

# Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV- Versorgungsstärkungsgesetz\*

FRANZ KNIEPS

Franz Knieps ist Vorstand des BKK-Dachverbandes in Berlin und Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik*

Versorgungsformen, die auf individuellen Vereinbarungen beruhen, sind älter als die kollektivvertragliche Regelversorgung. Allerdings fristeten sie lange Zeit nur ein Nischen-Dasein. Der folgende Beitrag skizziert die Geschichte besonderer Versorgungsformen und geht dabei insbesondere auf die Rechtsentwicklung der letzten beiden Jahrzehnte ein. Er beschreibt, was sich unter neuen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen in der Versorgungslandschaft entwickelt hat und wie Managementinstrumente aus anderen Branchen in das Gesundheitswesen implementiert wurden. Der Artikel kommt aber zu dem Schluss, dass neue Versorgungsformen in ihrer Wirkung begrenzt bleiben, solange die sektorale Abgrenzung die Logik von Kapazitätensteuerung und Honorierung der erbrachten Leistungen bestimmt.

## 1. Der Blick zurück – Das Spannungsverhältnis zwischen Selektiv- und Kollektivverträgen

Ohne Zweifel ist in den letzten beiden Dekaden viel Bewegung in die Versorgungslandschaft des deutschen Gesundheitswesens gekommen (ausführlich Knieps/Reiners 2015). Dabei wird jedoch wenig beachtet, dass schon lange vor der Implementierung von Modellklauseln, integrierter Versorgung oder besonderen Versorgungsformen in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedliche Wege zur Organisation der Versorgung gegangen worden sind, deren letzte Reste noch heute – beispielsweise im Sprengelarzt-System der Knappschaft – vorhanden sind. Der Blick richtet sich vielmehr

auf die Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung (dazu Ebsen 2012; Schnapp 2006), die aus der Reaktion der Ärzteschaft auf selektives Kontrahieren der Krankenkassen seit Ende des 19. Jahrhunderts entstanden ist. Eine besondere Rolle spielte dabei der Leipziger Verband, der aus dem Zusammenschluss der freien örtlichen Ärzteverbände hervorgegangen war und später als Hartmannbund firmierte. Dieser erhob schon bald nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 die Forderungen nach freier Arztwahl, der Zahlung eines Einzelleistungshonorars

\* Der Artikel ist eine aktualisierte Fassung eines umfassenderen Beitrags des Verfassers in Klein/Weller (Hrsg.), Masterplan Gesundheit 2020, Baden-Baden 2012. Er gibt die persönliche Meinung des Verfassers wieder.

und den Abschluss von Kollektivverträgen anstelle von Einzelverträgen. Im Vorfeld der Verabschiedung der Reichsversicherungsordnung am 19. Juli 1911 kam es immer wieder zu Ärztestreiks und gegenseitigen Boykottaufrufen, die erst 1913 durch das sogenannte Berliner Abkommen befriedet wurden. In diesem Abkommen wurde zwar noch kein Kollektivvertragssystem vereinbart, gleichwohl wurden die Einzelverträge nicht mehr auf der Individualebene zwischen Krankenkasse und Arzt, sondern im sogenannten Vertragsausschuss ausgehandelt. Speziell dieser Ausschuss ist als Keimzelle der Gemeinsamen Selbstverwaltung anzusehen (instruktiv Heinemann 1969).

## Einen Quantensprung stellte das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 dar.

Da sich die Auseinandersetzungen in den Wirren der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg nicht beruhigten, erließ die Reichsregierung am 30.10.1923 eine Verordnung über Ärzte und Krankenkassen, mit der die wesentlichen Inhalte des Berliner Abkommens Gesetzeskraft erlangten und ein Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen als normsetzendes Organ errichtet wurde. Diese Verordnung wurde im Gefolge der Weltwirtschaftskrise durch die 4. (Brüningsche) Notverordnung vom 08.12.1931 abgelöst, die als Geburtsstunde der Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechtsperson der Körperschaft des Öffentlichen Rechts gelten kann. Mit dieser Verordnung wurde das Kassenarztrecht in die Reichsversicherungsordnung (§§ 367–373) integriert und die Eckpfeiler des heutigen Kollektivvertragssystems (Zulassung, Honorierung, Konfliktlösung) errichtet. Unmittelbar nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde das KV-System zentralisiert und gleichgeschaltet.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die NS-Elemente aus dem Kassenarztrecht getilgt und 1951 die Strukturen der Gemeinsamen Selbstverwaltung wieder hergestellt. Es dauerte aber fast ein Jahrzehnt, bis durch das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17.08.1955 das alte System nahezu vollständig restituiert wurde. Die Vorschriften der RVO überdauerten die Zeitläufe und wurden erst durch das

Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 29.12.1988 in ein modernes Sozialgesetzbuch überführt (zur Geschichte jüngst Laschet 2015).

Für die Entwicklung neuer Versorgungsformen enthielt die Blümsche Gesundheitsreform Licht und Schatten. Einerseits wurde die Neugründung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen verboten, andererseits eröffneten die Erprobungsregelungen in den §§ 65 ff. des neuen Sozialgesetzbuches V (SGB V) Spielräume, von den zwingenden Vorschriften des Vertragsrechtes abzuweichen. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 ließ die Vertragsbeziehungen von Krankenkassen und Leistungserbringern zwar weitgehend unberührt, prägte aber die nachfolgende Entwicklung des GKV-Systems durch die Entscheidung für Wahlfreiheit und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, eingerahmt von einem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich. Dieser Kassenwettbewerb sollte die weitere Entwicklung von Gesetzgebung und Praxis in den kommenden Jahren und Jahrzehnten prägen und die Debatte um neue Versorgungsformen beleben. So wurden mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz vom 01.07.1997 die Vertragspartner der Gesamtverträge ermächtigt, jenseits der zeitlich befristeten Modellvorhaben längerfristig orientierte Strukturverträge, insbesondere zur Förderung des ambulanten Operierens, abzuschließen.

