

1 Managed Care für Deutschland – Ein ganzheitliches Konzept unter besonderer Berücksichtigung von Finanzierungsüberlegungen

PROF. DR. GÜNTHER E. BRAUN, ANDREAS BINDER,
JOHANNA BURKART, DR. ANDRÉ SCHUMANN

1.1 Philosophie des Managed Care

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung geht es um eine, dem Stand medizinischer Evidenz entsprechende, qualitativ ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen, welche zugleich im Kontext einer wirtschaftlichen Leistungserstellung zu erbringen ist. Somit sind auf der Makro-, Meso- und Mikroebene gleichzeitig Ausgaben und Leistungen bzw. Qualität zu steuern, um auf diese Weise die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens sicherzustellen.¹ Die Steuerung soll hierbei mehr und mehr wettbewerblichen Koordinationsformen überlassen werden. Vor diesem Hintergrund lohnt es sich, die sog. Managed Care-Konzeption zu betrachten. Sie hat sich in den USA entwickelt, und wir finden Einsatzfelder in unterschiedlichen Ländern. In Deutschland gibt es seit einigen Jahren Anwendungen und Beispiele für Managed Care. Mit Hilfe von Managed Care-Organisationen werden Steuerungsinstrumente eingesetzt, um Effektivitäts- und Effizienzziele zu erreichen.

Jedoch existiert weder in den USA noch in Deutschland eine einheitliche und abschließende Definition von Managed Care. Sinngemäß lässt sich Managed Care als geführte Versorgung übersetzen.² Wie diese Führung jedoch gestaltet sein soll, ist noch nicht konsentiert. Wir plädieren für einen ganzheitlichen

1 Vgl. Braun, Schumann, Güssow et al. (2009).

2 Vgl. Seitz, Fritz (2005).

Ansatz. Das bedeutet, dass Kostenträger und Leistungserbringer entlang der sog. Wertschöpfungskette unter Anwendung von Management- und Finanzierungsprinzipien zur Steigerung des Patientennutzens zusammenarbeiten. Eine ausschließliche Führung durch Kostenträger – wie historisch in den USA – ist nicht zielführend, weil dies die hohe Bedeutung der Leistungserbringer außer Acht lässt. Managed Care hat auch nicht den Status einer in sich geschlossenen Theorie – stattdessen stellt es eine Sammlung verschiedener Organisationsformen und Managementprinzipien dar.³

Traditionelle Arbeitsteilungen und die Trennung der medizinischen Leistungserbringung von einer finanziellen Verantwortung werden im Rahmen eines Managed Care tendenziell aufgehoben.⁴ Ökonomische und nicht-ökonomische Anreize für alle Beteiligten, also Kassen, Leistungserbringer und Patienten, gewinnen deshalb innerhalb der „geführten Versorgung“ eine hohe Bedeutung. Mit dem Einsatz von Fall- und Kopfpauschalen in Managed Care-Formen können wichtige Kostenziele und eine umfassende Prozeßorientierung über die Sektorengrenzen hinweg erreicht werden. Um Einschränkungen zu Lasten der Qualität zu vermeiden, ist eine systematische Qualitätsorientierung parallel einzuführen. Auch Einzelleistungsvergütungen sind in ausgewählten Bereichen weiterhin zu verwenden. Sofern eine Kostensenkung erwirtschaftet wurde – ohne selbstverständlich die Qualität zu verringern – sind neben den Leistungserbringern und Kassen die Patienten in gleicher Weise daran zu beteiligen. Gerade für die Patienten sollen in Managed Care-Formen darüber hinaus Anreize angeboten werden, um ein präventionsorientiertes und gesundheitsbewusstes Verhalten zu ermöglichen. Hier ist zukünftig eine verstärkte Zusammenarbeit aller Managed Care-Partner notwendig, unter Verwendung der Versorgungsforschung, um erfolgreiche Anreize zu entwickeln. Denn

3 Vgl. dazu detaillierter Schumann, (2009).

4 Vgl. Wagner, Kongstvedt (2007).

offensichtlich sind die im Rahmen einer herkömmlichen Gesundheitsförderung erhofften Effekte nicht eingetreten.⁵

Managed Care kann sich am ehesten in dezentralen Lösungen entfalten, so dass es sich mit Amelung um ein mikroökonomisches Konzept handelt. Auch eine dezentral geführte Versorgung benötigt gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen des Bundesgesetzgebers, so dass sich Managed Care innerhalb eines regulierten Gesundheitsmarktes bewegt, wenngleich die Vorgaben „liberalisiert“ sind und insofern den Beteiligten einen gewissen Spielraum gegenüber kollektivvertraglichen Regelungen verschaffen. Das Instrument des selektiven Kontrahierens zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern wird dabei ein Bestandteil solcher Rahmenbedingungen sein. Wir gehen davon aus, dass zukünftig entstehende Selektivverträge in ihrer Summe nicht die Regelversorgung im Gesundheitswesen ersetzen sollen. Vielmehr ist ein Nebeneinander von innovativen Versorgungsstrukturen auf Selektivvertragsbasis und Regelversorgung anzustreben, wobei der Anteil der Selektivverträge innerhalb der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Patientenzahlen und Umsätze zunehmen wird. Denn Managed Care als dezentrales Lösungsmuster bietet besondere Chancen für innovative Versorgungsformen. Hierfür zeigt sich die Bedeutung einer regionalen, kleinräumig angelegten Bildung von Gesundheitsnetzwerken, deren Kompetenz im dezentralen Management regionaler Versorgungsprobleme liegt. Wenn hierzu Selektivverträge abgeschlossen werden, handelt es sich um populationsorientierte Modelle für eine Region. Solche Selektivverträge sollen z.B. der Logik der Modelle des Kinzigtals, der Oberpfalz in Amberg und der regionalen Prospernetze folgen. Die Hausarztverträge nach § 73b des GKV-OrgWG gehören so ohne weiteres nicht dazu.

5 Vgl. Klotter (2009).

1.2 Wertschöpfungsorientierung des Managed Care

Die ursprüngliche Intention der Managed Care-Konzeption war eine bloße Ausgabensenkung. Die Rolle der Qualität war anfangs unklar. Nach unserem Verständnis soll innerhalb des Managed Care eine möglichst kostengünstige Gesundheitsversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau sichergestellt werden. Dazu hat sich das Handeln der Managed Care-Akteure am gesamten Behandlungsprozess eines Patienten, d.h. entlang der kompletten Wertschöpfungskette, zu orientieren, so dass die fragmentierte Gesundheitsversorgung durch zielgerichtetes Koordinieren der Leistungserbringer überwunden wird. Hierbei bedient man sich einer umfassenden Sichtweise des Prozesses der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und berücksichtigt im Idealfall alle Etappen einer Patientenkarriere (vgl. Abb. 1).

