



Leibniz FH
SCHOOL OF BUSINESS

Arbeitspapier Nr. 15
der Leibniz-Fachhochschule Hannover

Integrierte Versorgung

Analyse der Ziele und der Nutzenerwartung stationärer
Leistungserbringer an integrierte Versorgungsverträge



Prof. Dr. Anja Behrens-Potratz, Vincent Fieguth, Laura Göing,
Jessica Golnik, Jacqueline Kolesar, Fabienne Sissel, Laura Weber

1. Auflage, 2016

ISSN 2396-6494

Leibniz-Fachhochschule

Expo Plaza 11
30539 Hannover
info@leibniz-fh.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Zielsetzung der Untersuchung	1
1.2. Gang der Untersuchung	2
2. Bezugsrahmen der Untersuchung: Konzeptionelle und theoretische Grundlagen der Integrierten Versorgung (IV)	2
2.1. Hintergrund und begriffliche Einordnung der IV	2
2.2. Grundlagen und Risiken für die Vertragspartner der IV	4
2.3. Veränderungen im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung - Förderungen durch den Innovationsfond	6
3. Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten stationärer Leistungserbringer zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge	7
3.1. Ziel der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfrage	7
3.2. Konzeption und methodisches Vorgehen	8
3.3. Entwicklung des Erhebungsinstruments	9
3.4. Darstellung, Analyse und Interpretation der Ergebnisse	10
3.4.1. Struktur der Einrichtungen	10
3.4.2. Allgemeines und inhaltliches zu den IV-Verträgen	12
3.4.3. Ziele und Nutzen von IV-Verträgen	17
3.4.4. Strategische Ausrichtung beim Abschluss von IV-Verträgen	23
4. Kritische Würdigung der Untersuchungsergebnisse	27
5. Handlungsempfehlungen zur Optimierung von IV-Verträgen	29
6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	29
Quellenverzeichnis	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsstufen der Krankenhäuser	10
Abbildung 2: Bettenanzahl gemäß Krankenhausbedarfsplan	12
Abbildung 3: Laufende IV-Verträge in den Krankenhäusern.....	13
Abbildung 4: IV-Vertragspartner der Krankenhäuser	13
Abbildung 5: Bestand von bundesländerübergreifenden IV-Verträgen	14
Abbildung 6: Erbringung von IV-Leistungen außerhalb des vereinbarten Budgets	15
Abbildung 7: Organisatorische Zuständigkeitsregelung für Abschluss, Controlling und inhaltliche Begleitung von IV-Verträgen in den einzelnen Häusern ..	17
Abbildung 8: Zielsetzungen der integrierten Versorgung	18
Abbildung 9: Tatsächlicher Nutzen von IV	20
Abbildung 10: Zukünftige Planung von neuen IV-Verträgen	24
Abbildung 11: Kommunikationspolitische Informationsfluss	25
Abbildung 12: Problematiken der integrierten Versorgung	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Standorte im Bundesgebiet Deutschland.....	11
Tabelle 2: Dokumentation von IV-Patienten.....	16
Tabelle 3: Instrumente zur Messung des Nutzens von IV-Verträge.....	22
Tabelle 4: Kündigungsgründe von IV-Verträgen	23
Tabelle 5: Initiativergreifung für Vertragsverhandlungen zum Abschluss von IV- Verträgen.....	24

Abkürzungsverzeichnis

CMP	Casemix-Punkte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IV	Integrierte Versorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch 5

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Zielsetzung der Untersuchung

Die aktuelle Versorgungssituation ist geprägt von hohen Ausgaben, oft unzureichend koordinierten Behandlungsabläufen und teilweise nicht zufriedenstellender Qualität. Die Herausforderungen sind komplex und vielfältig, sodass verschiedene Ansätze im Umgang mit diesen Herausforderungen Anwendung finden. Zur Optimierung der stationären Versorgung und im Besonderen der gesamten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg dient die Integrierte Versorgung (IV). Die IV beinhaltet eine interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung, wobei die qualitätsgeprüfte Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner (z.B. Hausärzte, Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze oder Pflegeeinrichtungen) umgesetzt wird. Ziel dieser Verträge ist die Erhöhung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung. Aus IV-Verträgen lässt sich für die Leistungserbringer zusätzlicher Nutzen generieren, wie beispielsweise aus extrabudgetären Erlösen, einem Imagegewinn oder einer Erhöhung der Patientenzufriedenheit.

2008 wurden 6.407 IV-Verträge registriert, im Rahmen derer die Versorgung von ungefähr vier Millionen Versicherten erfolgte.¹ Alle verfügbaren Informationen weisen daraufhin, dass kein wesentlicher Ausbau der Verträge in den vergangenen Jahren stattgefunden hat.² Ein Grund dafür könnte der Wegfall der Anschubfinanzierung von IV-Verträgen sein. Ein weiterer Grund, für den fehlenden Ausbau von IV-Verträgen, könnte der hohe administrative und organisatorische Aufwand der Entwicklung und Durchführung der Verträge sein. Folglich lohnt sich, insbesondere für die Leistungserbringer, ein Abschluss von IV-Verträgen aufgrund zu geringer Fallzahlen und zu großem Aufwand nicht.

Ein Ausbau der IV-Verträge in Deutschland ist notwendig und gewollt, um bestehende Effizienz- und Effektivitätsreserven zu heben. Eine langfristige quantitative und qualitative Weiterentwicklung der IV sowie insbesondere der Kooperation der Akteure erfordert zunächst Informationen über die Ziele, den erwarteten Nutzen und den tatsächlichen Nutzen der IV seitens der Vertragspartner. Unter Berücksichtigung dieser vertragsabschlussrelevanten Determinanten könnte eine gezielte Ausgestaltung der Verträge im Sinne der Vertragspartner erfolgen und damit eine effektive Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zum Nutzen der Patienten erreicht werden. Das Ziel dieser Untersuchung ist es daher, die Ziele und den Nutzen von IV-Verträgen seitens der Leistungserbringer zu erheben

¹ Vgl. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2009), <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>, abgerufen am 22.08.2016.

² Vgl. Sachverständigenrat zu Begutachtung von Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf, abgerufen am 22.08.2016.

und zu analysieren. Aus diesen Erkenntnissen gilt es schließlich Handlungsempfehlungen für künftige IV-Verträge abzuleiten. Es werden zudem Informationen über die Anzahl, die Häufigkeit und Indikationen von IV-Verträgen bei den Leistungserbringern erhoben.

1.2. Gang der Untersuchung

Nachdem mit den bisherigen Ausführungen der Hintergrund und die Zielsetzung der Untersuchung beschrieben wurden, wird im zweiten Kapitel auf den theoretischen Bezugsrahmen zur Einordnung des Vorhabens eingegangen. Dabei werden die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen der IV für die darauf aufbauende quantitative Untersuchung dargestellt. Infolgedessen wird die IV definiert und systematisiert, der Status quo sowie die Bedeutung und Notwendigkeit der IV zur Überwindung der Ineffizienzen, bedingt durch die sektoral getrennte Struktur der medizinischen Leistungserbringung, aufgezeigt sowie die Ziele und der Nutzen der IV erläutert.

Anschließend erfolgt im dritten Kapitel eine quantitative Untersuchung bei den stationären Leistungserbringern am Beispiel der Krankenhäuser. So sollen im Rahmen der Untersuchung das Nutzenpotenzial von IV-Verträgen aus Sicht der Krankenhäuser und deren Entscheidungsdeterminanten zum Abschluss entsprechender Verträge identifiziert werden. Die Untersuchung lässt sich in fünf Abschnitte gliedern. Zuerst werden die Forschungsfragen festgelegt, woraus sich unter anderem die Zielsetzung ergibt. Anschließend werden die Konzeption der Untersuchung und die Entwicklung des quantitativen Fragebogens beschrieben. Die Datenerhebung erfolgt schließlich im Rahmen einer quantitativen Onlinebefragung mithilfe eines standardisierten Fragebogens. Im Weiteren werden die Ergebnisse dargestellt, analysiert und interpretiert. Die Untersuchung wird zuletzt durch eine kritische Würdigung reflektiert.

Auf Basis der vorherigen Ergebnisanalyse und -interpretation werden im vierten Kapitel einerseits für die stationären Leistungserbringer und andererseits für das weitere wissenschaftliche Vorgehen Empfehlungen abgeleitet. Zum Schluss werden die zentralen Ergebnisse der quantitativen Untersuchung resümiert und es erfolgt ein Ausblick.

2. Bezugsrahmen der Untersuchung: Konzeptionelle und theoretische Grundlagen der Integrierten Versorgung (IV)

2.1. Hintergrund und begriffliche Einordnung der IV

Im internationalen Vergleich der OECD wird in Deutschland gegenwärtig nur eine durchschnittliche Qualität der medizinischen Versorgung erzielt, insbesondere in Anbetracht des hohen finanziellen Ressourcenaufwands. Als ein wesentlicher Grund für die Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem wird die sektoral getrennte Struktur in der medizinischen

Leistungserbringung gesehen.³ Die Organisation der Leistungssektoren ist durch eine starke Spezialisierung und Aufgabenteilung gekennzeichnet. Die abgegrenzten Zuständigkeiten bedingen voneinander abgeschottete Versorgungsstrukturen, die eine sektorenübergreifende Versorgung hemmen.⁴ Abstimmungsmängel, die insbesondere zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, aber auch zwischen der akuten Krankenbehandlung und der Rehabilitation sowie innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung bestehen, führen zu einer Diskontinuität der Behandlungsprozesse und wirken einer wirtschaftlichen, qualitätsorientierten und an den Patientenbedürfnissen ausgerichteten medizinischen Versorgung entgegen.⁵ Neben den unzureichend koordinierten Behandlungsabläufen in den Versorgungsprozessen sind zudem getrennte Vergütungssysteme und die sektorale Budgetierung als wesentliche Treiber der steigenden Ausgaben und der Leistungszunahmen zu identifizieren.⁶

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Forderung nach Konzepten im deutschen Versorgungssystem, die sich den beschriebenen Problemen annehmen und Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale in der medizinischen Versorgung heben können. An dieser Stelle setzt die IV an, die nach § 140a Abs.1 S. 1 SGB V als eine „interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ über die Sektorengrenzen hinweg definiert ist. Die IV fokussiert eine Verzahnung der einzelnen Leistungsanbieter,⁷ indem die Krankenkassen Selektivverträge direkt und individuell mit einzelnen Leistungserbringern abschließen können. Potenzielle Vertragspartner für Krankenkassen sind nach § 140a Abs. 3 SGB V Träger zugelassener Krankenhäuser sowie stationärer und ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, Pflegekassen und -einrichtungen, Praxiskliniken, pharmazeutische Unternehmen, Medizinproduktehersteller sowie Managementgesellschaften und Träger medizinischer Versorgungszentren. Das übergeordnete Ziel der IV besteht darin, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer Senkung der steigenden Ausgaben im Gesundheitssektor beizutragen. Dies soll durch das Aufbrechen von starren Sektorengrenzen, einer effektiveren Zusammenarbeit aller am Versorgungsprozess beteiligten Leistungsanbieter sowie der Integration medizinischer und ökonomischer Verantwortung realisiert werden.⁸ Dabei steht der Patient im Mittelpunkt des gesamten Versorgungsgeschehens und wird durch die einzelnen Versorgungsstufen dirigiert. Alle beteiligten Leistungserbringer stehen währenddessen in permanenter wechselseitiger Abstimmung.⁹ Somit soll ein flächendeckendes Versorgungskontinuum von der Prävention bis zur Rehabilitation geschaffen werden, in welchem jeder Akteur seine jeweilige Rolle

³ Vgl. Schröder, W. F./ Zich, K. (2005), S. 18.

⁴ Vgl. Mühlbacher, A./ Ackerschott, S. (2007), S. 17.

⁵ Vgl. Fuchs, H. (2004), o. S, zitiert nach Mühlbacher, A./ Ackerschott, S. (2007), S. 17.

⁶ Vgl. Schröder, W. F./ Zich, K. (2005), S. 17.

⁷ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 8.

⁸ Vgl. Focke, A. (2005), S. 133, zitiert nach Schulz, S. (2007), S. 8f.

⁹ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 9.

im Behandlungsablauf zugewiesen bekommt.¹⁰

Die ersten Ansätze zur IV gehen bereits auf das Jahr 1975 zurück (WSI 1975). Die Grundlage für die IV wurde jedoch erst im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 geschaffen, welche erste Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten für Leistungserbringer auf Basis des § 140a-h SGB V ermöglichte.¹¹ Auf diese Weise löste sich der Gesetzgeber erstmalig von seinem stringenten Kollektivvertragssystem, wobei der Abschluss von Integrationsverträgen der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung voraussetzte.¹² Die starke Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung stellte in der Praxis jedoch ein wesentliches Hemmnis dar, sodass die Umsetzung der Integrationsversorgung weit hinter den Erwartungen zurückblieb. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz-GMG im Jahr 2004 wurde dieses Hemmnis beseitigt, indem die IV vollständig aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen herausgelöst und damit eine weitaus flexiblere Ausgestaltung der IV-Verträge ermöglicht wurde.¹³ Ziel der Gesetzesreform war es, die Gesetze zur IV attraktiver und praktikabler zu gestalten.¹⁴ So wurde überdies im § 140d SGB V eine Anschubfinanzierung beschlossen, um neue Anreize zum Abschluss von IV-Verträgen zu setzen und das integrierte Versorgungsangebot weiter auszubauen.¹⁵ Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 setzte der Gesetzgeber ferner den Fokus, IV-Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung zu konzipieren. Darüber hinaus eröffnete er die Möglichkeit, Rabattverträge direkt mit der pharmazeutischen Industrie auszuhandeln.¹⁶ Seit 2011 ist es den Krankenkassen zudem möglich, IV-Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen sowie Medizinprodukteherstellern abzuschließen.¹⁷ Weitere Veränderungen im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung werden im Kapitel 2.3. einer näheren Betrachtung unterzogen.