Einen Quantensprung stellte das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 dar, das in einem neuen 11. Abschnitt des SGB V spezielle Beziehungen der Krankenkassen mit zugelassenen Leistungserbringern in Form der sog. integrierten Versorgung ermöglichte. Zugleich wurden strukturierte Programme zur Behandlung chronisch Kranker (Disease Management Programme – DMP) als Instrument der Qualitätssicherung in das deutsche Gesundheitswesen eingeführt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurden die Vorschriften zur integrierten Versorgung neu gefasst und die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner ausgeschlossen, da sie mehr als Blockierer denn als Förderer dieser Versorgungsform aufgetreten waren. Zugleich wurde ein zeitlich befristetes Förderprogramm zu Lasten der

Vertragsärzte und der Plankrankenhäuser eingeführt. Neben den Strukturverträgen wurden eine hausarztzentrierte Versorgung und eine besondere ärztliche Versorgungsform geschaffen. Schließlich wurden die früheren Polikliniken in den neuen Bundesländern, die als sogenannte 311-er-Einrichtungen überlebt hatten, generell als neue Organisations- und Betriebsform unter dem Label „Medizinische Versorgungszentren“ in die ambulante ärztliche Versorgung integriert und Neugründungen in Gesamtdeutschland ermöglicht. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 wurde die gesamte ambulante ärztliche Leistungserbringung flexibilisiert und eine Vielfalt von Betriebs- und Organisationsformen in der ambulanten Versorgung ermöglicht. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 wurde die hausarztzentrierte Versorgung zu einem Pflichtangebot der Krankenkassen aufgewertet, die integrierte Versorgung auch nach Auslaufen der Anschubfinanzierung zur Regelversorgung mit Populationsbezug aufgewertet und die Pflege in diese Versorgungsform einbezogen.

Die Attraktivität der hausarztzentrierten Versorgung wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22.12.2010 gemindert, da die Vergütung auf das Niveau der kollektivvertraglichen Versorgung begrenzt wurde. Dagegen wurden für die integrierte Versorgung durch die Einbeziehung der pharmazeutischen Industrie im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22.12.2010 neue Möglichkeiten geschaffen. Widersprüchliche Signale sendete ein weiteres Gesetzgebungsvorhaben der christlich-liberalen Koalition. Im Versorgungsstrukturgesetz (VStG) vom 22.12.2011 wurden einerseits die Möglichkeiten zu Gründung und Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren begrenzt (kritisch Knieps/Amelung 2010). Andererseits wurde mit der spezialärztlichen Versorgung eine weitgehend deregulierte neue Versorgungsform zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen. Schließlich sollte ein neues Modellvorhaben zum Medikationsmanagement die Aufgaben von verordnenden Vertragsärzten und Apothekern aufeinander abstimmen. Auf Kurs brachte die neuen Versorgungsformen erst die dritte Große Koalition in der deutschen Nachkriegsgeschichte. Mit

dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 23.7.2015 wurden u.a. durch die Neufassung des § 140a SGB V eine zentrale Norm für die besondere Versorgung geschaffen und mit der Einrichtung eines mit 300 Mio. € dotierten Innovationsfonds in den §§ 92a, 92b SGB V finanzielle Anreize für innovative Versorgungsprojekte gesetzt. Außerdem wurden administrative Hürden, wie etwa die Vorlegung von Selektivverträgen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, beseitigt oder abgeschwächt.

Dieser kurze Blick auf die Historie zeigt, dass neue Versorgungsformen durchaus Wurzeln in der Geschichte haben und dass ihr Weg durch die Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre keineswegs gradlinig war. Vielmehr gleicht die Entwicklung der Echternacher Springprozedur, die aus ideologischen, standespolitischen oder ökonomischen Gründen immer wieder Schritte zurück oder zur Seite vornimmt (Knieps/Reiners 2015).

## 2. Der gesundheitsökonomische Hintergrund – Warum überhaupt neue Versorgungsformen?

Hinter der Debatte um neue Versorgungsformen stehen begründete, häufig auch wissenschaftlich fundierte Zweifel an der Effektivität der Regelversorgung (Schmacke 2005) und der Effizienz der Ressourcenallokation im bisherigen Vertragssystem (Klose/Uhlmann 2006; Badura/Iseringhausen 2005). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat seit seinem ersten Gutachten 1987 immer wieder Varianzen in der Versorgungsqualität, soziale Ungleichheiten (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und Mittelverschwendung, speziell an den Schnittstellen der Versorgungssektoren (Braun/Marstedt/Sievers 2011), beklagt. Seine Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (Sachverständigenrat 2002) geben ein präzises Bild von Fehlentwicklungen, wie sie von den Akteuren des Systems selbst gesehen werden. Internationale Vergleiche bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem einen umfassenden Leistungskatalog und einen hohen Input, beklagen aber eine schlechte Produktivität und einen vergleichsweise geringen Output (beispielhaft Schölkopf/Pressel 2014).

Speziell die sozio-ökonomischen Veränderungen verlangen deshalb eine permanente Anpassung des deutschen Gesundheitswesens an neue Herausforderungen. Hier ist in erster Linie die demografische Entwicklung (Kuhlmei/Schaeffer 2008; Günster/Klose/Schmacke 2012) zu nennen, die sich nicht nur in einer Alterung der Bevölkerung niederschlägt, sondern auch die Frage aufwirft, wie künftig ausreichend qualifiziertes Personal für das Gesundheitswesen gewonnen werden kann. In der Epidemiologie lässt sich seit langem der Wandel hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität beobachten (Knieps/Pfaff 2015; (Schwartz u.a. 2012; Günster/Klose/Schmacke 2011). Den größten finanziellen Sprengsatz dürfte der medizinische, technische und pharmakologische Fortschritt bilden, der zugleich die Frage aufwirft, nach welchen ethischen, sozialen und ökonomischen Kriterien Innovationen Eingang in die Gesundheitsversorgung finden sollten (Marckmann/Liening/Wiesing 2003; Nationaler Ethikrat 2007; Wohlgemuth/Freitag 2009). Der Globalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft folgt eine Angleichung der Gesundheitssysteme, speziell in der Europäischen Union, auch wenn von einer Harmonisierung oder gar Zentralisierung der politischen Entscheidungsfindung in Brüssel nicht die Rede sein kann (Schölkopf/Pressel 2014).