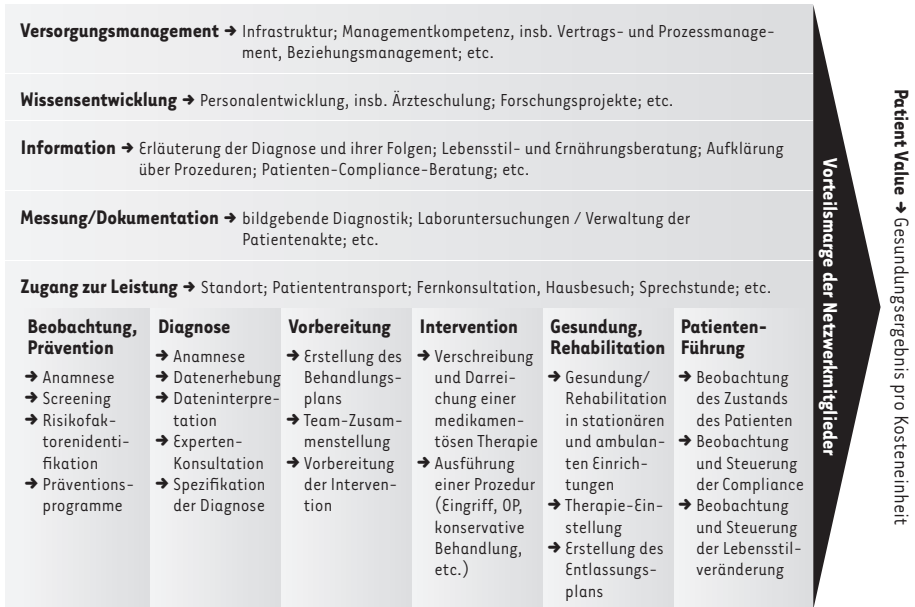


Abb. 1: Wertschöpfungskette für einen Behandlungsprozess des Patienten

Die Wertschöpfungsaktivitäten beziehen sich im Gesundheitswesen auf die Behandlung bzw. Prävention von Krankheiten. In Anlehnung an Porter und Teisberg sind alle sechs Primäraktivitäten und alle fünf unterstützenden Aktivitäten über alle Sektoren und Fachbereiche hinweg auf einen maximalen Patient Value, d.h. Patientennutzen (Gesundungsergebnis pro Kosteneinheit), ausgerichtet.

Für das deutsche Gesundheitssystem können wir alle Managed Care Formen entlang des gesamten Behandlungsprozesses als integrierte Versorgungsformen bzw. -strukturen bezeichnen. Da es analog zum Managed Care Konzept auch keine konsentierten integrierten Versorgungsformen gibt, befindet man sich derzeit in einer Phase des Experimentierens innerhalb des lernenden Systems der Versorgungsstrukturen. Unter dem Überbegriff „integrierte Versorgungsformen“ oder „innovative Versorgungsformen“ vereinen wir zahlreiche moderne Kooperations- bzw. Versorgungsformen. Das Sozialgesetzbuch V sieht dafür mehrere gesetzlich definierte Handlungsformen vor, die ein weites Feld von Realisierungsmöglichkeiten umschließen, zum Beispiel Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V, Strukturverträge nach § 73 a SGB V, integrierte Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V, Hausarztverträge nach § 73 b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung (für Fachärzte) nach § 73 c SGB V, Medizinische Versorgungszentren nach § 95 a SGB V. Daneben spielen weitere Konzepte eine Rolle, die zu innovativen Handlungsformen führen können. Allerdings ist bei ihnen der Integrationsgedanke nur partiell, d.h. für einen bestimmten Bereich des Gesundheitswesens, realisiert. In diesem Kontext sind das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V, die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V und Disease Management nach § 137f. SGB V zu nennen. Letztlich sind ebenso Kombinationen verschiedener Normen möglich. Außerdem sind Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen nach § 53 SGB V zur Verbreitung solcher innovativen Handlungsformen geeignet. Und ganz neue Wege integrierter Versorgungsmodelle, insb. mit Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen, gestattet

das bekannte Instrument der Rabattverträge nach § 130 a Abs.8 SGB V.⁶

Welche der gesetzlich möglichen integrierten Versorgungsstrukturen sich letztlich durchsetzen, weiß man heute noch nicht.

Der Kern integrierter Versorgungsstrukturen ist nach unserem Managed Care-Verständnis der Patient und das Bestreben, seinen Bedarf nach Gesundheitsleistungen mit höchster Qualität auf möglichst kosteneffektive Art und Weise zu decken. Ihr Potenzial schöpfen die integrierten Versorgungsstrukturen insbesondere dann aus, wenn es um die Versorgung chronisch kranker Patienten bzw. allgemein um die Versorgung von Patienten mit langjährigen und von diversen Versorgungseinrichtungen zu betreuenden Krankheitsbildern und damit tendenziell hohen Abstimmungskosten unter den Beteiligten geht. Hier wird die medizinische Perspektive durch die ökonomische ergänzt.⁷

1.3 Patientenorientierung des Managed Care

Grundgedanke des Managed Care-Ansatzes entlang der Wertschöpfungskette ist eine möglichst flüssige und effektive Behandlung eines jeden Patienten. Ein wichtiger Faktor für diese Zielerreichung ist die Motivation des Patienten, aktiv am Genesungsprozess mitzuwirken. In der öffentlichen Diskussion um Managed Care und integrierte Versorgungsstrukturen gerät aber gerade die Perspektive der Patienten oft in den Hintergrund. Die Rede ist viel mehr von zufriedenen Leistungserbringern und Krankenkassen, die sich wirtschaftliche Vorteile versprechen.⁸ Demgegenüber ist ergänzend die Patientensicht zu betonen. Dazu gehören z.B. die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine für den Patienten verständliche Integration von Behandlungsabläufen, aber auch ein verbesserter Informationsaustausch zwischen den

6 Vgl. Schumann (2009).

7 Vgl. Braun, Güssow (2006).

8 Vgl. Stötzner (2004).

Ärzten und zwischen Arzt und Patient.⁹ Das Hauptaugenmerk liegt zusammenfassend auf der wirksamen und effizienten Steuerung der Patienten sowie der Implementierung eines funktionierenden und effizienten Informations- und Kommunikationssystems.

