

Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Klaus Jacobs und Sabine Schulze^{*)}

Abstract

Gegenstand dieses Beitrags sind umfassende Strukturreformen auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei werden zugleich zwei zentrale Reformdimensionen in den Blick genommen: zum einen Reformen der Steuerungsstrukturen durch einen Übergang vom derzeit dominierenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Steuerungsregime hin zu einer konsequent wettbewerblichen Ausgestaltung der individuellen Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern und zum anderen Reformen der Versorgungsstrukturen durch eine Überwindung des starren sektoralen Zuschnitts der Leistungserstellung in Richtung sektorübergreifende, „integrierte“ Versorgungsformen. Dabei erfordert die Reformdimension Vertragswettbewerb eine zielkonform ausgestaltete Rahmenordnung für die einzelwirtschaftlichen Akteure. Zentrale Voraussetzung für die Herausbildung integrierter Versorgungsstrukturen auf vertragswettbewerblicher Grundlage ist vor allem die Gewährleistung hinreichender Anreizkompatibilität für alle Beteiligten: Versicherte, Krankenkassen und Leistungsanbieter. Unverzichtbar sind darüber hinaus aber auch zahlreiche Entwicklungsaufgaben, die sich in der häufig unzureichend beachteten betrieblichen Perspektive integrierter Versorger stellen und von der Planung des Leistungsangebots über die medizinische und betriebliche Integration bis zu einem umfassenden Vertragswerk einschließlich externer und interner Vergütungsregelungen reichen.

This article concentrates on a broad concept of structural reforms regarding the benefit side of German Social Health Insurance. In this context two central dimensions of reforming the system are addressed simultaneously: on the one hand, reforming the governing and controlling structures by transforming the present system of centralized planning and collective contracting into a regime of selective contracting between sickness funds and providers in an environment of regulated competition. This is linked, on the other hand, with reforming the provision of care by allowing for new arrangements of integrated health care delivery that overcome the present, strictly sectoral organization of the provision of care. A regime of competitive contracting necessarily requires a functional regulative framework which is addressed within the first dimension of reform. Concerning the implementation of integrated health care delivery, addressed within the second dimension of reform, it is of central importance to set appropriate incentives for all actors involved, i.e. the insured, sickness funds, and health care providers. In addition, there are various tasks of research and development which occur at the – often widely neglected – operational and organizational level of integrated health care delivery and which comprise aspects of planning the supply of care, of clinical and organizational integration, and of a comprehending contractual agreement including external and internal payment schemes.

^{*)} Dr. rer. pol. Klaus Jacobs und Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Beitrag zu einem Vortrag auf der Jahrestagung 2003 des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik.

1. Handlungsbedarf in der GKV: Reformen der Steuerungs- und Versorgungsstrukturen

Aktuelle Debatten über leistungsseitige Reformen des deutschen Gesundheitssystems nehmen ihren Ausgangspunkt vielfach bei der Problemdiagnose eines im internationalen Vergleich hohen Ressourceneinsatzes bei eher durchschnittlichen medizinischen Ergebnissen (vgl. z.B. *OECD* 2002) und konstatieren damit sowohl Ineffizienzen in der Leistungserstellung als auch Mängel in der bedarfsgerechten Verteilung der Gesundheitsleistungen („Über-, Unter- und Fehlversorgung“; vgl. *SVRKaIG* 2002). Gleichzeitig verstärken anhaltende Beitragssatzsteigerungen den Reformdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch von der Finanzierungsseite her¹. Zwar haben sich die Leistungsausgaben der GKV in der Vergangenheit weitgehend parallel zum Bruttoinlandsprodukt entwickelt und liefern somit keinen Beleg für eine „Kostenexplosion“, doch war diese Entwicklung keineswegs ein „Selbstläufer“, sondern vielmehr das Ergebnis wiederholter Maßnahmen einer klassischen „Politik der Kostendämpfung“². Deshalb kann der leistungs- und ausgabenseitige Reformbedarf auch nicht durch den Verweis auf den weithin konstanten Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt gemindert werden – schon gar nicht angesichts der genannten Mängel in Bezug auf Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der GKV-Versorgung.