Die Digitalisierung der Informationsströme bietet Chancen und Gefahren für die künftige Steuerung des Gesundheitswesens. Nahezu alle innovativen Versorgungskonzepte stützen sich auf eine datengetriebene patientenorientierte Prozesssteuerung zur Überwindung struktureller Brüche zwischen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und Institutionen (Amelung 2008). Ziel ist die Schaffung neuer managementfähiger Einheiten als dezentrale Steuerungsschwerpunkte. Hierzu ist es erforderlich, die Managementkompetenz aus anderen Branchen und anderen Ländern zu nutzen (Busse/Schreyögg/Stargardt 2012; Zenger/Jung 2003). Neue Versorgungsformen entstehen als Übungsplätze für das Management von Strukturen und Prozessen sowie die Messung, den Vergleich und die Bewertung von Ergebnissen. Idealerweise sind sie zugleich ein Beitrag zur Emanzipation sowohl der Patientinnen und Patienten als Nutzer der Gesundheitsver-

sorgung wie der Gesundheitsberufe als wesentliche Erbringer dieser Leistungen (Glaeske 2011). Sie sind ein neues Aufgabenfeld für traditionelle Akteure, insbesondere Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser oder Industrie. Sie bieten allerdings auch Entwicklungsperspektiven für neue Anbieter wie beispielsweise Managementgesellschaften. Um das System nachhaltig zu verändern, müssen sie flächendeckende, populationsbezogene Wirkung entfalten (Sachverständigenrat 2010).

## Die Entwicklung neuer Versorgungsformen lässt sich zugleich als ordnungspolitischer Paradigmenwechsel deuten.

Die Entwicklung neuer Versorgungsformen lässt sich zugleich als ordnungspolitischer Paradigmenwechsel deuten. Aus der Krise des Korporatismus gehen sowohl die staatliche Ordnungsfunktion als auch der Wettbewerb auf einzelwirtschaftlicher Ebene gestärkt hervor (Schröder/Paquet 2009; Reiners 2011; Paquet 2011). Jenseits aller ideologischen Debatten und aktueller Zweifel an der Bedeutung von Selektivverträgen ist Wettbewerb primär als Instrument zur Optimierung der Ressourcenallokation, zur Verbesserung der Qualität und zur Gewährleistung effektiver Innovationen anzusehen (AOK-Bundesverband 2003; Cassel u.a. 2008, Cassel u.a. 2014). Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Suchprozess, der auch Risiken und Gefahren birgt. Ein dezentraler Suchprozess schafft Intransparenz und fördert die Uneinheitlichkeit der Versorgungsverhältnisse. Die Gefahr neuer Varianzen, beispielsweise zwischen strukturschwachen und leistungsstarken Regionen, ist ebenso wenig von der Hand zu weisen wie das Entstehen neuer Hindernisse beim Zugang zu diesen Versorgungsformen. Wettbewerb ist auch nicht per se kosteneffizienter als andere Steuerungsformen und häufig von einer zunehmenden Bürokratisierung begleitet, zumal die Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen durchaus verbesserungsbedürftig ist. Trotz der Fortentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist es noch immer für Krankenkassen wie

Leistungserbringer attraktiv, möglichst gesunde Risiken zu attrahieren.

Die sektoralen Planungs- und Honorierungssysteme setzen keinen Anreiz zur Überwindung der Sektorengrenzen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen sind fragmentiert und instabil. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen bleibt ungeklärt. Dies gilt auch für die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit der gleichzeitigen Wahrnehmung der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzteschaft wie Ordnungs- und Regulierungsfunktionen überfordert scheinen (Sachverständigenrat 2008). Schließlich fehlt es an einheitlichen Standards für eine neutrale Evaluation und an einem systematischen Übergang positiver Ergebnisse in die flächendeckende Regelversorgung (Lauterbach/Lüngen/Schrapppe 2010; Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrapppe 2011). Unter den Bedingungen des Wettbewerbs über Zusatzbeiträge ist eine Fokussierung der Krankenkassen auf den kurzfristigen Return of Investment zu beobachten, der längerfristige Veränderungsprozesse eher behindert denn fördert.

### 3. Die rechtlichen Rahmenbedingungen – Vielfalt ohne Ordnung?

Das geltende Krankenversicherungsrecht bietet auch nach der Neufassung des § 140a SGB V eine Reihe von Möglichkeiten, neue Versorgungsformen zu entwickeln, zu erproben und einzusetzen. Allerdings fällt auf, dass die Vorschriften nach wie vor nicht optimal aufeinander abgestimmt sind und sehr unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen (zum alten Recht Knieps 2006; Eckert/Preuß/Roski 2008).

#### 3.1 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung

Die §§ 63 ff. SGB V, die bei der Überarbeitung der Vorschriften über besondere Versorgung weitgehend unangetastet blieben, bieten weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. Das Initiativrecht steht primär den Krankenkassen zu. Aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen können solche Modellvor-

haben mit anderen Leistungserbringern durchführen. Primäres Ziel ist es, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Grundsätzlich müssen Modellvorhaben zur Beitragsatzstabilität beitragen. Allerdings können zusätzliche Aufwendungen durch Einsparungen an anderer Stelle finanziert werden. Die Ausgestaltung der Modellvorhaben darf vom Vierten und Zehnten Kapitel des SGB V sowie dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz abweichen. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossene Leistungen können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein. Alle wesentlichen Inhalte eines Modellvorhabens müssen in der Kassenatzung verankert werden. Die Vorhaben selbst sind auf höchstens acht Jahre, bei Modellvorhaben im Bereich der Datenverarbeitung auf fünf Jahre beschränkt und bedürfen stets der wissenschaftlichen Begleitung. Gesamtvergütungen, Ausgabenvolumina, Budgets, etc. sind gegebenenfalls zu bereinigen. Die Teilnahme für Versicherte ist freiwillig. Soweit Belange des Datenschutzes berührt sind, bedarf es stets deren ausdrücklicher Einwilligung.

Gegenüber den anderen Versorgungsformen zeichnen sich Modellvorhaben durch weite Gestaltungsmöglichkeiten und große Teilnehmerkreise aus. Wegen der zwingenden Verankerung in der Satzung und der vorgeschriebenen Evaluation sind sie allerdings bürokratisch aufwendig. Sie finden nur schwierig einen Weg in die Regelversorgung.