Die Wahrnehmung von Managed Care-Konzepten durch den Patienten ist ein essentieller Erfolgsfaktor. Wird ein Ansatz von den Patienten nicht positiv wahrgenommen, so ist die Chance auf eine erfolgreiche Implementierung gering.¹⁰ Der Leitgedanke bei der Entwicklung neuer Versorgungssysteme sollte daher die Orientierung am Patientennutzen bzw. die Zufriedenheit des Patienten sein. Gerade im Gesundheitswesen ist dies allerdings besonders schwierig, da es „den typischen Patienten“ nicht gibt. Im Rahmen der Patientenorientierung des Managed Care gilt es somit zunächst einmal herauszufinden, welche Zielausrichtung die Patienten präferieren, um darauf aufbauend eine patientengerechte integrierte Versorgungsstruktur zu entwerfen. Patienten können an schlanken Behandlungsprozessen („schlanken Netzwerken“) interessiert sein, in denen der Fokus auf eine „ausreichende“ medizinische Qualität gelegt wird. Im Gegensatz dazu können Patienten höchste medizinische Qualitätsansprüche in „agilen Netzwerken“ artikulieren, die möglicherweise innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr befriedigt werden können. Hier ist dann ein Übergang zu privatärztlichen Netzwerken bzw. sogar IGeL-Netzwerken auf Basis von „individuellen Gesundheitsleistungen“ möglich. Unabhängig davon kann ein Patient auf nicht-medizinische Serviceleistungen Wert legen oder nur die medizinischen Leistungen beachten. Je nachdem ergibt sich eine unterschiedliche Ausprägung integrierter Versorgungsstrukturen. Es ist in diesem Zusammenhang auch zwischen unterschiedlichen Patienten-Typen zu differenzieren. Patienten-Typologien werden unter anderem in

9 Zur Gestaltung und Umsetzung patientenorientierten Information und Kommunikation vgl. Bürger (2003).

10 Vgl. Zok (2008).

Arbeiten der Psychonomics AG, des Zukunftsforums Gesundheitspolitik und der Bertelsmann Stiftung vorgeschlagen.

Die Psychonomics AG führt im halbjährlichen Rhythmus unter dem Titel „Health Care Monitoring“ eine Verbraucherstudie für den deutschen Gesundheitsmarkt durch. Im Rahmen dieser Studie hat die Psychonomics AG eine Gesundheitstypologie entwickelt, welche 6 Typen nach ihren Einstellungen und ihrem Verhalten bezogen auf Gesundheitsthemen differenziert.¹¹ Unterschieden wird in informierte, souveräne, ängstliche, bequeme, nachlässige und desinteressierte Patienten.

Auf Basis von Daten einer Patientenbefragung, in Auftrag gegeben durch das Zukunftsforum Gesundheitspolitik (ZUFOG), hat Gellner eine Patiententypologie entwickelt, welche 4 Typen unterscheidet. Basis für diese Unterteilung ist die Betrachtung der Dimensionen Versorgung, Verantwortung und Veränderung.¹² Es wird in traditionelle Leistungsnutzer, pluralistische Reformer, korporatistische Reformer und individualistische Entrepreneure unterschieden. Während traditionelle Leistungsnutzer eine starke Bindung zu ihrem Arzt haben und das bestehende System voll akzeptieren, fordern die pluralistischen und korporatistischen Reformer eine stärkere Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess. Verstehen sich Patienten als individualistische Entrepreneure, so sehen sie sich selbst als Kunden des Arztes. Entsprechend ist die Bindung an den Arzt weniger stark, und sie sind offener für Arztwechsel und Änderungen des Systems.

Marstedt et al. haben auf Basis von Daten der Studie Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung vier Patiententypen herausgearbeitet. Sie differenzieren in gleichgültige, arztgläubige, arztkritische Patienten und Co-Therapeuten.¹³ Die einzelnen Typen unterscheiden sich unter anderem nach Kriterien des Informationsbedürfnisses, dem Gesundheitszustand der Patienten, der Arzt-Patientenbeziehung sowie dem

11 Vgl. Schweitzer, Weller, Rückert (2008).

12 Vgl. Gellner (2006).

13 Vgl. Güther, (2006); vgl. auch Marstedt, Buitkamp, Braun (2007).

Wunsch nach Beteiligung am Entscheidungs- und Behandlungsprozess.

Ziel der Entwicklung von Patiententypologien ist es, die Unterschiede im Informations- und Kommunikationsbedürfnis von Patienten und der gewünschten Arzt-Patientenbeziehung sowie Ausprägung innovativer Versorgungsformen aufzuzeigen. Erst wenn die Zielgruppen innovativer Versorgungsformen – in diesem Fall in Form von Patiententypologien – definiert sind, können des Weiteren wirkungsvolle Überzeugungskonzepte erarbeitet werden, um den Patienten die Vorteile der neuen Versorgungsformen näherzubringen.

Im Rahmen der Patientenorientierung des Managed Care lohnt es sich, über den Tellerrand zu schauen und von anderen Branchen zu lernen. In der Konsumgüterindustrie hat sich in den letzten Jahrzehnten der Trend vom Massenmarkt zur Individualisierung gewendet. Das Beziehungsmanagement zwischen Unternehmen und Kunden, in der Literatur häufig als „Relationship Marketing“ oder „Customer Relationship Management (CRM)“ bezeichnet, rückt stärker in den Fokus der Geschäftsziele.

Einen möglichen Ansatzpunkt bietet zusätzlich das Konzept der Mass Customization (eines Ansatzes der Integrierten Wertschöpfung), welches z.B. in der Konsumgüterindustrie und der Tourismusbranche erfolgreich eingesetzt wird. Ziel der Mass Customization ist die Individualisierung der Leistung bei gleichzeitiger Fixierung der Kosten auf dem Niveau einer standardisierten Produktion.¹⁴ Erreicht wird dies durch die Modularisierung eines Produktes bzw. einer Dienstleistung. Die einzelnen „Bausteine“ können dann den Präferenzen der Kunden entsprechend zusammengesetzt werden. Ein Beispiel für die Umsetzung des Mass Customization-Ansatzes im Dienstleistungsbereich ist die Individualisierung des Pauschal Tourismus. Den Kunden werden die Einzelleistungen des Urlaubs – der Flug, Zwischenstopps, die Hotels, Ausflüge vor Ort etc. – als Bausteine angeboten, welche sie beliebig zusammensetzen können. Dem Reiseveranstalter ist es durch die Mo-

¹⁴ Vgl. Reichwald, Piller, Seifert (2009).

dularisierung von Teilleistungen möglich, die Kosten gering zu halten, da jede Einzelleistung standardisiert ist. Dennoch kann dem Kunden eine hohe Individualität und Ausrichtung der Leistung auf seine persönlichen Bedürfnisse angeboten werden.¹⁵ Die Versorgungsforschung ist aufgefordert, dieses Konzept der Mass Customization in den Bereich des Managed Care zu übertragen und konkretisieren.