2.2. Grundlagen und Risiken für die Vertragspartner der IV

Die IV ist ein wichtiges Thema der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion. Seit nunmehr drei Jahrzehnten wird in Deutschland über Versorgungsbrüche, Desintegrationserscheinungen und die Kluft zwischen den Versorgungssektoren diskutiert. Fast ebenso lange wird über die Möglichkeiten ihrer Überwindung beraten und wurden im Zuge dessen auch zahlreiche, meist eher kleinteilige Innovationsversuche gestattet.¹⁸

¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2015), S. 2f; Vgl. Mühlbacher, A. (2002), S. 18.

¹¹ Vgl. Mühlbacher, A./ Ackerschott, S. (2007), S. 18.

¹² Vgl. Köhl, K. (2006), S. 92.

¹³ Vgl. Fuchs, H. (2004), o. S.; Vgl. Mühlbacher, A./ Ackerschott, S. (2007), S. 18.

¹⁴ Vgl. Schulz, S. (2007), S. 14.

¹⁵ Vgl. Köhl, K. (2006), S. 97ff.

¹⁶ Vgl. Güssow, J./ Schumann, A./ Braun, G. E./ Hildebrandt, H./ Stüve, M. (2007), <https://www.unibw.de...>, am 28.08.2016.

¹⁷ Vgl. Hempel, G./ Ritter, A./ Schubert-Zsilavec (2010), S. 37.

¹⁸ Vgl. Schaeffer, D./ Ewers, M. (2006), S. 197 f.

Die Notwendigkeit und Bedeutung der IV wird insbesondere unter Beachtung der Defizite der Regelversorgung deutlich. Die Defizite beziehen sich auf die Abstimmungsmängel zwischen den verschiedenen Leistungssektoren, die Leistungs- und Kostenexpansion und der unzureichenden Berücksichtigung des Versorgungsbedarfes der Patienten.

Eine Überbrückung dieser Faktoren gilt als Schlüssel für mehr Wirtschaftlichkeit und einer Reduzierung der Leistungs- und Kostenexpansion. Die Transparenz zwischen den Sektoren kann durch die IV vorangetrieben werden. Defizite in der Transparenz und Kommunikation betreffen vor allem die Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Haus- und Fachärzten und auch den Übergang zwischen akuter Krankenhausbehandlung und Rehabilitation.

Im Bereich der Integrierten Versorgung bestehen keine aktuellen und zudem umfassende Datenerhebungen zum Status quo sowie den konkreten Zielsetzungen und Nutzenerwartungen der Leistungserbringer. So ist es möglich, dass der Abschluss von IV-Verträgen seitens der Leistungserbringer als Einschränkung der Flexibilität in der Patientenbehandlung gesehen wird. Die Schwächung des ärztlichen Expertentums durch vorgeschriebene Behandlungsabläufe sowie der hohe administrative Aufwand gelten als Akzeptanzrisiko im Bereich der Leistungserbringung. Außerdem ist zu vermuten, dass ein langfristiges Risiko besteht, wenn keine eigene Zuständigkeit für die Betreuung der IV innerhalb des Krankenhauses vorhanden ist. Denn die Bewertung des Nutzens und die Überwachung der strategischen Zielsetzungen im Rahmen der IV würden somit bei den Leistungserbringern vernachlässigt werden oder ausbleiben. Dies führt schließlich dazu, dass die Wirtschaftlichkeit der abgeschlossenen Verträge nicht nachgewiesen werden kann. Oft stellt sich hier die Frage der Kosten-Nutzen-Relation solcher Versorgungsmodelle.

Die Leistungserbringer erhalten keine Unterstützung bei der Lösung von Datenerfassungsproblemen. Darüber hinaus fehlt es oftmals an geeigneten Vertragspartnern zum Abschluss von IV-Verträgen. Hier müssen die verschiedenen Interessen der beteiligten Vertragspartner harmonisiert werden.¹⁹ Modellversuche und Verträge zur Integrierten Versorgung ohne zentrale Steuerung führen mittelfristig zwangsläufig zur Konkurrenz unter den Anbietern und in der Folge zu sinkenden Preisen für medizinische Leistungen.²⁰

In der Literatur werden vor allem die Optimierung der Versorgungsqualität, die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie die Erhöhung der Patientenzufriedenheit als Chancen der IV gesehen. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität gilt es insbesondere die sektorale Trennung in den Versorgungsabläufen zu reduzieren. Diese soll zu einer Verbesserung der Kommunikation, Koordination und Information der unterschiedlichen Akteure führen.

¹⁹ Vgl. Behrens-Potratz, A./ Schmutge, J./ Ulbrich, J. (2016), S. 5.

²⁰ Vgl. Rheinisches Ärzteblatt (2000), S. 23.

Insgesamt betrachtet müssen die Leistungserbringer häufig Barrieren zum Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen überwinden. Es gilt also den beschriebenen Gefahren der IV mit geeigneten Strategien gegenüberzutreten, die Potentiale der IV zu stärken, den Leistungserbringern zu vermitteln und entsprechend auszubauen.

2.3. Veränderungen im Rahmen der aktuellen Gesetzgebung - Förderungen durch den Innovationsfond

Am 8. April 2016 veröffentlichte der Gemeinsame Bundesausschuss (Innovationsausschuss) die Förderbekanntmachung zum Thema „Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß §92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Hintergrund dieser Bekanntmachung ist, dass der Gesetzgeber versucht neue Versorgungsformen auf Basis der §§92a und 92b SGB V zu schaffen. Ziel ist es dabei die medizinische Versorgung auf dem momentanen Niveau zu sichern, neue Behandlungsansätze in den Versorgungsalltag zu integrieren, individuell auf Versorgungssituationen einzugehen und eine sektorenübergreifende Versorgung mit Schnittstellen zur Prävention, Rehabilitation und Pflege zu schaffen. Doch aufgrund des demografischen Wandels, also der Zunahme an älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit wird dies immer schwieriger. Mit Hilfe des Innovationsfonds werden ab 2016 finanzielle Mittel zur Förderung von neuen Versorgungsformen zur Verfügung gestellt.²¹

Aus § 92a Abs. 1 SGB V gehen folgende Förderkriterien hervor:

- Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz,
- Behebung von Versorgungsdefiziten,
- Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, -einrichtungen und Berufsgruppen,
- Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
- Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
- Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen sowie
- Evaluierbarkeit.

Gefördert werden jedoch nur Kosten, die nicht sowieso schon von den Vergütungssystemen der Regelversorgung bezahlt werden.²² Diese Förderung wird im Rahmen eines Projektes von ein bis drei Jahren als Zuwendung in Form von nicht zurückzahlbaren Zuschüssen stattfinden. In diese Zuschüsse fließen nicht nur die Aufwendungen für gesundheitliche Leistun-

²¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (Innovationsausschuss) (2016), <https://innovationsfonds.g-ba.de/...> abgerufen am 29.08.2016.

²² Vgl. SGB V (2016), §92a Abs. 1.

gen, sondern auch Ausgaben des Projektmanagements hinsichtlich der Koordination dieser Leistungen und der Evaluation.²³

Die neuen Versorgungsformen werden zusätzlich zu den Förderkriterien noch weiter definiert. In der Förderbekanntmachung werden Themenfelder ausgewiesen, die in Zukunft gefördert werden sollen. Hierzu zählt das Versorgungsmodell für strukturschwache und ländliche Gebiete, Projekte zur Arzneimitteltherapie und -sicherheit sowie Modelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health. Des Weiteren werden Modelle für spezielle Patientengruppen gefördert. Zu diesen Patientengruppen zählen ältere Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen.²⁴

3. Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten stationärer Leistungserbringer zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge

3.1. Ziel der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfrage

Ziel dieser Untersuchung ist es, den Nutzen von IV-Verträgen und die Entscheidungsdeterminanten zum Abschluss von IV-Verträgen seitens der Leistungserbringer zu erheben und zu analysieren. Aus den Ergebnissen gilt es Handlungsempfehlungen abzuleiten, deren Umsetzung zur Optimierung des Nutzens und des Erfolgs von IV-Verträgen dienen.

Darüber hinaus sollen mit der Befragung der Leistungserbringer (Krankenhäuser) die Anzahl, Häufigkeit und Indikationen von IV-Verträgen je Befragten ermittelt werden.

Im Rahmen der Befragung bestehen verschiedene Schwerpunkte, die durch Forschungsfragen bearbeitet werden sollen. Dabei geht es insbesondere darum, welche Veränderungen getroffen werden müssen, damit in Zukunft alle Beteiligten, also Leistungserbringer, Patienten und Kostenträger, von den IV-Verträgen profitieren können.

Es wird ermittelt, ob und wie der Nutzen von IV-Verträgen bei den Leistungserbringern gemessen wird. Die Erkenntnis über den tatsächlichen Nutzen ist wichtig, um IV-Verträge hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu bewerten und über die Fortführung und den Ausbau von Verträgen zu entscheiden. Durch die Ermittlung, welche Art von Nutzenbewertung am effektivsten ist, können Leistungserbringer, welche bisher noch keine Nutzenbewertung durchführen, Unterstützung und Anstoß finden den Nutzen ihrer IV-Verträge zu messen. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Untersuchung auch mit den Voraussetzungen für eine Messbarkeit von Verträgen zur integrierten Versorgung.

²³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (Innovationsausschuss) (2016), <https://innovationsfonds.g-ba.de/...> abgerufen am 29.08.2016.

²⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (Innovationsausschuss) (2016), <https://innovationsfonds.g-ba.de/...> abgerufen am 29.08.2016.

Zudem wird in der Untersuchung erhoben, mit welcher Zielsetzung die Leistungserbringer IV-Verträge abschließen. Durch diese Erkenntnisse wird angestrebt mehr Transparenz zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu schaffen. Die Ergebnisse können Einsicht in die Absichten der Leistungserbringer geben, der Verbesserung der zukünftigen Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern dienen und helfen die Vertragsgestaltung zu optimieren.

Insgesamt betrachtet stellt die Untersuchung des Nutzenpotenzials und der Entscheidungsdeterminanten der stationären Leistungserbringer beim Abschluss von IV-Verträgen einen Teilbereich einer größer angelegten Untersuchung dar. So erfolgt parallel eine Untersuchung des Nutzenpotenzials und der Entscheidungsdeterminanten beim Abschluss von IV-Verträgen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die Ergebnisse beider Untersuchungen sollen zu einem späteren Zeitpunkt einer Gesamtbetrachtung der integrierten Versorgung unterzogen werden und Ansätze herausbilden, die insgesamt der Optimierung der IV dienen sollen.

Ziel ist es, dass der Abschluss von IV-Verträgen für beide Vertragsseiten nutzenstiftend ist, sodass diese Versorgungsform auch langfristig zum Nutzen der Patientinnen und Patienten in der Versorgung Anwendung findet.

3.2. Konzeption und methodisches Vorgehen

Vor der Entwicklung des Untersuchungskonzeptes ist es zur Einschätzung des Marktes notwendig, relevante Hintergrundinformationen zu ermitteln. Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland ist rückläufig. Im Jahr 2000 gab es noch rund 2200 Krankenhäuser. 2014 sank die Anzahl auf 1980 Krankenhäuser in Deutschland.²⁵ 10% aller stationären Behandlungsfälle werden in Universitätskliniken durchgeführt, von denen es 37 in Deutschland gibt.²⁶ 2010 haben 37,1% der Krankenhäuser an der Integrierten Versorgung teilgenommen. Wobei die Beteiligung stark von der Bettenzahl abhängig ist. So nehmen 21,6% der Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 50 und 149 und 31,4% der Häuser mit einer Bettenzahl zwischen 150 und 299 an der IV teil. Bei einer Bettenzahl zwischen 300 und 499 schließen bereits 45,5% IV-Verträge ab. Mit 61,6% findet sich die höchste Beteiligung bei Krankenhäusern ab 500 Betten.²⁷ Um eine möglichst hohe Teilnehmerzahl an der Befragung zu erreichen, sollten überwiegend große Kliniken mit einer Bettenzahl ab 400 befragt werden. Die oben genannten Ergebnisse zeigen, dass in diesen Krankenhäusern die höchste Beteiligung an der IV vorliegt, kleine Häuser (unter 300 Betten) haben eine geringe Beteiligung an IV-Verträgen

²⁵ Vgl. Statista GmbH (2016), <http://de.statista.com/...>, abgerufen am 07.06.2016.

²⁶ Vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands (2016), <http://www.uniklinika.de/...>, abgerufen am 07.06.2016.

²⁷ Vgl. Sachverständigenrat (2016), <http://www.svr-gesundheit.de/...>, abgerufen am 06.07.2016.

und werden daher nicht befragt.

