

Integrierte Versorgung in Europa – ein rechtsvergleichen-der Überblick

Vermehrt setzen Länder auf integrierte Versorgung, um zum einen die Kosten der Gesundheitsversorgung zu reduzieren oder zumindest konstant zu halten, und um zum anderen die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Von Deutschland ist dies bekannt, aber auch die Niederlande, die Schweiz und Frankreich und letztlich vielleicht sogar Italien weisen ähnliche Strukturen auf und kommen bei den Problemen, die vor allem in der Ausgestaltung der Anreize zur Teilnahme an solchen Vernetzungsprojekten liegen, zu ähnlichen Ergebnissen.

■ Christina Walser

Neben dem klassischen Bild des Arztes als Einzelkämpfer in seiner Praxis rückt die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten zunehmend in den Vordergrund. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz¹, das am 1.4.2007 in Kraft getreten ist, wurde die integrierte Versorgung erneut bestärkt.

Der finanzielle Anreiz, den die Anschubfinanzierung darstellt, wird bis einschließlich 2008 verlängert.² Bedeutsam ist dabei die Verknüpfung der Anschubfinanzierung an eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung, § 140d Abs. 1 SGB V. Die Verträge müssen also entweder die Versorgung einer größeren Region und eine Volkskrankheit wie beispielsweise Diabetes zum Gegenstand haben oder sich auf eine kleinere Region beziehen und dann aber den Großteil des Krankheitsgeschehens abdecken, um Mittel aus der Anschubfinanzierung zu erhalten.³ Diese Regelung lässt erahnen, dass hier geradezu ein Schritt in Richtung einer neuen Regelversorgung gemacht worden ist, andernfalls würde der Bevölkerungsbezug wenig Sinn ergeben.

Zusätzlich ist auch die Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung für die ambulante Versorgung verstärkt worden, nämlich im Bereich von hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen, § 140b SGB V.

1. Länderauswahl

Es ist ersichtlich, dass der Gesetzgeber gegenwärtig in Deutschland das Ziel verfolgt, Anreize für eine weitere Entwicklung der integrierten Versorgung zu setzen. Dies gilt aber nicht nur für Deutschland, vielmehr kennen auch andere europäische Länder integrierter Versorgung, wenn diese auch vor dem Hintergrund divergierender nationaler Regelungen unterschiedlich ausgestaltet sind, wie noch zu zeigen sein wird. Der nachfolgende Vergleich soll sich auf diejenigen Länder beziehen, die zum einen Arten von integrierter Versorgung kennen und in denen sich zum anderen in der jüngeren Vergangenheit auch gesetzgeberische Maßnahmen oder Vorhaben für deren Weiterentwicklung verzeichnen lassen.

Einen sehr starken Trend zur integrierten Versorgung weisen die Niederlande auf, die diese Versorgungsform schon seit längerem kennen, die aber durch die jüngste Gesundheitsreform und auch durch spezielle Gesetzesvorhaben weiter ausgedehnt wird. Die Schweiz hat als erstes europäisches Land den Gedanken der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen umgesetzt und vermutlich gerade aus diesem Grund werden die schweizerischen HMO's auch in der öffentlichen Diskussion immer wieder erörtert. Das französische Gesundheitssystem weist schon seit längerem Vernetzungsstrukturen auf; die Gesundheitsnetzwerke, wie sie heute bestehen, sind aber erst 2002 eingeführt worden und zu ihrer Steuerung ist ein eigenes Budget eingerichtet worden. Dagegen lassen sich in anderen Ländern keine Entwicklungen integrierter Versorgung feststellen. So zeigen Länder, die mit einem öffentlichen Gesundheitsdienst stark zentral gesteuert werden, wie etwas Großbritannien, Spanien, Portugal oder die skandinavischen Länder, keine Tendenzen zu integrierter Versorgung. In gewissem Maße stellt

Dr. Christina Walser, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht

Italien dabei eine Ausnahme dar, denn obwohl die Gesundheitsversorgung durch einen öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet wird, zeigen sich in der jüngsten Entwicklung Tendenzen zu gewissen Vernetzungsstrukturen und auch Ansätze zu wettbewerblichem Handeln, so dass auch Italien in die nachfolgenden Betrachtungen mit aufgenommen werden soll.

2. Begriff der integrierten Versorgung

Für den Begriff der integrierten Versorgung gibt es keine über die nationalen Grenzen hinaus geltende Definition, vielmehr ist auf die jeweiligen Rechtsordnungen zurückzugreifen, sofern diese Definitionen enthalten.

In Deutschland wird unter integrierter Versorgung gem. § 140a Abs. 1 S. 1 SGB V die verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung verstanden, wobei Vertragspartner die Krankenkassen und die in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartner sein können. Dies sind vor allem einzelne, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte oder deren Gemeinschaften, Träger zugelassener Krankenhäuser und Pflegekassen. Es wird zwar auch die bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Bevölkerung als Ziel der integrierten Versorgung genannt, jedoch gehört diese Eigenschaft der Verträge wohl nicht zum Begriff der integrierten Versorgung, sondern stellt lediglich die Voraussetzung für die Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V dar. Die wesentlichen Elemente der integrierten Versorgung sind also die verschiedene Leistungssektoren übergreifende und die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.

In den Niederlanden versteht man unter integrierter Versorgung, *transmurale zorg*, eine Versorgung, die auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt ist, die auf der Basis von Kooperation und Koordination zwischen spezialisiert und generalistisch tätigen Leistungserbringern mit geteilter Verantwortlichkeit und Spezifikation der delegierten Verantwortlichkeit erbracht wird.⁴ Auch bei dieser Definition steht also die fachübergreifende, interdisziplinäre Versorgung im Vordergrund und auch hier, noch stärker als in Deutschland, wie noch zu zeigen sein wird, soll durch integrierte Versorgung die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verstärkt werden.

In der Schweiz sollte durch die 2. KVG-Revision eine neue Vorschrift über integrierte Versorgungsnetze in Art. 35b KVG eingeführt werden, was aber gescheitert ist.⁵ In der Literatur werden verschiedene Definitionen der integrierten Versorgung vertreten. Diese reichen von einem ganz weiten Verständnis, dass „sämtliche Formen der Kooperation in einem möglichst effizienten, patientenorientierten Versorgungsprozess“ als integrierte Gesundheitsversorgung anzusehen sind⁶ bis zu der sehr engen Auffassung, die auf eine „Versorgungsorganisation“ abstellt, „die ein zur Versorgung grösserer Bevölkerungsgruppen

erforderliches Anbieterspektrum ambulanter und stationärer Versorgung unter gemeinsamer Führungs-, Vertrags- und Vergütungsstruktur zusammenfasst“⁷.