Seit langem werden insbesondere von gesundheitsökonomischer Seite Reformvorschläge unterbreitet, die umfassende Strukturreformen auf der Leistungsseite der GKV vorsehen. Dabei wird zum einen eine stärker wettbewerbliche Steuerung gefordert – insbesondere im Hinblick auf die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern – und zum anderen die Überwindung des sektoralen Zuschnitts der Versorgungsstrukturen im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung, die auf die „ganzheitlichen“ Behandlungsbedürfnisse der Patienten ausgerichtet ist (vgl. *SVRKaIG* 1995, Tz. 235ff.; *SVRKaIG* 2003, Tz. 674ff.; *SVR* 2002, Tz. 483ff.; *Herzog-Kommission* 2003). Die Reformforderungen zielen somit auf eine Reform des heutigen Versorgungssystems in Bezug auf zwei zentrale Strukturmerkmale (vgl. Abbildung 1).

Will man den Status quo der GKV anhand der Vier-Felder-Matrix von Abbildung 1 charakterisieren, so lassen sich die weitaus meisten Vertragsbeziehungen dem Matrixfeld I zuordnen. In den meist strikt voneinander getrennten Leistungsbereichen dominieren plan- und kollektivwirtschaftliche Steuerungsstrukturen: allen voran die sektorale Bedarfsplanung im Krankenhaussektor und in der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung mit Kontrahierungszwang der Kassen für alle auf der Grundlage der Bedarfsplanung zugelassenen Leistungsanbieter, ferner die in einzelnen Leistungsbereichen auf zum Teil unterschiedlicher Ebene bestehende Verpflichtung, Verträge „gemeinsam und einheitlich“ zu schließen, sowie nicht zuletzt die bestehenden sektoralen Ausgabenbudgets. Daneben gibt es

¹ Seit Anfang der 80er Jahre sind Beitragssatzsteigerungen vor allem auf eine Wachstumsschwäche der GKV-Finanzierungsbasis zurückzuführen (*SVRKaIG* 2003, Tz. 49f.). Auf Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung wird in diesem Beitrag nicht näher eingegangen.

² Auch das 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) setzt diese „Tradition der Kostendämpfung“ mit der Ausgliederung von Leistungen aus der GKV-Finanzierung sowie Erhöhungen der Selbstbeteiligungen im Wesentlichen fort – die hier im Blickpunkt stehende integrierte Versorgung ist eine der Maßnahmen des Gesetzes, die der Kategorie „Strukturreform“ zugerechnet werden können.

vereinzelt auch gewisse Elemente marktlich-wettbewerblicher Steuerung, etwa in Gestalt der weithin freien Krankenkassenwahl der Versicherten. In allokativer und distributiver Sicht kann ein solches System – das neutral noch als „Vielfachsteuerung“ (Herder-Dorneich 1999), zugespitzt aber auch als „Steuerungswirrwarr“ (Jacobs 2000) und „Steuerungschaos“ (Cassel 2000) bezeichnet werden kann – nur zu mangelhaften Ergebnissen führen.

Abbildung 1: Dimensionen von Strukturreformen der GKV

Steuerung Versorgungsstrukturen	Kollektivvertragssystem (i.W. gemeinsam und einheitlich mit Kontrahierungszwang)	Vertragswettbewerb (individuelle Einzel- und Gruppenverträge)
sektoral getrennt	(I)	(II)
sektorübergreifend („integriert“)	(III)	(IV)

Quelle: Eigene Darstellung

Vor diesem Hintergrund sind deshalb konsistente Reformen der Steuerungs- und Versorgungsstrukturen überfällig, die einen konsequenten Übergang in Richtung von Matrixfeld IV beinhalten müssen: wettbewerbliche Steuerung auf der Grundlage individueller Einzel- und Gruppenverträge zwischen Krankenkassen und (Gruppen von) Leistungsanbietern, die gleichzeitig maßgeblich auf sektorübergreifende („integrierte“) Versorgungsstrukturen ausgerichtet sind. Obwohl diese Forderung keineswegs neu ist, sondern fast schon eine Konstante vieler gesundheitsökonomischer Reformkonzepte darstellt, bedarf sie weiterer Präzisierung im Hinblick auf beide Reformdimensionen – also einerseits in Bezug auf die wettbewerbliche Ausgestaltung der vertraglichen Akteursbeziehungen und andererseits hinsichtlich der Etablierung und Ausgestaltung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen.

