

# 8 Thesen zum Innovationsfonds – aus der Sicht der BARMER GEK

CHRISTOPH STRAUB,  
MICHAEL HÜBNER,  
CHRISTIAN GRAF

Dr. Christoph Straub ist  
Vorsitzender des Vorstandes  
der BARMER GEK, Berlin

Michael Hübner ist Leiter des  
Bereiches Ambulante Versor-  
gung/Pflege/Innovation der  
BARMER GEK-Hauptver-  
waltung in Wuppertal

Dr. Christian Graf ist Leiter  
der Abteilung Produktent-  
wicklung/Versorgungsma-  
nagement/Prävention der  
BARMER GEK-Hauptver-  
waltung in Wuppertal

**Die Diskussion der Akteure im Gesundheitswesen über eine geeignete Form der Förderung von Innovationen ist nicht neu und wird nicht zuletzt in Verbindung mit der Entwicklung der Integrierten Versorgung sowie der Selektivverträge geführt. Die Verankerung des Innovationsfonds im Koalitionsvertrag ist eine wichtige Entscheidung des Gesetzgebers, die Förderung von innovativen sektorübergreifenden Versorgungsformen und der Versorgungsforschung auf einen neuen Weg zu bringen. Damit das Projekt „Innovationsfonds“ gelingt, gilt es – resultierend aus den bisherigen Erfahrungen im Zusammenhang mit Innovationsimplementierungen – ein praktikables Regelwerk zu entwickeln, das den Zugang neuer Versorgungsformen ins System ermöglicht und die Wissenschaft mit der Praxis stärker vernetzt.**

## Einführung

Der von der Bundesregierung geplante Innovationsfonds soll der Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und der Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen dienen. Damit wird das Instrument direkter monetärer Anreize für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen in der politischen Steuerung wieder aufgenommen. Nach der „RSA-Koppelung“ von Disease Management Programmen (DMP) von 2002 bis 2008 und der „Anschubfinanzierung“ für die Integrierte Versorgung (IV) zwischen 2004 und 2008 ist dies der dritte Akt politischer Einflussnahme in die Mechanismen des GKV Wettbewerbs, der idealerweise ein Wettbewerb um die Verbesserung der Versorgung, insbesondere für chronisch kranke Versicherte und damit einhergehend um Verträge zur sektorübergreifenden und

professionenübergreifenden Versorgungsgestaltung außerhalb der GKV Regelversorgung sein soll. Nicht zuletzt nach den Erfahrungen mit den DMP und der IV ist diese Form der Einflussnahme mit zahlreichen Risiken und Nebenwirkungen, aber auch mit ein paar Chancen verbunden.

Der nachfolgende Beitrag skizziert anhand von 8 Thesen die notwendigen Rahmenbedingungen für ein Gelingen des Innovationsfonds und zeigt die Hintergründe aus der einzelwirtschaftlichen Perspektive einer Krankenkasse im GKV Wettbewerb auf. Dabei liegt ein Schwerpunkt der Betrachtung auf der Rolle dieses Wettbewerbs, dem Selektivvertragshandeln und der Notwendigkeit, zukünftig noch stärker zu einem Miteinander von Wissenschaft und Praxis, also zwischen der Versorgungsforschung und dem Versorgungs- und Vertragsmanagement der Krankenkassen, zu gelangen.

## 1. Die Innovationsförderung erfolgt auf Grundlage von Verträgen im Rahmen des SGB V

„Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen“. Aus diesem werden „für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. Euro verwendet“ (Koalitionsvertrag S. 77).

Die erste Frage, die sich in Bezug auf die Ausgestaltung eines innovationsfördernden Fonds stellt, ist die nach der Definition von „innovativ“! Anknüpfend an die Diskussion von Produktinnovationen vs. Prozessinnovationen im Gesundheitswesen (z.B. Schmeinck 2006) wird schnell deutlich, dass der Schwerpunkt des Fonds unbedingt auf dem Bereich der „Prozessinnovation“ liegen sollte, also neuen Organisationsformen, die Prozesse der Gesundheitsversorgung effektiver, patientengerechter und effizienter gestalten. Die „Produktinnovation“, sprich der medizinisch technische Fortschritt bei Arzneimitteln, Medizinprodukten und medizinischen Geräten sowie komplexen Technologien, wie z.B. der sogenannten „individualisierten onkologischen Therapie“ inklusive der vorangehenden genetischen Diagnostik, scheint, über alles betrachtet, hinreichend gesichert. Die „Produktinnovationen“ werden überwiegend von großen kapitalstarken Unternehmen getragen oder aufgegriffen und in Richtung auf einen zunehmend globalen Gesundheitsmarkt entwickelt. Eine nationale Förderung über einen kollektiven Fonds könnte nur zum Ziel haben, den Anteil innovativer „deutscher“ Produkte zu erhöhen und/oder kapitalschwachen Innovatoren („start up – Unternehmen“) die notwendige Kapitalkraft zu sichern. Beide Aspekte gehören eindeutig in den Bereich der Wirtschaftsförderung und damit nicht in den Regelungskreis des Sozialgesetzbuches. Wenn im System der GKV die Notwendigkeit rascherer und durchgreifender „Innovation“ diskutiert wird, so durchgängig im Sinne eines effizienteren Einsatzes der im internationalen Vergleich reichlich eingesetzten Ressourcen. Zahl und Qualifikation von persönlichen und sachlichen Ressourcen ist hoch (Krankenhäuser, Fachärzte, (Groß)Geräte, verfügbare Arzneimittel

usw.), dringlich ist die Steigerung des damit erreichten Erfolgs. Dieser kann nur über eine bessere, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Integration und Koordination der Ressourcen gelingen. Das Ziel ist vereinfacht formuliert die Steigerung der „community effectiveness“. Die häufig unzureichend gesteuerte Einführung von „Produktinnovationen“ schwächt dagegen nicht

wie Arztnetze, indikations- oder populationsbezogene Integrierte Versorgung und Prozessinnovationen wie das Chronic Care Modell propagiert und in verschiedenen Rechtsnormen außerhalb der Regelversorgung (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 137f, 140 ff. SGB V) ermöglicht.