In Frankreich wird der Begriff der integrierten Versorgung nicht verwendet. Inhaltlich betrachtet liegt aber der wohl wichtigste Ansatz zur integrierten Versorgung in den Gesundheitsnetzwerken (*réseau de santé*), deren Rechtsgrundlage 2002 mit dem Gesetz zur Finanzierung der Sozialversicherung (LFSS) eingeführt wurde. Diese sollen den Zugang zur Versorgung, die Koordination, die Kontinuität und die Interdisziplinarität der Gesundheitsversorgung fördern und sich gleichzeitig nicht nur mit der medizinischen Versorgung, sondern auch mit Gesundheitserziehung, Prävention und Diagnostik befassen. Dieses Begriffsverständnis ist weitergehend als in Deutschland und den Niederlanden, aber auch hier steht der Gedanke der Vernetzung ärztlichen Handelns und die interdisziplinäre Koordination im Vordergrund. Dagegen wird die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung in diesem Zusammenhang nicht thematisiert.

In Italien wird der Begriff der integrierten Versorgung ebenfalls nicht verwendet. Allerdings gibt es in der Provinz Bozen Kooperationen, in denen Haus- und Fachärzte verschiedener Fachrichtung sowie weitere Gesundheitsberufe integrativ miteinander kooperieren und wo zumindest zukünftig auch eine eigene Budgetverantwortung vorgesehen ist.⁸

Insgesamt lässt sich gleichsam als Kernbereich des Begriffs der integrierten Versorgung in den einzelnen Vergleichsländern die interdisziplinäre, fachübergreifende Kooperation auf vertraglicher Grundlage verstehen. Abgesehen von Frankreich und Italien beinhaltet das Verständnis aber auch die Komponente der besseren Verzahnung der ambulanten mit der stationären Versorgung. Vor diesem Hintergrund soll nachfolgend dargestellt werden, welche Formen derartiger Vernetzungen es in den ausgewählten Ländern gibt. Dabei wird für jedes Land auf die zentralen Problemfelder der integrierten Versorgung eingegangen. Dies ist zunächst die Motivation der Beteiligten, überhaupt an derartigen Versorgungsformen teilzunehmen, also die Frage nach den gesetzten Anreizen. Letztlich spielt aber auch die Finanzierung dieser Kooperationen eine wesentliche Rolle für ihre Etablierung, woran letztlich auch die Frage der Einsparmöglichkeiten hängt.

3. Stand der integrierten Versorgung in ausgewählten europäischen Ländern

3.1 Niederlande

3.1.1 System der Krankenversicherung

Das System der niederländischen Krankenversicherung wurde 2006 grundlegend reformiert.⁹ Während das alte System starke Ähnlichkeiten mit der Krankenversiche-

rung in Deutschland und ihrer Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufwies, ist durch das *Zorgverzekeringswet*¹⁰, das neue Krankenversicherungsgesetz, eine einheitliche und für alle Einwohner verpflichtende Basisversicherung eingeführt worden. Diese wird durch private Krankenversicherungsunternehmen ausgeführt und durch einen einkommensabhängigen Beitrag, der hoheitlich festgelegt wird, sowie eine pauschale Prämie, die durch die einzelnen Krankenversicherungen autonom bestimmt wird, finanziert. Die Möglichkeit der Wahl zwischen Sachleistungen und Kostenerstattung oder sogar Kombinationen hiervon sowie das Angebot verschiedener Zusatzversicherungen sollen zu einer Zunahme des Wettbewerbs und damit der Kostenstabilität führen. Das Leistungserbringerrecht wurde von dieser Reform nicht berührt. Für die einzelnen Leistungserbringer bestehen in den meisten Gebieten noch hoheitlich festgelegte Höchstpreise, aber es besteht die Tendenz zur zunehmenden freien Verhandelbarkeit. Die Krankenhäuser rechnen mit den Versicherungen über DBC's (*Diagnose Behandeling Combinaties*), ähnlich den deutschen DRG's, ab, von denen der überwiegende Anteil noch hoheitlich festgelegt wird, aber ca. 10% frei zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherungen verhandelt werden.¹¹

3.1.2 Entwicklung der integrierten Versorgung

Formen integrierter Versorgung sind auch in den Niederlanden nicht unbekannt – die sog. *transmurale zorg*. Sie wurde zu Beginn der 90iger Jahre eingeführt und hat sich seitdem ständig verstärkt.¹² Herzstück der *transmuralen zorg* ist schon vom Wortsinn her, dass die Versorgung über die Mauern hinaus – nämlich des Krankenhauses – geleistet wird, demzufolge ist schwerpunktmäßig die Verknüpfung der Versorgung von niedergelassenen Hausärzten mit den Fachärzten im Krankenhaus gemeint, und weniger die Versorgung durch den Hausarzt als *Gatekeeper*, also mit der Steuerungsfunktion für den Zugang zur fachärztlichen Versorgung.¹³ Der Gedanke, der dieses Versorgungskonzept in der Vergangenheit gefördert hat, liegt in der Kombination von hoher Qualität und gleichzeitiger Effizienz. Denn auch die Niederlande verzeichnen eine steigende Anzahl älterer und chronisch kranker Versicherter, was mit einer gewissen Kostensteigerung einhergeht. So waren im Jahr 2001 nach den Zahlen des statistischen Amtes der Niederlande 2,8% der Bevölkerung an Diabetes Mellitus Typ II erkrankt und im Jahr 2005 bereits 3,4%.¹⁴ Da die Krankenversicherungsbeiträge nicht weiter angehoben werden sollten, ging die politische Entscheidung dahin, vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, die bestehenden Ressourcen besser und effizienter zu nutzen.¹⁵ Demzufolge wurden in den 80iger Jahren Bestrebungen unternommen, die Qualität der Versorgung durch verstärkte Entwicklung von Leitlinien für die ärztliche Behandlung sowohl im Krankenhaus als auch durch den Allgemeinarzt zu verbessern. In den 90iger Jahren erkannte man, dass eine erhebliche Ineffizienz auf die strikte Trennung der Krankenhausversorgung von der Versorgung durch niedergelassene Ärzte sowohl in organisatio-

neller als auch in finanzieller Hinsicht zurückzuführen ist.¹⁶ Dies gilt insbesondere für Patienten, die auf beide Arten der Versorgung angewiesen sind, wie viele chronisch Kranke etwa die Diabetiker.