In diesem Beitrag sollen beide Reformebenen miteinander verknüpft werden. Dazu wird zunächst im zweiten Abschnitt die Reformdimension des Vertragswettbewerbs behandelt. Daran anschließend steht im zentralen dritten Abschnitt die Reformdimension der integrierten Versorgung im Blickpunkt. Dabei wird insbesondere analysiert, welche Kalküle und anreizkompatiblen Voraussetzungen für die einzelnen Akteure erfüllt sein müssen, damit sich integrierte Versorgungsstrukturen auf individualvertraglicher Basis in der GKV erfolgreich etablieren können. Außerdem werden in einer betrieblich orientierten Perspektive strategische Schritte für die Entwicklungsplanung von künftigen Anbietern integrierter Versorgungsleistungen abgeleitet. Abschließend erfolgt im vierten Abschnitt ein Ausblick auf die Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung nach Inkrafttreten des GKV-

Modernisierungsgesetzes einschließlich einer Konkretisierung des weiterhin bestehenden Reformbedarfs.

2. Reformdimension Vertragswettbewerb

2.1 Wettbewerbliche Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern

Im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 sind mit der Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich (RSA) erste wesentliche Schritte in Richtung einer wettbewerblichen Ordnung der GKV erfolgt. Der damit eingeschlagene Weg wurde jedoch nicht konsequent fortgesetzt, denn weitere wettbewerbsorientierte Strukturreformen auf der Leistungs- und Ausgabenseite sind bis heute weithin ausgeblieben. So besteht zwar unter den Kassen wegen der weitgehend freien Kassenwahl reger Wettbewerb um Versicherte, doch bleibt dieser fast ausschließlich auf die Höhe der Beitragssätze beschränkt³. Abgesehen von einzelnen Satzungs- und Serviceleistungen verfügen die Krankenkassen kaum über nennenswerte leistungsseitige Wettbewerbsparameter. Insbesondere können sie auf der Beschaffungs- und Absatzseite weder individuelle vertrags- noch tarifpolitische Instrumente einsetzen, um die Art der Leistungserbringung oder das Preis-Leistungs-Verhältnis ihres Versorgungsangebots von dem ihrer Konkurrenten abzuheben. Insbesondere nehmen die bestehenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Vorgaben Kassen und Leistungsanbietern wesentliche Anreize, gezielt auf mehr Effizienz der Versorgung und die darauf ausgerichtete Entwicklung innovativer Versorgungsformen hinzuwirken.

In einem konsequent wettbewerblich ausgestalteten Vertragssystem basiert die Gesundheitsversorgung auf individuellen Versorgungsverträgen, die auf einzelwirtschaftlicher Ebene – ohne Kontrahierungszwang – zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern geschlossen werden. Dies löst wettbewerbliche Aktivitäten in zweifacher Hinsicht aus: Die Kassen stehen untereinander im Wettbewerb um Versicherte. Dabei konkurrieren sie jedoch nicht mehr allein über die Höhe ihres Beitragssatzes, sondern mit einem attraktiven Verhältnis aus Beitragssatz und speziellen Versorgungsangeboten, die sie mit ausgewählten Anbietern vertraglich vereinbaren. Dadurch wird zugleich unter den Leistungsanbietern ein Wettbewerb um Versorgungsverträge ausgelöst. Leistungsanbieter, die keinen automatischen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags auf der Grundlage zentraler Bedarfsplanung haben, müssen nunmehr bemüht sein, den Kassen (und damit auch deren Versicherten) attraktive Versorgungsangebote zu machen. Weil die Kassen die von ihnen unter Vertrag genommenen Versorgungsleistungen ihrerseits als Parameter im Wettbewerb um Versicherte einsetzen, ist zugleich gewährleistet, dass nicht nur der Preis, sondern auch

³ Ein gravierendes Defizit des aktuellen Beitragssatzwettbewerbs besteht zudem in der unzureichenden Abbildung von Morbiditätsunterschieden im RSA. Da der Beitragssatz einer Kasse durch die Attrahierung günstiger Versicherungsrisiken positiv beeinflusst werden kann, ist das Kassenhandeln stark auf Rent-seeking-Aktivitäten durch Risikoselektion der Versicherten konzentriert. Unter den bestehenden Rahmenbedingungen sind vergleichsweise niedrige Beitragssätze kein wettbewerbstaugliches Preissignal für besonders effizient handelnde Versicherer, sondern werden maßgeblich durch die günstige Risikostruktur des kassenspezifischen Versichertenkollektivs geprägt (vgl. *Jacobs et al.* 2002). Deshalb ist die für 2007 beschlossene Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ein wichtiger Schritt zur Erhöhung der Funktionalität des Kassenwettbewerbs.

zentrale Qualitätsdimensionen der Versorgung berücksichtigt werden, denn eine als zu schlecht empfundene Versorgung würde unweigerlich zur Abwanderung von Versicherten zu anderen Kassen führen.