Anhand einer Krankenhausliste aus dem deutschen Krankenhausverzeichnis, wurden die Ansprechpartner der Krankenhäuser über eine Internetrecherche und Telefonate ermittelt. In der Stichprobe der Studie wurden somit alle deutschen Maximalversorger und 279 weitere Krankenhäuser berücksichtigt, die über eine Bettenanzahl von mehr als 400 Betten verfügen. Insgesamt gibt es in Deutschland 376 Kliniken, die über 400 Betten verfügen, 60 dieser Kliniken wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen. Der Grund dafür ist, dass entweder keine Kontaktdaten ermittelt werden konnten oder es sich um einen Klinikverbund handelte und der Ansprechpartner bereits im Zuge eines anderen Hauses angeschrieben wurde. Nachdem die Stichprobe ausgewählt wurde, begann die Untersuchung mit einer quantitativen Befragung von 316 Krankenhäusern. Nach 14 Tagen erfolgte eine schriftliche Erinnerung der Ansprechpartner. Da die Rücklaufquote sehr gering blieb, erfolgte eine weitere schriftliche Erinnerung und etwas später eine letzte telefonische Erinnerung bei den ermittelten Ansprechpartnern.

3.3. Entwicklung des Erhebungsinstruments

Im Folgenden wird das Vorgehen von der Entwicklung des quantitativen Fragebogens bis zum Beginn der Feldphase im Online-Tool beschrieben.

Grundsätzlich ist der Fragebogen zur Übersichtlichkeit in vier Abschnitte strukturiert. Zunächst werden im ersten Abschnitt allgemeine Angaben zur Einrichtung abgefragt um Rückschlüsse auf die Teilnehmerstruktur in Verbindung mit der IV zu ziehen. Diese beinhalten Angaben zu den Versorgungsstufen, Bettenkapazitäten, Fallzahlen, regionalen Standorten sowie den vorgehaltenen Fachbereichen der Krankenhäuser. Der zweite Abschnitt umfasst Allgemeines sowie Inhaltliches zu den bestehenden IV-Verträgen und fragt den Status quo u.a. bezüglich der Anzahl der Verträge, der Vertragspartner, der internen Zuständigkeit und Dokumentation zur IV ab sowie die Indikationsbereiche, welche über die IV-Verträge bedient werden. Im dritten Abschnitt werden die tatsächlichen Ziele und der konkrete Nutzen detailliert untersucht, da diese entsprechend der Zielsetzung den Schwerpunkt der Studie bilden. Hierbei sollen insbesondere die Bedeutung einzelner Zielsetzungen im Rahmen der IV sowie der eingetretene Nutzen und wie dieser evaluiert wird, erfasst werden. Aus dem vierten Abschnitt, der die strategische Ausrichtung beim Abschluss der Verträge fokussiert, sollen Informationen über den Prozess der Anbahnung der IV-Verträge sowie Erkenntnisse über zukünftige Absichten zum Abschluss neuer Verträge gewonnen werden. Zudem sollen Probleme und ihre Bedeutung, die sich für die Krankenhäuser durch die IV ergeben, identifiziert werden.

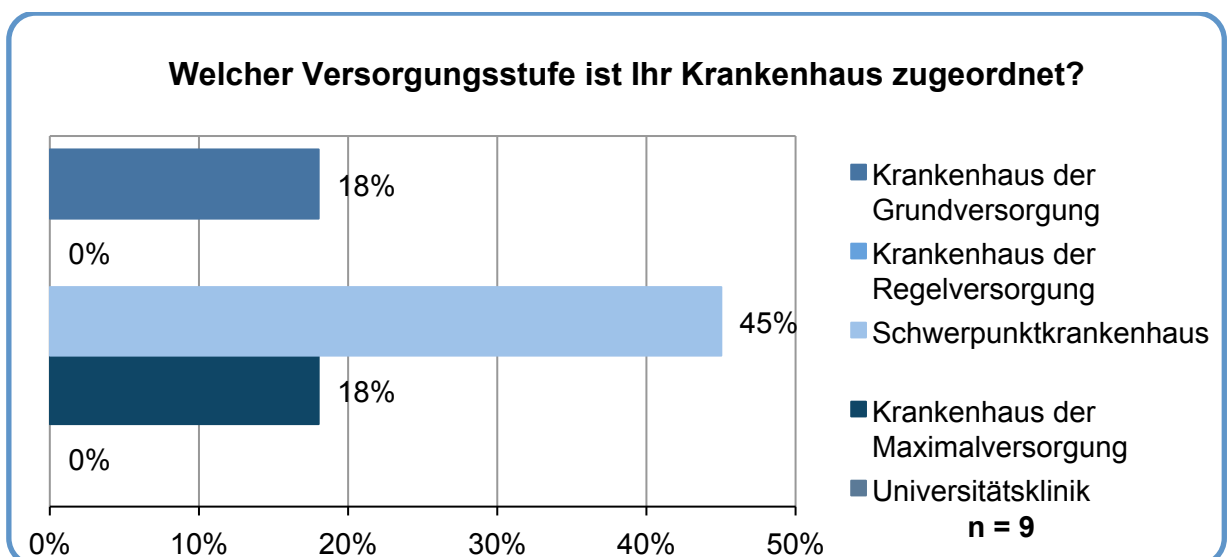
Die Sortierung der Fragen erfolgte in einer thematisch sinnvollen Chronologie. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Detaillierungsgrad im Verlauf des Fragebogens stetig zunimmt. Es wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Weiterhin wurden Likert-Skalen verwendet, um tieferegehende Informationen, insbesondere zum Schwerpunkt der Studie zu erhalten.

Nachdem der Fragebogen fertiggestellt wurde, wurde die Befragung in das Online-Tool „Unipark“ eingepflegt. Die Wahl fiel auf die akademische Umfragesoftware EFS Survey, da diese viele Möglichkeiten der individuellen Gestaltung bietet und zudem werbefrei ist. Der Fragebogen wurde vor der Aktivierung umfangreich getestet. Es erfolgte zudem ein Pretest im Rahmen des Online-Tools welcher von Experten zur IV kritisch durchgeführt wurde und schließlich zur weiteren Optimierung des Fragebogens beitrug.

3.4. Darstellung, Analyse und Interpretation der Ergebnisse

3.4.1. Struktur der Einrichtungen

Insgesamt wurde der Fragebogen im Rahmen der Onlinebefragung 42 Mal aufgerufen, wobei dieser von 23 Teilnehmern ohne jegliche Bearbeitung und von acht Teilnehmern im weiteren Verlauf abgebrochen wurde. Demzufolge wurde der Fragebogen von elf Krankenhäusern vollständig abgeschlossen, womit die Rücklaufquote der Befragung bei 26,19% liegt. Im Folgenden werden bei der Auswertung ausschließlich die beendeten Fragebögen berücksichtigt. Die Aufteilung der teilgenommenen Krankenhäuser nach der Versorgungsstufe lässt sich wie folgt darstellen:



**Abbildung 1: Versorgungsstufen der Krankenhäuser
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Den größten Anteil der Befragten (5) bilden Schwerpunktkrankenhäuser mit 45%, gefolgt von Krankenhäusern der Grund- und Maximalversorgung mit jeweils 18% (je 2 Teilnehmer). Nicht vertreten sind Krankenhäuser der Regelversorgung und Universitätskliniken.

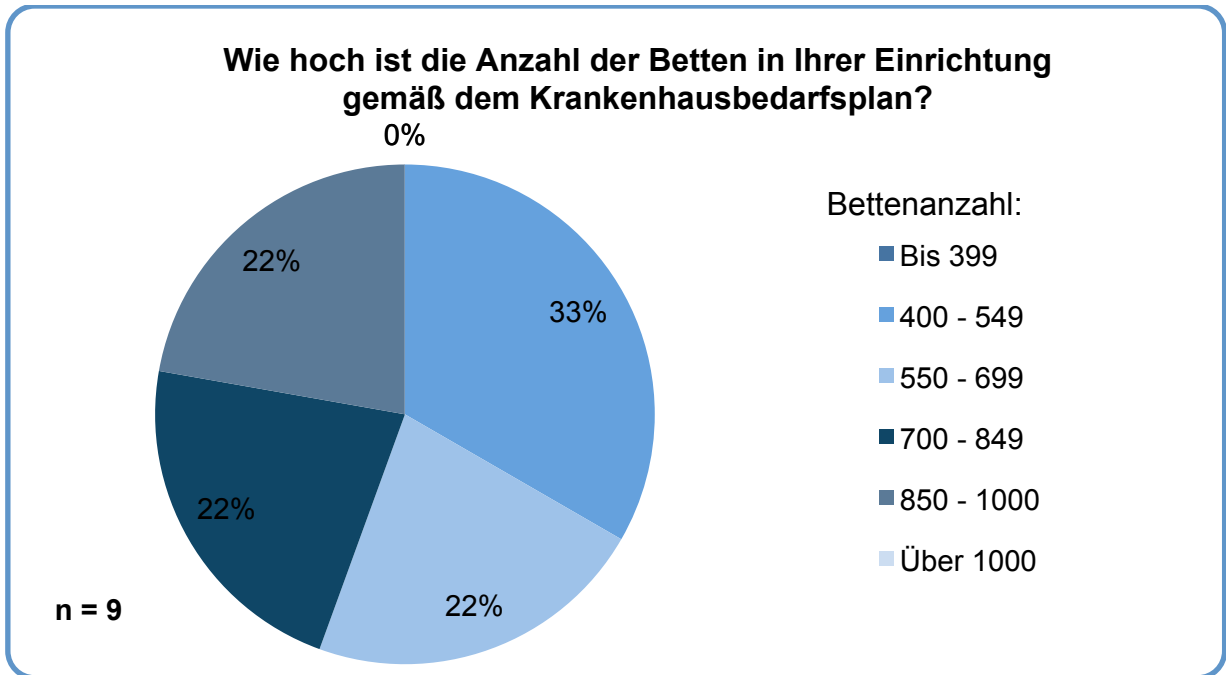
Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser gegliedert nach Bundesländern:

In welchem Bundesland befindet sich Ihr Krankenhaus?		
Antwortmöglichkeiten	n	%
Baden Württemberg	1	10%
Bayern	0	0%
Berlin	1	10%
Brandenburg	0	0%
Bremen	1	10%
Hamburg	0	0%
Hessen	1	10%
Mecklenburg-Vorpommern	1	10%
Niedersachsen	2	20%
Nordrhein-Westfalen	0	0%
Saarland	0	0%
Sachsen	0	0%
Sachsen-Anhalt	2	20%
Schleswig-Holstein	0	0%
Rheinland-Pfalz	0	0%
Thüringen	1	10%
Basis (n = x)	10	

**Tabelle 1: Verteilung der Standorte im Bundesgebiet Deutschland
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Sieben der teilgenommenen Krankenhäuser haben insgesamt 115.092 Patienten im Jahr 2015 versorgt, somit wurden je Krankenhaus im Durchschnitt 16.442 Patienten versorgt. Die höchst genannte Fallzahl betrug 33.000, die Niedrigste 9.360. Vier Teilnehmer haben keine Angabe bezüglich ihrer Fallzahl gemacht.

Die nachfolgende Abbildung illustriert die Teilnehmerstruktur der Krankenhäuser, kategorisiert nach der Bettenzahl gemäß dem Krankenhausbedarfsplan:

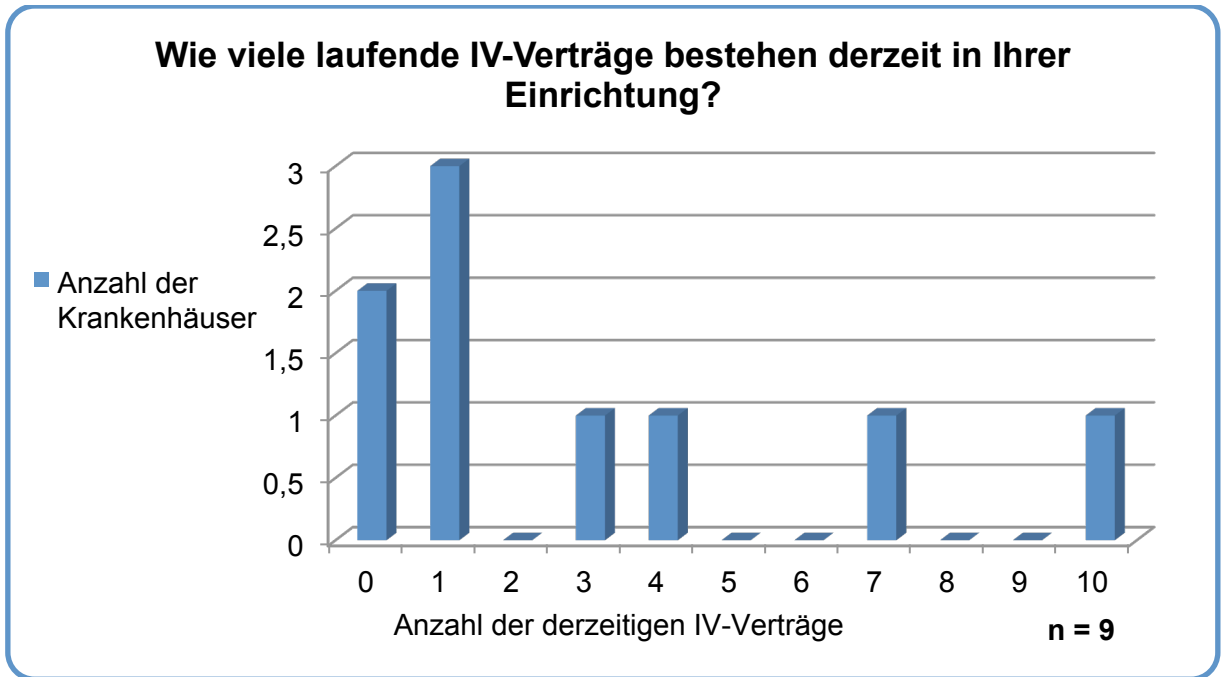


**Abbildung 2: Bettenanzahl gemäß Krankenhausbedarfsplan
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Im Rahmen der Untersuchung wurden ausschließlich Krankenhäuser mit über 400 Planbetten befragt. Drei Krankenhäuser gaben eine Bettenkapazität zwischen 400 und 549 Betten an. Jeweils zwei Krankenhäuser haben eine Kapazität zwischen 550 und 699, 700 und 849 sowie 850 und 1000 Betten zu verzeichnen. Keines der teilnehmenden Krankenhäuser hält mehr als 1000 Betten vor. In Bezug auf die vertretenen Fachabteilungen in den Krankenhäusern ergibt sich ein weitreichendes Bild, da alle Fachbereiche gemäß dem Krankenhausplan repräsentiert sind. Nahezu alle Krankenhäuser gaben an, über eine Innere Medizin (91%), eine Chirurgie (91%) und eine Orthopädie (82%) zu verfügen. Am seltensten wurden mit je 18% eine Augenheilkunde und eine Psychiatrische Fachabteilung vorgehalten.