Eine Definition der transmuralen Versorgung nach dem Verständnis des nationalen Rates für die Volksgesundheit ist, wie anfänglich bereits erwähnt: Versorgung, die auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt ist, die auf der Basis von Kooperation und Koordination zwischen spezialisiert und generalistisch tätigen Leistungserbringern mit geteilter Verantwortlichkeit und Spezifikation der delegierten Verantwortlichkeit erbracht wird.¹⁷ Vor dieser Definition wurden zahlreiche Einzelprojekte umgesetzt, die den jeweiligen Gegebenheiten Rechnung tragen sollten. Die ersten Probleme, die es zu überwinden galt, traten im finanziellen Bereich auf¹⁸:

- Krankenhäuser, die transmural arbeiteten, konnten keine finanziellen Vorteile daraus für sich gewinnen – jedenfalls nicht kurzfristig – da sie ein fixes jährliches Budget zugewiesen bekamen. Eine Erhöhung der Produktivität oder leere Betten wirkten sich also nicht aus.
- Fachärzte wurden bis 1995 pro Behandlungsfall entlohnt, so dass sie geneigt waren, die Patienten lieber selbst weiterzubehandeln anstatt sie zum Hausarzt zurückzuverweisen, sobald dies möglich war.
- Die Hausärzte dagegen erhielten eine Pauschale für jeden bei ihnen eingeschriebenen Versicherten, so dass sie eher zur Verweisung ans Krankenhaus geneigt waren, als die Versicherten selbst zu versorgen.
- Ambulante Pflegedienste mussten zunehmend komplexere Patienten behandeln, ohne dass ihr Budget an diese Änderung angepasst worden wäre.

Ab 1994 versuchte man durch verschiedene Maßnahmen diesen Barrieren einer erfolgreichen, transmuralen Versorgung zu begegnen. So wurde die Vergütung der Fachärzte neu geregelt. Die Krankenhäuser erhielten ein jährliches Budget, das an Produktivitätsparametern ausgerichtet war.

Einige Krankenhäuser und Versicherer haben hinsichtlich der Vergütung der Hausärzte mit einer Sonderzahlung für transmurale Versorgung experimentiert, eine allgemeinverbindliche Regelung gab es jedoch nicht. Ebenso wurde für Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen, ca. 3% des jährlichen Budgets für „flexible Versorgungsformen“ vorzusehen, wozu auch die transmurale Versorgung und insbesondere die Kooperation mit ambulanten Pflegeeinrichtungen gehörten.

3.1.3 Struktur der integrierten Versorgung

Gegenwärtig wird die Landschaft der integrierten Versorgung in den Niederlanden durch eine Vielzahl von Projekten und Kooperationen unterschiedlichster Ausformung geprägt. Dabei findet sich keine spezielle Rechtsgrundlage für derartige Verträge der transmuralen Versor-

gung wie § 140a SGB V im deutschen Recht, sondern sie basieren auf der allgemeinen Vorschrift des Art. 11 Zvw, der den Versorgungsauftrag der Krankenversicherungen gegenüber ihren Versicherten enthält, wozu auch der Abschluss von Leistungsverträgen mit geeigneten Leistungserbringern gehören kann, allerdings nicht muss. Den Krankenversicherern steht es frei, ob sie Versicherungspolicen mit Sachleistungen, mit Kostenerstattung oder sogar als eine Mischform anbieten wollen. Beschränken sie sich auf reine Kostenerstattungspolicen, müssen sie keine Verträge mit den Leistungserbringern schließen.²¹ Interessanter Weise scheint es keine vollständige Übersicht über die iV-Verträge zu geben, also kein abschließendes Zahlenmaterial.²² Inhaltlich zeigt sich ein recht breites Spektrum an Projekten:

- Ein Beispiel ist die Stiftung Krankenhausverlagerte Versorgung (*Stichting Ziekenhuisverplaatste zorg*), die über 90 Projekte unter Krankenhausbeteiligung ins Leben gerufen hat.²³ Inhaltlich betreffen diese Projekte vor allem Krebspatienten, Bypässe, Schmerztherapie, Ergotherapie, Diabetiker und Nachsorge. Hervorzuheben ist, dass bei diesem Modell eine Organisation die Initiative ergriffen hat und die Projekte nicht nur ins Leben gerufen, sondern auch begleitet hat, was sicher für den Erfolg nicht unmaßgeblich war, konnte man doch so dem Problem des Verwaltungsaufwandes begegnen.

Sehr verbreitet sind daneben Projekte, die die Versorgung der Patienten zu Hause beinhalten.²⁴ Dies meint, dass ein Team aus Gemeindeschwestern oder ambulanten Pflegediensten zusammen mit Hausärzten und Fachärzten zur Versorgung der Patienten an deren Wohnort tätig werden. In einer Studie von NIVEL (*Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg*, also dem niederländischen Institut für wissenschaftliche Untersuchungen der Gesundheitsversorgung) wurden 235 transmurale Projekte untersucht, wovon ca. 40% derart ausgestaltet waren.

- Eine weitere Form ist die Zusammenarbeit aufgrund von im Vorhinein aufgestellten Protokollen. Diese Projekte beziehen sich auf eine bestimmte Patientengruppe, wie beispielsweise Diabetes. Für die Gruppe der Diabetiker gibt es zur Zeit ein Modellvorhaben, dass nach einem Gesetzesvorhaben „*Plan van aanpak Diabeteszorg beter*“ von 2005²⁵ aus der Experimentierphase geführt werden soll. Dieses sieht speziell für die Versorgung von Diabetikern die Gründung von multidisziplinären Versorgungsgruppen vor, die auf der Grundlage von transmuralem DBC's (*Diagnose Behandeling Combinaties*) oder Ketten-DBC's entlohnt werden.

3.1.4 Anreize zur Teilnahme an integrierter Versorgung

Eine grundlegende Frage bei der Förderung der integrierten Versorgung ist aber, worin der Anreiz für die Beteiligten besteht, derartige Verträge zu vereinbaren oder sich an ihnen zu beteiligen. Der für die Beteiligten neben des kollegialen Austausches stärkste Anreiz liegt sicher-

lich in der finanziellen Besserstellung derartiger Verträge gegenüber der Regelversorgung. Das *College voor zorgverzekering* (Krankenversicherungsrat) eine öffentlich-rechtliche Institution, die mit den Finanzierungsangelegenheiten der Krankenversicherung betraut ist, ist nach der *Regeling zorgverzekering*, also Regelung zur Krankenversicherung, 6. Kapitel befugt, Sonderzahlung für bestimmte Projekte der integrierten Versorgung, die mindestens auf 1 Jahr angelegt sind, vorzusehen. Die Auszahlung erfolgt hierbei ausschließlich auf besonderen Antrag, dem genaue Angaben über das jeweilige Projekt, die Tätigkeiten, Teilnehmer und Finanzierung beigefügt werden müssen. Die Höhe der Auszahlung wird vom Cvz festgelegt, wozu es 6 Monate Zeit hat. Maßgeblich ist die Bedeutung des Projekts für die Versorgung der Versicherten, aber auch das Gesamtbudget, das das Cvz für diesen Zweck am Jahresanfang selbständig festlegt.

