

Die Integrierte Versorgung

Axel Mühlbacher und Stefanie Ackerschott

1 Hintergrund

Die Integrierte Versorgung ist ein neues, innovatives Organisations- und Finanzierungskonzept, das Anreize für die Bildung einer Versorgungsstruktur setzt, die Qualität, Wirtschaftlichkeit und ablaufoptimierte Behandlungsprozesse generieren soll (Rebscher 2004).

Die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgte bislang in verschiedenen Leistungssektoren, deren Organisation durch eine starke Spezialisierung und Aufgabenteilung geprägt ist. Durch diese Ausrichtung der Versorgungssektoren auf abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche haben sich voneinander abgeschottete Versorgungsstrukturen entwickelt, die eine sektorübergreifende Versorgung verhindern (Becker 2004). An den Schnittstellen der Sektoren führt die fehlende Abstimmung zu einer Diskontinuität der Behandlungsprozesse und steht einer wirtschaftlichen, qualitätsorientierten und an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Versorgung im Wege. Abstimmungsmängel bestehen vor allem zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung, der akuten Krankenbehandlung und der Rehabilitation sowie innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung (Fuchs 2004). Die Verantwortung für die Behandlung und Betreuung der Patienten wird nicht für den gesamten Prozess übernommen. Besonders bei Erkrankungen mit sektorübergreifendem Behandlungsbedarf sind viele Leistungserbringer nicht in der Lage, alle Phasen der Patientenversorgung zu überschauen und zu koordinieren. Eine Transparenz über die einzelnen Behandlungsschritte in der Versorgungskette ist deshalb nicht gegeben (Mühlbacher 2002). Hierdurch entstehen hohe Effizienz- und Qualitätsverluste. Die sektoral getrennten Modalitäten für die Bedarfsplanung und Vergütung verleiten zudem dazu, statt einer effizienten Behandlung individuelle und sektorspezifische Optimierungsstrategien zur Umsatz- und Erfolgsmaximierung zu betreiben (Strang 2004, Hildebrandt 2003). Dem Patienten werden die Integrationsleistung und die Koordination seines Behandlungsweges aufgebürdet (Becker 2004).

Die sektorale Budgetierung und die unzureichende Koordination der Behandlungsabläufe in den jeweiligen Versorgungsprozessen sind ein wesentlicher Grund für die Zunahme der Leistungen und der steigenden Kosten

in der GKV. Daraus ergibt sich die Forderung nach einer Umgestaltung des deutschen Versorgungssystems, sodass Wirtschaftlichkeitspotenziale identifiziert und eine stetige Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden können. Als ein Lösungsansatz wird die Integrierte Versorgung gesehen.

2 Entwicklungsgeschichte

Erste Überlegungen zur Integrierten Versorgung gehen schon auf das Jahr 1975 zurück (WSI 1975). Im Jahr 1999 weist die Reformdebatte in der deutschen Gesundheitspolitik darauf hin, dass Versuche zur Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber gefördert werden sollten. Mit dem In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) im Jahr 2000 hat der Gesetzgeber die Grundlage für die IV geschaffen. Mit der Einführung des § 140a–h SGB V ergaben sich erste Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten für die Leistungserbringer. Die Reform des Leistungserbringerrechts sollte den Krankenkassen, deren Verbänden und den Leistungserbringern selbst mehr unternehmerische Gestaltungsparameter zur Verfügung stellen, um sektorübergreifende Versorgungsformen zu realisieren.

Die Entwicklung der Integrationsversorgung blieb jedoch weit hinter den Erwartungen zurück. Traditionelle Interessenkonflikte zwischen den Vertragspartnern behinderten eine Umsetzung. Problematisch war, dass die Umsetzung durch die beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger den standes- und verbandsrechtlichen Vertretern überlassen wurde. Die nach Maßgabe der Gesundheitsreform 2000 (§ 140a–h SGB V) geschlossenen Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung führten dazu, dass entsprechende Anreize zur Teilnahme der Leistungserbringer kaum absehbar waren und die Einzelverträge durch die Kassenärztliche Vereinigung blockiert werden konnten. Die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine Implementierung dieser innovativen Versorgungsformen waren nicht gegeben.