#### 3.2 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die höchsten politischen Erwartungen an Innovationen in der gesundheitlichen Versorgung haben die mehrfach geänderten Vorschriften der §§ 73 a – 73c sowie 140 a ff. SGB V ausgelöst. Quantitativ erreichte allein die Zahl von Integrationsverträgen eine Dimension, die alle anderen neuen Versorgungsformen zusammen nicht erreichen konnten (Gemeinsame Registrierungsstelle 2009). Trotzdem waren und sind viele (Rechts-) Fragen von Kooordination und Kooperation im Gesundheitswesen ungelöst

(Wigge 2006). Besonders umstritten waren im alten Recht die Merkmale sektorübergreifend und interdisziplinär. Auch lässt sich trotz der Vielzahl der Versorgungsverträge in Frage stellen, ob die integrierte Versorgung bereits Teil der Voll- und Regelversorgung geworden ist. Nicht zuletzt deshalb hat der Gesetzgeber sich entschlossen, die komplexen Regelungen der §§ 73a, 73c und 140a ff SGB V a.F. aufzuheben (Die Vorschrift zur hausarztzentrierten Versorgung in § 73b SGB V wurde beibehalten.) und durch eine neue zentrale Vorschrift in

**Das geltende Krankenversicherungsrecht bietet eine Reihe von Möglichkeiten, neue Versorgungsformen zu entwickeln, zu erproben und einzusetzen.**

§ 140a SGB V n.F. zu ersetzen, die die bisherigen Rechtsgrundlagen für Selektivverträge umfasst und umfassende Gestaltungsoptionen eröffnen soll. Rechtliche Hindernisse, wie die vor Vertragsbeginn zwingende Vorlage der Vertragswerke an die Aufsicht oder das Erfordernis einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ex ante, sind ebenso entfallen wie hyperkomplexe Bereinigungsvorschriften. Die Wirtschaftlichkeit muss spätestens vier Jahre nach Vertragsbeginn nachweisbar sein. Inhaltlich wurden die Abweichungsmöglichkeiten auf das 3. Kapitel des SGB V erweitert. Nicht möglich sind nach wie vor Selektivverträge mit nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Die besondere Versorgung ist eine rein wettbewerbliche Versorgungsform. Sie kennt einen weiten Teilnehmerkreis, der Ärzte, Zahnärzte, sonstige zugelassene Leistungserbringer und deren Gemeinschaften umfasst. Auch Krankenhäuser, ambulante Rehabilitationsdienste und Rehabilitationskliniken dürfen sich beteiligen. Gleiches gilt für Medizinische Versorgungszentren, Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken sowie neuerdings pharmazeutische Unternehmen und Medizinproduktehersteller. Einbezogen sind in die besondere Versorgung sind jetzt

wieder die Kassenärztlichen Vereinigungen. Allerdings ist ihre Beteiligung auf die Unterstützung ihrer Mitglieder beschränkt, die an der besonderen Versorgungsform teilnehmen. Damit wird einer Rückkehr zur früheren Blockadehaltung in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen ein Riegel vorgeschoben.

Die besondere Versorgung kennt keinen Abschlusszwang und keine zwingende Konfliktlösung. Ihre Teilnahme ist für Leistungserbringer und Versicherte freiwillig. Im Rahmen der integrierten Versorgung ist eine Erweiterung, nicht aber eine Begründung des Zulassungsstatus möglich. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist je nach Vertragsinhalt eingeschränkt. Der Vertragsabschluss setzt eine umfassende Gewährleistung von ökonomischer und medizinischer Kompetenz durch die Vertragsparteien voraus. Qualitätsdumping ist untersagt. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung ist für den Regelfall nach gleicher Systematik wie bei der hausarztzentrierten Versorgung vorgesehen; bei Verträgen mit geringem Umfang oder da, wo aus anderen Gründen eine Bereinigung nicht praktikabel ist, kann die Krankenkasse darauf verzichten.

Auch nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung und der Rechtseinfachung dürfte §140 a SGB V die wichtigste Rechtsgrundlage für innovative Versorgungsformen bleiben. Eine gezielte finanzielle Förderung – vorzugsweise aus den Töpfen des Innovationsfonds – bleibt unverändert sinnvoll. Für eine grundlegende Veränderung der Regelversorgung müssten die sektorspezifischen Planungs- und Anreizsysteme so ausgerichtet werden, dass eine integrative Versorgung lohnenswert ist, und sollten die Krankenkassen ein eigenes F+E-Budget aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

### 3.3 Sonstige Regelungen

Die §§ 115 a ff. SGB V sehen differenzierte und stetig ausgeweitete Möglichkeiten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Behandlung vor. So können Krankenhäuser nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben vor- und nachstationäre Behandlungen erbringen oder ambulant operieren. Krankenhausärzte können zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Bei Unterversorgung kann das

gesamte Krankenhaus institutionell zur ambulanten Behandlung geöffnet werden. Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde mit der spezialärztlichen Versorgung eine neue Versorgungsform zwischen den Versorgungssektoren geschaffen (§ 116 b SGB V). Ob die darin gesetzten Erwartungen, mit einer Deregulierung und einer Neuordnung der Honorierung den Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Anbietern zu beleben und damit eine bessere Qualität und/oder eine höhere Wirtschaftlichkeit zu erreichen, erfüllt werden, wird sich erst in einigen Jahren zeigen, wenn die nötigen Vorarbeiten zur Umsetzung der komplexen Regelung erfolgreich absolviert sind. Schließlich kennt das SGB V Spezialregelungen zu Ambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren, Einrichtungen der Behindertenhilfe und ambulante Einrichtungen in Pflegeheimen. Daneben ist auf die belegärztliche Versorgung und die Einrichtung von Praxiskliniken hinzuweisen.

Weitere Beispiele für innovative Versorgungsformen, die an dieser Stelle nicht vertieft werden können, finden sich in unterschiedlichen Spezialregelungen des Vertragsrechts im SGB V (Wigge 2006; Tophoven/Lieschke 2003). Dies gilt beispielsweise für die bereits erwähnten Medizinischen Versorgungszentren, die als integrierte Organisations- und Betriebsform neben Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen stehen (Einzelheiten in § 95 SGB V). Den Besonderheiten der End-of-Life Care versucht die Vorschrift des § 132d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gerecht zu werden. Angebote zur Palliativ- und Hospizversorgung sollen noch im Jahr 2015 durch ein eigenes Gesetzgebungsvorhaben erweitert werden. Außerdem soll die Notfallversorgung im Krankenhaus durch sog. Portalkliniken verbessert werden.