Eine besondere Förderung erhalten nach dieser *Regeling zorgverzekering* die Gesundheitszentren. Unter Gesundheitszentrum wird dabei ein durch eine Einrichtung verwalteter Zusammenarbeitsverband verstanden, bei dem ausgehend von einem gemeinsamen Versorgungsort aus integrierte Versorgung geliefert wird (ohne Beteiligung der Krankenhäuser) und der mindestens 2 Hausärzte, 2 Gemeindepflegern, 1 für die Gemeinde Arbeitenden und wenn möglich weitere Leistungserbringer anderer Fachrichtungen umfasst.

Ein finanzieller Anreiz könnte auch in den *Keten-DBC* Diabetes, also den Fallpauschalen für die Diabetiker-versorgung, gesehen werden, auch wenn sie sich zur Zeit noch in der Modellphase befinden.

3.2 Schweiz

3.2.1 Krankenversicherungssystem

In der Schweiz muss jeder Einwohner in der sozialen, obligatorischen Krankenversicherung eine Grundversicherung abschließen, wobei Zusatzversicherungen möglich sind. Diese Regelung gilt seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994, das der Gesetzgeber auf der Grundlage des Art. 117 Abs. 2 schweizerische Bundesverfassung (BV) erlassen hat. Diese Norm sieht ausdrücklich die Möglichkeit vor, die Krankenversicherung für obligatorisch zu erklären. Die Versicherten können ihre Krankenversicherung frei wählen, wozu ihnen rund 100 Krankenkassen und private Krankenversicherer offen stehen.²⁶ Über eine Einheitskasse wird zwar diskutiert, das Volksreferendum wurde aber vor kurzem abgelehnt.

In der Schweiz spielen die Kantone im Gesundheitsbereich eine wesentliche Rolle, der Bund ist lediglich konkurrierend z.B. im Bereich der Heilmittel und der Bekämpfung bestimmter Krankheiten zuständig, Art. 118 BV.²⁷ Inhaltlich deckt die Grundversicherung die ärztliche Behandlung, Spitalbehandlung zum Teil, Arzneimittel der Positivliste usw.²⁸ Dabei müssen die Versicher-

ten im internationalen Vergleich einen ziemlich hohen Anteil der Kosten selbst tragen.²⁹ Zunächst zahlt jeder Erwachsene die ersten 300 Franken selbst, der sog. *ordentliche Franchise*. Darüber hinaus gibt es noch einen Selbstbehalt von 10% des restlichen Rechnungsbetrages.

Die Finanzierung der Krankenversicherung³⁰ erfolgt über Versicherungsprämien, die lohnunabhängig von der Krankenkasse je nach Region festgelegt werden und vom Bundesamt für Gesundheit genehmigt werden. Hier gibt es erhebliche kantonale Unterschiede. Ein Zuschuss für Personen mit geringem Lohn ist jedoch möglich.

Sowohl für Ärzte als auch für Spitäler gibt es vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen hinsichtlich der Vergütung. Gerade für die Spitäler gibt es bei den ausgehandelten Pauschalen starke kantonale Unterschiede.

3.2.2 Integrierte Versorgung

Nach dem eingangs dargestellten Verständnis der integrierten Versorgung findet diese in der Schweiz im Rahmen von Hausarztverträgen und HMO's statt.³¹ Hausarztvertrag meint dabei die Verpflichtung des Versicherten, zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen und sich von ihm ggf. weiter verweisen zu lassen. Unter HMO versteht man in der Schweiz ursprünglich eine versicherereigene Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten. Mittlerweile gibt es aber auch ärzteigene HMO's. In der Praxis ist der Übergang zwischen HMO's und Hausarztmodellen fließend, eine begriffliche Trennung nicht strikt durchzuführen. Dies folgt aus der Vernetzung von HMO-Praxen mit Hausarztpraxen. Bereits 1990 wurde in Zürich die erste Test-HMO-Gruppenpraxis eröffnet und mit dem KVG von 1994 wurden HMO's offiziell zugelassen. Man kann also schon auf erste Erfahrungen zurückblicken. Dabei zeichnet sich ab, dass es starke regionale Unterschiede gibt. Während in einigen Kantonen über 20% der Versicherten an HMO's teilnehmen, beispielsweise in Thurgau und Aargau, so ist die Beteiligung in anderen Kantonen deutlich niedriger. Man kann also nicht sagen, dass die Teilnahme an HMO's in der Schweiz die Regel ist.

Beispielshaft sollen zwei HMO's vorgestellt werden:

• HMO Zürich-Wiedikon (SanaCare)³²:

Es ist das älteste HMO der Schweiz von 1990 in versicherungseigener Trägerschaft, die Ärzte sind angestellt. SanaCare hat im Laufe der Jahre noch mehr HMO's in der Schweiz gegründet. 7 HMO-Praxen versorgen 24.000 Versicherte. Daneben werden in 34 Hausarztpraxen 150.000 Versicherte betreut. Hier ist interessant, dass die Zahlen der Hausarztpraxen rückläufig sind. 2002 waren es noch 37 Hausarztpraxen.

• MediX Gruppenpraxis Zürich-Wipkingen³³:

Sie ist mit ihrer Gründung 1998 die erste ärzteigene HMO-Praxis der Schweiz. Es handelt sich um ein Netz von 25 Ärzten, deren Bezahlung über Kopfpauschalen geregelt ist. Die Gruppenpraxis betreut etwa 2.900 Versi-

cherte, der Ärztesverband nochmals etwa 2.300 Versicherte. Mittlerweile gibt es verschiedenen MediX-Gruppenpraxen in der Schweiz, die sich organisatorisch unter einem Dachverband, der MediX-Schweiz zusammengeschlossen haben. Die Versicherten erhalten einen Prämiennachlass von bis zu 25%.

3.2.3 Anreiz zur Teilnahme an der integrierten Versorgung

Anreize für die Leistungserbringer zur Teilnahme an Verträgen zur integrierten Versorgung liegen in der kooperativen Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Daneben aber auch durch die vertragliche Bindung an die Versicherer in einem gesteuerten Patientenzustrom und nicht zuletzt in der pauschalen Finanzierung auf vertraglicher Grundlage mit den Krankenversicherern. Gelingt es den Netzwerken, die Kosten der Behandlung unter den Pauschalen zu halten, können sie Gewinn erzielen.