Die Vision sektorenübergreifender Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern war dennoch ungebrochen. Das Reformjahr 2004 brachte im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) eine erheblich flexiblere vertragliche Ausgestaltung der Integrierten Versorgung. Mit der

Neufassung des § 140a–d SGB V findet heute mit Hilfe integrierter Versorgungsformen in Deutschland eine Reorganisation und einzelvertragliche Finanzierung der bisherigen Gesundheitsversorgung statt: ein Novum und tief greifender Umbruch im deutschen Kollektivvertragssystem.

Auch die anstehende Gesundheitsreform (Gesetzesentwurf im Oktober 2006) unterstützt die konsequente Etablierung der Integrierten Versorgung in der deutschen Gesundheitsversorgung sowie -wirtschaft und bietet neue umfassendere Möglichkeiten für ihre Ausgestaltung. Inwieweit sich die Pflege als eigenständiger Leistungserbringer in die Integrationsversorgung der Versicherten einbringen wird und flächendeckende und/oder größere Bevölkerungsgruppen versorgende Verträge, wie sie im Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gefordert sind, abgeschlossen werden, bleibt abzuwarten. (vgl. www.die-gesundheitsreform.de 2006)

3 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Kernelemente der IV

Mit dem Gesetz zur Integrierten Versorgung nach § 140a–d SGB V verfügt Deutschland erstmals „über ein [...] liberalisiertes Versorgungsstrukturrecht, dessen Ausgestaltung ausschließlich auf der freien Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern des Gesundheitswesens basiert [...]. Krankenkassen und Leistungserbringer schließen im Rahmen der IV autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten ab. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt“ (Fuchs 2004). Unabhängig vom bisherigen Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus der Leistungserbringer können völlig neue Organisationsformen und Unternehmensnetzwerke mit neu definierten und organisierten Versorgungsangeboten und Vergütungssystemen entstehen. Der Sicherstellungsauftrag für die entstehende Versorgungsstruktur liegt ausschließlich bei den Krankenkassen, die als „Träger der Integrierten Versorgung“ die neue Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung mitbestimmen (Fuchs 2004). Der Gesetzgeber hat damit neben dem Kollektivvertragssystem ein Einzelvertragssystem mit einer entsprechend neuen Rollenzuweisung etabliert. Parallel zum Kollektivvertragssystem ermöglicht der Gesetzgeber auch, dass optional nicht nur die Integration der Versorgungs-, sondern auch der Versicherungsleistungen erfolgen kann.

Die Intention des Gesetzgebers ist es, mit diesen wettbewerblichen Handlungsspielräumen Bewegung in die starren Strukturen des Versorgungssys-

tems zu bringen und eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, die die Behandlungsqualität verbessert und Effizienzpotenziale ausschöpft. Die IV soll eine zentrale Grundlage für wirkliche Strukturveränderungen schaffen (Boettcher et al. 2004, Strang 2004). Für den Aufbau der Integrierten Versorgung gewährt der Gesetzgeber den Beteiligten auf der Grundlage des § 140a–d SGB V neue rechtliche Möglichkeiten und vielfältige „Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume, die für die Ausgestaltung der neuen Versorgungsverträge und innovatives unternehmerisches Handeln notwendig sind“ (GMG 2003). Weitere Reorganisationsmaßnahmen im Rahmen des Sozialgesetzbuches V ergänzen die Optionen zur Integration der Versorgungsleistungen über die traditionellen Organisations- und Sektorengrenzen hinweg.

3.1 Begriffsbestimmung (§ 140a Abs. 1 SGB V)

Die Integrierte Versorgung ist nach § 140a Abs. 1 SGB V „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende [...], oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ der Versicherten. Der Gesetzgeber sieht vor, dass sich niedergelassene Ärzte, Kliniken, ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und andere Leistungserbringer in Versorgungsnetzwerken organisieren. Es wird also die Integration verschiedener Leistungssektoren (z. B. ambulant und stationär) oder die Kooperation von unterschiedlichen Fachgruppen (z. B. Hausärzten und Fachärzten) gewünscht. Neben einer vertikalen Integration ist damit auch eine „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“, also eine horizontale Integration möglich. Auch die Leistungserbringer innerhalb eines Sektors können sich zu einem Netzwerk zusammenschließen, wenn eine umfassende bzw. an den Versorgungsprozessen orientierte Dienstleistung Gegenstand der vertraglichen Vereinbarungen ist.

Als medizinische und ökonomische Ideallösung wird die vertikale Vernetzung angesehen, die möglichst viele Leistungsanbieter unterschiedlicher Versorgungsstufen, zum Beispiel Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege umfasst.