Für die größte politische Aufregung im Inland und die meiste Beachtung neuer Versorgungsformen im Ausland sorgte die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten durch die §§ 137f und 137g SGB V als Reaktion auf Versorgungsmängel und –varianzen bei den wichtigsten Volkskrankheiten. Von führenden Vertretern der Ärzteschaft ursprünglich als Kochbuchmedizin diffamiert, werden deutsche Disease Ma-

nagement Programme international als Vorbild für eine gelungene Behandlung chronisch Kranker gepriesen (Müller de Cornejo 2005). Erste Evaluationen zeigen eine Hinwendung der Versorgung zu evidenzbasierten Leitlinien und bessere Outcomes. Herausforderung für die Zukunft bleibt die Ausweitung solcher Programme auf weitere Erkrankungen, wie es jetzt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorsieht, und die Einbettung in ein Konzept, das Multimorbidität berücksichtigt und das Zusammenwirken unterschiedlicher Institutionen wie Professionen bewirkt.

### 4. Praktische Erfahrungen – Was passiert vor Ort?

In der kleinteiligen Versorgungswelt des bundesdeutschen Gesundheitswesens findet sich heute eine kaum noch überschaubare Vielfalt von vertraglich vereinbarten Versorgungsformen. Systematisch (Amelung 2012) lassen sich diese differenzieren nach

- produktbezogener Integration (Beispiele: Chronikerprogramme, Steuerung über Komplexpauschalen),
- organisationsbezogene Integration,
  - horizontale Integration (Beispiele: Arztnetze, hausarztzentrierte Versorgung),
  - vertikale Integration (Beispiele: Ambulanz oder Medizinisches Versorgungszentrum am Krankenhaus),
- indikationsbezogene Integration (Beispiel: Versorgungsprojekte für chronisch Kranke),
- populationsbezogene Integration (Beispiele: Praxisverbünde, Gesundes Kinzigtal).

Bundesweite Beachtung haben – ohne Anspruch auf repräsentative Auswahl und erst recht Vollständigkeit – vor allem folgende Modelle (ausführlich Amelung/Eble/Hildebrandt 2011; Braun/Güssow/Schumann/Heßbrügge 2009) gefunden:

- Modulare Vernetzung der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg (Kooperation zwischen Regionalkassen, Hausärzterverband und MEDI zu Verbund mit neuen Honorierungsformen und besonderen Leistungen),

- Risk sharing Modell Herzinsuffizienz (Kooperation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit DAK, dem Medizinproduktehersteller Medtronic GmbH und Kardiologen zur Optimierung von Vorsorge, Behandlung und Nachsorge bei Herzinsuffizienz),
- Aktion Gesundes Kinzigtal (populationsbezogene Versorgung einer kleinteiligen Region durch Kooperation von niedergelassenen Vertragsärzten mit zwei Krankenhäusern und Steuerung durch eine Managementgesellschaft, Finanzierung der erhöhten Verwaltungsaufwendungen und der Anreizsysteme über Verminderung der Krankenhausaufgaben und gezielte Arzneimittelsteuerung),
- prosper – Gesund im Verbund (Gesundheitsnetze der Bundesknappschaft zur populationsbezogenen integrierten Versorgung mit rund 2000 Sprengelärzten und 13 knappschaftseigenen Krankenhäusern in zur Zeit sieben ehemaligen oder aktiven Bergbauregionen),
- Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (datengetriebene regionale Vernetzung von knapp 100 Ärzten mit drei Kliniken, einem Medizinischen Versorgungszentrum und einem ambulanten OP-Zentrum, herausgehobene Bedeutung der Informationstechnologie als Steuerungsinstrument), Ärztenetze (auch unter Beteiligung von Kliniken) in Nürnberg Nord, Bünde sowie an vielen weiteren Orten,
- Netzwerk Psychiatrische Gesundheit (Integrationsvertrag der Techniker Krankenkasse mit niedergelassenen Vertragsärzten, Psychotherapeuten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie),
- Aktivitäten der Universität Greifswald zur Community Medicine (Kooperationsvereinbarungen zwischen einer Universitätsklinik, regionalen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten sowie sonstigen Gesundheitsberufen zur Gewährleistung einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung).

Daneben existiert eine Vielzahl bemerkenswerter Aktivitäten zur Optimierung der Prozesssteuerung und der Ergebnisqualität für bestimmte Indikationen. Beispielhaft sei hier nur auf Projekte in der Augenheilkunde, in der Kardiolo-

gie, in der Onkologie (Thorenz 2007), der Endokrinologie, bei Schädigung des zentralen Nervensystems (Amelung u.a. 2010) oder in der Heimversorgung und der Palliativversorgung (Gronemeyer u.a. 2004; Weatherly/Laegel 2009) hingewiesen. Bei der Betrachtung der gesamten Versorgungslandschaft gibt es kaum einen Bereich und kaum eine Region, in der nicht von den vielfältigen gesetzlichen Möglichkeiten Gebrauch gemacht wird. Allerdings ergibt sich aus diesen vielfältigen Aktivitäten leider noch kein kohärentes Gesamtbild.

Denn auch bei innovativen Versorgungsformen bleiben viele ungelösten Fragen. Häufig mangelt es an ausreichendem Kapital, da die Gewinnpotenziale unsicher sind und auf die Beständigkeit der Gesundheitspolitik kein Verlass ist. Defizite zeigen sich bei der Entwicklung der Managementkompetenz (Zenger/Jung 2003; Busse/Schreyögg/Stargardt 2012), speziell bei der Erstellung eines Businessplans, dem Datenmanagement, der Personalentwicklung und dem Controlling. Nicht immer werden die Präferenzen der Versicherten ausreichend untersucht (Böcken u.a. 2002 ff.; Böcken/Janus/Schwenk/Zweifel 2007). Erneut sei darauf hingewiesen, dass sektorale Anreize alle Bemühungen zur Integration von Angeboten und Leistungen überlagern. Solange die sektorale Bedarfsplanung nicht zu einer integrierten Rahmenplanung weiterentwickelt ist, die Vergütungssysteme einschließlich der

### **Der ordnungspolitische Rahmen des Gesundheitswesens muss in den kommenden Jahren und Jahrzehnten umgestaltet werden.**