3.4.2. Allgemeines und inhaltliches zu den IV-Verträgen

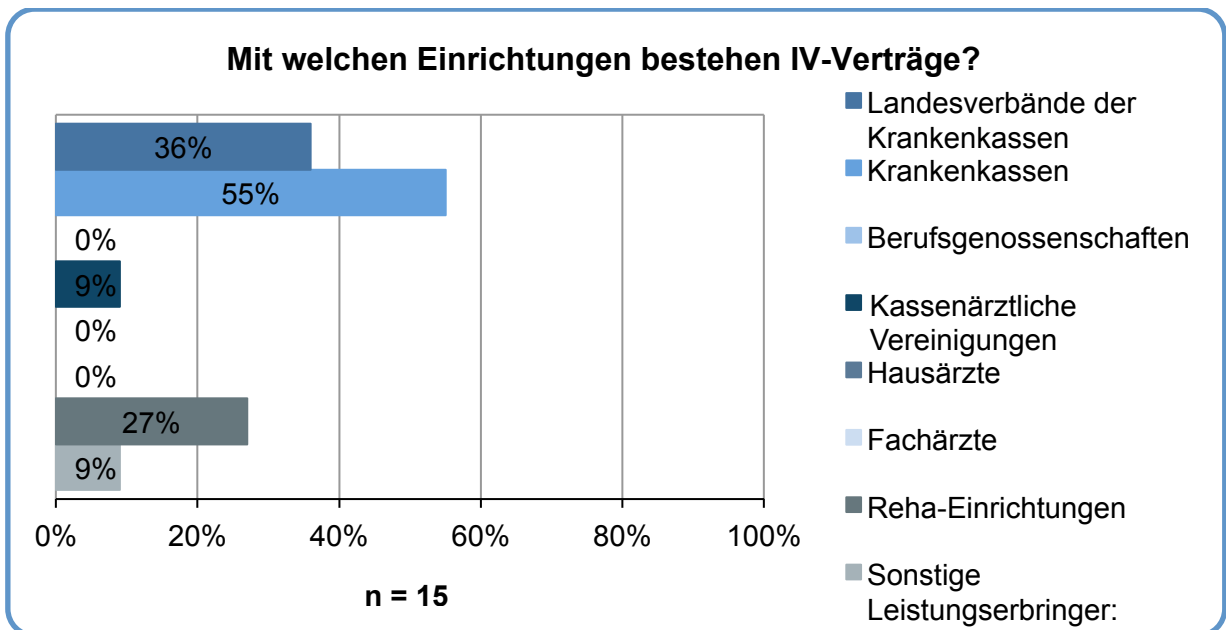
Im Weiteren werden die Untersuchungsergebnisse zu den IV-Verträgen der Teilnehmer bezüglich des Status quo dargestellt. Neun der elf Befragten gaben an, dass zurzeit IV-Verträge nach § 140 ff. SGB V in ihren Einrichtungen bestehen. In dem folgenden Diagramm wird die Anzahl der Krankenhäuser in Relation zur Anzahl der derzeit bestehenden IV-Verträge der teilnehmenden Krankenhäuser dargestellt:



**Abbildung 3: Laufende IV-Verträge in den Krankenhäusern
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Bei neun Krankenhäusern bestehen insgesamt 27 laufende IV-Verträge und somit durchschnittlich drei Verträge je Krankenhaus. Die Anzahl der Verträge divergiert von null bis zehn Verträgen. Die sieben Krankenhäuser mit den niedrigsten Verträgen weisen kumuliert die gleiche Anzahl auf, wie das Krankenhaus mit der höchsten Anzahl an IV-Verträgen (10).

In Abb. 4 wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gefragt mit welchen Einrichtungen Sie Verträge in den letzten Jahren geschlossen haben.



**Abbildung 4: IV-Vertragspartner der Krankenhäuser
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Die Auswertung der Daten zeigt, dass 55% der Teilnehmer IV-Verträge mit den Krankenkassen geschlossen haben. Zudem gaben 36% der teilnehmenden Krankenhäuser an, Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen zu haben. 27% der Teilnehmenden haben des Weiteren Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen. Jeweils 9% gaben an, Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Managementgesellschaften zu haben. Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil der teilnehmenden Krankenhäuser integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen hat. Allerdings zeigen die Ergebnisse der Befragung auch, dass der Kreis der Vertragspartner der IV-Verträge weitläufiger ist als angenommen. 9% der Befragungsteilnehmer gaben an, Verträge mit sonstigen Leistungserbringern geschlossen zu haben. In diesem Fall handelt es sich um Managementgesellschaften, welche in der Befragung vorher nicht berücksichtigt wurden.

Die Abbildung stellt dar, ob in ihrer Einrichtung bundesländerübergreifende IV-Verträge bestehen.

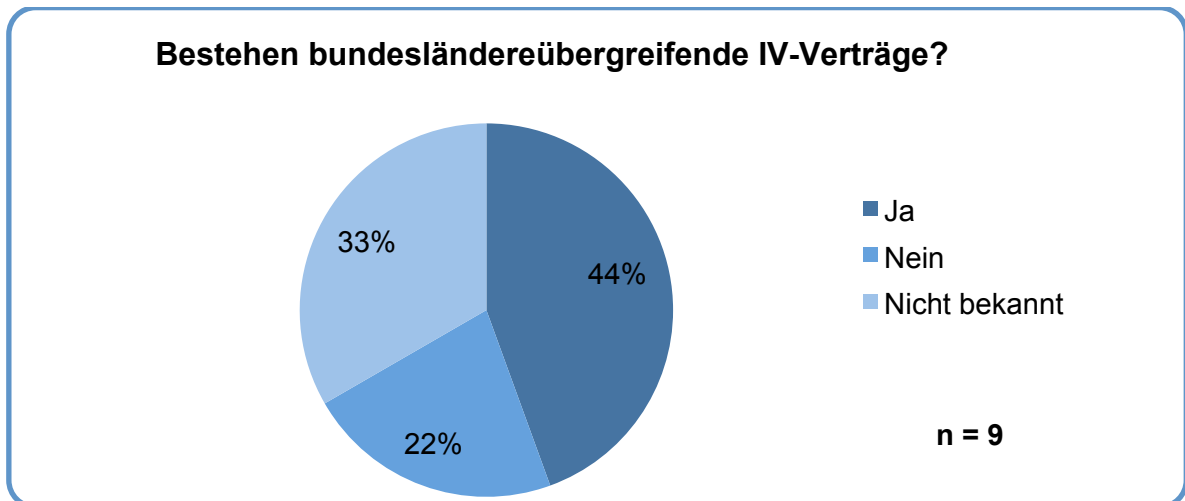


Abbildung 5: Bestand von bundesländerübergreifenden IV-Verträgen (Quelle: Eigene Darstellung).

Bei 44% der Teilnehmenden bestehen bundesländerübergreifende IV-Verträge. 22% der Befragten haben hingegen keinerlei bundesländerübergreifende IV-Verträge. Den restlichen 33% ist es nicht bekannt, ob die IV-Verträge bundeslandübergreifend bestehen. Fast die Hälfte der Teilnehmer hat somit bundesweit IV-Verträge, allerdings ist zu beachten, dass 33% keine Kenntnis über die Reichweite ihrer integrierten Versorgungsverträge haben. Aus diesem Grund lässt sich in diesem Punkt nur schwer eine Aussage über die regionale/ überregionale Ansiedlung der IV-Verträge treffen.

Die Teilnehmer der Befragung gaben an im Jahr 2015 zwischen 27 und 712 Patienten im Rahmen der integrierten Versorgung behandelt zu haben. Der Durchschnittswert der behandelten Patienten im Rahmen von IV-Verträgen liegt bei 280 Patienten. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl zeigt dieser Wert lediglich eine Tendenz auf.

45% der Teilnehmer gaben an IV-Verträge in den Bereichen Orthopädie und Unfallchirurgie (inkl. Endoprothetik) zu haben. 18% der teilnehmenden Leistungserbringer haben IV-Verträge im Bereich der Venen und Gefäßerkrankungen geschlossen. Zudem haben 9% der Befragungsteilnehmer IV-Verträge in den folgenden Indikationsbereichen: neurologische Indikationen, kardiologische Indikationen, kurz-stationäre Notfallmedizin, Wirbelsäulenchirurgie, Babyfocus und Hämophilie. Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil der Teilnehmer IV-Verträge bei orthopädischen oder unfallchirurgischen Indikationen sowie bei endoprothetischen Eingriffen vorhält. Aber auch im Bereich der Venen- und Gefäßerkrankungen gaben 18% der Teilnehmer an IV-Verträge zu haben.

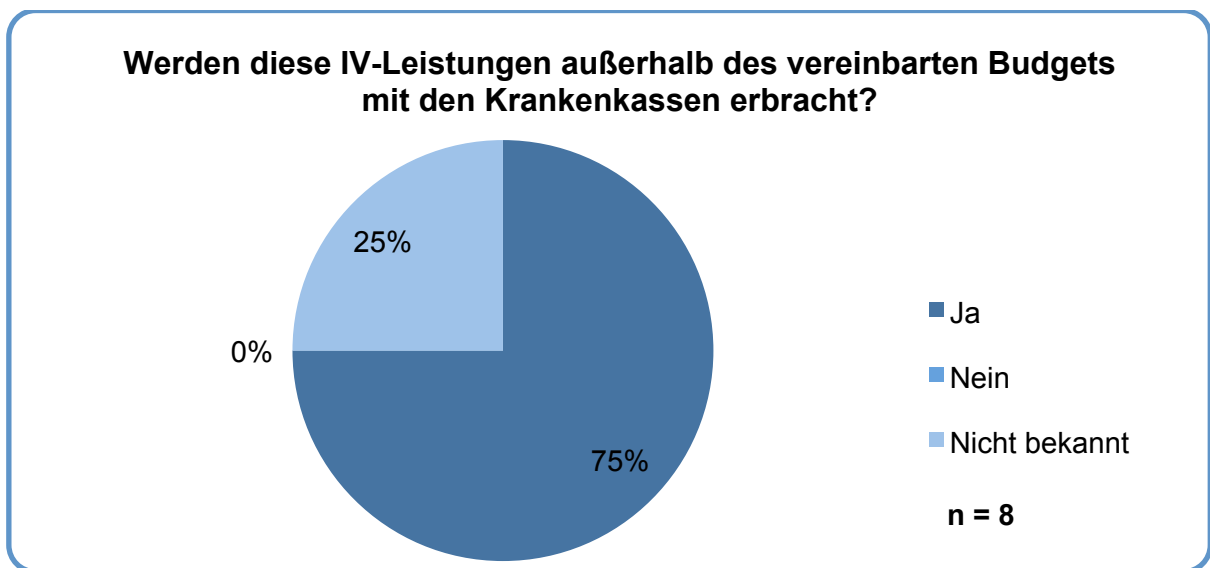


Abbildung 6: Erbringung von IV-Leistungen außerhalb des vereinbarten Budgets (Quelle: Eigene Darstellung).

Drei Viertel der Krankenhäuser gaben an, dass die IV-Leistungen außerhalb des vereinbarten Leistungsbudgets mit den Krankenkassen erbracht wurden. Hierbei liegt die Anzahl der außerbudgetären IV-Verträge zwischen eins und sieben. 25% der Befragten ist nicht bekannt, ob es sich bei den abgeschlossenen IV-Verträgen um außerbudgetäre oder Budgetleistungen handelt.

Unter den teilnehmenden Krankenhäusern konnten vier Befragte Angaben zu den Leistungserlösen im Bereich der IV machen. Im Jahr 2015 konnten demnach Leistungserlöse für diesen Bereich in einer Gesamthöhe von 3.647.691€ generiert werden. Die niedrigsten Leistungserlöse betragen 244.500€, der höchste Erlös betrug 2.000.000€. In den befragten Häusern wurden im Jahre 2015 zwischen 75 und 618 Casemix-Punkten durch IV-Leistungen erbracht. Dabei lassen sich aufgrund der Anonymität der Befragung sowie der geringen Rücklaufquote keine aussagekräftigen Rückschlüsse auf den Casemix-Index der IV-Leistungen in den Krankenhäusern schließen. Ausgehend von dem Bundesbasisfallwert

2015 in Höhe von 3.231,20€ sind in den Krankenhäusern insgesamt 1.128,9 Casemix-Punkte (CMP) im Rahmen der IV-Leistungen erzielt worden.

$$3.647.691,00\text{€} / 3.231,20 = 1.128,9 \text{ CMP}$$

Im Hinblick auf die wirtschaftliche Attraktivität der Leistungen lässt sich hieraus ableiten, dass der Anreiz für Krankenhäuser darin besteht, IV-Leistungen herausgelöst und separat vom Krankenkassenbudget zu finanzieren, um dadurch einem evtl. Mengenausgleich zu umgehen oder sogar einen (erheblichen) außerbudgetären Ergebnisbeitrag zu erzielen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick darüber, wie die teilnehmenden Krankenhäuser in ihrer Organisation erfassen, ob es sich um die Behandlung eines Patienten innerhalb eines IV-Vertrages handelt:

Wie wird in Ihrer Klinik dokumentiert, dass es sich um die Behandlung eines Patienten innerhalb eines IV-Vertrages handelt?		
Antwortmöglichkeiten	n	%
Es erfolgt keine Dokumentation	0	0%
Kennzeichnung / Vermerk in der Patientenakte	3	27%
Vermerk von besonderen Abrechnungsmodalitäten	7	64%
Information an den sozialen Dienst	2	18%
Sonstiges:	0	0%
Basis	12	

**Tabelle 2: Dokumentation von IV-Patienten
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Insgesamt dokumentieren sieben Krankenhäuser besondere Abrechnungsmodalitäten, drei nehmen einen Vermerk in der Patientenakte vor und zwei informieren den Sozialen Dienst.