1.4 Unternehmensorientierung des Managed Care

Die Verwirklichung einer integrierten Versorgung kann unter einer versorgungsbezogenen Sichtweise und einer unternehmensbezogenen Sichtweise erfolgen.¹⁶ Die versorgungsbezogene Perspektive wird primär durch die Entscheidungen und Bestimmungen der Gesundheitspolitik beeinflusst. Hierunter fallen zum einen alle explizit vorgegebenen normativ-rechtlichen Rahmenbedingungen, welche u.a. die Finanzierungsgrundlagen sowie sozialrechtliche Handlungsformen betreffen. Die versorgungsbezogene Sichtweise entspricht einer gesellschaftlichen Perspektive¹⁷, während die unternehmensbezogene Perspektive an der Mikroebene des Gesundheitswesens ansetzt und betriebswirtschaftliche und managementorientierte Dimensionen beinhaltet. Unterschiedliche Ebenen der funktionalen Unternehmenspolitik wie Leistungs-, Preis- und Finanzierungs politik fallen hierunter. Die Unterscheidung zwischen versorgungs- und unternehmensbezogener Sichtweise erlaubt, integrative Versorgungsformen zweidimensional zu betrachten. Dadurch wird auf eine duale Zielsetzung hingewiesen: Es geht um eine unternehmensbezogene Optimierung der Leistungserstellung unter Berücksichtigung versorgungsbezogener Regelungen. Dies wird besonders an der Vergütungsfrage deutlich. Auf versorgungsbezogener Ebene werden die Grundlagen für die Vergütung gelegt, und die einzelnen Akteure nehmen die Spielräume – sofern sie vorhanden sind – für ihr eigenes unterneh-

15 Vgl. Reichwald, Piller, Seifert (2009).

16 Vgl. Braun, Schumann, Güssow, et al. (2009).

17 Vgl. Mühlbacher (2006).

menspolitisches Handeln wahr. Gerade selektivvertragliche Regelungen erlauben höchst individuelle Festlegungen von Vergütungsformen und -höhen.

Integrative Versorgungsformen sollen sich explizit als Unternehmen begreifen und deren Gestaltungsmechanismen im Rahmen der versorgungsbezogenen Perspektive einsetzen. Diese zweifache Zielsetzung weist auf den versorgungsbezogenen Patientennutzen und gleichermaßen auf die unternehmensbezogene Gewinnmarge der Leistungserbringer hin.

Innerhalb einer unternehmerischen Betrachtungsweise besitzen Managementfunktionen eine zentrale Stellung. Ziele setzen, Pläne entwickeln, systematische und zeitnahe Entscheidungen treffen, Aufbau- und Ablaufstrukturen entwerfen, moderne Steuerungskonzepte einsetzen, Personalentwicklung betreiben und Kontrolle durchführen, diese Aufgaben umschreiben grob die Managementfunktionen, die als unerlässlich für moderne Versorgungs- und Kooperationsformen angesehen werden und in der Tradition des Managed Care stehen. Besonders aber sind die Fragen der Finanzierung für das Gründungsmanagement integrierter Versorgungsstrukturen drängend. Finanzierungsfragen von neuen Versorgungsformen sind einzubetten in einen umfassenden Business Plan, der am Anfang eines Gründungsmanagements steht.¹⁸ Vor allem weil integrierte Versorgungsstrukturen im Vergleich zu gewachsenen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäuser noch fragile Organisationen darstellen, ist bei deren Gründung und Weiterentwicklung betriebswirtschaftliche Professionalität und Sorgfalt unerlässlich.

1.5 Finanzierungsorientierung des Managed Care

Das notwendige Kapital zur Finanzierung innovativer Versorgungsformen des Managed Care kann grundsätzlich durch eine Vielzahl verschiedener Finanzierungsformen aufgebracht werden. Abbildung 2 enthält eine Auswahl wichtiger Finanzierungsformen.

¹⁸ Vgl. Braun (2004).

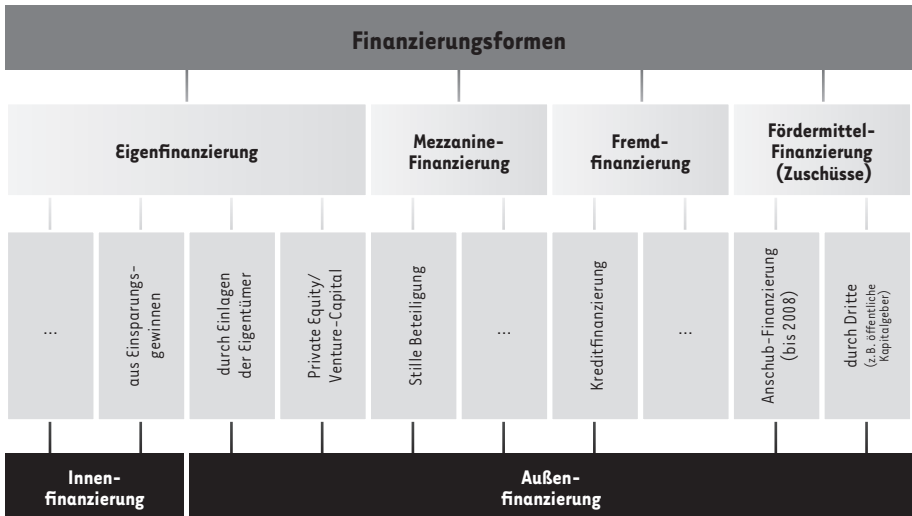


Abb. 2: Finanzierungsformen für innovative Kooperations- und Versorgungsformen¹⁹

Eine Eigenfinanzierung ist durch Einlagen der Eigentümer, durch die Beteiligung von Private Equity bzw. Venture Capital Unternehmen und aus Gewinnen der innovativen Versorgungsstruktur möglich. Gewinne entstehen bei innovativen Versorgungsformen häufig durch Einsparungen bei der Leistungserbringung, aber auch durch Kooperation mit Dritten (z.B. durch Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern). Die Finanzierung durch Einspargewinne ist im Managed Care von zentraler Bedeutung.

Im Gegensatz zur Eigenfinanzierung stammt das Kapital bei der Fremdfinanzierung in der Regel aus Krediten und kann insbesondere zur Finanzierung der Start-up-Kosten sowie weiterer Investitionen gewählt werden.