Investitionsanteile harmonisiert werden und ökonomische Anreize zu Qualität und Innovation setzen und die gesetzlich überwundene sektorale Qualitätssicherung tatsächlich in sektorübergreifende Instrumente mündet, solange bleiben innovative Versorgungsformen Exoten. Wesentliches Hindernis ist die kulturelle Erstarrung, speziell in den Strukturen der (Gemeinsamen) Selbstverwaltung. Fast alle Gesundheitsberufe haben Schwierigkeiten, unter den neuen Rahmenbedingungen und Herausforderungen ihre

professionelle Identität neu zu bestimmen (Pundt 2006; Niehoff 2008). Die Innovationsbereitschaft ist begrenzt, solange das alte System ein mehr als ausreichendes Auskommen ermöglicht. Im Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen bleiben wohl viele Dinge auch nach der Neufassung des § 140a SGB V ungeklärt (Albrecht u.a. 2010; Cassel u.a. 2008). Das gilt ebenso für die Wirkungen des Europa-, Wettbewerbs- und Kartellrechts (Wallrabenstein 2015). Eine konsistente Wettbewerbsordnung wäre dringlich (Cassel u.a. 2014). Schließlich fehlt es an ausreichender Transparenz über Erfolg und Misserfolg innovativer Versorgungsformen und einer systematischen Zusammenfassung der Evaluationen in der Versorgungsforschung (Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrapppe 2011).

### **5. Gesundheitspolitische Perspektiven – Wie sollte ein innovatives Versorgungssystem aussehen?**

Unveräußerliche Basis eines zukunftssicheren Gesundheitssystems ist der allgemeine Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung ohne Rücksicht auf Einkommen, Alter, Bildung, Herkunft oder Status einschließlich des Zugangs zu Innovationen. Diese Grundbedingung ist ein wesentlicher zivilisatorischer Standard, der auch angesichts der Herausforderungen an Gesundheits- und Sozialsysteme nicht aufgegeben werden darf. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das Gesundheitswesen ein bedeutsamer Wirtschaftszweig ist, der allerdings weniger über den Markt als über Recht und Politik gesteuert wird und deshalb ordnungspolitische Besonderheiten aufweist (Knieps/Reiners 2015). Der ordnungspolitische

Rahmen muss in den kommenden Jahren und Jahrzehnten umgestaltet werden. Dies gilt insbesondere für das duale Versicherungssystem von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Dies gilt aber auch für Regulierung und Wettbewerb als wesentliche Steuerungsinstrumente. Der einheitliche Leistungskatalog, die Bedingungen für Qualität und Effizienz der Leistungserbringung und der Eingang von Innovationen unter Beachtung einer (Kosten-) Nutzenbewertung müssen ebenso gewährleistet sein wie Transparenz und

Übersichtlichkeit über die Outcomes der Gesundheitsversorgung (Glaeske 2011). Wenn die Gemeinsame Selbstverwaltung diesen Regulierungsauftrag nicht erfüllt, wird der Staat hier in die Bresche springen müssen. Als Such- und Innovationsprozess wird Wettbewerb eine steigende Rolle im Gesundheitswesen spielen (Albrecht u.a. 2010; Amelung/Sydow/Windeler 2009). Die freie Kassenwahl und die Wahl unter unterschiedlichen Leistungserbringern und Versorgungsformen werden nur dann eine Verbesserung von Qualität und Effizienz erbringen, wenn dieser Wettbewerb in eine soziale Rahmenordnung eingeführt und Qualität zum zentralen Wettbewerbsparameter wird (Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009). Diese soziale Ordnungsfunktion erfüllt vor allen Dingen ein zielgenauer Risikostrukturausgleich, der zugleich als Benchmark-Instrument wirkt (zu den Mängeln siehe Binder 2015).

Konkret wird dies zu folgenden politischen Veränderungen (Vgl. die Beiträge bei Klein/Weller 2012) führen müssen:

- Die Systeme der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, die im verzerrten Wettbewerb zueinander Ungerechtigkeiten und Ineffizienzen bewirken (Pfister 2011), werden zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt zusammengeführt werden. Dabei wird politisch zu entscheiden sein, welche Versicherungsform welche Elemente in diesen neuen einheitlichen Markt einbringt. Wer dem Modell der Bürgerversicherung näher steht als dem Weg über eine Kopfpauschale (Knieps 2009) muss noch viele Einzelheiten – wie die beitragsrechtliche Erfassung sonstiger Einkünfte, die Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze, die Rolle der Steuerfinanzierung, die Behandlung bestehender privater Versicherungsverträge und vieles mehr – klären.
- Trotz einer Vielzahl von Einzelregelungen im Versorgungsstrukturgesetz und im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird die Neuordnung von Versorgungsstrukturen und –prozessen weitere Reformen erfordern. Diese umfassen u.a. die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch eine sektorübergreifende, integrative Rahmenplanung (Uhlmann/Klose 2007 und die Beiträge bei Amelung/Knieps/Schönbach 2011), die Förde-

rung der Primärversorgung und den gezielten Ausbau kooperativer Organisations- und Betriebsformen insbesondere in der fach- und spezialärztlichen Versorgung (Greß/Stegmüller 2011; Jacobs/Schulze 2011),

- die Neuordnung der Arbeitsteilung und die Verbesserung der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen,
- die Einbindung neuer Player im Gesundheitswesen mit Managementkompetenz und
- die systematische Regulierung besonderer Versorgungsformen mit einer Klärung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen (Paquet 2011).

Eine besondere Herausforderung wird die Schaffung eines transparenten und gerechten Honorierungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung sein. Anstelle von EBM und GOÄ muss ein einfacheres Honorierungssystem treten (Walendzik u.a. 2009; Wasem/Walendzik 2008; Niehaus 2009; Penner 2010). Zur Diskussion steht eine Fortentwicklung des DRG-Systems für die ambulante fachärztliche Versorgung mit neuen Anreizsystemen, die insbesondere die Qualität und den Outcome der Versorgung (Pay for Performance) berücksichtigen und besonders förderungswürdige Leistungen gesondert vergüten. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff muss umfassender gefasst werden als auf einzelne Leistungen, Produkte oder Sektoren bezogen zu werden.