Die Ergebnisse legen die These nahe, dass die Krankenhäuser den administrativen Aufwand zur Erfassung von IV-Patienten möglichst gering halten wollen. Trotzdem scheint eine Kennzeichnung der Behandlungsfälle notwendig, um einen reibungslosen Versorgungs- und Verwaltungsablauf sicherzustellen.

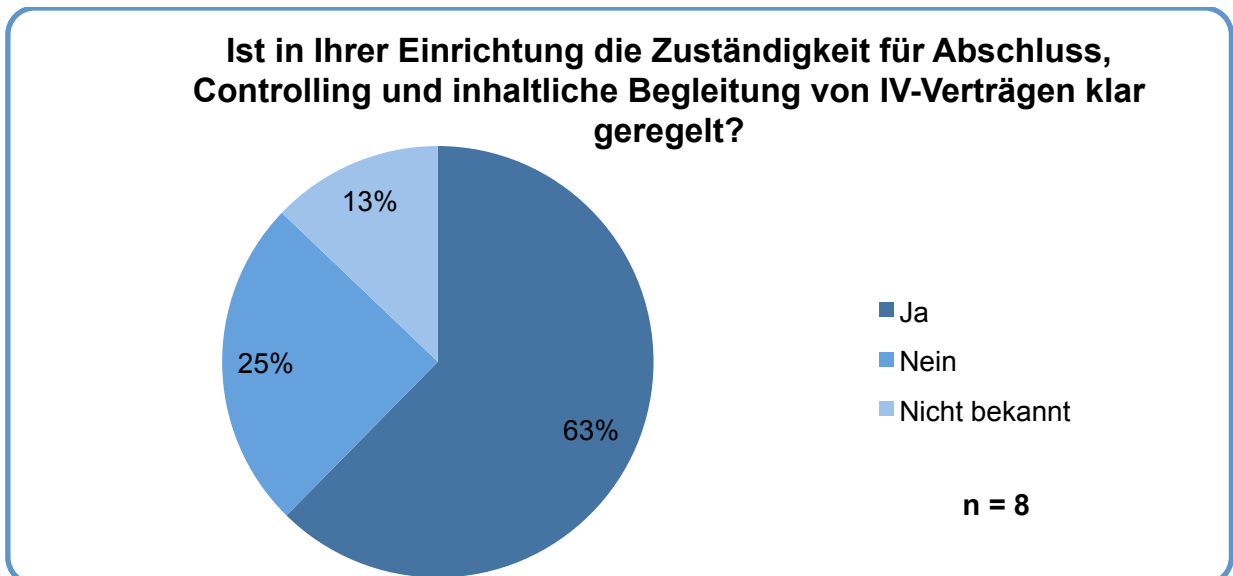


Abbildung 7: Organisatorische Zuständigkeitsregelung für Abschluss, Controlling und inhaltliche Begleitung von IV-Verträgen in den einzelnen Häusern (Quelle: Eigene Darstellung)

Hinsichtlich einer klar geregelten Zuständigkeit für den Abschluss, das Controlling sowie die inhaltliche Begleitung von IV-Verträgen gaben 63% der Krankenhäuser an, in ihrer Organisation einen speziellen Bereich für diese Aufgaben vorzuhalten. Hierbei besteht der zuständige Personenkreis aus 0,1 bis zu 5 Vollzeitkräften. Im Zusammenhang mit der geringen Rücklaufquote der vorliegenden Untersuchung und der Vermutung, dass an dieser Untersuchung eher diejenigen Krankenhäuser teilgenommen haben, die sich aktiv mit dem Thema IV beschäftigen, sollte diese hohe Quote eher kritisch betrachtet werden. Unterstützt wird diese Annahme durch die Tatsache, dass 25% der Krankenhäuser keinen eigenen Unternehmensbereich bzw. Organisationseinheit vorhalten, die sich mit dem Management von IV-Verträgen beschäftigt; bei 13% ist die Zuständigkeit für IV nicht einmal bekannt.

3.4.3. Ziele und Nutzen von IV-Verträgen

Zentrales Ziel der Untersuchung ist die Ermittlung des Nutzens und der Ziele der IV-Verträge seitens der Leistungserbringer. Diese Erkenntnisse sollten schließlich der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern dienen. In der Literatur werden, wie in Kapitel 2.1. herausgearbeitet, diverse Ziele für IV-Verträge benannt. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Bedeutung der einzelnen Zielsetzungen je Haus variiert. Dies wird in der folgenden Abbildung verdeutlicht.



Abbildung 8: Zielsetzungen der Integrierten Versorgung (Quelle: Eigene Darstellung).

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Erhöhung der Versorgungsqualität für 71% eine hohe Bedeutung hat. Wie aus Abbildung 8 hervor geht, spielt auch die Verbesserung der Patientenzufriedenheit eine wichtige Rolle. Dies ist ein Hinweis auf die zunehmende Konkurrenz der Häuser um Patienten. Ebenfalls relevant ist die Verbesserung des Images durch IV-Verträge. So haben 50% der Befragten angegeben, dass dies für sie eine hohe Bedeutung habe. Die Relevanz der Verweildauer wurde hingegen mittel bis hoch bewertet. Durch das 2004 eingeführte Diagnoses-Related-Groups-System hat sich die durchschnittliche Verweildauer von 8,9 (2003) auf 7,4 (2014) verkürzt.²⁸ In Deutschland besteht stetig das Ziel neue

²⁸ Vgl. Statista GmbH (2016), <http://de.statista.com/...>, abgerufen am 23.08.2016.

Versorgungsformen zu nutzen, um die Versorgungsqualität zu erhöhen. Ein weiterer positiver Effekt sind dabei für die Leistungserbringer zusätzliche Einnahmen. Besonders deutlich wird dies durch die Ergebnisse aus dem vorherigen Abschnitt, da aus diesem hervorgeht, dass ein Anreiz für Krankenhäuser besteht IV-Leistungen aus dem Budget herauszulösen. Denn dies hätte zur Folge, dass evtl. Mehrausgleiche umgangen werden können oder einen erheblichen außerbudgetären Ergebnisbeitrag erzielen werden kann.

Die Befragungsergebnisse zeigen bei einigen Zielsetzungen starke Diskrepanzen in der Bewertung. So wird das morbiditätsorientierte Angebot spezieller Leistungen teilweise als sehr bedeutend und teilweise als sehr unbedeutend bewertet. Gleiches gilt für die Kostensenkung und Erlössteigerung. Wie in Kapitel 3.4.1. bereits erläutert, sind erhebliche Unterschiede in den Häusern in Bezug auf die IV zu erkennen. Nicht nur in ihrer Struktur, sondern ebenfalls in ihren Versorgungsstufen, den Bettenkapazitäten und ihren Indikationsbereichen sind diese zu erkennen. Denkbar ist auch, dass die Kostensenkung und Erlössteigerung relevant ist, einige Krankenhäuser aber keinen Nutzen erwarten und daher die Bedeutung gering bewerten.

Die Schließung von Versorgungslücken ist teilweise von Bedeutung, hat insgesamt jedoch einen geringen Stellenwert. Die gering-mittlere Bedeutung von Wettbewerbsvorteilen der Krankenhäuser kann in der Menge der IV-Verträge begründet sein. 33,33% der teilnehmenden Krankenhäuser haben nur einen laufenden IV-Vertrag. Damit ist die erreichte Menge schlicht zu gering um spürbare Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Zuweiser- und Einweiserrefekte, der Bekanntheitsgrad von Leistungen sowie auch der politische Handlungsdruck haben für die Krankenhäuser im Rahmen von IV-Verträgen eine geringe bis keine Bedeutung. Daraus lässt sich schließen, dass die politische Förderung, zum Beispiel im Rahmen der Anpassungen des §140 SGB V und den Möglichkeiten durch den Innovationsfond in Einrichtungen der Leistungserbringer nicht als Druck empfunden wird.

Aus den vorliegenden Ergebnissen wird deutlich, dass 50% der Leistungserbringer den tatsächlichen Nutzen ihrer IV-Verträge nicht kennen. Mögliche Gründe hierfür sind Probleme bei der Erfassung und Ermittlung von Daten als auch bei der reinen Bewertung des Nutzens. Zudem erzeugt die Messung des tatsächlichen Nutzens einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand, der sich aus den Erlösen eines IV-Vertrages möglicherweise nicht decken lässt. Eine weitere Ursache für die angegebene Nicht-Messbarkeit des Nutzens könnte aber auch eine fehlende Zuständigkeit innerhalb eines Krankenhauses sein. Die ausbleibende Nutzenmessung von IV-Verträgen in den Häusern birgt die Gefahr, dass Unsicherheiten beim Entscheidungsträger auftreten und der IV-Vertrag deshalb im schlechtesten Falle gar nicht erst zustande kommt. Zudem fehlt die Grundlage für Verbesserungen von laufenden IV-Verträgen.

Erfreulicherweise gaben 50% der Befragten an, den tatsächlichen Nutzen zu kennen. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Tendenzen zum tatsächlichen Nutzen von IV-Verträgen insgesamt ableiten. Teilweise lässt sich ein Zusammenhang zwischen Bedeutung einer einzelnen Zielsetzung und dem tatsächlichen Nutzen herstellen. Die folgende Abbildung zeigt den tatsächlichen Nutzen von IV-Verträgen für Krankenhäuser.

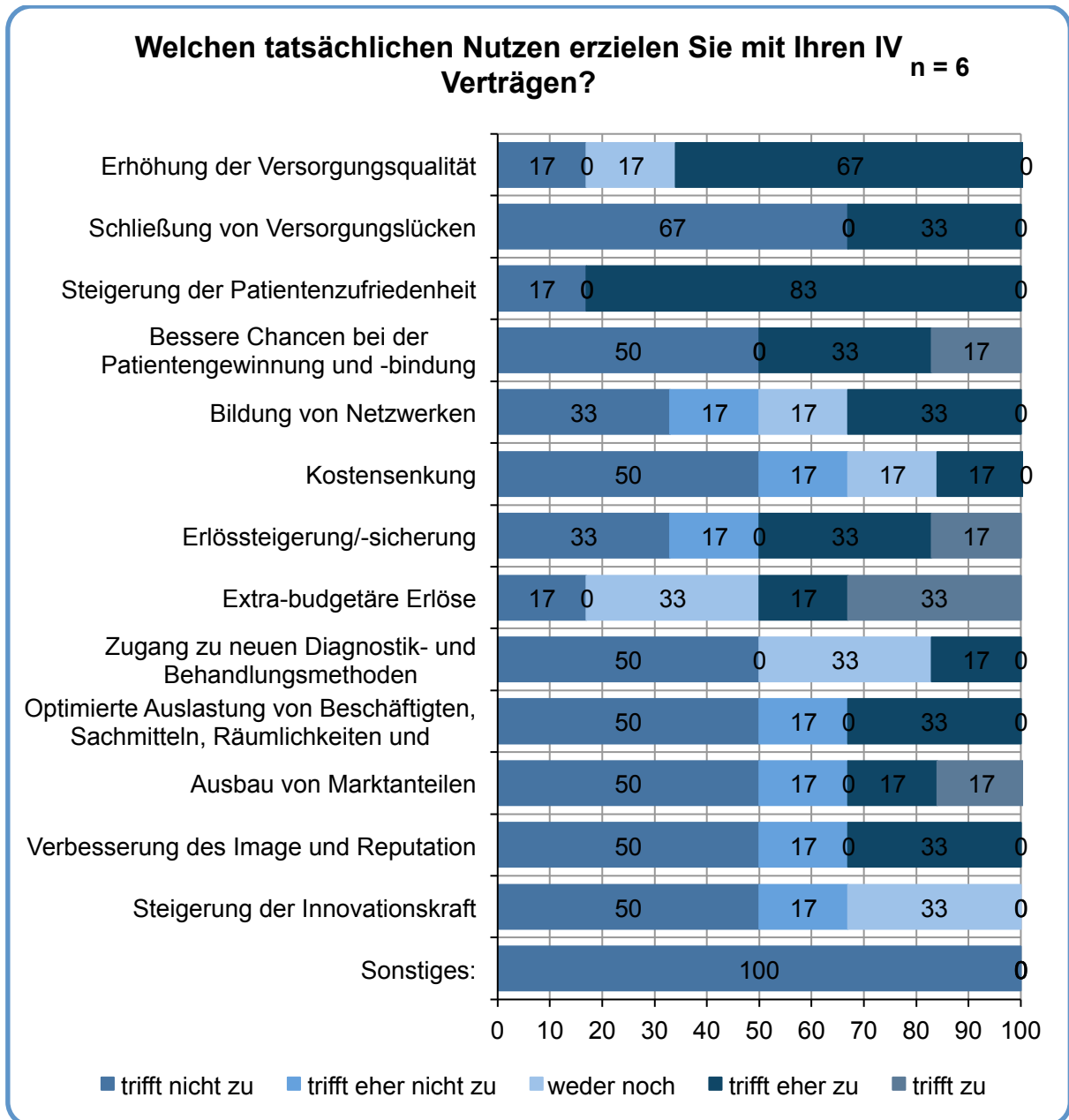


Abbildung 9: Tatsächlicher Nutzen von IV
(Quelle: Eigene Darstellung).