Damit kann ein System des Vertragswettbewerbs die klassischen Wettbewerbsfunktionen eines effizient produzierten und an den Konsumentenpräferenzen orientierten Angebots erfüllen – und zwar sehr viel wirksamer als die bestehenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Steuerungsstrukturen der GKV. Erforderlich ist allerdings ein klar definierter Ordnungsrahmen, dessen Einhaltung im Interesse der Sicherung von Existenz und Qualität des Wettbewerbs der ständigen Aufsicht bedarf. Dazu müssen die bestehenden Aufsichtsstrukturen wettbewerbadaquat weiterentwickelt werden. So kann zum Beispiel die Zuständigkeit für die Aufsicht über das Haushalts- und Geschäftsgebaren aller Krankenkassen einheitlich in die Zuständigkeit des Bundes fallen, während die Länder die Aufsicht über die im jeweiligen Bundesland geschlossenen Versorgungsverträge führen und zugleich die Aufgabe erhalten können, im Rahmen eines flächendeckenden Monitoringsystems – auf der Basis bundeseinheitlicher Kriterien – frühzeitig drohende Versorgungsdefizite zu identifizieren und ggf. zu intervenieren (vgl. Ebsen et al. 2003).

2.2 Elemente einer Rahmenordnung für Vertragswettbewerb in der GKV

Dass Gesundheitsmärkte aufgrund bestimmter Besonderheiten nicht vollständig dem freien Wettbewerb überlassen werden können, ist unter Ökonomen weithin unstrittig. Insbesondere weil sie vielfach nicht durch schlichte Anbieter-Nachfrager-Beziehungen, sondern durch das Principal-Agent-Beziehungsgeflecht des Akteursdreiecks gekennzeichnet sind (vgl. Cassel 2003) und die gehandelten Gesundheitsleistungen nicht die Eigenschaften eines einfachen Such- oder Erfahrungsguts aufweisen, sind zentrale Grundbedingungen für den Einsatz marktlicher Steuerungsstrukturen (Allokation über Preise) beeinträchtigt, und es kann zu allokativem Marktversagen kommen (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2003, S. 167ff.).

Gleichwohl begründen die Besonderheiten von Gesundheitsmärkten keinesfalls den vollständigen Verzicht auf wettbewerbliche Steuerungsstrukturen. Erforderlich ist allerdings ein funktionaler Wettbewerbsrahmen für alle Akteure im Versicherungs- und Versorgungsgeschäft. Dabei erweist sich die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung als besonders anspruchsvolle Aufgabe, wenn die Finanzierung der Krankenversicherung zugleich sozialpolitisch motivierte Elemente eines Solidarausgleichs aufweist. Dies ist in der GKV der Fall, denn anders als die private Krankenversicherung kennt die GKV als „klassische Sozialversicherung“ keine risikoäquivalente Beitragskalkulation. Vielmehr zahlen Gesunde mit für Kranke und Behinderte, Jüngere mit für Ältere, Männer mit für Frauen, Ledige und Kinderlose mit für Familien mit Kindern sowie Besserverdienende mit für Schlechterverdienende. Damit stellt sich an die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung die zweifache Anforderung, für alle Akteure hinreichend unverzerrte Bedingungen zu schaffen und damit für das Zustandekommen eines funktionalen Wettbewerbs mit dem Ziel einer hohen Allokationseffizienz zu sorgen, ohne dabei jedoch den sozialen Ausgleich zu gefährden. Die entsprechend erforderliche „solidarische Wettbewerbsordnung“ definiert nicht nur die Funktionsbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander, sondern zugleich auch für den Vertragswettbewerb.