Dabei können die folgenden Leistungssektoren integriert werden:

- ambulante Leistungen der fach- und vertragszahnärztlichen Versorgung,
- Krankenhausbehandlung,
- Versorgung mit Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln und Verbandsmitteln,
- ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen,

- Pflegeleistungen,
- Krankentransport und
- sonstige Heilberufe (z. B. Hebammen und Soziotherapie).

Innerhalb dieses integrierten Versorgungssystems sollen die eingeschriebenen Versicherten entsprechend der zwischen den Vertragspartnern verhandelten Versorgungsverträge versorgt werden.

„Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig.“ Sie haben zudem „das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur Integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.“ (§ 140a Abs. 2 und 3 SGB V)

3.2 Vertragspartner (§ 140b SGB V)

Als Vertragspartner der Gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sind zur Integrierten Versorgung folgende Leistungserbringer zugelassen:

- einzelne zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte oder deren Gemeinschaften,
- Träger zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind,
- Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht,
- Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und deren Gemeinschaften,
- häusliche Pflege und Soziotherapeuten (§§ 132, 132a, 132b SGB V) und
- Hebammen (§ 134 SGB V),
- zugelassene Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen (§ 140b Satz 2 SGB V nach Gesetzesentwurf GKV-WSG 2006)
- und Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer.

Neben diesen allgemein bekannten Leistungserbringern sind folgende Einrichtungen und Unternehmen als Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer zugelassen:

- Träger von Einrichtungen, so genannte **Managementgesellschaften**, die nicht selbst Versorger sind, die aber eine Integrierte Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer anbieten, also Versorgungsangebote mit einzelnen Leistungserbringern bündeln und gegenüber den Kassen, stell-

vertretend als direkter Ansprech- und Vertragspartner, auftreten (Mack 2004),

- Träger **medizinischer Versorgungszentren** (nach § 95 SGB V) oder die jeweiligen Gemeinschaften
- und sonstige Leistungserbringer wie
 - Apotheken (auch Versandapotheken, §§ 121a, 129 SGB V),
 - Zahntechniker (§ 88 SGB V),
 - Heil- und Hilfsmittelerbringer (§§ 124, 125 SGB V),
 - Krankentransportunternehmen (§ 133 SGB V).

Die bisher uneingeschränkte Beitrittsmöglichkeit Dritter wurde vom Gesetzgeber im GMG ab 2004 relativiert. „Der Beitritt Dritter zu bereits abgeschlossenen Verträgen ist nur nach der Zustimmung aller Vertragspartner zulässig“ (§ 140b Abs. 5 SGB V).

Für den kooperativen Zusammenschluss der Leistungserbringer stehen grundsätzlich sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung: Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts, ebenso wie Kapitalgesellschaften und Vereine. Dadurch soll der Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Angebotsformen und -inhalten gestärkt werden. Zu beachten sind hierbei für approbierte Heilberufe die einschränkenden Vorgaben in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder sowie berufsrechtliche Regelungen im ärztlichen Bereich (Mack 2004).

Die Auswahl der Leistungserbringer durch die Krankenkassen muss auf Basis sachgerechter materieller Auswahlkriterien erfolgen. Das Gebot der Wahrung der Chancengleichheit im Wettbewerb wird nicht verletzt, wenn die Kassen die sachlichen Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit beim Vertragsabschluss heranziehen (Wigge et al. 2005).

3.3 Vertragsgegenstand (§ 140b SGB V)

Allgemein gilt für die Ausgestaltung der Verträge zur IV der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Die Vertragspartner müssen sich aber zu einer „qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung verpflichten“ (§ 140b Abs. 3). Der Vertragsinhalt, die Versorgungsleistungen und der Versorgungsumfang sind nicht durch den Gesetzgeber geregelt, sondern Gegenstand der Versorgungsverträge. Nach § 140b Abs. 4 SGB V können Leistungserbringer auch Leistungen außerhalb ihres Zulassungs- und Ermächtigungsstatus erbringen, soweit sie sich „auf Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung

der Integrierten Versorgung darauf verständigen“. Das bedeutet, dass Leistungserbringer auch außerhalb ihres Zulassungs- und Ermächtigungsstatus Leistungen erbringen können, wenn die in den Versorgungsvertrag eingebrachten Zulassungsbereiche dies ermöglichen. Grundsätzlich können aber keine Leistungen erbracht werden, die nicht durch die Vertragspartner und deren Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus gedeckt sind.