Auf eine Vereinigung der spezifischen Vorteile von Eigen- und Fremdfinanzierung zielt die Mezzanine-Finanzierung.

¹⁹ Vgl. Braun, Schumann, Güssow, et al. (2009).

So müssen bei dieser Finanzierungsform dem Kapitalgeber weder volle Mitspracherechte eingeräumt werden, noch sind ihm Sicherheiten zu stellen. Allerdings wird er am Gewinn der innovativen Versorgungsstruktur beteiligt. Die Umsetzung einer Mezzanine-Finanzierung erfolgt häufig durch stille Beteiligungen.

Bei der Finanzierung durch Fördermittel besteht im Vergleich zu Fremdfinanzierung keine oder nur eine teilweise Rückzahlungsverpflichtung. Außerdem sind in der Regel keine oder im Vergleich zum marktüblichen Zinssatz geringere Zinszahlungen zu leisten. Die Fördermittelfinanzierung erfolgt meist in Form von Zuschüssen. Zuschüsse von dritter Seite (z.B. durch Kommunen oder Kassenärztliche Vereinigungen) werden künftig an Bedeutung gewinnen, wenn bestimmte Regionen von Unterversorgung betroffen sind. Eine besondere Möglichkeit der Finanzierung durch Zuschüsse bestand bis Ende 2008 für Projekte der integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V durch eine gesetzlich geregelte Anschubfinanzierung. Mit dem Auslaufen dieser Regelung sieht man sich einem verstärkten Finanzierungsdruck ausgesetzt. Die Bedeutung anderer Finanzierungsformen, insbesondere die Finanzierung aus Einsparungsgewinnen, nimmt dementsprechend zu. Insbesondere die Finanzierung der hohen Investitionskosten in der Start-up-Phase wird jedoch auch zukünftig nicht allein aus Einsparungen finanziert werden können, da diese erst zu einem späteren Zeitpunkt zu realisieren sind. Trotzdem wird im Weiteren auf die Finanzierung innovativer Versorgungsformen durch Einspargewinne vertieft eingegangen, weil diese einen beachtenswerten Anreiz verkörpern, solche Versorgungsformen einzuführen.

1.6 Finanzierung innovativer Versorgungsformen durch Einspargewinne – Vorteile für Krankenkassen und Leistungserbringer

Möglichkeiten für Einsparungen gegenüber der Regelversorgung bestehen beispielsweise aufgrund „einer besseren Ablauforganisation, rationalen Therapieformen, und/oder

präventiv wirksamen Anstrengungen mit mittelfristig weniger Gesundheitsfolgekosten. Weitere Einsparpotentiale liegen im Einsatz einer rationalen Pharmakotherapie, insb. durch Vermeidung von „Me-too“-Präparaten und Konzentration der Verordnungen bei gleichwertigen Arzneimitteln auf wenige Hersteller unter Nutzung der Möglichkeiten des § 130 a Absatz 8 SGB V mit Abschluss eines Rabattvertrags.²⁰ Eine besondere Form der Rabattverträge bilden sog. Risk-Share-Verträge. Sie sehen eine Zahlung des Arzneimittelherstellers an die innovative Versorgungsform vor, wenn dessen Medikament nicht die zugesicherte Wirkung entfaltet. Die Größenordnung der durch diese und andere Maßnahmen erzielbaren Einsparungen liegt zwischen 10 %²¹ und 20 %²² gegenüber der Regelversorgung.

In der Regel teilen sich die innovative Versorgungsstruktur und die Krankenkassen die Einspargewinne nach vertraglich fixierten Regeln. Der Abschluss entsprechender Verträge wird als *Einsparcontracting*²³ bezeichnet. Aus Sicht der Gründer innovativer Versorgungsformen ist es von entscheidender Bedeutung, die als Vertragspartner anvisierte Krankenkasse vom Einsparpotential des geplanten Versorgungsmodells zu überzeugen. Die dazu notwendigen Annahmen und Berechnungen können im Rahmen der Finanzierungsrechnung in einem Businessplan strukturiert dargestellt werden.²⁴ Letztlich geht es dabei um den Nachweis der Vorteilhaftigkeit des innovativen Versorgungsprojekts für die Krankenkasse.

Aus Sicht der Krankenkasse ist eine innovative Versorgungsform ökonomisch vorteilhaft, wenn sie den Deckungsbeitrag der dadurch versorgten Versicherten erhöht. Der Deckungsbeitrag ist allgemein die Differenz aus den Einnahmen der Krankenkasse und ihren Ausgaben für die Versorgung ihrer Versicherten. Die Einnahmen und Ausgaben sind dabei auf die jeweilige Versorgungsform bzw. die darin behandelten

20 Vgl. Hildebrandt, Bischoff-Everding, Saade, et al. (2009).

21 Vgl. Hildebrandt, Bischoff-Everding, Saade, et al. (2009).

22 Vgl. Bahr (2009).

23 Vgl. Hildebrandt, Bischoff-Everding, Saade, et al. (2009).

24 Vgl. Gnann, Gröbner, Güssow, et al. (2009).

Versicherten bezogen. Ein positiver Deckungsbeitrag einer Versorgungsform trägt (nach Abzug der Zahlungen an die Leistungsanbieter) dazu bei, die fixen Kosten der Krankenkasse zu decken.

Abgesehen von evtl. Zusatzbeiträgen erhält die Krankenkasse seit dem 1. Januar 2009 ihre Einnahmen in Form von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dabei spielen die Zuweisungen durch den Risikostrukturausgleich (RSA) eine besondere Rolle. Der RSA ordnet bestimmten Risikomerkmale der gesetzlich Versicherten im Vorjahr erwartete Versorgungskosten im Folgejahr zu (Prospektivität). Zu den berücksichtigten Risikomerkmale zählen Alter, Geschlecht, der Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die Morbidität bzw. der Gesundheitszustand der Versicherten. Dabei ist zu beachten, dass der RSA nicht die tatsächlichen Folgekosten der Krankenkasse für die Versorgung ihrer Versicherten abbildet, sondern den bundesweiten Durchschnitt der Versorgungskosten einer Population mit den gleichen Risikomerkmale. Das bedeutet, dass die Krankenkasse auch im System der Regelversorgung positive oder negative Deckungsbeiträge erwirtschaften kann. Dies gilt, insofern die Verteilung der für den RSA relevanten Risikomerkmale in der Versicherungspopulation von der bundesweiten Verteilung dieser Merkmale abweicht.