Diese Handlungsfelder werden auch im Innovationsfonds adressiert. Dabei regelt etwa das heutige Selektivvertrags-

recht, dass primär Abweichungen von den Regelungen des 4. Kapitels des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) möglich sind (§ 140a SGB V). Es geht also um neue Vertragsformen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die von den sonstigen Regelungen des Vertragsrechts in der GKV Regelversorgung abweichen können.

Eine Abweichung kann sich zum einen aus dem Sinn und der Eigenart der selektiven Versorgung ergeben (z. B. von der Regelversorgung abweichende Vergütungsregelungen mit dem Ziel, spezifische Anreize zu setzen und die Effizienz zu steigern). Sie kann zum anderen auch z.B. dadurch begründet sein, dass die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Selektivversorgung verbessert werden (z. B. gesonderte Qualitätskriterien für Struktur, Prozess und Ergebnis der Leistung; Koordination der Versorgung etc.).

Ein Abweichen vom Leistungsrecht der GKV (drittes Kapitel des SGB V) ermöglicht das heutige Selektivvertragsrecht hingegen nur an einer Stelle, nämlich in Bezug auf die Möglichkeit, Leistungen, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat, zu vereinbaren (§ 140b Abs. 3 Satz 4 SGB V). Damit wird der für den stationären Bereich geltende „Verbotsvorbehalt“ u.a. auf den ambulanten Bereich im Rahmen der integrierten Versorgung ausgedehnt.

Wenn man unterstellt, dass der Rechtsrahmen des SGB V auch für den Innovationsfonds Gültigkeit haben muss, so ist eine logische Voraussetzung für förderungswürdige Projekte immer auch ein Vertrag zwischen Krankenkasse(n) und Leistungserbringern. Da es sich allgemein um Leistungen „über die Regelversorgung hinausgehend“ handeln soll, folgt weiterhin, dass diese Verträge

### *Wenn im System der GKV die Notwendigkeit rascherer und durchgreifender "Innovationen" diskutiert wird, so durchgängig im Sinne eines effizienteren Ressourcen-Einsatzes.*

selten das formulierte Ziel der Effizienz. Die ordnungspolitische Reaktion war die stufenweise Einführung und Verstärkung der Nutzenbewertung für „Produktinnovationen“ in der GKV. Mittlerweile unterliegen die „Produktinnovationen“ im GKV System differenzierten Kriterien der kollektiven Nutzenbewertung (G-BA), was unter dem Aspekt der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wie auch des Patientenschutzes unbestritten sinnvoll ist. Ein Handlungsbedarf in Bezug auf die Angleichung der Regelungen zwischen ambulant-ärztlicher Versorgung einerseits und dem Arzneimittel- und Krankenhausbereich andererseits („Erlaubnisvorbehalt“ vs. „Verbotsvorbehalt“) wird in der Tendenz eher in Richtung einer generellen Nutzenbewertung vor Markteinführung von Produktinnovationen gesehen (Hess 2010).

Die Diskussion neuer Versorgungsformen (als Prozessinnovationen) setzt seit Jahrzehnten an den wesentlichen Kernproblemen der sektoralen Abgrenzung (u.a. ambulant – stationär), der mangelnden Kooperation und Kommunikation zwischen den Behandlern (z.B. Hausarzt – Facharzt), der inadäquaten Berücksichtigung der Belange chronisch kranker Patienten (Aktivierung, kontinuierliches Krankheitsmanagement) und der bestehenden Arztzentrierung mit unzureichenden strukturellen Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, z.B. durch Delegation oder Substitution, an. Entsprechend werden seit über 15 Jahren neue kooperative Organisationsmodelle

selektiv, von einer oder mehreren Krankenkassen, mit den jeweiligen Leistungserbringergruppen geschlossen werden. Antragsteller für Fondsleistungen sind somit immer Vertragspartner (Krankenkassen und Leistungserbringer) eines Selektivvertrags.

## 2. Eine Reform des Selektivvertragsrechts ist notwendig, um bestehende Hürden für innovative Versorgungsformen abzubauen

Erfreulicherweise hat die Regierungskoalition neben der Ankündigung des Innovationsfonds einen weiteren zentralen Punkt zur Stärkung von Selektivverträgen im Koalitionsvertrag adressiert:

„Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden insbesondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Vereinbarung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfachen.“ (Koalitionsvertrag, S. 67)

Mit Einführung der BVA-Vorlagepflicht ab 2012 sind an verschiedenen Stellen zentrale rechtliche Problemstellungen sichtbar geworden, die bis dato – nach dem Motto „wo kein Kläger, da kein Richter“ – über viele Jahre der Vertragspraxis unerkannt blieben. So hat die aus unserer Sicht enge Rechtsauslegung des BVA im Ergebnis die Mehrzahl neu entwickelter Selektivverträge seit 2012 verhindert. Die BARMER GEK hat in dieser Zeit 40 neue Selektivverträge (auf Basis §§ 73c bzw. 140a-d SGB V) vorgelegt. Hiervon wurden lediglich 12 Verträge durch das BVA toleriert und von den Vertragspartnern umgesetzt. 70 Prozent

der vorgelegten Verträge konnten hingegen aus unterschiedlichen Gründen nicht gestartet werden. Dabei stehen zahlreiche Detailfragen wie Teilnahmebedingungen und Verfahren bei Versicherten und Leistungserbringern, der Zulassungsstatus und andere Fragen der sektorübergreifenden Versorgung sowie insbesondere die Budgetbereinigung und Regelleistungersetzung im Fokus.

Insbesondere die Vergütungspraxis reiner „Add on“-Vergütungen ist mit dem aktuellen Gesetz sowie Rechtsprechung nicht vereinbar. In § 140c Abs. 1 SGB V heißt es dazu: „Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.“

Die Tatsache, dass eine Integrierte Versorgung nach §§ 140a-d SGB V nur dann gegeben sei, wenn ein überwiegender Regelleistungseratz vorliegt, wurde hingegen aus dem BSG Urteil vom 06.02.2008 abgeleitet: Dort wurde am Fall des BARMER GEK Hausarzt- und Hausapothekevertrages vor dem Hin-

sei, wenn es sich dabei tatsächlich um überwiegend regelleistungersetzende Inhalte handelte. Im heutigen Kontext der Integrierten Versorgung ohne Anschubfinanzierung erscheint eine solche Schlussfolgerung praktisch überholt. Für eine rechtliche Klarstellung, dass die Integrierte Versorgung zukünftig auch aufbauend auf der Regelversorgung („add on“) möglich sein sollte, sprechen mehrere Gründe:

- Die Praxis insbesondere bei den politisch so oft gepriesenen „Populationsmodellen“ mit Arztnetzen zeigt, dass vor allem ergebnisorientierte Honorarmodelle gewünscht und von den Krankenkassen auch angeboten werden können. Das „BrAVo-Konzept“ der BARMER GEK zur Förderung von Arztnetzen basiert auf einem Kennzahlensystem, aus dem eine solche ergebnisorientierte Vergütung „add on“ abgeleitet wird (Laag et al. 2013). Auch andere Vertragskonzepte wie etwa das „Gesunde Kinzigtal“ beinhalten einen erfolgsorientierten pauschalierten Vergütungsansatz unter Beibehaltung der Vergütungen in der Regelversorgung (Hermann et al. 2006).
- Der zukünftige Innovationsfonds muss so angelegt sein, dass eine Vermischung von „On Top“ Leistungen und Vergütung mit der Regelversorgung weitest möglich vermieden wird. Andernfalls würde sich verstärkt die Frage der „Doppelfinanzierung“ bereits bestehender Regelleistungen aus dem Fonds stellen oder alternativ die bestehenden Budgetbereinigungsprobleme umso geballter auf den Fonds projizieren (Ameling 2013).
- Schließlich zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre u.a., dass die Vorstellung einer kompletten Ablösung der Regelversorgung (KV System) durch Selektivverträge weder realistisch noch wünschenswert ist. Vielmehr haben sich Strategien durchgesetzt, das Selektiv- und Kollektivvertragswesen nebeneinander und idealerweise einander ergänzend zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist die Förderung von Arztnetzen im KV System nach § 87b SGB V, die erst eine darauf aufbauende wettbewerbliche Vertragsgestaltung mit einzelnen Krankenkassen um deren spezifische Ziele ermöglicht (Laag et al. 2013).

## Für eine rechtliche Klarstellung, dass die Integrierte Versorgung zukünftig auch aufbauend auf der Regelversorgung („add on“) möglich sein sollte, sprechen mehrere Gründe.

tergrund der zu dem Zeitpunkt bestehenden Anschubfinanzierung abgeleitet, dass eine solche Anschubfinanzierung (bis zu 1% der ambulanten und stationären Regelversorgung) nur dann zulässig

■ Ein weiteres Problem, das sich aus dem Anspruch „Regelleistungen zu ersetzen“ ergibt, ist, dass alle (ausschließlich) auf eine bessere Dokumentation, Koordination und Integration von Versorgung gerichteten Projekte nicht zulässig wären. Häufig ist das angemessene Ziel (ergänzender) selektivvertraglicher Regelungen aber exakt diese „ergebnisorientierte Optimierung vorhandener Ressourcen im/über den Prozess“.

Die aus dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 resultierende Vorlagepflicht hat somit selbst zu einer weitgehenden Blockade innovativer Versorgungsformen geführt. Der Abbau dieser Hürden und der dahinterliegenden rechtlichen Unklarheiten im Selektivvertragsbereich sollte daher oberste Priorität haben. Damit wird schließlich auch eine wichtige Voraussetzung geschaffen, dass ein Innovationsfonds überhaupt die gewünschte Wirksamkeit zur zielgenauen Förderung innovativer Versorgungsformen entfalten kann.

Für die Frage, welche konkreten Änderungen an den Selektivvertragsnormen erforderlich scheinen, sind nachfolgend die wesentlichen Problempunkte zusammengefasst:

- divergierende Regelungen innerhalb der Selektivvertragsnormen (insbesondere §§ 73b, c und 140a ff. SGB V),
- die zwingende Verknüpfung von Selektivverträgen mit der Budgetbereinigung,
- Interpretationsspielraum (Rechtsunsicherheit) zum zulässigen bzw. erforderlichen Versorgungsumfang der heutigen Regelungen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V (insbesondere Regelleistungersetzung).

Um zu verhindern, dass an dem durchaus fragilen Konstrukt diverser Rechtsnormen weiter „iterativ“ verfeinert wird und dies neue ungewollte Implikationen auslöst, erscheint es geboten, eine neue, universelle und knapp gefasste Vertragsgrundlage zu schaffen. Diese gestattet den Vertragspartnern im Kern, „Abweichendes“ von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V“ zu vereinbaren. Demnach kann insbesondere abgewichen werden

- von den Richtlinien des Bundesauschusses der Ärzte und Krankenkassen. Dies aber nur insofern, als die Abweichung die Qualität und Wirksamkeit der Versorgung verbessert. Die Richtlinien sind quasi als Mindeststandard zu betrachten, der selektivvertraglich nicht unterschritten werden darf,
- den Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer,
- den Regelungen zur Qualitätssicherung, sofern der dort beschriebene Standard nicht unterschritten wird.

Grundsätzlich unzulässig wäre es demgegenüber weiterhin, von dem im Dritten Kapitel niedergelegten Leistungsrecht (Beziehung zwischen Krankenkasse und Versicherten) abzuweichen, d. h. von den Vorschriften, die den Umfang der Leistungen beschreiben. Eine Ausnahme gilt lediglich insofern, dass wie auch im jetzigen § 140b Abs. 3 Satz 4 SGB V auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Versorgungsauftrag einer selektivvertraglichen Versorgung einbezogen werden dürfen (Verbotsvorbehalt).

### **3. „Add on“ Modelle ohne Regelleistungersatz sind zukünftig das Mittel der Wahl**

Aus der vorangegangenen Auseinandersetzung mit dem Status Quo der Rahmenbedingungen zum selektiven Kontrahieren soll eines deutlich werden: Selektive Vertragsmodelle können, müssen aber keinesfalls eine fundamentale Konkurrenz, keine Substitution bestehender Versorgungsstrukturen sein.