Zu diesen Bedingungen zählen insbesondere (vgl. ausführlicher *Ebsen et al.* 2003):

- Bei Abwesenheit risikoäquivalenter Prämien – also bei Existenz solidarischer Finanzierungselemente wie in der heutigen GKV⁴ – ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (RSA), wodurch bei den Kassen Anreize gesetzt werden, ihre Beitragssatzposition nicht durch Risikoselektion, sondern durch eine auf Effizienz und Qualität ausgerichtete Vertragspolitik zu verbessern. Zugleich können sich Versicherte bei der Kassenwahl nur dann an echten (absoluten bzw. relativen) Preissignalen orientieren, wenn die Beiträge bzw. Beitragssätze tatsächliche Effizienzunterschiede zwischen den Kassen widerspiegeln.
- Ein weithin einheitlicher (Vollversorgungs-)Leistungskatalog, wodurch sichergestellt wird, dass der Vertragswettbewerb in erster Linie um die Art der Leistungserstellung geführt und eine Selbstselektion der Versicherten über die Ausübung von Abwahloptionen verhindert wird⁵.
- Anwendung des Wettbewerbsrechts zur Verhinderung der Ausnutzung marktbeherrschender Stellungen auf der Kassen- und Anbieterseite sowie Anwendung des Vergaberechts, damit Versorgungsverträge durch eine faire und überprüfbare Vergabe unter Berücksichtigung des Willkürverbots zustande kommen.
- Vorkehrungen zur Sicherung eines ausreichenden Versorgungsangebots, damit im Fall punktuellen Marktversagens – in Gestalt von Versorgungslücken in versorgungsinhaltlicher und/oder regionaler Perspektive – gezielte Gegenmaßnahmen getroffen werden können, die eine flächendeckend eine umfassende Versorgung sichern.
- Überwindung der bestehenden sektorspezifischen Detailregulierungen, damit Kassen und Leistungsanbieter in wettbewerblichen Such- und Entdeckungsprozessen innovative, insbesondere auch sektorübergreifende Vergütungs- und Versorgungsformen entwickeln und vereinbaren können.
- Herstellung von Markttransparenz in Form von Informationsrechten und -pflichten für Kassen und Leistungsanbieter, damit Versicherte und Patienten aufgeklärte Wahlentscheidungen treffen können.

Diese Voraussetzungen für funktionalen Vertragswettbewerb in der GKV zu schaffen ist Aufgabe eines notwendigerweise „von Partikularinteressen möglichst unbeeinflussten, starken und konzeptionstreuen Staat(s)“ (*Cassel* 2000, S. 124). Dabei geht es um ein ordnungspolitisches Gesamtkonzept und nicht um vereinzelte sozialpolitische Interventionsmaßnahmen, die jeweils speziell für oder gegen bestimmte Akteursgruppen gerichtet sind. Dies mag durchaus im Konflikt zu bestehenden Interessen der (Gesundheits-) Politiker stehen, mit Einzelmaßnahmen Sondervorteile für bestimmte „namhafte Interessengruppen“ zu verteilen (vgl. *Oberender et al.* 2002, S. 145). Dennoch kann sich ein solcher „Kraftakt“ auch aus der Politikperspektive lohnen. Wenn nämlich die Bedingungen für einen funktionalen Vertragswettbewerb erfüllt sind und wesentliche Vorteile im Vergleich zum bestehenden

⁴ Dies gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass – wie in bei manchen Reformkonzepten zur GKV-Finanzierung vorgeschlagen – der Einkommensausgleich aus dem Krankenversicherungssystem in das allgemeine Steuersystem verlagert wird und steuerfinanzierte Zuschüsse an einkommensschwache Haushalte bei einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen („Kopfpauschalen“) gezahlt werden.

⁵ Zur „Entsolidarisierungsproblematik“ individueller Wahlleistungen in einer Krankenversicherung mit Elementen der solidarischen Finanzierung vgl. *Knappe* 2003.

administrativen Kollektivvertragssystem der GKV erzielt werden können, dürfte sich auch der fortgesetzte Handlungsdruck vermindern, unter dem sich die Gesundheitspolitik zu ständig neuen, meist wenig populären Interventionen gezwungen sieht (ohne dafür wenigstens mit Beifall der Lobbygruppen rechnen zu können).