Das Management einer innovativen Versorgungsform muss daher gegenüber einer Kasse belegen, dass es in der Lage ist, zusätzliche positive Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Da die Einnahmen einer Krankenkasse aus dem RSA nicht davon abhängen, ob sich ihre Versicherten in einer innovativen Versorgungsform oder in der Regelversorgung befinden, genügt dazu der Nachweis, dass die Versorgungskosten in der innovativen Versorgungsform die Kosten in der Regelversorgung unterschreiten²⁵ – vorausgesetzt, die Qualität der Versorgung im Rahmen der innovativen Versorgungsform

25 Hier liegt somit ein Kosten-Kosten-Vergleich vor. Zu den Formen gesundheitsökonomischer Evaluation vgl. z.B. Schöffski, von der Schulenburg (2008).

entspricht mindestens der in der Regelversorgung. Letzteres ist durch vertraglich festgelegte Standards sicherzustellen, deren Einhaltung regelmäßig zu überprüfen ist.

In der Praxis stellt sich nun das Problem, die Kosten der Regelversorgung zu schätzen. Integrative Versorgungsprojekte z.B. greifen dazu auf die Kostenschätzungen des RSA zurück.²⁶ Diese werden dann mit den Versorgungskosten innovativer Versorgungsformen verglichen, um deren relative Vorteilhaftigkeit zu belegen. Die Akteure sind sich dabei der Tatsache bewusst, dass insbesondere der nicht-morbiditätsorientierte RSA aus der Zeit vor dem 1. Januar 2009 nur unzureichend dafür geeignet ist, die Regel-Versorgungskosten einer Teilpopulation einer Krankenkasse vorherzusagen. Aus diesem Grund wurden diverse Verfahren entwickelt, um die Prognosegüte der Kostenvorhersagen durch den RSA zu verbessern. Die Prosper-Modelle der Knappschaft verwendeten dazu bereits vor Einführung des morbiditätsorientierten RSA beispielsweise „versichertenbezogene Leistungs- und Kostendaten sowie – in Grenzen – dokumentierte Diagnosen und Prozeduren.“²⁷

Von der Einführung des morbiditätsorientierten RSA zum 1. Januar 2009 mit seiner wesentlich differenzierteren Klassifikation der berücksichtigten Risikomerkmale, die erstmals auch den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt, wird eine wesentliche höhere Erklärungskraft erwartet. Allerdings erklären auch die Risikomerkmale des neuen und verbesserten Ausgleichsverfahrens nur 24 % der beobachteten Varianz in den Folgekosten- nicht zuletzt wegen der politisch gewollten aber sachlich nicht begründeten Einschränkung des Modells auf 80 Krankheiten. Auch die Problematik der Übertragung von bundesweiten Durchschnittswerten auf (regionale) Teilpopulationen wird durch den morbiditätsorientierten RSA allein nicht gelöst.

Allerdings fallen im Rahmen der Datenbereitstellung für den morbiditätsorientierten RSA bei den Krankenkassen vielfältige Daten an, die diese nutzen können, um künftig selbst

26 Vgl. z.B. Hildebrandt, Bischoff-Everding, Saade, et al. (2009).

27 Vgl. Greve, Müller, Hörter (2009).

verbesserte Kostenvorhersagen für Teilpopulationen ihrer Versicherten zu erstellen und so den Einsparerfolg innovativer Versorgungsformen präziser zu messen. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil der Anbindung an den RSA besteht auch in der Berücksichtigung ausgabensteigernder Effekte, z.B. durch medizinisch technischen Fortschritt und politischen Entscheidungen.²⁸

Bei innovativen Versorgungsvorhaben mit Bezug auf einzelne Indikationen können die Einsparpotentiale gegenüber der Regelversorgung auch auf der Grundlage gesundheitsökonomischer Studien geschätzt werden.²⁹ Die Notwendigkeit, eine Anpassung der Kostenschätzung durch den RSA vorzunehmen, um die Kosten der Regelversorgung zu schätzen, entfällt in diesem Zusammenhang.

1.7 Konsequenzen des Morbi-RSA für die Finanzierung innovativer Versorgungsformen

Seit 1. Januar 2009 erfolgt die Morbiditätsorientierung des RSA durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten bei der Vorhersage der Versorgungskosten im Folgejahr. Hinter den 80 Krankheiten stehen 3.799 ICD-10-Diagnosen, die im Jahr 2009 zu 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) in 25 Krankheitshierarchien zusammengefasst wurden. Die Konstruktion und Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen orientieren sich mit Bezug auf die ihnen zugrundeliegenden Diagnosen an zwei Kriterien, die positiv korrelieren: dem klinischen Schweregrad und den Versorgungskosten im Folgejahr. Die Zuweisung zu einer hierarchisch höheren Morbiditätsgruppe bedeutet somit einen höheren klinischen Schweregrad der Erkrankung und gleichzeitig höhere erwartete Kosten im Folgejahr. Dieses führt zu entsprechend höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkasse. Dabei gilt die Regel, dass eine hierarchisch höhere Morbiditätsgruppe, die für eine schwerere und folgekostenintensivere Diagnose

28 Vgl. Hildebrandt, Bischoff-Everding, Saade, et al. (2009).

29 Vgl. Gnann, Gröbner, Güssow, et al. (2009).

oder Diagnosegruppe steht, alle niedrigeren Morbiditätsgruppen einschließt. Werden einem Versicherten Diagnosen aus verschiedenen HMG derselben Hierarchie zugeordnet, erhält er deshalb nur für die hierarchisch höchste Gruppe einen Risikozuschlag. Diese wird nachfolgend als zuschlagsrelevante HMG bezeichnet.

Hinsichtlich der Realisierbarkeit und Nachhaltigkeit von Einspargewinnen durch ein innovatives Versorgungsmanagement ist die Logik der Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen von erheblicher Bedeutung. Dies gilt besonders, wenn die Einsparungen durch eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Versicherten erreicht werden sollen. Dabei ist anhand von 2 Fallgruppen zu unterscheiden, ob die kostensparenden Maßnahmen auch auf die Einnahmen der Krankenkassen aus dem morbiditätsorientierten RSA wirken oder nicht. Die nachstehende Analyse folgt unter der Annahme, dass die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Versorgungskosten aller GKV-Versicherten - und damit die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an die Kassen - durch die Einsparerfolge innovativer Versorgungsformen nicht oder nur unwesentlich verändert werden. Diese Annahme ist gerechtfertigt, solange nur ein kleiner Teil der GKV-Versicherten in innovativen Versorgungsformen eingeschrieben ist.