Es wird deutlich, dass die hohe Bedeutung der Zielsetzung „Erhöhung der Versorgungsqualität“ mit dem tatsächlichen Nutzen dieses Aspekts übereinstimmt. 67% geben an, dass die Erhöhung der Versorgungsqualität ein tatsächlicher Nutzen ihrer IV-Verträge ist. Ein ähnlicher Zusammenhang ist bei der Erhöhung der Patientenzufriedenheit festzustellen. So haben die Leistungserbringer die Erhöhung der Patientenzufriedenheit als wichtiges Ziel von

IV-Verträgen angegeben. Gleichzeitig geben 83% der Leistungserbringer beim tatsächlichen Nutzen an, dass IV-Verträge die Patientenzufriedenheit tatsächlich erhöhen. Eine genauere Betrachtung der Zusammenhänge zeigt jedoch auch, dass die mit der Patientenzufriedenheit in Verbindung stehende Kundengewinnung und -bindung jedoch nur von 50% als tatsächlich realisierter Nutzen bewertet wurde. Folglich stimmen die bedeutendsten Zielsetzungen mit den Angaben zum tatsächlichen Nutzen überein.

Im Bereich der Erlöse sind die Ergebnisse nicht eindeutig. 50% geben an, dass Erlössteigerung ein tatsächlicher Nutzen ist. Der tatsächliche Nutzen extra-budgetäre Erlöse trifft mit einem Median von 3,5 auch eher zu. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels aufgezeigt wurde, erzielen Krankenhäuser durch IV-Verträge jährlich einen Gewinn von bis zu 2.000.000 €. Demzufolge ist die Erlössteigerung in jedem Krankenhaus unterschiedlich und kommt außerdem auch auf die Anzahl der IV-Verträge im jeweiligen Haus an.

Die Ergebnisse weisen zwar den Nutzen der Erlössteigerung auf, Kostensenkung zählt jedoch eher nicht zu dem tatsächlichen Nutzen. 30% haben sogar angegeben, dass die Kostensenkung als Nutzen gar nicht zutrifft. Einsparungen zum Beispiel aufgrund besserer Arbeitsabläufe durch einen IV-Vertrag können daher nicht verzeichnet werden. Dies zeigt sich auch in dem möglichen Nutzen der optimalen Auslastung. 67% geben an, dass eine optimale Auslastung von Betten, Personal usw. nicht zu trifft bzw. eher nicht zu trifft. Der Vorteil besserer Planbarkeit, die folglich eine Kostensenkung, Einsparungen und optimierte Arbeitsabläufe sowie eine verbesserte Auslastung durch IV mit sich bringen würde, scheint in der Praxis nicht relevant zu sein.

Mögliche Innovationskraft ist unter dem Gesichtspunkt tatsächlicher Nutzen nicht ermittelbar, trotz dass 27% der teilgenommen Krankenhäuser angeben aktiv selbst mit potenziellen Vertragspartnern in Kontakt zu treten. Verwunderlich ist in diesem Zusammenhang, dass der Zugang zu neuen Behandlungsmethoden für 83% der Teilnehmer keinen Nutzen darstellt. Auch die Bildung von Netzwerken generiert für 67% der Krankenhäuser keinen tatsächlichen Nutzen.

Eine Diskrepanz zwischen hoher Bedeutung der Ziele und dem tatsächlichem Nutzen lässt sich vor allem bei der Verbesserung des Images feststellen. Zwar spielt dies für das Krankenhaus eine große Rolle, tatsächlich kann daraus jedoch laut 67% kein Nutzen gezogen werden. Auch beim Ausbau der Marktanteile zeigt sich diese Diskrepanz. Besonders interessant ist an dieser Stelle, dass 50% der Teilnehmer einen tatsächlichen Nutzen bei der Gewinnung und Bindung von Patienten sehen. Dennoch wird der Ausbau von Marktanteilen nicht als tatsächlicher Nutzen bewertet. Folglich könnte die Ursache hierfür die Anzahl der Patienten sein, die durch IV-Verträge gewonnen oder gebunden werden. Ist die Zahl der

Patienten in einem IV-Vertrag sehr gering, wird sich dies nicht merklich auf den Marktanteil auswirken.

Im Kontext dieser Ergebnisse muss die geringe Stichprobe sowie die Art der Nutzenmessung berücksichtigt werden.

Mit welchem Instrument messen Sie den Nutzen von IV-Verträgen?		
Antwortmöglichkeiten	n	%
Erlös-Reporting	4	36%
EDV-Programme/ Krankenhausinformationssysteme	2	18%
Interne oder externe Qualitätssicherung	2	18%
Patientenbefragung	2	18%
Mitarbeiterbefragung	0	0%
Sonstiges:	2	18%
Basis	12	

**Tabelle 3: Instrumente zur Messung des Nutzens von IV-Verträge
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Die Frage nach dem Messinstrument zeigt, dass Leistungserbringer verschiedene Methoden verwenden, um den Nutzen ihrer IV-Verträge zu bestimmen. Auch die Heterogenität der Teilnehmer führt in diesem Falle zu einer unterschiedlichen Bewertung des Nutzens. 36% der Krankenhäuser geben an den Nutzen des IV-Vertrages anhand des Erlös-Reportings zu messen. Die Messung in Form einer Patientenbefragung, durch die Qualitätssicherung oder EDV-Programme werden jeweils von 18% benannt. Die Messinstrumente sind sehr verschieden und fokussieren unterschiedliche Nutzenaspekte. Beispielsweise wird in einer Patientenbefragung vermutlich die Zufriedenheit, Bindung etc. im Vordergrund stehen. Während ein Erlös-Reporting Auskunft über den finanziellen Aspekt gibt. Kein Leistungserbringer misst den Nutzen der IV-Verträge durch eine Mitarbeiterbefragung. Oft ist die Zuständigkeit für IV-Verträge nicht eindeutig geregelt oder der Stellenanteil für IV-Verträge ist für eine Befragung zu gering. Aus diesem Grund sollte es übergeordnete Messinstrumente geben, so bestände die Möglichkeit den Nutzen von IV-Leistungen einheitlich und transparent darzustellen und somit die Attraktivität für die Leistungserbringer zu steigern.

Bei ausbleibendem Nutzen reagieren 50% der Leistungserbringer mit einer Kündigung des IV-Vertrages. 12% können dazu keine Angabe machen und 38% kündigen den Vertrag nicht. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Teilnahme an einem IV-Vertrag mit ausbleibendem Nutzen nicht zu Nachteilen für das Krankenhaus führt. Gegebenenfalls ist die Kündigung für das Krankenhaus zu aufwendig, sodass sich die Mühe der Kündigung ebenfalls nicht lohnt.

Die folgende Darstellung zeigt mögliche Gründe für die Kündigung von IV-Verträgen.

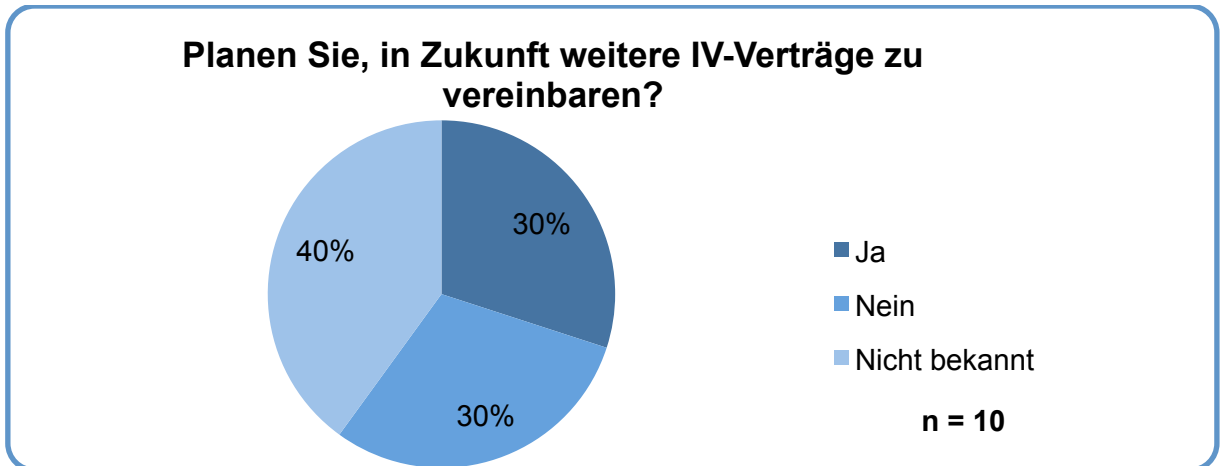
Welche der folgenden Gründe sind bei der Kündigung von IV-Verträgen von Bedeutung?		
Antwortmöglichkeiten	n	%
Kein eingetretener Nutzen in Form von Erlössteigerungen/ Einsparungen	6	55%
Keine Verbesserung der Versorgungsqualität	3	27%
Hoher administrativer Aufwand	4	36%
Sonstiges:	2	18%
Basis	15	

**Tabelle 4: Kündigungsgründe von IV-Verträgen
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Es ist zu erkennen, dass der Hauptgrund für eine Kündigung eines IV-Vertrages das nicht Eintreten von Erlössteigerungen bzw. Einsparungen ist. Nach den Befragungsergebnissen würden 55% der Teilnehmer ihren Vertrag kündigen, wenn dieser keinen finanziellen Nutzen generiert. Ein weiterer wichtiger Aspekt mit 36% ist der hohe administrative Aufwand. Obwohl die Erhöhung der Versorgungsqualität für Krankenhäuser im Rahmen von IV-Verträgen eine hohe Bedeutung hat, geben nur 27% an, dass ausbleibende Verbesserung der Versorgung ein Kündigungsgrund wäre. In den Freitextnennungen wurde darauf hingewiesen, dass zu kleine Fallzahlkontingente der Vertragspartner ebenfalls ein Kündigungsgrund sei.

3.4.4. Strategische Ausrichtung beim Abschluss von IV-Verträgen

Im Rahmen der Befragung wurde die strategische Ausrichtung beim Abschluss von IV-Verträgen hinterfragt. Aufgrund der in der Befragung (dargestellt in Kapitel 3.4.1.) genannten Unterschiede hinsichtlich der Strukturen, Versorgungsstufen, Bettenkapazitäten und Indikationsbereichen wurde im letzten Abschnitt der Befragung explizit nach der zukünftigen Planung von Abschlüssen neuer IV-Verträge, der Initiativergreifung, der Bedeutung von Problemen und der Art der Steuerung des Patienten auf vorhandene IV-Verträge gefragt.



**Abbildung 10: Zukünftige Planung von neuen IV-Verträgen
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Die Befragungsergebnisse aus Abbildung 10 zeigen, dass eine zukünftige Planung zur Vereinbarung von IV-Verträgen zu 40% angegangen werden soll. Jedoch geben 30% an, dass keine Planung zum Abschluss neuer IV-Verträge bestehe und weiteren 30% ist ein Neuabschluss von IV-Verträgen nicht bekannt. Tendenziell ist aus dieser Befragung abzuleiten, dass möglicherweise diese unentschlossene Haltung der Krankenhäuser darauf zurückzuführen ist, dass sich die Nutzenmessung von IV-Verträgen vermehrt schwierig gestaltet und die tatsächlichen Ziele intern sowie extern nicht weiter definiert sind.

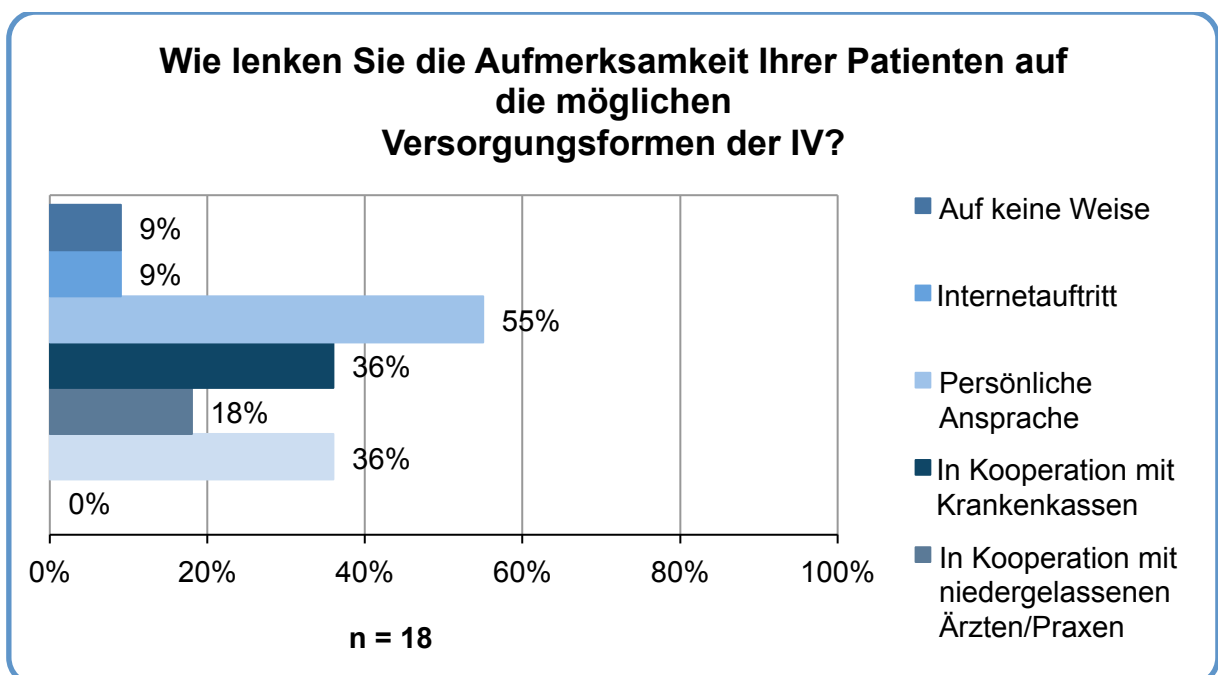
Für die Untersuchung war außerdem von Interesse, welche Akteure des Gesundheitswesens die Initiative für Vertragsverhandlungen zum Abschluss neuer IV-Verträge ergreift.