Nicht zuletzt angesichts der Vielzahl der von allen Akteuren geforderten Anpassungen kann das vollständige Gesamtkonzept des Vertragswettbewerbs nicht in einem Schritt umgesetzt werden. Notwendig ist vielmehr eine mehrjährige Übergangszeit, die durch eine gewisse Parallelität von Elementen aus dem „neuen“ und dem „alten“ Steuerungssystem gekennzeichnet ist. In dieser Phase muss die Vereinbarkeit beider Systeme miteinander gewährleistet werden, indem einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern zwingend zu entsprechenden Anpassungen bei den weiterhin bestehenden sektoralen Kollektivregelungen führen („Vorfahrt für Einzelverträge“). Dies gilt sowohl für Vergütungsregelungen (Budgets) als auch in Bezug auf Bedarfsplanung und Zulassung. Auf keinen Fall dürfen einzelvertragliche Vereinbarungen als bloße „Add-ons“ zu bestehenden Kollektivverträgen abgeschlossen werden, sondern sollen vielmehr schrittweise an deren Stelle treten und sie letztlich vollständig ersetzen.

3. Reformdimension integrierte Versorgung

3.1 Begriffe und Inhalte

Dass nicht nur die Steuerungs-, sondern auch die sektoral abgeschotteten Versorgungsstrukturen in der GKV Ursache beträchtlicher Qualitäts- und Effizienzdefizite sind, ist weithin unstrittig. Wie zweckmäßige sektorübergreifende Versorgungsstrukturen und Wege zu ihrer praktischen Etablierung aussehen könnten bzw. sollten, ist allerdings nach wie vor weitgehend unklar. So wird der Begriff „integrierte Versorgung“ derzeit als meist relativ unpräzises Schlagwort in der gesundheitsökonomischen und –politischen Diskussion verwendet, während „die konkreten Vorstellungen hinsichtlich der Herausbildung sektorübergreifender Versorgungsformen nach wie vor unausgereift erscheinen.“ (Jacobs/ Wasem 2003, S. 289). In weithin ungebrochener Tradition plan- und kollektivwirtschaftlichen Denkens fordert die Politik von den „Akteuren“ des Gesundheitswesens – und wendet sich dabei nach wie vor meist an die Verbände der Krankenkassen und Leistungsanbieter –, die gesetzlich neu geschaffenen Möglichkeiten zur integrierten Versorgung möglichst zügig „umzusetzen“. Dabei wird jedoch übersehen, dass die dazu erforderlichen Angebotsstrukturen angesichts der bislang dominierenden sektoralen Ausrichtung der Leistungserstellung überhaupt noch nicht vorhanden sind und dass auch auf Seiten der Krankenkassen zumeist noch keineswegs hinreichend klare Vorstellungen darüber bestehen, mit welchen neuen Typen von Vertragspartnern welche Formen von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen getroffen werden sollen.

Dies ist keineswegs ein spezifisch deutsches Phänomen – vielmehr gilt generell, dass der in Theorie und Praxis – auch international – geführten Debatte keine einheitliche und konzeptionell klare Zielvorstellung und Definition von integrierter Versorgung zugrunde liegt (vgl. Kodner/ Spreeuwenberg 2002). Dabei steht der entsprechende Handlungsdruck außer Frage, zumal sich die Schnittstellenprobleme segmentierter Versorgungsstrukturen durch

angebots- und nachfrageseitig wirkende Determinanten eher noch weiter verstärken dürften. Angebotsseitig wird der medizinisch-technische Fortschritt wachsende Spezialisierungstendenzen bei den Leistungserbringern und damit einen erhöhten Bedarf an Arbeitsteilung und Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern erfordern (vgl. *Gröne/ Garcia-Barbero* 2001). Nachfrageseitig werden der demographische Wandel und ein wachsender Anteil multimorbider und chronisch kranker Patienten und damit veränderte Krankheitsbilder einen stärkeren Bedarf an integrierten Versorgungsformen verlangen (vgl. *Kruse et al.* 2003).