Erste Fallgruppe: Kostensparende Maßnahmen, die zu keiner Veränderung der Einnahmen der Krankenkasse aus dem Morbi-RSA führen

Einsparmaßnahmen führen dann zu keiner Veränderung der Einnahmen der Krankenkasse, wenn sie die morbiditätsorientierte Risikostruktur (d.h. die im Morbi-RSA berücksichtigten Variablen) der betroffenen Versicherten nicht ändern; denn dann ändern sich auch die Zuweisungen durch den RSA an die Krankenkasse nicht. Ändern sich die Einnahmen einer Krankenkasse durch den Einsatz bestimmter Instrumente innovativer Versorgung nicht, genügt zum Beleg ihrer Vorteilhaftigkeit ein direkter Kostenvergleich mit der Regelversorgung. Sämtliche Einsparungen durch Steigerungen der Versorgungs-

effizienz, z.B. durch Verringerung der Prozesskosten mit Hilfe einer elektronischen Patientenakte sind insofern positiv zu sehen. Aber auch verbesserte und erfolgreichere Präventionsmaßnahmen (z.B. durch Telemedizin) führen im Vergleich zur Regelversorgung zu Kosteneinsparungen, ohne die Einnahmen der Krankenkassen zu tangieren, da sie die Risikomerkmale der betroffenen Versicherten nicht ändern. Die Vorteilhaftigkeit dieser für viele innovative Versorgungsformen zentralen Instrumente ist somit auch nach Einführung des Morbi-RSA weiterhin gegeben, wenn es gelingt, Kosteneinsparungen gegenüber der Regelversorgung zu realisieren. Unverändert bleiben die Einnahmen der Krankenkasse auch bei Maßnahmen, die eine Kosteneinsparung durch eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Versicherten realisieren, wenn der verbesserte Gesundheitszustand nicht durch die im Morbi-RSA berücksichtigten Risikomerkmale erfasst wird. Mit anderen Worten: Der verbesserte Gesundheitszustand darf nicht zur Aberkennung einer zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal zugewiesenen zuschlagsrelevanten HMG führen.

Dies gilt zum einen für alle Maßnahmen, die an solchen Diagnosen ansetzen, die nicht durch die 80 im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten erfasst werden. Eine Abschwächung oder ein Wegfall dieser Diagnosen ändert die durch den Morbi-RSA berücksichtigten Risikomerkmale der Betroffenen nicht – und somit auch nicht die Einnahmen der Krankenkasse. Ausgeschlossen ist die Aberkennung einer zuschlagsrelevanten HMG auch dann, wenn diese wegen einer chronischen Erkrankung auf irreversiblen Diagnosen beruht. „Herzinsuffizienz“ (HMG 80) beispielsweise gilt als unheilbar. Möglicherweise lässt sich die chronische Erkrankung durch eine verbesserte Versorgung aber soweit lindern, dass dennoch Kosteneinsparungen aufgrund des verbesserten Gesundheitszustands realisiert werden können. Auch in diesem Fall bleiben die Einnahmen der Krankenkasse unverändert, so dass ein direkter Kostenvergleich mit der Regelversorgung genügt, um die Vorteilhaftigkeit der innovativen Versorgung zu belegen.

Ein Versorgungsmanagement mit dem Ziel der Kosteneinsparung, das der ersten Fallgruppe entspricht, lohnt sich unter den Bedingungen des neuen Morbi-RSA für eine Krankenkasse und ist insofern gesundheitsökonomisch erstrebenswert. Mit den erwähnten Fällen werden beachtenswerte Kostenvolumina tangiert, die eine Kosteneinsparung möglich erscheinen lassen. Um einen konkreten Ansatz für ein solches Versorgungsmanagement in einem Businessplan abzubilden, sind umfangreiche Analysen und Berechnungen durchzuführen, indem die verfügbaren „Sozialdaten“ unter Berücksichtigung der Logik des Morbi-RSA auszuwerten sind. Offensichtlich gibt es hier noch eine große „Berechnungslücke“ bei Krankenkassen und Gesundheitsnetzwerken.

Zweite Fallgruppe: Kostensparende Maßnahmen, die möglicherweise zu sinkenden Einnahmen der Krankenkassen aus dem Morbi-RSA führen

Den Ausgangspunkt für diese Fallgruppe bildet ein exemplarischer Versicherter, der an (mindestens) einer Krankheit leidet, die durch den Morbi-RSA erfasst wird, so dass ihm (mindestens) eine HMG zugeordnet wird. Desweiteren sei angenommen, dass er innerhalb dieser HMG, d.h. im bundesweiten Vergleich zu ähnlich kranken Versicherten, nur unterdurchschnittliche Kosten im Folgejahr verursacht. Diese Konstellation bedeutet für die Krankenkasse im Folgejahr einen positiven Deckungsbeitrag. Angenommen, gutes Versorgungsmanagement (z.B. durch eine innovative Versorgungsform) verbessert den Gesundheitszustand des Versicherten nun so sehr, dass seine Diagnose abgemildert wird und er in die hierarchisch nächst niedrigere HMG rutscht; dort kann er nun zu den klinisch „schweren“ Fällen gehören und deshalb im Folgejahr überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Dies bedeutet einen negativen Deckungsbeitrag und damit Verluste für die Krankenkasse.

Allerdings muss dieser Fall nicht eintreten: Es kann durchaus sein, dass ein Versorgungsmanagement zwar zu einer Einstufung des Versicherten in eine niedrigere HMG

führt und damit im Folgejahr niedrigere RSA-Zahlungen für die Krankenkasse auslöst. Gleichzeitig ist das Versorgungsmanagement jedoch so erfolgreich, dass trotzdem ein positiver Deckungsbeitrag für die Krankenkasse entsteht.

Die Überlegungen zur zweiten Fallgruppe haben gezeigt, dass es im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA zumindest theoretisch Konstellationen gibt, in denen sich gutes Versorgungsmanagement für die Kasse nicht lohnt. Dies ist zunächst ein theoretisches Argument innerhalb eines Gedankenexperiments. Um die Bedeutung des beschriebenen Falls für die Praxis zu klären und die betroffenen Diagnosen bzw. Versicherten zu identifizieren, sind umfangreiche Controlling-Aktivitäten innerhalb einer Krankenkasse und /oder eines Netzwerks notwendig.