Aus Perspektive der Versicherten stellen die HMO's eine Wahlmöglichkeit dar. Sie können in ihrer Grundversicherung verbleiben oder aber ein Versicherungsmodell mit HMO oder Hausarzttarif wählen, wobei eine Prämienreduzierung den Anreiz zur Teilnahme darstellt. Diese Prämienreduktion ist von den Kostenunterschieden zu Nicht-HMO-Modellen abhängig und darf sich nicht auf einen günstigeren Risikobestand gründen. Aus diesem Grund ist eine Ermäßigung nur bis zu 20% gegenüber dem Normaltarif zulässig, es sei denn es liegen Erfahrungszahlen von mindestens 5 Jahren vor, die eine höhere Kostenersparnis belegen.³⁴

Ein Augenmerk soll auf die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz in den letzten Jahren geworfen werden. Während zunächst die Anzahl der vernetzten Kooperationen schnell zugenommen hat, Mitte der 90iger Jahre entstanden 25 HMO-Praxen in den Städten, zeichnet sich mittlerweile eine Stagnation ab, es gibt derzeit ca. 22 HMO's, die mit 130 Ärzten 110 000 Versicherte versorgen.³⁵

Es soll noch auf eine Tendenz zur Risikoselektion hingewiesen werden.³⁶ Die HMO- oder Hausarztmodelle werden überwiegend von grundsätzlich jungen und gesunden Menschen gewählt, wohingegen Versicherte, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, einem Wechsel eher abgeneigt gegenüberstehen. Durch diese Versichertenströme lassen sich aber für das Gesamtsystem – im Gegensatz zu den einzelnen Versicherern - keine Kostenersparnisse erzielen. Eine Berücksichtigung der HMO's im Risikoausgleich, um diese Selektion zu vermindern, findet nicht statt, wird aber vermehrt gefordert.

4.3 Frankreich

4.3.1 Krankenversicherungssystem

Zu dem allgemeinen System der sozialen Sicherung in Frankreich (dem *régime général de sécurité sociale*) gehört auch die gesetzliche Krankenversicherung (*assurance*

maladie).³⁷ Eine Kodifikation der Gesetze der Systeme der sozialen Sicherung findet sich im Code de la Sécurité Sociale (CSS). Die französische Krankenversicherung entstand schrittweise nach dem Vorbild des Bismarckschen Sozialmodells und wurde zunehmend ausgedehnt, woraus sich ihre heutige Dreigliedrigkeit erklärt:

- L'assurance Maladie (*régime général*): Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer in Industrie und Handel einschließlich ihrer Familien. Ca. 80% aller Gesundheitsleistungen werden über dieses System finanziert.
- Soziale landwirtschaftliche Versicherungen auf Gegenseitigkeit (*Mutualité sociale agricole – MSA*): Ihnen gehören die Landwirte und in der Landwirtschaft Beschäftigten einschließlich ihrer Familien an.
- Nationale Krankenkasse der Selbständigen (*Caisse Nationale d'assurance maladie des professions indépendantes*): Hier sind Künstler und Angehörige der freien Berufe versichert.

Eine Wahlfreiheit der Versicherten zwischen den verschiedenen Krankenkassen gibt es im französischen System nicht.³⁸ Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge. Die Versicherten genießen freie Arztwahl, auch hinsichtlich der Spezialisten. Die Bezahlung erfolgt direkt durch die Versicherten, die die Kosten von der Krankenkasse erstattet bekommen. Allerdings kehrt sich dieses System in der Praxis immer mehr zu der Gewährung von Sachleistungen um. Diese orientieren sich an der staatlich festgelegten Gebührenordnung (interministerielle Erlasse). Dabei trifft die Versicherten eine sehr hohe Selbstbeteiligung:

- 20% für Krankenhauskosten
- 30% für medizinische ambulante Leistungen
- 40 % für medizinische Hilfsleistungen (Krankengymnastik, Pflege usw.)
- 65% für Medikamente zur Behandlung sog. gewöhnlicher Krankheiten

Für diese erheblichen Selbstbehalte gibt es die Möglichkeit einer privaten Zusatzversicherung, die die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung abgeschlossen hat. Da diese Selbstbehalte aber eine nicht unerheblich Hürde für den Zugang zur medizinischen Versorgung darstellt, schuf der Gesetzgeber im Jahr 2000 den universellen Krankenversicherungsschutz (*couverture maladie universelle – CMU*), der die Personen ohne Versicherungsschutz, aber auch diejenigen ohne Zusatzversicherung schützt.³⁹ Die Finanzierung erfolgt über Beiträge der Versicherten, wenn ihr Einkommen über einer gewissen Grenze liegt. Daneben tragen aber auch die Versicherer durch eine Zahlung von 1,75% ihres Umsatzes im Gesundheitsbereich und der Staat durch einen Zuschuss zur Finanzierung bei.

Die Honorierung der Leistungserbringer⁴⁰ wird vertraglich zwischen der nationalen Vereinigung der medizinischen Berufe (*Union nationale des professionnels de santé*) und der nationalen Vereinigung der Krankenkasse (UNCAM) geregelt. Seit der Reform von 2005 können mindestens zwei Ärzteorganisationen eine Sperrminorität im

Rahmen der Verhandlungen ausüben. Die Krankenhäuser erhalten ein jährliches Globalbudget, das aus dem allgemeinen, vom Parlament festgelegten Krankhausbudget von der regionalen Krankenhausagentur konkretisiert wird. Es werden sog. „homogene Patientengruppen“ definiert, die pauschal vergütet werden. Es ist also gleichsam die französische Variante der DRG's.

4.3.2 Integrierte Versorgung

Es gibt in Frankreich verschiedene Ansätze einer integrierten Versorgung im Sinne von interdisziplinären Netzwerken von Leistungserbringern.⁴¹ Die wichtigsten sind die Gesundheitsnetzwerke und der Qualitätsförderungsfonds. Die Modellvorhaben des *Code de la Sécurité Sociale* mit experimentellem Charakter und die krankenzentrierten Versorgungsnetzwerke des *Code de la Santé Publique* sind 2002 durch die Gesundheitsnetzwerke abgelöst worden.