§ 140b Abs. 3 SGB V legt fest, dass nur Leistungen Gegenstand der Verträge sein dürfen, über die der gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Das Leistungsangebot ist damit nicht mehr – wie in der Regelversorgung – auf den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen beschränkt. Das Maß des Notwendigen darf im Rahmen der Verträge der Integrierten Versorgung im Sinne der Qualitätsverbesserung überschritten werden. Die Vertragspartner haben damit auch die Freiheit, innovative und/oder auch alternative Versorgungsformen einzuführen, solange diese die Anforderungen des § 140b Abs. 3 SGB V erfüllen. „Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte Integrierte Versorgung entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen“ (§ 140b Abs. 3 SGB).

3.4 Vergütung (§ 140c SGB V)

Die IV-Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen können individuelle Vergütungsregelungen enthalten und werden i.d.R. ohne die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen. Die Vergütung der Integrierten Versorgung ist nicht im Gesetz geregelt, sondern muss im Vertrag vereinbart werden (§ 140c Abs. 1 SGB V). Der Gesetzgeber gibt weder für die Höhe noch die Art der Vergütung eine Orientierung vor. Die Vergütung kann bezogen auf Einzelleistungen oder budgetiert nach Pauschalen vereinbart werden. Alle denkbaren Vergütungsregelungen können vertraglich vereinbart werden, zum Beispiel:

- Einzelleistungsvergütung,
- Fall- oder Fallkomplexpauschalen und
- morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen (Capitation) oder indikations-spezifische Contact-Capitation.¹

1 Siehe Beitrag von Janus et al. zu diesem Thema.

Die Budgetverantwortung kann vollumfänglich für eine ganze Population von Versicherten und deren gesamten Versorgungsbedarf oder (zeitbegrenzt) für definierte Teilbereiche bzw. Indikationen auf die Leistungserbringer übertragen werden (§ 140c Abs. 2 SGB V). Der Gesetzgeber zielt neben der Integration der Versorgungsfunktion auch auf die teilweise Integration der Versicherungsfunktion. Damit kann das Morbiditätsrisiko auf die Leistungserbringer übertragen werden (§ 140c Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Mit der vereinbarten Vergütung sind alle Leistungen der eingeschriebenen Versicherten, soweit diese im vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrag enthalten sind, abgegolten. Dies gilt auch für Leistungen, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Die Versicherten können das Versorgungssystem jedoch nicht beliebig verlassen und fremde Leistungen beanspruchen. Nach § 140c Abs. 1 SGB V ist es den Versicherten nur gestattet, Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages der Integrierten Versorgung in Anspruch zu nehmen, wenn sie an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder sie durch die Verträge zur Inanspruchnahme außerhalb stehender Leistungserbringer vertraglich berechtigt sind. Der Versicherte tritt mit seinem Beitritt in ein integriertes Versorgungssystem „sein Recht auf uneingeschränkte Arztwahl gegen die Absicherung eines breiteren Leistungsspektrums oder gegen möglicherweise günstigere Tarife ab“ (Trockel 2005).

Derzeit ist eine generelle Beitragsreduktion oder eine risikogerechte Beitragsgestaltung im System der Gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich. Bei der Teilnahme an der IV kann auf Basis individueller Satzungsregelungen eine Ausnahme gemacht werden. Die Krankenkassen sind dann in der Lage, nach § 65a SGB V die Zuzahlungen ihrer Versicherten zu ermäßigen. Voraussetzung für die Gewährung von Boni ist deren nachweisbare Refinanzierung durch Einsparungen.

3.5 Finanzierung (§ 140d SGB V)

Die Finanzierung dieser Versorgungsform wird seit dem GMG ab 2004 durch eine Anschubfinanzierung ermöglicht, für die bis zu 1 % des GKV-Budgets zur Verfügung steht. „Die Anschubfinanzierung dient als Investitionsanreiz für interessierte Vertragspartner.“ Zielsetzung ist es, den Handlungsdruck für die Akteure zu verstärken und den Aufbau innovativer Versorgungsformen zu fördern (Greußel 2005). Die Mittel werden von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den Rechnungen der Kranken-