Auslöser für die im juristischen Umfeld gebildete Theorie der Substitution (Regelleistungersatz) ist wie oben beschrieben insbesondere die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 06.02.2008 zum BARMER GEK Hausarzt- und Hausapothekevertrag. So sieht das Bundessozialgericht das Erfordernis der Substitution der Regelversorgung. Dieses Erfordernis begründet das Bundessozialgericht mit der Konzeption der Integrierten Versorgung als Alternative zur Regelversorgung. Das alternative Versorgungskonzept beruhe begrifflich wie systematisch auf dem

Prinzip der Substitution. Vertragsärztliche Leistungen, die in der Regelversorgung aus der Gesamtvergütung zu honoriert werden, würden durch Leistungen im Rahmen eines vertraglich gesteuerten Versorgungsmanagements ersetzt und nicht mehr aus der Gesamtvergütung, die entsprechend zu bereinigen sei, sondern einzelnvertraglich honoriert. Daraus sei insgesamt abzuleiten, dass Behandlungsleistungen, die im Rahmen der Integrierten Versorgung erbracht werden, solche der Regelversorgung in der vertragsärztlichen oder stationären Versorgung zumindest überwiegend ersetzen müssen.

Unter diesen Rahmenvorgaben wird die Umsetzung innovativer Vertragsideen

## ***Selektive Vertragsmodelle können eine fundamentale Konkurrenz – keine Substitution – bestehender Versorgungsstrukturen sein.***

massiv erschwert. War die Umsetzung schon bislang aufgrund der interpretationsbedürftigen Voraussetzungen der bestehenden Rechtsgrundlagen mit einem nicht unerheblichen unternehmerischen Risiko behaftet, sind die Vertragspartner nunmehr aufgrund der Rechtsprechung gezwungen, in erheblichem Maße Leistungen aus der Regelversorgung in die Integrierte Versorgung zu überführen und diese Leistungen dann u.a. mit großem administrativen Aufwand zu bereinigen. Dies alles auch dann, wenn es den Parteien einzig darum geht, innovative Leistungen oder bloße Vernetzungs- und Managementleistungen zu etablieren. Das eigentliche Defizit, die fehlende Koordination und das Management zwischen den einzelnen Leistungsbereichen, erhält dadurch einen sekundären Charakter.

Um es in einem Bild zu sagen: Der Rechtsprechung folgend geht es bei innovativen Versorgungsformen nicht mehr darum, mit einzelnen Vertragspartnern und innovativen Ideen eine „Gelenkschmiere“ zwischen den Knochen einzufügen, nun müssen ganze Knochenteile aus der kollektivvertraglichen Regelversorgung herausoperiert werden, um sie mit einem hohen Aufwand über

Selektivverträge wieder als „künstliche“ Regelversorgung zu implantieren. Das Optimieren von Koordination und Management – dem eigentlichen Anliegen der Integrierten Versorgung zur Behebung der Schnittstellen – wird von der Last der Regelversorgung quasi erdrückt. Dieses zum einen aufgrund des aufwändigen Bereinigungsverfahrens. Zum anderen aber können und wollen die Parteien nicht die Regelversorgung, in die sie eingebettet sind, grundsätzlich neu erfinden, sondern sie möchten die bestehenden Sektoren koordinieren und vernetzen.

#### **4. Die Möglichkeit der Förderung aus dem Innovationsfonds darf den Wettbewerb der Krankenkassen nicht konterkarieren**

Auch ohne externe finanzielle Förderung konnte in der GKV in den letzten Jahren ein breites Spektrum innovativer Versorgungsformen etabliert werden. Hauptauslöser war zunächst die Anschubfinanzierung von bis zu 1% der ambulanten und stationären Leistungen zwischen 2004 und 2008. Doch auch nach Beendigung der Anschubfinanzierung konnte dieser Bereich weitgehend erhalten bleiben. Nach einer Umfrage des Sachverständigenrates sank die Zahl der Integrationsverträge in der GKV von 2008 auf 2009 nur um rund 2 Prozent und pendelte sich in den Folgejahren bis 2011 auf eine relativ konstante Zahl von gut 6.300 Verträgen ein. In diesem Zeitraum ist die Zahl der Teilnehmer um knapp 16% auf 1,9 Mio. Versicherte und das Umsatzvolumen um 10% auf rund 1,3 Mrd. Euro angestiegen (SVR 2012, S. 110). Nach der amtlichen Statistik KJ1 beliefen sich die GKV-Ausgaben im Jahr 2012 für Integrierte Versorgung auf 1,45 Mrd. Euro, für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c) auf 98 Mio. Euro und für Hausarztverträge auf 646 Mio. Euro. Einschließlich der DMP (6,3 Mio. Versicherte lt. KM 6 Statistik 20013) werden somit in der GKV rund 3 Mrd. Euro für innovative Versorgungsformen ausgegeben. Die BARMER GEK verfügt aktuell neben der hausarztzentrierten Versorgung und den DMP über 280 laufende Selektivverträge (s. Tabelle 1).

Befürchtungen, dass der Wegfall der Anschubfinanzierung unter den Bedin-

**Tabelle 1: Selektivverträge der BARMER GEK (§§ 140a-d, 73a, 73c SGB V)**

Versorgungsbereich	Anzahl Verträge
Endoprothetik (Hüfte, Knie)	55
Ambulantes Operieren	32
Kardiologie	25
Onkologie	25
Augenerkrankungen	20
HNO (Kinder)	18
Hautkrebsvorsorge	12
Versorgungsnetze	10
Diabetes / Diabetischer Fuß	10
Psychische Erkrankungen	9
Rheuma	7
Parkinson	6
Homöopathie	5
Rückenerkrankungen	5
Geriatrie	5
Wundversorgung	4
Schlaganfall	4
Kinder-Palliativmedizin	3
Osteoporose	2
Neurochirurgie	2
Suchterkrankungen	2
Pädiatrische Erkrankungen	2
Muskelschwäche bei Kindern	1
Extremitätenchirurgie	1
ADHS	1
Asthma/COPD	1
HNO (Cochlea-Implant)	1
Kopfschmerz/Migräne	1
Polysomnographie	1
Mammadiagnostik	1
Gefäßerkrankung	1
Nephrologie	1
Neurologie	1
Stoffwechselerkrankung	1
Mukoviszidose	1
Hämophilie	1
Epilepsie	1
Behindertenversorgung	1

gungen des Gesundheitsfonds zu einem Einbruch der Selektivverträge und neuen Versorgungsformen führen würden, blieben somit weitgehend unbegründet. Wenn gleichwohl der zögerliche Ausbau neuer Selektivverträge beklagt wird, mögen die dafür maßgeblichen Gründe u.a. rechtlicher Natur sein (s. Thesen 2 und 3). Darüber hinaus sind insbesondere die in Verbindung mit den viel beklagten Evaluationsproblemen zu betrachtenden Unklarheiten über den erwarteten Nutzen und den „Return on Invest“ zu nennen (s. These 6).