Gesundheitsnetzwerke

Der wohl wichtigste Ansatz zur integrierten Versorgung in Frankreich liegt in den Gesundheitsnetzwerken (*réseau de santé*), deren Rechtsgrundlage 2002 mit dem Gesetz zur Finanzierung der Sozialversicherung (LFSS) eingeführt wurde.⁴² Dieses Gesetz stellt die Versorgung durch Gesundheitsnetzwerke gleichwertig neben die hergebrachte Versorgung, die Experimentierphase wurde also verlassen. Dies geschah, indem ein fünftes Budget für Gesundheitsnetzwerke neben die Budgets für die ambulante Versorgung, öffentliche Krankenhäuser, private Krankenhäuser und medizinisch-soziale Einrichtungen gestellt wurde. Diese werden vom Parlament jährlich festgelegt. Die nationale Vereinigung der Krankenkassen (UNCAM) soll die Einhaltung sicherstellen. Sie hat durch die Krankenversicherungsreform 2005 Kompetenzen im Bereich der Finanzierung dazu gewonnen. So entscheidet sie über die erstattungsfähigen Leistungen der KV, setzt die Höhe der Zuzahlungen fest.

Die Gesundheitsnetzwerke⁴³ sollen den Zugang zur Versorgung, die Koordination, die Kontinuität und die Interdisziplinarität der Gesundheitsversorgung fördern und sich gleichzeitig nicht nur mit der medizinischen Versorgung, sondern auch mit Gesundheitserziehung, Prävention und Diagnostik befassen. Diese Definition wird durch Verordnung konkretisiert, deren Anforderungen diejenigen Netzwerke erfüllen müssen, die von den Mitteln des Budgets profitieren wollen. Diese gehen von Vorschriften über die Gründungsvereinbarung über die Festlegung des geographischen Gebiets, für das es gelten soll, bis hin zur Netzcharta, die die Verpflichtungen der Netzmitglieder festlegt, wie beispielsweise Qualitätssicherungs- und Fortbildungsmaßnahmen.

Die Entscheidung über die Vergabe von Mitteln aus dem fünften Budget wird auf regionaler Ebene durch die regionalen Krankenhausagentur und regionalen Krankenkassenvereinigung getroffen.

Inhaltlich betreffen die geförderten Projekte häufig die Versorgung älterer Menschen und Diabetiker, es gibt aber auch Projekte zur hausarztzentrierten Versorgung. Regional sind sie zumeist sehr begrenzt. Auffällig ist, dass an vielen Projekten Krankenhäuser beteiligt sind.

Inhaltlich betreffen die geförderten Projekte häufig die Versorgung älterer Menschen und Diabetiker, es gibt aber auch Projekte zur hausarztzentrierten Versorgung. Regional sind sie zumeist sehr begrenzt. Auffällig ist, dass an vielen Projekten Krankenhäuser beteiligt sind.

Qualitätsförderungsfonds

Neben den Gesundheitsnetzwerken gibt es auch noch einen sog. Qualitätsförderungsfonds⁴⁴. Aus ihm werden Mittel für Projekte bereit gestellt, die zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten beitragen, sofern sie von einem Angehörigen der freien medizinischen Berufe durchgeführt werden. Durch diesen Fonds werden vor allem in vier Bereichen Projekte gefördert, wobei dem Fonds jährlich über 100 Mio Euro zur Verfügung stehen: Koordination zwischen den niedergelassenen oder zwischen niedergelassenen und Krankenhäusern, Qualitätsverbesserung der Behandlung wie beispielsweise durch die Entwicklung von gemeinsamen Leitlinien, Verbesserung des Informationsflusses und Evaluation der Versorgung. Die Entscheidung und Überwachung über die Mittel obliegt dem Generaldirektor der nationalen Krankenkasse. Aus dem Wesen des Qualitätsförderungsfonds ist zu ersehen, dass er nicht ausschließlich Vernetzungsstrukturen fördert, jedoch stellen diese einen wichtigen Teil der von ihm finanzierten Koordination dar, weshalb er auch an dieser Stelle erwähnt wurde.

4.3.3 Anreiz zur Teilnahme an der integrierten Versorgung

Der Anreiz zur Teilnahme an Gesundheitsnetzwerken liegt für die Leistungserbringer in den finanziellen Mitteln, die zu diesem Zweck vom Parlament durch Einrichtung eines eigenen Budgets bereit gestellt wurden. In dem zentralistisch geprägten französischen Gesundheitssystem stellt auch dieses Budget ein Mittel dar, um hoheitlich die Gesundheitsversorgung in Richtung auf vermehrte Kooperation zu steuern.

4.4 Italien

4.4.1 Gesundheitssystem

Die Absicherung gegen das Risiko Krankheit findet in Italien seit der Reform 1978 für alle Einwohner durch den nationalen Gesundheitsdienst (*Servizio Sanitario Nazionale*, SSN) statt.⁴⁵ Hiermit sollte dem in Art. 32 der italienischen Verfassung garantierten Recht der Bürger auf den staatlichen Schutz der Gesundheit nachgekommen werden. Der Gesundheitsdienst weist eine dezentrale, dreistufige Organisation auf. Auf nationaler Ebene ist die

Regierung für das Gesamtkonzept und die Finanzierung zuständig. Auf regionaler Ebene wird die Organisation und Kontrolle der örtlichen Gesundheitsstellen (*Unità Sanitarie Locali*, USL) durchgeführt.

Die Honorierung der Ärzte⁴⁶ ist abhängig von ihrem Status. Es gibt direkt beim Gesundheitsdienst angestellte Leistungserbringer, aber auch freiberuflich niedergelassene, die vertraglich gebunden werden. Ihre Honorierung erfolgt bei Hausärzten, den sog. Familienärzten, nach Kopfpauschalen und bei Fachärzten zum Teil nach Stunden und zum Teil nach erbrachten Einzelleistungen.

Die Krankenhäuser werden entweder unmittelbar vom Gesundheitsdienst betrieben oder sie werden vertraglich gebunden. Dann wird die Vergütung jährlich neu auf der Grundlage von Tagessätzen ausgehandelt.

Folge der dezentralen Ordnung des Gesundheitsdienstes ist es entgegen der ursprünglichen Idee, dass es in den einzelnen Regionen sehr unterschiedliche Regelungen geben kann. Insbesondere zeigt sich in der Praxis ein starkes Nord-Süd-Gefälle.⁴⁷

4.4.2 Vernetzungsstrukturen bei den örtlichen Gesundheitsstellen (USL)

In Italien wird nicht von integrierter Versorgung nach dem hier zugrunde gelegten Verständnis gesprochen, wofür die Ursache im nationalen Gesundheitsdienst und seiner hoheitlichen Steuerung zu sehen ist, der derartige Vernetzungen eigentlich nicht fördert. Umso überraschender ist es, dass sich in der Provinz Bozen Entwicklungen abzeichnen, die auf der Ebene der örtlichen Gesundheitsstellen, der dortigen Sprengel, Kooperationen verschiedener Leistungserbringer fördern. Die gesetzliche Grundlage findet sich in dem Gesetz vom 2. Oktober 2006 zur Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes.