Wer ergreift die Initiative, um Vertragsverhandlungen zum Abschluss neuer IV-Verträge aufzunehmen?		
Antwortmöglichkeiten	n	%
Krankenkassen kommen auf unsere Klinik zu	7	64%
Andere Leistungserbringer kommen auf unsere Klinik zu	2	18%
Unsere Klinik tritt aktiv selbst mit potenziellen Vertragspartnern in Kontakt	3	27%
Unsere Klinik nimmt an Veranstaltungen zur IV teil	1	9%
Sonstige:	2	18%
Basis	15	

Tabelle 5: Initiativergreifung für Vertragsverhandlungen zum Abschluss von IV-Verträgen (Quelle: Eigene Darstellung).

Aus Tabelle 5 geht hervor, dass Vertragsverhandlungen zum Neuabschluss von IV-Verträgen zu 64% seitens der Krankenkassen initiiert werden. Gründe für die Initiative können möglicherweise die Absichten sein, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen

Versorgung grundlegend verbessern zu wollen. Jedoch auch 27% der befragten Krankenhäuser und Kliniken treten aktiv mit potenziellen Vertragspartnern in Kontakt. Diese Einschätzung wird mit Hilfe der Ergebnisse aus Kapitel 3.4.3. „Ziele und Nutzen der IV-Verträge“ unterstützt, da hier die teilnehmenden Krankenhäuser angaben, dass die Ziele „Verbesserung der Patientenzufriedenheit“ und „Verbesserung der Versorgungsqualität“ ein wichtiger Grund für den Abschluss von IV-Verträgen seien. Des Weiteren geben 18% der Krankenhäuser an, dass der Anstoß für Neuabschlüsse durch andere Leistungserbringer gegeben würde. Jedoch auch sonstige Maßnahmen wie z.B. durch Informationsmaterial werden zu 18% genannt. Nur 9% der Befragten geben an, dass sie an Veranstaltungen zur IV teilzunehmen würden.



**Abbildung 11: Kommunikationspolitische Informationsfluss
(Quelle: Eigene Darstellung).**

Im Rahmen der Befragung wurde außerdem erfragt, wie die Patienten auf die möglichen Versorgungsformen der IV aufmerksam gemacht werden. In der folgenden Abbildung werden verschiedene Möglichkeiten dargestellt: 55% der befragten Krankenhäuser machen ihre Patienten mit Hilfe eines persönlichen Gespräches durch z.B. eine Pflegekraft oder einen Arzt auf die IV aufmerksam. Folglich wird ein persönliches Gespräch bevorzugt, um möglicherweise den Patienten bei Fragen schneller und detaillierter antworten zu können.

Jeweils zu 36% werden den Patienten in Kooperation mit der Krankenkasse oder durch einen Flyer ein bestehender IV-Vertrag vorgestellt. Womöglich sehen die Krankenhäuser den Flyer als visuellen Unterstützer, um IV attraktiv vorzustellen.

Des Weiteren werden Informationen zu den bestehenden Verträgen durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Praxen verbreitet. Ein Internetauftritt wird von den befragten

Krankenhäusern nur zu 9% benutzt. Ebenfalls 9% der Krankenhäuser geben an, dass sie den einzelnen Patienten nicht auf ihre IV-Verträge aufmerksam machen. Tendenziell kann aus diesem Ergebnis abgeleitet werden, dass die Krankenhäuser größtenteils daran interessiert sind, dass ihre Patienten über die bestehenden unterschiedlichen Formen von IV zu informieren.

Abbildung 12 stellt die Bedeutung möglicher Probleme der IV für ein Krankenhaus dar.

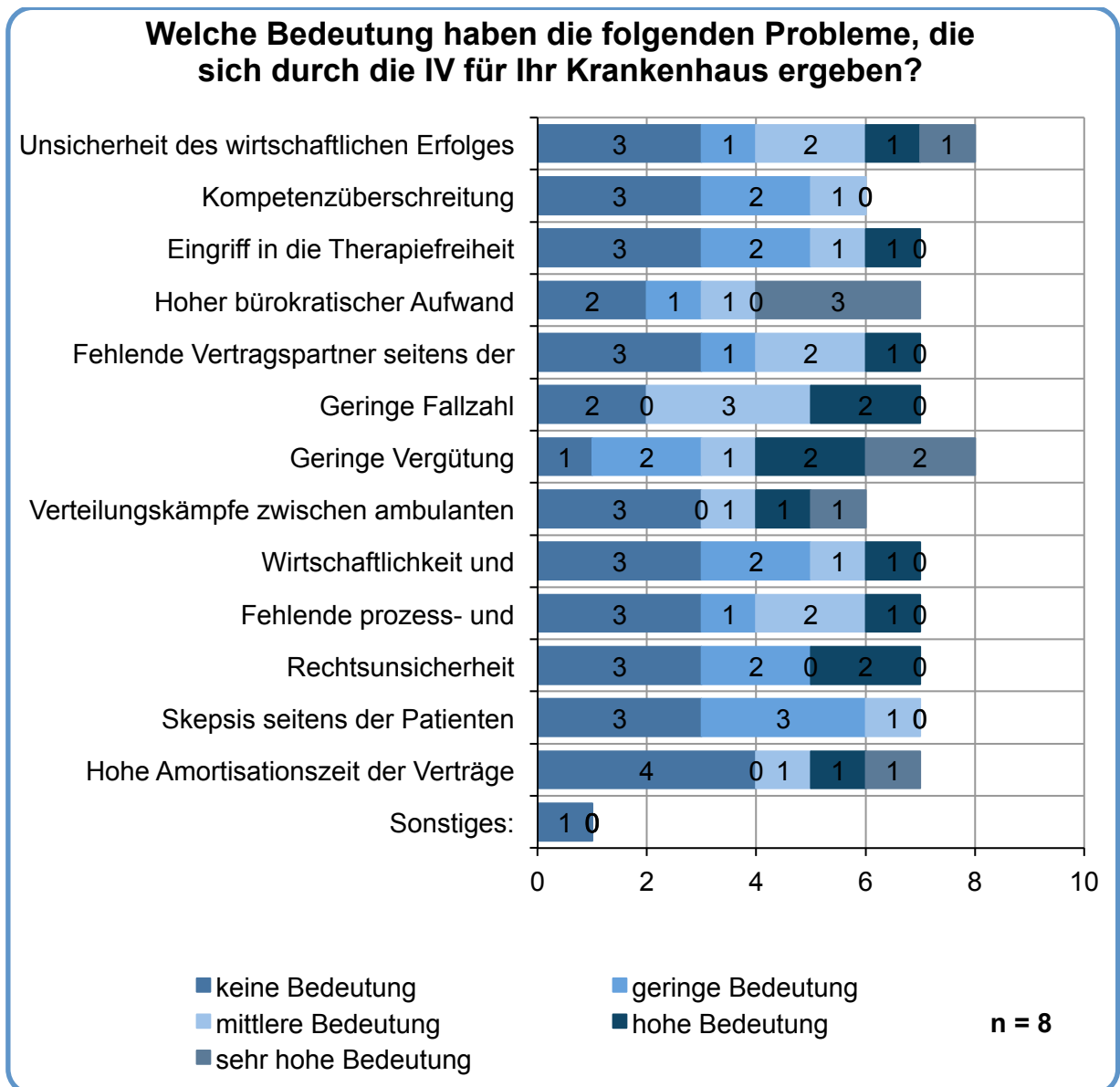


Abbildung 12: Problematiken der Integrierten Versorgung (Quelle: Eigene Darstellung).

Die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolgs von IV-Verträgen, Rechtsunsicherheiten, geringe Fallzahlen und die geringere Vergütung sowie ein hoher bürokratischer Aufwand wird vonseiten der Krankenhäuser eine hohe Bedeutung zu gesprochen. Unter Betrachtung dieser Problematiken in Bezug auf die erhobenen Ziele und den tatsächlichen Nutzen der IV seitens der Krankenhäuser (Kapitel 3.4.3.), ist eine Diskrepanz zu erkennen. Die Kranken-

häuser sind der Meinung, dass ein IV-Vertrag nicht vorrangig mit dem Ziel eine „wirtschaftliche Verbesserung“ zu erzielen, eingegangen wird, sondern um die Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität zu verbessern. Ebenfalls auf Nachfrage, welchen tatsächlichen Nutzen sie erzielen, wird nicht zuerst von den wirtschaftlichen Faktoren gesprochen. Demzufolge nehmen Krankenhäuser an der IV teil, um vorzugsweise die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit verbessern wollen, jedoch wird dabei die Wirtschaftlichkeit solcher Verträge nicht außer Acht gelassen. Diese Schlussfolgerung wird außerdem von 55% der teilgenommenen Krankenhäusern unterstützt. Diese gaben an, dass bei nicht Eintreten des Nutzens in Form von Einsparungen und Erlössteigerungen der IV-Vertrag gekündigt würde.

Als eher unbedeutend werden die Gewinnung von Vertragspartnern oder Kompetenzüberschreitungen eingeschätzt. Grund hierfür kann sein, dass laut der Krankenhäuser die Krankenkassen zu 64% den Kontakt für den Abschluss eines neuen IV-Vertrages suchen und somit die Initiative zum Vertragsabschluss zum größten Teil von Externen kommt. Des Weiteren wird ebenfalls die Skepsis seitens der Patienten unbedeutend eingestuft. Ein wesentlicher Grund für die Unbedeutsamkeit kann sein, dass die Patienten zu 55% mit Hilfe einer persönlichen Ansprache durch zum Beispiel einen Arzt auf laufende IV-Verträge aufmerksam gemacht werden und ihnen dadurch schon Skepsis sowie Fragen durch den persönlichen Kontakt genommen beziehungsweise beantwortet werden können.

Auch die Verteilungskämpfe zwischen dem ambulanten und stationären Budget werden eher zweitrangig betrachtet. Die Unbedeutsamkeit kann möglicherweise daraus resultieren, dass 75% der teilgenommenen Krankenhäuser ihre IV-Verträge außerhalb ihres Budgets vereinbart haben (Kapitel: 3.4.2.). Folglich kann es deshalb im ambulanten und stationären Bereich nicht zu Budgetengpässen kommen.

Aus der Befragung lässt sich eine Tendenz dahingehend ableiten, dass IV-Verträge unbedeutend für Krankenhäuser werden, wenn die Vergütung zu gering ist oder die Verwaltungsausgaben durch den hohen bürokratischen Aufwand zu hoch sind. Auch die Tatsache, dass die befragten Krankenhäuser die Bedeutung der Fallzahlen und die Rechtssicherheit hoch eingestuft haben, spricht dafür, dass zeitgleich Chancen und Risiken in der IV gesehen werden. Die Versorgungsqualität ist den Krankenhäusern schlussendlich wichtig, erfährt allerdings Einschränkungen, wenn die Behandlung unwirtschaftlich erfolgt.

4. Kritische Würdigung der Untersuchungsergebnisse

Im Rahmen des Untersuchungskonzepts wurden Kriterien für die Auswahl der Erhebungspartner festgelegt, um die zu befragenden Krankenhäuser zu identifizieren. Im Anschluss daran galt es entsprechende Kontaktpersonen in den Häusern festzustellen und deren Kontaktdaten zu ermitteln. Dies erwies sich als Herausforderung, da Krankenhäuser in der Regel

keine klare Zuständigkeit für IV-Verträge aufweisen. Ohne definierten Ansprechpartner wurden Geschäftsführer oder Ansprechpartner der Öffentlichkeitsarbeit als Kontakt ausgewählt. In einigen Fällen stellten Krankenhäuser auf ihrer Internetseite keine E-Mail Adressen der Geschäftsführer oder Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung. Der Versand des Fragebogens an info@-Adressen wurde von Beginn an kritisch bewertet, ließ sich jedoch teilweise nicht vermeiden.