Der Innovationsfonds sollte in diesem Zusammenhang lediglich als „Finanzspritze“ wirken. Diese kann und darf die Vertragspartner innovativer Versorgungsformen nicht von der Pflicht entbinden, durch sorgfältige Evaluation Klarheit über den gesundheitlichen und ökonomischen Gewinn zu erzielen, durch klare Konzeption und Zielsetzung für eine möglichst hohe Erfolgswahrscheinlichkeit zu sorgen und dafür kurz-, mittel- und langfristig auch die (finanzielle) Verantwortung zu tragen. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden und die zwingend notwendige wirtschaftliche Verantwortung für die Verträge von vornherein nicht aus den Augen zu verlieren, gilt es u.a., sich den Wettbewerb der Krankenkassen zu Nutzen zu machen, diesen zu stärken und nicht zu konterkarieren.

Konkret bedeutet dies, dass ein Antragsrecht für die einzelnen Krankenkassen gegeben sein muss. Zudem ist der Vorschlag der Teilfinanzierung – z.B. 50% Eigenfinanzierungsquote der Antragsteller / Vertragspartner – zu unterstützen (Ameling 2013). Damit wird trotz einer temporären finanziellen Förderung das Prinzip der wirtschaftlichen Verantwortung und damit verbundenes unternehmerisches Denken aller Akteure erhalten. Die „Einheit von Handeln und Haften“ bliebe somit wirksam.

## **5. Die Verteilung der Mittel aus dem Innovationsfonds muss bedarfsgerecht erfolgen**

Die Verteilung der Mittel zur Förderung innovativer Versorgungsformen kann sich nur aus zwei Parametern ergeben: a) Der Versorgungsbedarf in einer Region (z.B. Probleme der ländlichen Ver-

sorgung, besondere Prävalenzen) oder b) der Anzahl und Qualität innovativer Versorgungsideen (einschließlich der Vertragspartner, die für eine qualifizierte Umsetzung bereit stehen). Der Fonds muss für eine sachgerechte Verteilung sorgen, die einen Ideenwettbewerb und Innovationsgeist fördert und die Prob-

## ***Der Fonds muss für eine sachgerechte Verteilung sorgen, die einen Ideenwettbewerb und Innovationsgeist fördert und die Problemlagen der Regionen berücksichtigt.***

lemlagen der Regionen berücksichtigt. Eine pauschale Verteilungsregelung, etwa nach dem „Königsteiner Schlüssel“ würde hingegen genau die befürchtete „Gießkanneiwirkung“ mit den ebenso oft zitierten „Mitnahmeeffekten“ erzeugen! Ein Automatismus, demzufolge ein Bundesland a priori über ein entsprechendes „Budget“ verfügt und etwa erst dadurch Überlegungen anstellt, wie dieses Geld verausgabt werden könnte, würde somit die schlimmsten Befürchtungen der Fonds-Skeptiker bestätigen und allen Zielen des Fonds zuwider laufen.

## **6. Versorgungsforschung ist Bestandteil des gesamten Innovationsprozesses und sollte daher nicht außerhalb der im Innovationsfonds geförderten Versorgungsformen stehen**

Selektivverträge nach §§ 73a, b, c oder 140a-d SGB V erfordern bis dato keine externe wissenschaftliche Evaluation. Gleichwohl liegt es im originären Interesse der jeweils durchführenden Krankenkasse, im Rahmen eines Vertragscontrollings Aussagen über die Ergebnisse, Effektivität und Effizienz des Selektivvertrags zu erhalten. Der hohe allgemeine wirtschaftliche Druck und die Notwendigkeit, medizinische wie auch ökonomische Effekte zwischen den Vertragspartnern transparent zu machen, etwa bei der Berechnung von erfolgsabhängigen Zahlungen, reichen dabei in der Realität aus, die umfassende, methodisch fundierte Bewertung sicher zu stellen. Eine „wissenschaftliche“ Evaluation

ist dabei vielfach nicht nur methodisch nicht überlegen, sondern induziert nur zusätzliche Kosten, die die Gesamtwirtschaftlichkeit der Projekte belasten und so als „Fortschrittsbremse“ wirken. Effektivität und Effizienz lassen sich aus methodischer Sicht immer dann einfach abbilden, wenn Plandaten etwa über das Umsatzvolumen, die Teilnehmerzahl und z.B. über definierte Erfolgskennzahlen im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs verifiziert werden. Wenn z.B. das Ziel gesetzt wird, die Zahl der Rückenoperation in einer definierten Region im Jahr 1 nach der Vertragsumsetzung um 20 Prozent ggü. dem Vorjahr zu senken, so kann dies bei Definition der relevanten Rahmenbedingungen (z.B. Versichererentwicklung, Strukturkennzahlen) pragmatisch überprüft werden. Geht es dagegen beispielsweise um den Nachweis der globalen Ausgabensenkung bei der Population der IV-Teilnehmer in einer Region, so stellen sich gleich mehrere methodische Probleme:

- Wenn eine randomisierte Kontrollgruppenbildung vor Interventionsbeginn nicht vorgenommen wurde bzw. nicht möglich ist, gilt es, nachträglich eine adäquate Vergleichsgruppe zu definieren und insbesondere relevante Einflussfaktoren der Teilnehmerselektion zu kontrollieren. Dazu werden statistische Verfahren wie etwa das Propensity Score Matching genutzt (Rosenbaum, Rubin 1983). Eine aussagekräftige Evaluation nach diesem Prinzip ist jedoch nur in dem Maße möglich, wie die praktisch relevanten Selektionsfaktoren in den verfügbaren Daten enthalten sind. Entscheidende Faktoren wie etwa die Motivation des Patienten und seines behandelnden Arztes bleiben im Regelfall außerhalb der Betrachtung.
- Vielfach liegt die reale Teilnehmerzahl unterhalb der benötigten Mindestzahl für ein statistisch signifikantes Ergebnis. Dies ist z.B. bei indikationsspezifischen Verträgen einzelner Kassen häufig zu beobachten. Sofern die auf Freiwilligkeit, „Innovationsgeist“ und Wettbewerb entwickelten Projekte nicht von vornherein an eine definierte Mindestgröße geknüpft werden, liegt in solchen Fällen ein Vertrag vor, der zwar sehr wertvoll sein kann, um neue Versorgungskonzepte zu testen („Hypothesen generierender Ansatz“), über

dessen Nutzenbilanz die Vertragspartner aber keine statistisch belastbare Aussage treffen können.

