http://www.verdi.de/0x0ac80f2b_0x00d88696, abgerufen am 17.08.2004.
- Jaeckel**, Roger (2003): Künftige Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg, Strukturwandel ohne Qualitätsverluste, in: Landkreis Nachrichten Baden-Württemberg, 3/2003, S. 205-208.
- Kuhlmann**, Jens-M. (2004): „Vertragliche Regelungen und Strukturen bei der Integrierten Versorgung, in: Das Krankenhaus, 6/2004, S. 418-419.
- Meissner**, Wolfgang (2003): Neue Strukturen mit neuen Gefahren?, in: HNO-Nachrichten 3/2003, S. 8-10.
- Reif**, Marina (2004): Ungesteuerter Zusammenbruch, in: Krankenhaus Umschau, 6/2004, S. 532.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung; Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen, [Nomos] Baden-Baden 2003.
- Ver.di**: „Von einem fragmentierten zu einem Integrierten Versorgungssystem, Transparenzstudie“, vom 01.01.2004..
- Wahl**, Ulrike (2003): Vortrag anlässlich der Fachtagung „Brennpunkt Gesundheitsreform“ am 4.10.2003 in Ulm.
- Weisbrodt-Frey**, Herbert (2004): Orientierungshilfe Integrierte Versorgung, ver.di 02/2004.
- Wille**, Eberhard (2004): Neue Chancen der integrierten Versorgung, Vortrag beim 6. Deutschen REHA-Kongress vom 30.03.2004 in Berlin.

Autorenangaben

Katrin Heduschka
 c/o Fachbereich Wirtschaft
 Hochschule Wismar
 Philipp-Müller-Straße
 Postfach 12 10
 D – 23966 Wismar
 Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 01/2003 Jost W. Kramer: Fortschrittsfähigkeit gefragt: Haben die Kreditgenossenschaften als Genossenschaften eine Zukunft?
- Heft 02/2003 Julia Neumann-Szyszka: Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard in mittelständischen (Fertigungs-)Unternehmen
- Heft 03/2003 Melanie Pippig: Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus
- Heft 04/2003 Jost W. Kramer: Entwicklung und Perspektiven der produktivgenossenschaftlichen Unternehmensform
- Heft 05/2003 Jost W. Kramer: Produktivgenossenschaften als Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Anmerkungen zum Berliner Förderungskonzept
- Heft 06/2003 Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg: Das Marketingniveau in der Kunststoffbranche Westmecklenburgs
- Heft 07/2003 Uwe Lämmel: Data-Mining mittels künstlicher neuronaler Netze
- Heft 08/2003 Harald Mumm: Entwurf und Implementierung einer objektorientierten Programmiersprache für die Paula-Virtuelle-Maschine
- Heft 09/2003 Jost W. Kramer: Optimaler Wettbewerb – Überlegungen zur Dimensionierung von Konkurrenz
- Heft 10/2003 Jost W. Kramer: The Allocation of Property Rights within Registered Co-operatives in Germany
- Heft 11/2003 Dietrich Nöthens/Ulrike Mauritz: IT-Sicherheit an der Hochschule Wismar
- Heft 12/2003 Stefan Wissuwa: Data Mining und XML. Modularisierung und Automatisierung von Verarbeitungsschritten
- Heft 13/2003 Bodo Wiegand-Hoffmeister: Optimierung der Sozialstaatlichkeit durch Grundrechtsschutz – Analyse neuerer Tendenzen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu sozialen Implikationen der Grundrechte -
- Heft 14/2003 Todor Nenov Todorov: Wirtschaftswachstum und Effektivität der Industrieunternehmen beim Übergang zu einer Marktwirtschaft in Bulgarien
- Heft 15/2003 Robert Schediwy: Wien – Wismar – Weltkulturerbe. Grundlagen, Probleme und Perspektiven
- Heft 16/2003 Jost W. Kramer: Trends und Tendenzen der Genossenschaftsentwicklung in Deutschland
- Heft 01/2004 Uwe Lämmel: Der moderne Frege
- Heft 02/2004 Harald Mumm: Die Wirkungsweise von Betriebssystemen am Beispiel der Tastatur-Eingabe
- Heft 03/2004 Jost W. Kramer: Der Einsatz strategischer Planung in der Kirche