Schließlich bedarf es einer Neubestimmung des Verhältnisses des Staates und der Akteure im System (Kopp 2011). Im föderalen Gefüge der Bundesrepublik Deutschland tragen insbesondere die Bundesländer Verantwortung für die Daseinsvorsorge. Das heißt, ihnen müssen Instrumente an die Hand gegeben werden, eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung zu erreichen. Politische Veränderungen werden nur gelingen, wenn Betroffene zu Beteiligten gemacht werden. Die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger und die Steigerung der Kompetenz aller Akteure sind zentrale Elemente einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik (Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009). Gesundheitspolitik ist dabei weit mehr als Krankenversicherungspolitik. Nur ein holistisches

Verständnis der Gesundheitspolitik wird auf Dauer das emotional aufgeladene Politikfeld beruhigen können.

Eine der Kernaufgaben ist die Anpassung des gesamten Gesundheitswesens an soziodemografische Veränderungen (Kuhlmey/Schaeffer 2008, Schwartz 2012). Das Leitbild des Gesundheitssystems muss sich von der Akutversorgung hin zur Versorgung chronisch Kranker verändern (Schlette/Knieps/Amelung 2005, Knieps/Pfaff 2015). Dies bedeutet eine Geriatriisierung aller Felder von Medizin und Versorgung. Voraussetzung ist eine Nutzung aller Präventionspotenziale sowie eine Aufwertung von Rehabilitation und Pflege. Dazu zählt auch der Ausbau von (sozialen) Betreuungselementen, nicht nur bei demenziellen Erkrankungen. Speziell in der Kommune müssen alle Hilfen koordiniert werden, um ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Angebot zu erreichen. Schließlich müssen

## Investitionen in Gesundheit sind Investitionen in den Standort und die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands.

individuelle und kollektive Beteiligungsrechte von Patienten, Versicherten und Bürgern zu einem umfassenden Shared Decision-Making ausgebaut werden (Härter/Loh/Spies 2005; Scheibler 2004; Scheibler/Pfaff 2003). Hinzutreten müssen Instrumente der Patientenberatung und des Gesundheitscoachings (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006; Schmid u.a. 2008; von Reibnitz/Schnabel/Hohlmann 2001).

Gesundheitspolitik ist und bleibt Querschnittsaufgabe (Rosenbrock/Gerlinger 2014), die von Bildung über Arbeit und Wohnen und Verkehr bis zur gesundheitlichen Versorgung reicht. Investitionen in Gesundheit sind Investitionen in den Standort und in die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Investitionen in Gesundheit betreffen nicht ferne Zeiten, sondern die eigene Zukunft und die künftiger Generationen. Ohne solche Investitionen werden sich innovative Versorgungsformen nicht verwirklichen lassen. Stillstand in der Gesundheitspolitik bedeutet Rückschritt. ■

## Literatur

- Albrecht, M/Bleß, H-H/Höer, A/Loos, S/Schiffhorst, G/Scholz, C 2010**, Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung, Verlag Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Amelung, V 2012**, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Amelung, V 2008**, Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Amelung, V/Eble, S/Hildebrandt, H (Hrsg.) 2011**, Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Amelung, V/Knieps, F/Schönbach, K-H (Hrsg.) 2011**, Reform der Bedarfsplanung – Zwischen Sessel und Sitz, Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1/2011
- Amelung, V u.a. (Hrsg.) 2010**, Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Amelung, V/Sydow, J/Windeler, A (Hrsg.) 2009**, Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- AOK-Bundesverband (Hrsg.) 2003**, Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung, AOK im Dialog, Band 13, Bonn
- Arnold, M/Lauterbach, K/Preuß, K-J (Hrsg.) 1997**, Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, in: Robert Bosch Stiftung – Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 31, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Badura, B/Iseringhausen, O (Hrsg.) 2005**, Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation – Beiträge aus der Versorgungsforschung, Verlag Hans Huber, Bern
- Bandelow, N/Eckert, F/Rüsenberg, R (Hrsg.) 2009**, Gesundheit 2030 – Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Binder, A. 2015**, Die Wirkung des morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen, Verlag Springer Gabler, Wiesbaden
- Böcken, J/Janus, K/Schwenk, U/Zweifel, P (Hrsg.) 2007**, Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen – Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Böcken, J u.a. 2002 ff.**, Gesundheitsmonitor, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (erscheint jährlich bis 2015)
- Braun, B/Marstedt, G/Sievers, C 2011**, Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem, Gesundheitsmonitor 3/2011
- Braun, G/Güssow, J/Schumann, A/Heßbrügge G (Hrsg.) 2009**, Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Busse, R/Schreyögg, J/Stargardt, T (Hrsg.) 2012**, Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin / Heidelberg
- Cassel, D/Jacobs, K/Vauth, C/Zerth, J (Hrsg.) 2014**, Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzweiverlag, Heidelberg
- Cassel, D/Ebsen, I/Greß, S/Jacobs, K/Schulze, S/Wasem, J 2008**, Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeit und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn
- Ebsen, I (Hrsg.) 2015**, Handbuch Gesundheitsrecht, Verlag Hans Huber, Bern
- Ebsen, I 2012**, Krankenversicherung, in: von Maydell, B / Ruland, F / Becker, U (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 5. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, pp. 723-801
- Eckert, T/Preuß, K-J/Roski, R (Hrsg.) 2008**, Handbuch Direktverträge – Nachhaltige Vertragsstrategien im Gesundheitswesen, Fachverlag Handelsblatt, Düsseldorf
- Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V 2009**, Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008, abrufbar unter BQS-Online
- Glaeske, G 2011**, Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Greß, S/Stegmüller, K 2011**, Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – ein Zukunftskonzept, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Gronemeyer, R/Fink, M/Globisch, M/Schumann, F 2004**, Helfen am Ende des Lebens – Hospizarbeit und Palliative Care in Europa, Hospiz Verlag Wuppertal
- Günster, C/Klose, J/Schmacke, N (Hrsg.) 2012**, Versorgungs-Report 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Günster, C/Klose, J/Schmacke, N (Hrsg.) 2011**, Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt: chronische Erkrankungen, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Härter, M/Loh, A/Spies, C (Hrsg.) 2005**, Gemeinsam entscheiden – Erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Heinemann, O 1969**, Kronenorden Vierter Klasse – Das Leben des Prokuristen Otto Heinemann (1864-1944), Econ Verlag, Düsseldorf/Wien
- Jacobs, K/Schulze, S (Hrsg.) 2011**, Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin
- Klein, B/Weller, M (Hrsg.) 2012**, Masterplan Gesundheit 2020, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Klose, J/Uhlmann, T 2006**, Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung – Abbau und Vermeidung von Überversorgung, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 3/2006, pp. 7-17
- Knieps, F 2010**, Innovationsmotor Ost, Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9/2010, pp. 20-26
- Knieps, F 2009**, Die Vorteile des einheitlichen Versicherungsmarktes – Zur Zukunft von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, in: Bundesärztekammer / PVS Verband (Hrsg.), Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung – Dokumentation des gemeinsamen Workshops von Bundesärztekammer und PVS Verband am 23.04.2009, Berlin
- Knieps, F 2006**, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp, F / Wigge, P 2006, Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München, pp. 349-377
- Knieps, F/Amelung, V 2010**, Medizinische Versorgungszentren – Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung, in: Gesundheit und Sozialpolitik, Heft 5/2010, pp. 17-21
- Knieps, F/Pfaff, H (Hrsg.) 2015**, BKK-Gesundheitsreport 2015 – Langzeiterkrankungen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Knieps, F/Reiners, H 2015**, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Kontroversen, Verlag Hans Huber, Bern
- Kopp, D 2011**, Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben – Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und ihre Auswirkungen auf die Einführung integrierter Versorgungsprogramme. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Kuhlmei, A/Schaeffer, D (Hrsg.) 2008**, Alter, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern
- Laschet, H, 2015**, Zwischen Euphorie und Depression – 60 Jahre KV-System – ein knapper historischer Überblick, Implicon 11/2015, 1-8  
Lauterbach, K/Lüngen, M/Schrappé, N 2010, Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine – Handbuch für Praxis, Politik und Studium, 3. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Marckmann, G/Liening, P/Wiesing, U 2003**, Gerechte Gesundheitsversorgung – Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Mielck, A 2005, Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- Müller de Cornejo, G (Hrsg.) 2005**, Stichwort: Disease Management – Ziele, Konzepte, Erfahrungen, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn / Bad Homburg
- Nationaler Ethikrat 2007**, Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Tagungsdokumentation
- Niehaus, F 2009**, Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/09, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