- Beide Problemstellungen werden durch die gesetzlich zwingende Bindung an eine Einschreibung des Versicherten noch verschärft. So kann in der Regel nur ein Anteil von 20 bis 30 Prozent der potenziell betroffenen Patienten tatsächlich gewonnen werden. Diese weisen wiederum eine deutlich größere Ausgangsmotivation im Hinblick auf die relevanten Vertragsziele auf, so dass der mutmaßliche Selektionseffekt noch um ein Vielfaches höher ausfällt als das z.B. bei einer „geclusterten“ leistungserbringerbezogenen Evaluation der Fall wäre.

Alle genannten Probleme können im Rahmen einer umfassenden Projektkonzeption berücksichtigt und teilweise auch pragmatisch gelöst werden. Diese Beispiele verdeutlichen aber, dass die Evaluation nicht erst nachträglich eingeführt werden kann, sondern zwingend von Beginn an integraler Bestandteil der Projektkonzeption sein muss. Richtigerweise stellt der Koalitionsvertrag zukünftig höhere Anforderungen, in dem jeder Selektivvertrag nach 4 Jahren einen Nachweis über dessen Nutzen erbringen müssen. Auch die Stärkung der Versorgungsforschung im Rahmen des Innovationsfonds könnte hier zu einer Intensivierung der Ressourcen und Bündelung der Kompetenzen beitragen. Weil Konzeption und Evaluation aber Hand in Hand gehen müssen, liegt eine zentrale Herausforderung u.a. darin, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei den unternehmerisch verantwortlichen Vertragspartnern zu belassen und zu stärken.

Den genannten methodischen Problemen der Erfolgsmessung vorgelegiert ist vielfach das Problem der unklaren Zielsetzung. Zahlreiche Projekte werden in gutem Glauben an eine Versorgungs-idee gestartet, ohne dass z.B. das zu adressierende Versorgungsdefizit genau benannt und quantifiziert wird. Oder es wird z.B. eine Intervention entwickelt, mit der etwa die Hospitalisierungsrate von Herzinsuffizienz-Patienten durch regelmäßiges Telemonitoring des Gewichts gesenkt werden soll, ohne dass der hohe Anteil durch Multimorbidität bedingter Krankenhausaufenthalte bei diesen Patienten in Betracht gezogen wird.

Ein Schwerpunkt der Entwicklung eines innovativen Versorgungsangebots muss daher immer auf der Definition der eigentlichen Zielsetzung und des Weges zur Zielerreichung liegen. Das bedeutet u.a.

- klare Benennung (und ggf. durch Versorgungsforschung spezifische Analyse) eines (regionalen) Versorgungsdefizits
- Entwicklung problemadäquater Interventionen zur mutmaßlichen Problembehebung
- Gemeinsam konsentierte Abschätzung des Umfangs der mit diesen Maßnahmen möglichen Problembehebung
- Möglichst genaue Definition der Zielgruppe und Entwicklung von Maßnahmen zur zielgenauen Erreichung dieser Patienten unter weitestgehender Vermeidung von „Streuverlusten“
- Berechnung der daraus ableitbaren Effekte im Hinblick auf gesundheitliche Verbesserung (Outcome) und kurz- bzw. mittelfristige Einsparung von Folgebehandlungen (Effizienz)
- Ermittlung und Vereinbarung einer den Effekten adäquaten Zusatzvergütung an die Behandler.

Aus dieser Auflistung wird u.a. erkennbar, dass z.B. ein Schwerpunkt der Versorgungsforschung im Kontext innovativer Versorgungsprozesse auf der Ausgangsanalyse bei der Projektentwicklung liegen sollte. So gilt es, Hypothesen zu prüfen, regional- und kassenspezifische zu quantifizieren. Der zweite wesentliche Schwerpunkt der Versorgungsforschung betrifft daran anknüpfend die umfassende zielgenaue und problemadäquate Evaluation. Drittens sollte die intensivere wissenschaftliche Begleitung innovativer Versorgungsformen im „Versorgungsforschungsteil“ des Fonds auch dazu genutzt werden, mehr Transparenz und Öffentlichkeit über die Vertragsangebote zu erzielen und z.B. eine Art öffentliche Qualitätsberichterstattung neuer Versorgungsformen zu etablieren.

Hier ist eine Unterscheidung zwingend und in der Ausgestaltung der Regelungen zu den beiden Teilen des Innovationsfonds dringend zu beachten. Während im

„Versorgungsforschungsteil“ des Fonds die wissenschaftliche Begleitung und Bearbeitung der Aktivitäten das zentrale Ziel ist und damit die (unmittelbare) Öffentlichkeit der Ergebnisse als Basis der wissenschaftlichen Diskussion, verhält es sich im „Versorgungsteil“ des Innovationsfonds grundsätzlich anders. Im „Versorgungsteil“ werden Partner auf Seiten von Krankenkassen und Leistungserbringern eigene Ressourcen an „know how“, qualifiziertem Personal und zusätzlichen Geldern nur (!) dann investieren, wenn der Einsatz dieser Ressourcen befristet (!) einen Vorteil im Wettbewerb bedeutet. Die häufig vorgetragene Forderung, alle Inhalte und Ergebnisse innovativer Versorgungsformen müssten sofort der Öffentlichkeit dargelegt werden, zerstört jede Motivation. Der Fortschritt in einem Wettbewerbssystem GKV kann nicht direkt „öffentliche Güter“ schaffen. Das Engagement der Vertragspartner erfordert vielmehr Schutz. Der Beitrag zum Fortschritt des gesamten Systems wird von den Akteuren aus primär eigenständlichen Motiven erbracht. Wie in der Welt der Wirtschaft müssen aber Innovationen – z.B. nach dem Auslaufen von Patenten – allgemein zugänglich werden. Es muss geregelt sein, wann und wie die Erkenntnisse aus dem geförderten Selektivvertragshandeln öffentlich zugänglich werden sollen. Eine Erkenntnis steht: jeder Versuch der Innovationsförderung der öffentlichen Hand in der GKV, ohne die frühzeitige, unmittelbare Beteiligung

***Der allgemeine Erkenntnisfortschritt wird nie direkt zu „öffentlichen Gütern“ führen, sondern nur gekoppelt an und in Rücksicht auf die Eigenheiten und Zwänge der Akteure im GKV-Wettbewerbssystem.***

der Akteure ist gescheitert. „Föderruinen“ und die konsequente Änderung der Föderrichtlinien von Ministerien und DFG belegen dies. Also wird der allgemeine Erkenntnisfortschritt nie direkt zu „öffentlichen Gütern“ führen, sondern nur gekoppelt an und in Rücksicht auf die Eigenheiten und die Zwänge der

Akteure im GKV-Wettbewerbssystem von Haus- und Fachärzten, Pflegekräften, Hebammen, Krankenhäusern und Krankenkassen.