Zusätzliche Probleme entstehen, wenn sich erfolgreiche Einsparmethoden allgemein durchsetzen. Dann sinken mittelfristig auch die, von den Risikomerkmale abhängigen, durchschnittlichen Folgekosten und mit ihnen die Zuweisungen aus dem RSA. Dies ist insofern auch sinnvoll, als dass der RSA die Folgekosten einer bestimmten Merkmalsausprägung so präzise wie möglich vorhersagen sollte. Die Anreizwirkung dieses Mechanismus ist allerdings fatal: Je weiter sich ein erfolgreiches Modell zur Kosteneinsparung verbreitet, desto geringer wird der Anreiz, dieses auch umzusetzen. Solange innovative Versorgungsformen allerdings nur einen kleinen Teil der gesetzlich Versicherten erfassen und die entsprechenden Einspareffekte nicht auf die bundesweiten Durchschnittskosten durchschlagen, besteht weiterhin die Möglichkeit einer nachhaltigen Finanzierung aus Einspargewinnen und damit auch langfristig die Chance regionaler Gesundheitsnetzwerke, innovative Versorgungsformen mit dem Ziel einer höheren Qualität bei gleichzeitiger Kostensenkung umzusetzen. Gerade dies ist eine besondere Herausforderung eines Managed Care in Deutschland. Erste Ansätze hierzu finden wir im Gesunden Kinzigtal, in Amberg in der Oberpfalz und bei den Prosper-Netzwerken der Knappschaft.

- Amelung, V. E. (2007): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Aufl., Wiesbaden.
- Bahr, T. M. (2009): Regionale Vollversorgung – am Beispiel des Unternehmens Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co KG (UGOM). In: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heißbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln.
- Braun, G.E. (2003): Management vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen – Eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Netzwerken im Gesundheitswesen, Neubiberg.
- Braun, G.E. (2004): Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen?, in: Managed Care 2, S. 30–32.
- Braun, G.E. (2006): Zukunftsaufgabe Vernetzung, in: Krankendienst 79, 1, S. 1–8
- Braun, G.E., Güssow, J. (2006): Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen, in: Braun, G.E., Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen, S. 65–93.
- Braun, G.E., Schumann, A., Güssow, J. (2009): Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge, in: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heißbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln, S. 3–20.
- Bundesversicherungsamt (BVA): Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (03.07.2008). URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cfn_151/nn_1440668/DE/Risikostrukturvergleich/Festlegungen/Festlegungen__Klassifikationsmodell.html [Stand: 24.08.2009].

- Bürger C. (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, (Dissertation, Universität der Bundeswehr München), Wiesbaden.
- Gellner, W. (2006): Das Ende des klassischen Patienten? Gesundheitsreform zwischen Politik und Patienteninteresse – Eine Patiententypologie. In: Gellner, W. Wilhelm, A. (Hrsg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur. Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. 1. Aufl. Baden-Baden: S. 9–17.
- Gnann, C., Gröbner, M., Güssow, J., Braun, G. E. (2009): Simulationsmodell zur Finanzierungsrechnung im Business-Plan. In: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln, S. 231–246.
- Greve, G., Müller, H. A., Hörter, S. (2009): Prosper-Modelle der Knappschaft – Strukturen, Finanzierungsaspekte und Prozessmanagement in der Integrierten Versorgung der Knappschaft Bahn See, in: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln, S. 75–92.
- Gröbner, M. (2007): Controlling mit Kennzahlen in vernetzten Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens, Dissertation, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg.
- Güther, B. (2006): Gesundheitsmonitor – Stichprobe und Erhebungsmethode sowie Qualitätsaspekte der Ergebnisse. In: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verl. S. 309–322.
- Güssow, J. (2007): Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen (Dissertation, Universität der Bundeswehr München), Wiesbaden.
- Heucher, M., Ilar, D., Kubr, T., Marchesi, H. et. al. (2007): Planen, gründen, wachsen. Mit dem professionellen Businessplan zum Erfolg, 4. akt. Auflage. Heidelberg.

- Hildebrandt, H., Bischoff-Everding, C., Saade, P., Cortekar, J., Pimperl, A.
 Daul, G. (2009): Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht einer Managementgesellschaft – das Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln, S. 49–64.
- Jäger, C. (2009): Das MVZ als Organisationsform in der ambulanten Medizin – eine betriebswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostenökonomie, Dissertation, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg.
- Janus, K. (2008): Neue Versorgungsformen als „Allheilmittel“? In: Böcken J., Janus K., Schwenk U., Zweifel P. (Hrsg.): Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen, Gütersloh.
- Klemperer, D.; Rosenwirth, M. (2005): Chartbook Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik.
- Klotter, C. (2009): Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben. Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. München.
- Marstedt, G.; Buitkamp, M.; Braun, B. (2007): Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. 1. Aufl. Gütersloh: S. 231–256.
- Mühlbacher, A. (2006): Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Gericke, C. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, S. 250–260.
- Porter, M., Theisberg, E. (2006): Redefining Health Care - Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press.
- Reichwald, R., Piller, F., Ihl, C., Seifert, S. (2009): Interaktive Wertschöpfung. Open Innovation, Individualisierung und neue Formen der Arbeitsteilung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden:

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer Zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> [Stand: 20.07.2007].
- Schöffski, O., von der Schulenburg, J. M. (2008): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Auflage. Berlin.
- Schumann, A. (2009): Die pharmazeutische Versorgung im Rahmen Managed Care-orientierter Versorgungs- und Kooperationsformen des Gesundheitswesens – unter besonderer Berücksichtigung der Beteiligung von Arzneimittelunternehmen an Integrierten Versorgungsformen, Dissertation, Universität der Bundeswehr München.
- Schweitzer, A., Weller, D., Rücker, M. (2008): Health Care Monitoring. Die Verbraucherstudie für den deutschen Gesundheitsmarkt. Studienportrait. Herausgegeben von Psychonomics AG und Acxiom Deutschland GmbH. Online verfügbar unter <http://www.psychonomics.de/article/articleview/1024/1/58> [Stand: 25.06.2009].
- Seitz R., Fritz N. (2005): Managed Care in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Umsetzung eines theoretischen Konzepts, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU), Beiheft 33, S. 47–68.
- Stötzner, K. (2004): Was erwarten Patienten/innen von Integrierter Versorgung? Symposium des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin.
- Wagner, E.R., Kongstvedt, P.R. (2007): Types of Managed Care Organizations and Integrated Health Care Delivery Systems, in: Kongstvedt, P.R. (ed.): Essentials of Managed Health Care, S. 19–40.
- Wilhelm, A. (2006): Der Patient im deutschen Gesundheitssystem: Einstellungen, Präferenzen und Erwartungen. In: Gellner, Winand; Wilhelm, Andreas (Hg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur. Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. 1. Aufl. Baden-Baden: S. 18–57.
- Zok, K. (2008): Versorgungsgeschehen aus der Versichertenperspektive – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2008; 5(2): S. 1–7.