Aufgabe des Sprengels ist es, den Gesundheitsschutz der Bürger konkret umzusetzen. In diesem Rahmen soll er Sammelpunkt für alle Gesundheitsdienste und auch Sozialdienste sein und so als „Garant für die Kontinuität und Ganzheitlichkeit der Betreuung“ fungieren.⁴⁸ Die Leitung des Sprengels erfolgt durch einen ärztlichen Koordinator, einen sog. Einsatzleiter des nichtärztlichen Personals und einen Verwaltungskoordinator. Sie soll auch für eine Neudefinition der Rolle und der Aufgaben der einzelnen beteiligten Berufsgruppen sorgen und zwar ausdrücklich in integrierter Form. Ergänzend sollen auch die Organisationsabläufe und Entscheidungswege sowohl innerhalb des Sprengels als auch nach außen z.B. mit dem Sozialsprengel koordiniert werden.⁴⁹ Inhaltlich ist die Teilnahme bestimmter Berufsgruppen zwingend vorgesehen, so muss ein allgemein-praktischer Arzt, ein Kinderarzt, Gynäkologe, Zahnarzt usw. in einem Sprengel tätig sein. Es ist aber die selektive Auswahl der Leistungserbringer, die für den Sprengel Leistungen erbringen, vorgesehen.

In finanzieller Hinsicht sind die Sprengel noch Kostenstellen des Gesundheitsdienstes, der in Form einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft organisiert ist. Sie sollen aber, sobald die organisatorischen Bedingungen geschaffen sind, in Entscheidungsstellen mit eigenem Budget umgewandelt werden.⁵⁰

Es ist zu ersehen, dass sich innerhalb der Organisation des Gesundheitsdienstes die Möglichkeit zur Netzwerkbildung findet. Der wesentliche Unterschied zur integrierten Versorgung in den anderen erörterten Ländern liegt jedoch in dem fehlenden Wettbewerbsverhältnis des Sprengels zu anderen Vernetzungen. Da die Sprengel örtlich abgegrenzt sind stehen sie nicht miteinander im Wettbewerbsverhältnis. Ein Konkurrenzverhältnis lässt sich lediglich aus dem System heraus zur privaten Leistungserbringung feststellen, die dann aber nicht vom nationalen Gesundheitsdienst finanziert wird. Auch ist eine Verzahnung der ambulanten und der stationären nicht vorgesehen. Es handelt sich in Italien hierbei um zwei strikt getrennte Bereiche.

5. Fazit

Die erörterten Länder zeigen, mit Ausnahme von Italien, sehr unterschiedliche Ausprägungen integrierter Versorgung. Aufgrund der dargestellten hoheitlichen Steuerung, den fehlenden Konkurrenzverhältnissen und der mangelnden Vernetzung des ambulanten mit dem stationären Bereich kann man selbst in der Provinz Bozen und den dortigen Sprengeln wohl nicht von integrierter Versorgung sprechen.

Auch die Gesundheitsnetzwerke in Frankreich weisen Besonderheiten auf, die für integrierte Versorgung eigentlich nicht typisch sind. Sie sind Ausdruck einer staatlichen Steuerung. Das Parlament stellt das Budget zur Finanzierung dieser Netzwerke auf, um interdisziplinäre Kooperation und damit die Qualität der Versorgung zu fördern. Die Merkmale der fachübergreifenden Vernetzung, der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung treffen jedoch zu.

Am ausgeprägtesten ist die integrierte Versorgung in den Niederlanden und in der Schweiz. Gerade für die Niederlande dürfte die Ursache für das Bedürfnis nach integrierter Versorgung in der strengen Trennung des Krankenhausbereichs von der Versorgung durch Niedergelassene zu sehen sein, denn die Fachärzte sind weit überwiegend im Krankenhaus tätig. Das Krankenhaus darf aber lediglich auf Überweisung eines Hausarztes aufgesucht werden, so dass sich eine strenge Trennung dieser Bereiche ergibt. In der Schweiz hat sich, wie dargelegt, eine relativ hohe Anzahl an integrierten Vernetzungsprojekten etabliert, jedoch lässt sich keine weitere Zunahme verzeichnen. Eine endgültige Begründung für diesen Stillstand findet sich in der schweizerischen Literatur nicht. Vielleicht ist eine gewisse Sättigung eingetreten und das Bedürfnis nach integrierter Versorgung gestillt, d.h. es lassen sich über Prämiensenkungen keine wei-

teren Versicherten mehr gewinnen und das ärztliche Bedürfnis nach Kooperation ist befriedigt.

Besonders bedeutsam bei der Einführung integrierter Versorgung ist die Ausgestaltung eines Anreizes für die Leistungserbringer und die Versicherten, damit sie von den Möglichkeiten integrierter Versorgung auch Gebrauch machen. Dieser Anreiz ist in allen Ländern als finanzielle Besserstellung ausgestaltet, lediglich in Italien ist dies noch nicht umgesetzt, aber auch schon geplant. Hinzu kommt die erhoffte Kostenreduktion. Für die Schweiz ist auch die mögliche Risikoselektion durch derartige Verträge zu berücksichtigen, die derzeit noch keinen Ausgleich erfährt.