Diese Kernaufgaben gilt es zukünftig über den Fonds zu sichern. Damit könnte nicht zuletzt ein Quantensprung in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis erzielt werden. Eine Versorgungsforschung, die an konkreten Verträgen und Maßnahmen vorbeigeht, hätte hingegen keine weitergehende Relevanz. Nur wenn sich Versorgungsforschung tatsächlich auf die Projektentwicklung der vertragsverantwortlichen Akteure einlässt und andererseits die Ressourcen für eine gründlichere Theorie und Konzeption versorgungsverbessernder Intervention gebündelt werden, könnte mit dem Innovationsfonds ein weiteres zentrales Ziel erreicht werden: Mehr Transparenz und Nachhaltigkeit innovativer Versorgungsformen zum kollektiven Erkenntnisgewinn, ohne dass individuelle Verantwortung und Nutzen des Selektivvertragswettbewerbs untergraben werden.

## **7. Zielgenaue Förderung dort, wo die betriebswirtschaftlichen Mechanismen des GKV Wettbewerbs nicht greifen.**

Um zu vermeiden, dass eine Förderung dort erfolgt, wo die Vertragspartner ohnehin tätig geworden wären, muss eine vertiefende Auseinandersetzung mit der betriebswirtschaftlichen Rationalität einer Krankenkasse im Wettbewerb stattfinden. Neben der o.g. verstärkten Investition in die umfassende projektbegleitende Versorgungsforschung sind insbesondere zwei Konstellationen denkbar, die eine externe temporäre Finanzierungshilfe begründen können:

- Das Investitionsrisiko ist als hoch einzustufen und der Return of Investment ist (noch) unklar. Hierbei hat der Fonds den Charakter einer temporären „Anschubfinanzierung“ mit der Erwartung der Vertragspartner, dass sich das Projekt nach mehrjähriger Laufzeit selbst tragen kann. Hierbei gilt es u.a. im Vorfeld zu definieren, unter welchen Bedingungen und in welchem Zeitraum eine Refinanzierung zu erwarten ist. Zudem sollten Unsicherheiten und Risiken nach bisheriger Evidenzlage berücksichtigt

und dokumentiert werden. Nur bei einem plausiblen Transferszenario in die Phase nach Abschluss der Förderung sollte diese bewilligt werden (s. These 8).

- Eine externe Projektfinanzierung ist auch dann notwendig, wenn eine geplante Maßnahme zwar eine signifikante Versorgungsverbesserung erbringen kann, die aber wahrscheinlich weder kurz-, mittel- noch langfristig mit einer Ersparnis der Leistungsausgaben einhergeht. Vielmehr könnte die Versorgungsverbesserung sogar zu einer Erhöhung der Ausgaben führen. In diesem Fall muss eine gemeinsame und einheitliche Entscheidung der Kollektivvertragspartner über den erwartbaren Wert der gesundheitlichen Outcome-Verbesserung getroffen werden und bereits zu Projektbeginn die Frage der späteren Finanzierung bzw. des Transfers in die Regelversorgung erfolgen.

Beide Konstellationen sollten im Zuge der Kriterienentwicklung für Förderanträge berücksichtigt werden. Denn bei der Kriterienentwicklung sollte nicht von Beginn an der inhaltliche oder formale Rahmen zu eng gewählt werden. Wer könnte auf der heute bisweilen sehr lückenhaften Evidenzlage ein Urteil fällen, dass die pflegerische Versorgung in einem ländlichen Gebiet Vorrang vor einem indikationsspezifischen Projekt etwa aus der Rheumatologie haben sollte? Was zählt, ist vielmehr die plausible mittelfristige Erfolgsaussicht und eine Konzeption, wie es nach einer Projektförderphase weitergehen kann.

## **8. Zentrales Förderkriterium ist immer ein plausibles Szenario für den Transfer in die Regelversorgung nach Ende der Projektförderung**

Ein gutes Management, gute Ideen, Qualitäts- und Effizienzverbesserungen müssen belohnt werden; wer dem innovativen Unternehmen diese Vorteile nimmt, handelt kontraproduktiv. Andererseits kann und soll diese Art von Fortschritt auf Dauer allen GKV-Versicherten zugute kommen.

Zwischen diesen zunächst konträren Anforderungen bewegt sich die Gesetzgebung, wenn Versorgungsinnovationen im System befördert werden sollen. Gleichwohl halten wir diesen Diskurs von zentraler Bedeutung. Wer glaubt, Innovationen werden von der Gesellschaft insgesamt, von regionalen Anbietergruppen oder den Krankenkassen gemeinsam initial angeschoben, geht das Risiko ein, entweder im Stillstand zu verharren oder aber Vorzeigemodelle mit eher regional-politischer Motivation anzugehen. Insfern leitet sich daraus ab, dass selektive Versorgungsvorhaben zwar das Problem inne haben, nicht im gesamten Setting wirken zu können, diese jedoch unabdingbar sind, um über einen Wettbewerb der guten Ideen den Prozess der Veränderung wirklich zu beleben.