- Heft 04/2004 Uwe Sassenberg: Stand und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Technologietransfers an der Hochschule Wismar
- Heft 05/2004 Thomas Gutteck: Umfrage zur Analyse der Kunden des Tourismuszentrum Mecklenburgische Ostseeküste GmbH
- Heft 06/2004: Anette Wilhelm: Probleme und Möglichkeiten zur Bestimmung der Promotioneffizienz bei konsumentengerichteten Promotions
- Heft 07/2004: Jana Otte: Personalistische Aktiengesellschaft
- Heft 08/2004 Andreas Strelow: VR-Control – Einführung eines verbundeinheitlichen Gesamtbanksteuerungskonzepts in einer kleinen Kreditgenossenschaft
- Heft 09/2004 Jost W. Kramer: Zur Eignung von Forschungsberichten als einem Instrument für die Messung der Forschungsaktivität
- Heft 10/2004 Jost W. Kramer: Geförderte Produktivgenossenschaften als Weg aus der Arbeitslosigkeit? Das Beispiel Berlin
- Heft 11/2004 Harald Mumm: Unterbrechungsgesteuerte Informationsverarbeitung
- Heft 12/2004 Jost W. Kramer: Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern
- Heft 01/2005 Michael Laske/Herbert Neunteufel: Vertrauen eine „Conditio sine qua non“ für Kooperationen?
- Heft 02/2005 Nicole Uhde: Rechtspraktische Probleme bei der Zwangseinziehung von GmbH-Geschäftsanteilen – Ein Beitrag zur Gestaltung von GmbH-Satzungen
- Heft 03/2005 Kathrin Kinder: Konzipierung und Einführung der Prozesskostenrechnung als eines Bestandteils des Qualitätsmanagements in der öffentlichen Verwaltung
- Heft 04/2005: Ralf Bernitt: Vergabeverfahren bei öffentlich (mit)finanzierten sozialen Dienstleistungen
- Heft 05/2005: Jost W. Kramer: Zur Forschungsaktivität von Professoren an Fachhochschulen am Beispiel der Hochschule Wismar
- Heft 06/2005 Harald Mumm: Der vollständige Aufbau eines einfachen Fahrradcomputers
- Heft 07/2005: Melanie Pippig: Risikomanagement im Krankenhaus
- Heft 08/2005: Yohanan Stryjan: The practice of social entrepreneurship: Theory and the Swedish experience
- Heft 09/2005: Sebastian Müller/Gerhard Müller: Sicherheits-orientiertes Portfoliomanagement
- Heft 10/2005: Jost W. Kramer: Internes Rating spezieller Kundensegmente bei den Banken in Mecklenburg-Vorpommern, unter besonderer Berücksichtigung von Nonprofit-Organisationen
- Heft 11/2005: Rolf Steding: Das Treuhandrecht und das Ende der Privatisierung in Ostdeutschland – Ein Rückblick –

- Heft 12/2005: Jost W. Kramer: Zur Prognose der Studierendenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern bis 2020
- Heft 13/2005: Katrin Pampel: Anforderungen an ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Prüfungsstandards
- Heft 14/2005: Rolf Steding: Konstruktionsprinzipien des Gesellschaftsrechts und seiner (Unternehmens-)Formen
- Heft 15/2005: Jost W. Kramer: Unternehmensnachfolge als Ratingkriterium
- Heft 16/2005: Christian Mahnke: Nachfolge durch Unternehmenskauf – Werkzeuge für die Bewertung und Finanzierung von KMU im Rahmen einer externen Nachfolge –
- Heft 17/2005: Harald Mumm: Softwarearchitektur eines Fahrrad-Computer-Simulators
- Heft 18/2005: Momoh Juanah: The Role of Micro-financing in Rural Poverty Reduction in Developing Countries
- Heft 19/2005: Uwe Lämmel, Jürgen Cleve, René Greve: Ein Wissensnetz für die Hochschule – Das Projekt ToMaHS
- Heft 20/2005: Annett Reimer: Die Bedeutung der Kulturtheorie von Geert Hofstede für das internationale Management
- Heft 21/2005: Stefan Wissuwa, Jürgen Cleve, Uwe Lämmel: Analyse zeitabhängiger Daten durch Data-Mining-Verfahren
- Heft 22/2005: Jost W. Kramer: Steht das produktivgenossenschaftliche Modell in Estland, Lettland und Litauen vor einer (Wieder-)Belebung?
- Heft 23/2005: Jost W. Kramer: Der Erfolg einer Genossenschaft. Anmerkungen zu Definition, Operationalisierung, Messfaktoren und Problemen
- Heft 24/2005: Katrin Heduschka: Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?