häuser für voll- und teilstationäre Leistungen einbehalten. Finanzmittel, die bis zum Stichtag des 31. Dezember 2008 nicht verwendet wurden, sind an die Kassenärztliche Vereinigung und die einzelnen Krankenhäuser entsprechend der einbehaltenen Anteile wieder auszubezahlen. Demgegenüber führt eine Überschreitung dieses Budgets in den Jahren 2005 bis 2008 zu einer Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Nur die niedergelassenen Vertragsärzte haften somit, wenn die Mittel zur Förderung der Integrierten Versorgung 1 % des GKV-Budgets überschreiten. Für alle Verträge stehen insgesamt 680 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung, 200 Millionen Euro aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und 480 Millionen Euro aus dem Krankenhausbudget (www.aok-gesundheitspartner.de). Dieses Sondervermögen soll jedoch nach dem Regionalprinzip nur in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verwendet werden, in denen der 1 %-Abschlag auch einbehalten wurde (Trockel 2005).

Die Konzeption und Umsetzung von Verträgen der Integrierten Versorgung bedarf nicht selten erheblicher Investitionen. Ab dem Jahr 2009 soll sich die Integrierte Versorgung finanziell selbst tragen.

3.6 Information und Datenkommunikation (§ 140b SGB V)

Eine interdisziplinäre und fach- bzw. sektorübergreifende Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn eine ausreichende „Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen“ und „eine ausreichende Dokumentation, die allen an der Integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss“ (§ 140b Abs. 3 SGB V) gewährleistet ist. Leistungserbringer der Integrierten Versorgung dürfen Informationen aus einer gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 SGB V nur abrufen, soweit sie Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten betreffen und der Versicherte hierfür seine Einwilligung erteilt hat. Der Datenschutz ist ein zentrales Thema der Integrierten Versorgung und die Leistungserbringer müssen zum Personenkreis gehören, der nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Diese sind unter anderen:

- Ärzte,
- Zahnärzte,
- Apotheker oder Angehörige eines Heilberufes mit staatlich geregelter Ausbildung,
- Berufspsychologen mit wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

- Berater in einer Beratungsstelle,
- staatlich anerkannte Sozialarbeiter,
- Angehörige eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung,
- im öffentlichen Dienst besonders Verpflichtete oder
- Personen, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben aufgrund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden sind (§ 203 Abs. 1 und 2 StGB).

Die Dokumentation und Auswertung der Daten durch eine nicht-ärztliche Managementgesellschaft ist damit fraglich. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme und der Notwendigkeit zur Einwilligung der Versicherten in die Nutzung ihrer Daten ist eine Verbesserung der Transparenz und Kommunikation gegenüber dem Patienten eine notwendige Bedingung der Integrierten Versorgung. Bei umfassenden Versorgungsprogrammen der Regelversorgung oder bei schwer und chronisch Kranken muss es dem Patienten möglich sein, „je nach Behandlungszusammenhang teilweise teilzunehmen, im Hinblick auf andere Behandlungszusammenhänge aber die Integration auszuschließen“ (Weichert 2004).

Im Sinne der Versicherten sind im Rahmen der Integrierten Versorgung Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Für die Qualitätssicherung nach § 140 Abs. 3 Satz 3 SGB V gelten die allgemeinen Vorschriften der §§ 135 ff. SGB V (Weichert 2004). Die Qualitätssicherungsmaßnahmen können in pseudonymisierter Form durchgeführt werden, wobei einzelne Stichproben auch auf den Einzelfall zurückgreifen können (§ 136 SGB V). Dann muss aber die Art der Auswahl vertraglich in den Versicherungsverträgen festgehalten werden.

Insgesamt können die unternehmerischen Interessen bezüglich der Angebotskalkulation, der Berechnung morbiditätsadjustierter Kopfpauschalen, des Leistungsmanagements und der Qualitätssicherung sehr stark durch die Patienteninteressen bzw. den Datenschutz behindert werden. Die datenschutzrechtlichen Aspekte bezüglich der Patientendaten, der medizinischen Ergebnisse und der Qualitätsindikatoren sind noch ungeklärt und erschweren die konsequente und verbesserte Kontrolle der Inanspruchnahme und Berechnung der Leistungen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Kontrolle findet während und nach, und im Idealfall bereits vor der Leistungserstellung statt. Insbesondere bei der Kalkulation morbiditätsorientierter Vergütungspauschalen müssen Patientendaten herangezogen und aus verschiedenen Bereichen (ambulant und stationär) zusammengeführt werden, um die Risikofaktoren der Versicherungsverträge zu bestimmen und Ver-