Darüber hinaus setzt ein (später möglicher) Transfer in die Regelversorgung voraus, dass jedes durch einen Innovationsfonds gefördertes Versorgungsmodell auf Basis der Normen des Leistungserbringerrechts (Vertragsrechts) des Fünfen Buches Sozialgesetzbuch fußt. Andernfalls ist nicht auszuschließen, dass rein wissenschaftlich offerierte Projekte eher

## **Nach Abschluss einer Projektförderung sollte bei nachgewiesenen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeits-Effekten eine Beitrittsoption für alle Krankenkassen gegeben sein.**

ein Dasein in der Retorte fristen und in der Folge unter realen Bedingungen der Versorgungslandschaft und deren Beziehungsebenen zum Scheitern verurteilt sind.

Ein zentraler Erfolgsfaktor für den Innovationsfonds ist Beständigkeit und Verbreitung der als erfolgreich getesteten Projekte. Insoweit muss ein plausibles Szenario für den Transfer in die Regelversorgung ein entscheidendes Förderkriterium sein (s. These 7). „Transfer in die Regelversorgung“ muss dabei aber nicht ausschließlich die Befristung eines kassenspezifischen Selektivvertrags mit anschließender Überführung in das Kollektivvertragssystem bedeuten. Vielmehr kann ein solcher Transfer auch durch die dauerhafte Etablierung eines Selektions-

tivvertrags erfolgen. Gleichwohl sollte nach Abschluss einer Projektförderung bei nachgewiesenen Effekten in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit eine Beitrittsoption für alle Krankenkassen gegeben sein. Nur so kann letztlich das oben aufgezeigte Spannungsfeld aufgelöst werden und die durch den Fonds unterstützte Innovation allen Versicherten und Patienten in der GKV zugute kommen.

## Fazit

Der von der Bundesregierung geplante Innovationsfonds soll der Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und der Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen dienen und diesem Handlungsfeld „neues Leben einhauchen“. Wie auch bei früheren Anläufen ist die externe finanzielle Einflussnahme mit zahlreichen Risiken und Nebenwirkungen, aber auch mit Chancen verbunden.

Die bedeutendste Chance wird dabei in dem deutlichen ökonomischen Impuls in Verbindung mit methodischen Rahmenvorgaben liegen. Bei aktuell rund 3 Mrd. Euro GKV Ausgaben für Integrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, Hausarztzentrierte Versorgung und Disease Management Programme stellen die 300 Mio. Euro jährliches Fördervolumen aus dem Fonds eine beträchtliche zusätzliche Summe dar. Eine große Chance besteht in der qualitativen Weiterentwicklung der Methodik der Struktur- und Prozessinnovation in der GKV. Durch die Mechanismen des Fonds könnte mehr Transparenz über die unzureichend erklärten Prozesse und Wirkungen des Selektivvertragshandelns, insbesondere durch eine stärkere Vernetzung von Wissenschaft und Praxis erreicht werden. Der häufig kritisierte und ohne Zweifel bestehende Nachholbedarf in Bezug auf die umfassende Evaluation von Selektivverträgen und vorgeschaltete regional-spezifische Versorgungsanalysen, aber auch hinsichtlich des Anwendungsbezugs der Versorgungsforschung kann in diesem Rahmen gedeckt werden.

Entsprechend kann das größte Risiko des „Unternehmens Innovationsfonds“ darin gesehen werden, dass die o.g. Chance ungenutzt bleibt und einmal mehr opportunistische Angebote der unterschiedlichen Akteure bedient

werden. Wenn der Fonds keinen Erfolg haben sollte, wird das Handlungsfeld innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen mutmaßlich wieder für längere Zeit aus dem Fokus der Gesundheitspolitik verschwinden. Gelingt der Impuls, so könnte tatsächlich eine neue Qualität erreicht werden, Selektivverträge können wirksam aus dem Nischendasein in die Flächenversorgung gehoben werden und ein neues Miteinander von selektivvertraglichen und kollektivvertraglichen Partnern, wissenschaftlichen Institutionen und allen Akteuren rund um den gemeinsamen Bundesausschuss kann entstehen. ■

## Literatur

- Ameling, V., Wolf, S. (2013):** Innovationsfonds – von der guten Idee zur richtigen Umsetzung. G+S 5/2013, S. 49-52
- Bundessozialgericht (2008):** Urteil zum BARMER Hausarzt- und Hausapothenkervertrag. Aktenzeichen B 6 KA 27/07
- Laag, S., Ullrich, W., von Maydell, B., Pankratz, M., Kleff, G., Beckmann, T., Graf, C. (2013):** Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance: Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze. In: Repschläger, U., Schulte, C., Osterkamp, N. (Hg.). Gesundheitswesen aktuell 2013, S. 222-247
- Hermann, C. et al. (2006):** Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik 5–6, S. 11–29. <http://m.aerzteblatt.de/print/135616.htmhabe>. In: Deutsches Ärzteblatt 2013 110/11.
- Hess, R. (2010):** Zur Bedeutung von Innovationen im Gesundheitswesen. In: Schumpelick, V., Vogel, B. (Hg.), Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen. Freiburg: Herder. S. 47-58
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD.** 18. Legislaturperiode. Deutschlands Zukunft gestalten.
- Rosenbaum, P.R., Rubin, D.B.** The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika. 1983;70. S. 41-55
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.**
- Sondergutachten – SVR (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Bonn.
- Schmeinck, W. (2006):** Medizinisch-technischer Fortschritt – Fluch oder Segen? In: Rebscher, H. (Hg.). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Econimica. S. 223-240

# Wohlfahrt Gemeinschaft und Verantwortung



## Öffentliche und Soziale Steuerung – Public Management und Sozialmanagement im Diskurs

Herausgegeben von  
Andrea Tabatt-Hirschfeldt  
2014, 190 S., brosch., 34,- €  
ISBN 978-3-8487-0155-1  
(Forschung und Entwicklung in der Sozialwirtschaft, Bd. 8)

Die Grenzen zwischen 1., 2. und 3. Sektor verschwimmen zunehmend, der intermediäre Bereich weitet sich immer mehr aus. In einer gemeinsam verantworteten und ausgeführten Wohlfahrtsproduktion (Wohlfahrtsarrangements) stellt sich die Frage, wie Wohlfahrt künftig gemeinschaftlich gestaltet und verantwortet werden kann. Die Autoren des Sammelbandes nehmen hierzu Stellung. Der wissenschaftliche Diskurs bietet dabei Anhaltspunkte für Forschung und Lehre.

Portofreie Buch-Bestellungen  
unter [www.nomos-shop.de/20302](http://www.nomos-shop.de/20302)

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



**Nomos**