Ferner zeigen die Umfrageergebnisse, dass viele Erhebungspartner den Fragebogen nicht geöffnet oder nach Öffnen bereits auf der Startseite abgebrochen haben. Die Gründe hierfür können einerseits darin liegen, dass die Auswahl der Kontaktpersonen in den jeweiligen Häusern teilweise unzutreffend war, die angeschriebenen Häuser aufgrund anderer dringlicher Herausforderungen keine Kapazitäten für die Teilnahme an der Befragung zur Verfügung hatten oder das Thema der IV vergleichbar geringe Relevanz im Versorgungsalltag hat. Ein weiterer möglicher Grund könnte fehlender Anreiz zur Teilnahme an der Untersuchung sein. Die Zusage der Bereitstellung der Umfrageergebnisse war als Anreiz für eine Teilnahme an der Befragung scheinbar nicht ausreichend. Der Nutzen für den Befragten wurde zwar formuliert, hätte aber gegebenenfalls noch deutlicher und präziser hervorgehoben werden können.

Zudem ist zu hinterfragen, ob die richtige Zielgruppe gewählt wurde. Wie bereits erläutert, stehen verschiedene Vertragspartner zur Verfügung. Die Ergebnisse der parallel durchgeführten Befragung der Kostenträger zeigen, dass IV-Verträge häufig nicht primär mit Krankenhäusern, sondern häufig mit Dritten wie zum Beispiel Managementgesellschaften abgeschlossen werden. Bei einer erneuten Erhebung sollte die Zielgruppe daher diskutiert werden. Gegebenenfalls ist es sinnvoll nicht nur eine Leistungserbringerart zu befragen, sondern die Befragung breiter aufzustellen.

Von 55%, der zur Teilnahme aufgeforderten Häusern, wurde der Fragebogen auf der Startseite mit dem Anschreiben abgebrochen. Weitere 10% brachen die Befragung bereits auf der ersten Seite, auf welcher lediglich Angaben zur Struktur der Einrichtung getätigt werden sollten, ab. Hieraus könnte auf mangelndes Interesse an der Befragung geschlossen werden. Weitere 7% haben den Fragebogen im zweiten oder dritten Abschnitt abgebrochen. In diesem Abschnitt erfordert die Beantwortung der Fragen beim Teilnehmer einen hohen Grad an Fachwissen. Außerdem befanden sich hier überwiegend die Likert-Skalen, die sich durch eine besonders hohe Abbruchquote auszeichneten. Möglicherweise verfügten die Beteiligten nicht über dieses Detailwissen und waren ggf. nicht bereit, sich die Informationen einzuholen bzw. hatten ggf. Schwierigkeiten die/den zuständigen Kollegin/Kollegen für IV-Verträge im Krankenhaus zu ermitteln. Ein weiterer Punkt könnte möglicherweise, die hohe Arbeitsbelastung gewesen sein, welche eine zeitliche Beanspruchung durch die Befragung noch er-

höht hätte. Die Rückmeldungen aus dem Online-Tool belegen, dass die Befragung für einen Überblick zum Thema IV gut strukturiert, jedoch die Onlinebefragung zu detailliert und die Teilnahme zeitintensiv sei. Insbesondere die Antworten der Fragestellungen in Form der Likert-Skala seien zu umfangreich und aus diesem Grund teilweise nicht zu beantworten. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurden die Krankenhäuser telefonisch an die Befragung erinnert. Aus den Telefonaten konnten die oben angeführten Vermutungen bestätigt werden. Es wurde deutlich, dass ohne eine feste Zuständigkeit für die IV im Unternehmen die Teilnahme an der Befragung aufgrund der Ausführlichkeit und des Detaillierungsgrades zu anspruchsvoll war. Außerdem wurde rückgemeldet, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung kaum zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

5. Handlungsempfehlungen zur Optimierung von IV-Verträgen

Nachdem nach Abschluss der Befragung festgestellt wurde, dass die Rücklaufquote sehr gering war, beziehen sich die nachfolgenden Handlungsempfehlungen vor allem auf Möglichkeiten zur Stärkung der IV im Bereich der Leistungserbringer: In erster Linie ist es wichtig eine feste Zuständigkeit für Fachlichkeit, inhaltliche Betreuung, Nachverfolgung, Ausbau und Entwicklung von integrierten Versorgungsverträgen zu schaffen. Dies kann die medizinische Qualität und das Leistungsspektrum der Leistungserbringer stärken. In Bezug auf die eher geringe Teilnahme an der IV wäre es von Vorteil Vereinbarungen außerhalb des Leistungsbudgets mit den Kostenträgern zu schließen, um Motivationssteigerungen zu erreichen. Es ist zu beachten, dass die Erlöse einen erheblichen wirtschaftlichen Beitrag leisten können. Des Weiteren sollte eine Nutzenmessung vorgenommen werden. Vorteilhaft wäre es, diese aus mehreren Sichtweisen durchzuführen. Ein Blick aus der kaufmännischen Sichtweise, der Mitarbeitersicht und auch Patientensicht ist zu empfehlen, da somit eine 360-Grad-Sicht erreicht wird. Zur Erzielung eines größtmöglichen Erfolgs der IV, sollten interne Ziele für geschlossene IV-Verträge festgelegt werden. Es sollte in Betracht gezogen werden, die Fallzahlen aus den IV-Verträgen aktiv zu kommunizieren, um die Teilnehmerzahl der integrierten Versorgung zu steigern. Dies würde garantieren, dass mit dem Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, kein erhöhter Personalaufwand verbunden ist. Zu beachten ist zudem, dass auch andere Einrichtungen wie beispielsweise Managementgesellschaften und Landesverbände der Krankenkassen zur IV befragt werden sollten. Es ist durchaus möglich hieraus noch einen Kenntniserfolg zu ziehen zu können.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Die quantitative Untersuchung zur Integrierten Versorgung bei Leistungserbringern, konkret bei Krankenhäusern, wurde unter Berücksichtigung literarischer Kenntnisse zur IV und zur Marktsituation der deutschen Krankenhäuser konzipiert. Die Erhebung der Daten erfolgte

durch einen standardisierten Fragebogen als Online-Befragung, welche mit dem Tool „Unipark“ durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 316 Krankenhäuser ab 400 Betten zur Online-Befragung eingeladen. Die Teilnehmer wurden zur Struktur ihrer Einrichtung, allgemein und inhaltlich zu ihren IV-Verträgen, den tatsächlichen Zielen und dem Nutzen ihrer IV-Verträge sowie der zukünftigen strategischen Ausrichtung der IV in ihren Häusern befragt. Aufgrund des sehr geringen Rücklaufes von 11 Krankenhäusern kann jedoch der aktuelle Stand der integrierten Versorgung aus Sicht der Krankenhäuser in Deutschland nicht grundlegend durch die Studienergebnisse abgebildet werden. Es lassen sich lediglich Tendenzen aufzeigen.

Die Befragung macht deutlich, dass sich deutsche Krankenhäuser mit der Integrierten Versorgung beschäftigen. Hauptsächlich haben Krankenhäuser mit Krankenkassen und Landesverbänden der Krankenkassen IV-Verträge abgeschlossen. Die Anzahl ist jedoch bei den Teilnehmern unterschiedlich. Die Studienergebnisse zeigen auf, dass die Verträge zur Hälfte bundesweit und im orthopädischen-unfallchirurgischen Indikationsbereich abgeschlossen wurden. Des Weiteren werden die Verträge größtenteils außerhalb des Budgets vereinbart.

Die Studienergebnisse der Leistungserbringer zeigen, dass die teilnehmenden Krankenhäuser mit der Integrierten Versorgung die Ziele „Erhöhung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit“ verfolgen. Die Erlössteigerung und die Einsparmöglichkeiten werden insgesamt weniger bedeutend bewertet. Außerdem gaben die Teilnehmer an, dass sie der Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität die größte Bedeutung zukommen lassen. Dennoch werden vereinzelt aber auch den Erlössteigerungen und den extra-budgetären Erlösen größere Bedeutungen zugesprochen.

Bei der Messung des Nutzens werden keine einheitlichen Instrumente eingesetzt. Sollte es übergeordnete Messinstrumente geben, bestünde die Möglichkeit den Nutzen von IV-Leistungen einheitlich und transparent darzustellen und somit die Attraktivität für die Leistungserbringer zu steigern.

Ein Großteil der teilnehmenden Krankenhäuser gab an, dass ihnen die Planung von neuen IV-Verträgen nicht bekannt sei. Gründe hierfür können u.a. die ermittelten Herausforderungen sein, wie zum Beispiel die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges, der hohe bürokratische Aufwand oder aber auch die niedrigen Fallzahlen bzw. Vergütung. So geben die teilnehmenden Krankenhäuser als größte Herausforderung die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges, die Rechtsunsicherheit und den hohen bürokratischen Aufwand im Rahmen der integrierten Versorgung an.

Der kommunikationspolitische Informationsfluss zur Integrierten Versorgung für Patienten wird hauptsächlich von der Belegschaft in den Krankenhäusern durch eine persönliche An-

sprache getätigt.

Zur Stärkung der integrierten Versorgung im Bereich der Leistungserbringer scheint es sinnvoll, eine feste Zuständigkeit für die fach- und inhaltliche Betreuung von IV-Verträgen, den Ausbau und die Entwicklung von (neuen) IV-Verträgen sowie deren Nachverfolgung einzurichten. Dies kann zur Steigerung der medizinischen Qualität und zum Ausbau des Leistungsspektrums der Leistungserbringer führen.

Als Motivationssteigerungen zum Abschluss von IV-Verträgen für die Leistungserbringer werden Vereinbarungen außerhalb des Leistungsbudgets mit den Kostenträgern gesehen, denn Erlöse aus der IV können einen erheblichen wirtschaftlichen Beitrag leisten. Auch die Verringerung des bürokratischen Aufwands durch beispielsweise standardisierte Verfahren könnte eine motivierende Wirkung zum Abschluss von IV-Verträgen auf die Leistungserbringer haben.

Die Nutzenmessung ist nicht nur aus der kaufmännischen Sichtweise zu betrachten. Weiter sollte die Mitarbeiter- und Patientensicht beachtet werden. Der 360°-Blick kann Potentiale aufdecken und Maßnahmen ableiten, die auf die Optimierung der IV insgesamt oder zum Beispiel auf die Steigerung der Teilnahme an der IV wirken.

Um einen vollumfassenden Überblick über den Nutzen von IV-Leistungen und einen Kenntnisgewinn zu erhalten scheinen im zweiten Schritt zusätzliche Untersuchungen von Managementgesellschaften und Landesverbänden der Krankenkassen nötig.

Quellenverzeichnis

Behrens-Potratz, A./ Schmugge, J./ Ulbrich, J. (2016):

Integrierte Versorgung: Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge, 1. Auflage, Hannover 2016.

Bundesgeschäftsstelle-Qualitätssicherung gGmbH (2009):

<http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>, abgerufen am 22.08.2016.

Deutscher Bundestag (2015):

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG), 18. Wahlperiode, Bonn 2015

Focke, A./ Höppner, K./ Schillo S. / Hessel F./ Schulz S./ Wasem, J. (2005):

Evaluation der integrierten Versorgung aus ökonomischer Perspektive, in: Badura, B./ Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsforschung, Bern 2005, S. 132-145

Fuchs, H. (2004):

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Integrierten Versorgung in: Die Rehabilitation 2004, Jg. 43, Nr. 5, 2004, S. 325-334.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Innovationsausschuss) (2016):

https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/10/2016-04-08_Foerderbekanntmachung_nF_spez.pdf, abgerufen am 29.08.2016.

Güssow, J./ Schumann, A./ Braun, G. E./ Hildebrandt, H./ Stüve, M. (2007):

Integrierte Versorgung nach Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 2007,

<https://www.unibw.de/wow8/institut/Prof.Braun/IntegrierteVersorgung>, am 28.08.2016.

Hempel, G./ Ritter, A./ Schubert-Zsilavec (2010):

Keine Integrierte Versorgung ohne pharmazeutischen Sachverstand, in: Deutsche Apotheker Zeitung, o. Jg, Nr. 48, 2010, S. 37.

Köhl, K. (2006):

Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen: Von Managed Care zu einer neuen Wettbewerbsform in der GKV, 1. Auflage, Saarbrücken 2006.

Mühlbacher, A. (2002):

Integrierte Versorgung: Management und Organisation: Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, 1. Auflage, Bern 2002.

Mühlbacher, A. / Ackerschott, S. (2007):

Die Integrierte Versorgung in: Wagner, K./Lenz, I. (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung: Eine betriebswirtschaftliche Analyse, 1. Auflage, Stuttgart 2007, S. 17-46.

Rheinisches Ärzteblatt (2000):

Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung,
<https://www.aekno.de/downloads/archiv/2000.06.021.pdf>, abgerufen am 08.09.2016.

Sachverständigenrat (2016):

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436>, abgerufen am 22.08.2016.

Sachverständigenrat zur Begutachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen (2012):

http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf, abgerufen am 22.08.2016.

Schaeffer, D./ Ewers, M. (2006):

Integrierte Versorgung nach deutschem Muster, o. Ort, S. 197 f.

Schröder, W. F./ Zich, K. (2005):

Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung, in: Klauber, J./ Robra, B. P./ Schnellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005: Schwerpunkt: Wege zur Integration, 1. Auflage, Stuttgart 2006, S. 55-79

Schulz, S. (2007):

Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand: Ansätze zur Evaluation aus ökonomischer Perspektive, 1. Auflage, Marburg 2007.

Sozialgesetzbuch V (2016):

§92a Abs. 1 SGB V, 45. Auflage 2016.

Statista GmbH (2016):

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>, abgerufen am 07.06.2016.

Statista GmbH (2016):

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/>, abgerufen am 23.08.2016.

Verband der Universitätsklinika Deutschlands (2016):

<http://www.uniklinika.de/vud.php/cat/320/cont/20>, abgerufen am 22.08.2016.