Fußnoten

- 1 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. 2007 I Nr. 11, S. 378 ff
- 2 Schon zu Beginn dieses Jahres, um die Kontinuität zu sichern durch das
- 3 Gesetzesbegründung, Besonderer Teil, zu Nummer 119 (§ 140a Abs.1), im Internet unter: www.gesundheitspolitik.net
- 4 Nationale Raad voor Volksgezondheid (nationaler Rat für Volksge-sundheit) 1995
- 5 Winkler, Integrierte Versorgung: Spitäler und Ärztenetze im Verbund, 2003, S. 30
- 6 Berger, BVMed 2002, S. 24 (zit nach Winkler, iV, S. 33)
- 7 Manser, 2003, S. 63, 72
- 8 Provinz Bozen, Der territoriale Bereich, S. 62 f, im Internet unter: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/downloads/3.2.pdf>
- 9 Zur Reform des Krankenversicherungssystems statt aller und m.w.N.: Hamilton, Een zorgverzekering voor iedereen, 2005; Walser, Neue Krankenversicherung der Niederlande, ZRP 2005, S. 273 ff; diess., Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Kranken-versicherung für jeden, SozSich 2006, S. 87 ff
- 10 Gesetz vom 16. Juni 2005, Stb. 2005, 358, letzte Änderung vom 22. Dezember 2005, Stb. 2005, 708
- 11 Art. 10a i.V.m. Art. 11 Gesetz über Tarife im Gesundheitswesen (Wet tarieven gezondheidszorg)
- 12 van der Linden/Rosendal, The Birth of Transmural Care in the 1990 in: van Rooij/Kodner/Rijsemus/Schrijvers, Health and Health Care in the Netherlands, 2002, S. 191
- 13 van der Linden/Rosendal (Fn.12) S. 191
- 14 Centraal Bureau voor de Statistiek, im Internet unter: <http://statline.cbs.nl>
- 15 van der Linden/Rosendal (Fn. 12) S. 191
- 16 van der Linden/Rosendal (Fn. 12) S. 192
- 17 Nationale Raad voor Volksgezondheid 1995
- 18 van der Linden/Rosendal, The Birth of Transmural Care in the 1990 in: van Rooij/Kodner/Rijsemus/Schrijvers, Health and Health Care in the Netherlands, 2002, S. 196
- 19 van der Linden/Rosendal (Fn. 12) S. 196
- 20 van der Linden/Rosendal (Fn. 12) S. 196
- 21 Hermans, Zorgverzekeringwet, 2006, Art. 11 Anm. 82, 97; Beerepoot/Palmen, Sociale Verzekeringswetten, Bd. 8, Art.11 Zw Anm. 4
- 22 Kamerstukken II 2006-2007 Nr. 30 843 Nr. 2: Afstemming in de zorg, Aanpak chronische aandoeningen: twee voorbeelden uit de curatieve zorg, S. 36
- 23 Beusmans/Zutphen, Vormen van transmural care in: Spreeuwenberg/Pop/Beusmans/Winkens/Zutphen, Handboek transmural care, 2000, S. 119
- 24 Beusmans/Zutphen (Fn. 23) S. 124, 127; vgl. auch Mur-Veeman/van Raak/Steenbergen/Paulus, Situation in the Netherlands in: van Raak/Mur-Veeman/Hardy/Steenbergen/Paulus, Integrated Care in Europe, 2003, S. 137 f

- 25 Kamerstukken 2005, 22894, Plan van aanpak Diabeteszorg beter: Nr. 1
- 26 Eugster, Krankenversicherung in: Meyer, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Bd. XIV soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 438 ff, 453; Tiemann, Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, 2006, S. 141; ausführlich: Bollier, Leitfaden schweizerische Sozialversicherung, 2005, S. 381
- 27 Kocher, Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden in: Kocher/Oggier, Gesundheitswesen Schweiz 2004 -2006, S. 104 ff
- 28 Tiemann (Fn. 266) S. 145
- 29 Bollier (Fn. 26) S. 389ff
- 30 Bollier (Fn. 26) S. 388; Gilliland, Kosten und Finanzierung in: Kocher/Oggier, Gesundheitswesen Schweiz 2004 -2006, S. 117 ff
- 31 Ausführlich zu Formen integrierter Versorgung in der Schweiz: Lehmann, Managed Care, 2003, S. 31 ff
- 32 Im Internet unter: <http://www.sanacare.ch>
- 33 Im Internet unter: <http://www.medix-zuerich.ch>
- 34 VO 101 Abs. 2 und 3
- 35 Baumberger, Managed Care, in: Kocher/Oggier, Gesundheitswesen Schweiz 2004 -2006, S. 177 ff
- 36 Lehmann (Fn. 31) S. 50 ff
- 37 Ausführlich zum System der Krankenversicherung in Frankreich: Fahlbusch, Ambulante ärztliche Behandlung in Europa, 2006, S. 102 ff;

- Tiemann (Fn. 26) S. 24 ff; Armbruster, Versorgungsnetzwerke im französischen und deutschen Gesundheitswesen, 2004, S. 36 ff
- 38 Ausführlich zu den Versicherungsträgern: Fahlbusch (Fn. 36) S. 112 ff; Tiemann (Fn. 26) S. 37 ff
- 39 Zur CMU: Tiemann (Fn. 26) S. 35 ff
- 40 Fahlbusch (Fn. 36) S. 130f; Tiemann (Fn. 26) S. 50f
- 41 Ausführlich: Armbruster (Fn. 36) S. 209 ff
- 42 Armbruster (Fn. 36) S. 247 ff
- 43 Armbruster (Fn. 36) S. 250
- 44 Ausführlich dazu: Armbruster (Fn. 36) S. 258 ff
- 45 Ausführlich zum italienischen Gesundheitsdienst: Klammer, Das italienische Sozialleistungssystem in: Döring/Hauser/Schmähl, Soziale Leistungen und ihre Finanzierung, 1999, S. 202 ff
- 46 Klammer (Fn. 44) S. 203; Weber/Leienbach, Soziale Sicherung in Europa, 1989, S. 98
- 47 Klammer (Fn. 44) S. 205
- 48 Provinz Bozen, Der territoriale Bereich, S. 34, im Internet unter: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/downloads/3.2.pdf>
- 49 Provinz Bozen, Der territoriale Bereich, S. 35, im Internet unter: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/downloads/3.2.pdf>
- 50 Provinz Bozen, Der territoriale Bereich, S. 44, im Internet unter: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/downloads/3.2.pdf>

Praxisgerechte Unterstützung.



Management in Gesundheits- und Sozialbetrieben Betriebswirtschaftliche Grundlagen für Führungskräfte und Nachwuchs

Von em. Prof. Dr. rer. pol. Franz Decker und Dr. Albert Decker

2. Auflage 2007, 432 S., geb., 74,- €, ISBN 978-3-8329-2990-9

Gesundheits- und Sozialbetriebe müssen wirtschaftlich gesteuert und gestaltet werden. Es wird immer wichtiger, Kunden überzeugend zu begleiten und Mitarbeiter professionell zu führen. Dieses moderne Betriebswirtschafts- und Management-Handbuch für Sozial- und Gesundheitsbetriebe gibt darauf praxisorientierte Antworten mit Fallbeispielen und Übungen.

Es bietet Ärzten, Pflege- und Wellnesskräften auf Führungs- und Nachwuchsebene insbesondere im Verwaltungsbereich das Rüstzeug für ihre Aufgaben.

Kosten- und Leistungsrechnung, Finanzierung, Rechnungswesen und Buchführung, Preisbildung, Kalkulation, Marketing, Wettbewerb und Kundenzufriedenheit werden praxisorientiert dargestellt.

Die Autoren sind als Sozial- und Betriebswirte, Gesundheits- und Führungsexperten praxiserfahren und theoretisch ausgewiesen.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 |
www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de



Nomos