## Literatur

- Niehoff, J-U 2008**, Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement – Grundlage, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Paquet, R 2011**, Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Penner, A 2010**, Leistungserbringerwettbewerb in einer sozialen Krankenversicherung – Zu den Grundsätzen eines liberalisierten Vergütungsrechts in der ambulanten Versorgung der GKV und der Basis-PKV, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Pfaff, H/Neugebauer, E /Glaeske, G/Schrapppe, N (Hrsg.) 2011**, Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik, Methodik, Anwendung, Schattauer Verlag, Stuttgart
- Pfister, F 2010**, Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Verlag Peter Lang, Frankfurt / Main
- Pundt, J (Hrsg.) 2006**, Professionalisierung im Gesundheitswesen – Positionen, Potenziale, Perspektiven, Verlag Hans Huber, Bern
- Reiners, H 2011**, Mythen der Gesundheitspolitik, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- Richter, M/Hurrelmann, K 2009**, Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Rosenbrock, R/Gerlinger, T 2014**, Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010**, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, 2 Bände, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008**, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, 2 Bände, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002**, Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, 6 Bände, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Schaeffer, D/Schmidt-Kaehler, S (Hrsg.) 2006**, Lehrbuch Patientenberatung, Verlag Hans Huber, Bern
- Scheibler, F 2004**, Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, Verlag Hans Huber, Bern
- Scheibler, F/Pfaff, H (Hrsg.) 2003**, Shared Decision-Making – Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Schlette, S/Knieps, F/Amelung, V (Hrsg.) 2005**, Versorgungsmanagement für chronisch Kranke – Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn / Bad Homburg
- Schmacke, N 2005**, Wie viel Medizin verträgt der Mensch?, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn / Bad Homburg
- Schmid, E/Weatherly, J/Meyer-Lutterloh, K/Seiler, R/Lägel, R 2008**, Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management – Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Schnapp, F 2006**, Geschichtliche Entwicklung des Vertragsarztrechts, in: Schnapp, F / Wigge, P, Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München, pp. 1-18
- Schnapp, F/Wigge, P (Hrsg.) 2006**, Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München
- Schneider, N/Amelung, V/Buser, K 2005**, Neue Wege in der Palliativversorgung – Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schölkopf, M/Pressel, H 2014**, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystem und die europäische Gesundheitspolitik, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schröder, W / Paquet, R (Hrsg.) 2009**, Gesundheitsreform 2007 – Nach der Reform ist vor der Reform, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Schwartz, F-W (Hrsg.) u.a. 2012**, Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage, Verlag Urban & Fischer, München
- Thorenz, A 2007**, Case Management zur Optimierung der sektorübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen, Verlag Peter Lang, Frankfurt / Main
- Tophoven, C/Lieschke, L (Hrsg.) 2003**, Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Uhlmann, T/Klose, J 2007**, Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokationen in der Verteilung niedergelassener Ärzte, in: Janssen, C / Borgetto, B / Heller, G (Hrsg.), Medizinsoziologische Versorgungsforschung – Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Juventa Verlag, Weinheim und München, pp. 125-148
- van den Berg, N/Kleinke, S/Heymann, R/Oppermann, R/Jakobi, B/Hoffmann, W 2010**, Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung – Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung, in: Das Gesundheitswesen 2010, pp. 285-292
- von Reibnitz, C / Schnabel, P-E / Hohlmann, K (Hrsg.) 2001**, Der mündige Patient – Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Walendzik, A/Greß, S/Manouguian, M/Wasem, J 2009**, Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Zeitschrift für Sozialen Fortschritt, Heft 4 2009, pp. 63-69
- Wallrabenstein, A 2015**, Wettbewerbsrecht der GKV, in: Ebsen, I 2015, pp. 245-262
- Wasem, J/Walendzik, A 2008**, Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung: mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung?, Wirtschaftsdienst 2008, pp. 640-647
- Weatherly, J/Laegel, R (Hrsg.) 2009**, Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Wigge, P 2006**, Kooperationsformen im Vertragsarztrecht, in: Schnapp, F / Wigge, P 2006, Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München, pp. 173-207
- Wohlgemuth, W/Freitag, M (Hrsg.) 2009**, Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Zenger, A/Jung, T (Hrsg.) 2003**, Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik – Kontext, Normen, Perspektiven, Verlag Hans Huber, Bern