Zur weiteren konzeptionellen Klärung erscheint es zweckmäßig, zwei Begriffe voneinander zu unterscheiden, nämlich zum einen die integrierte *Versorgung* als ein neues Dienstleistungsprodukt der umfassenden Gesundheits- und ggf. auch der Pflegeversorgung und zum anderen die integrierten *Versorger* (bzw. die Träger der integrierten Versorgung), die als Vertragspartner der Krankenversicherungen die ökonomische und medizinische Gesamtverantwortung für die qualitätsgesicherte Bereitstellung der Versorgungsleistung tragen. Dabei kann sich die Leistung der integrierten Versorgung – je nach Integrationstiefe bzw. -breite – auf eher kleinteilige sektorübergreifend definierte Leistungskomplexe⁶ oder auf populationsbezogene (regionale) Versorgungskonzepte beziehen, wobei Letztere wiederum danach unterschieden werden können, ob sie indikationsspezifisch (z.B. onkologische oder diabetologische Versorgung) oder – im Sinne einer echten „Vollversorgung“ – indikationsunspezifisch sind.

Bei der Leistungserstellung der integrierten Versorgung kommen neben neuen Einsatzkombinationen von bekannten medizinischen und administrativen Leistungen auch weitgehend neue Produktionsfaktoren zum Einsatz, wie etwa telemedizinische Leistungen oder gezieltes Fallmanagement. Über den Einsatz von Primär- und Spezialversorgung, ambulanter und stationärer Versorgung, Akutversorgung und Rehabilitation sowie ärztlicher und nichtärztlicher Versorgung wird jeweils im Hinblick auf die konkreten Bedürfnisse der einzelnen Patienten entschieden. Dabei ist zentral, dass diese Entscheidungen nicht mehr nach den isolierten Kalkülen einzelner sektoraler Anbieter, sondern nach einem übergeordneten (Gesamt-) Kalkül im Hinblick auf einen medizinisch und ökonomisch insgesamt möglichst zweckmäßigen Behandlungsprozess getroffen werden (vgl. *Jacobs/Schröder* 2003).

Die Träger der integrierten Versorgung übernehmen als Vertragspartner der Krankenkassen im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrags die medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung und kombinieren dazu unter einer sektorübergreifenden Pauschalvergütung verschiedene Leistungserbringer „into an organized whole that can provide and coordinate an comprehensive array of services“ (*Donaldson et al.* 1996, S. 107). Das heißt, ein integrierter Versorger „provides or arranges to provide a co-ordinated continuum of services to a defined population and is willing to be held clinically and fiscally accountable for the outcomes and the health status of the population served“ (*Shortell et al.* 1993, S. 447.) Dazu müssen integrierte Versorger notwendigerweise über die Freiheit verfügen,

⁶ Dabei werden zum Beispiel Komplexpauschalen für die Kombination von zwei (oder mehreren) Einzelleistungen aus mindestens zwei unterschiedlichen Versorgungssektoren gezahlt, etwa stationäre Akutversorgung mit Hüftendoprothesen und stationäre und/oder ambulante Anschlussrehabilitation (vgl. *Schröder* 2003).

neue betriebliche und medizinische Organisationsstrukturen sektorübergreifend gestalten zu können, um gegenüber der herkömmlichen Versorgung ein Plus an Qualität, Effizienz und/oder Präferenzgerechtigkeit zu erzielen. Dies ist eine zwingende Voraussetzung dafür, dass sich das neue Versorgungsprodukt am Markt gegenüber der traditionellen sektoralen Versorgung durchsetzen kann. Dazu wird sich der integrierte Versorger im Regelfall bestimmter Management-Techniken bedienen (utilization review, case und disease management), um gleichzeitig Kosten und Qualität seiner Leistungen zu steuern (vgl. *Kodner/ Kyriacou* 2000). Da der integrierte Versorger sowohl die medizinische als auch die ökonomische Verantwortung für den sektorübergreifenden Versorgungsauftrag trägt, sind seine Entscheidungen über den Einsatz der Produktionsfaktoren stets darauf ausgerichtet, Patienten auf der medizinisch effektivsten und kostengünstigsten Leistungsstufe durch die dazu jeweils am besten geeigneten Leistungserbringer zu versorgen.

Eine konkrete rechtliche und betriebliche Organisationsform integrierter Anbieter ist damit jedoch keinesfalls vorgegeben. Vielmehr ist im Vergleich zu den weithin starren Organisationsformen der herkömmlichen sektoralen Versorgung ein breites Spektrum ganz unterschiedlicher Organisationsstrukturen denkbar, die sich etwa in der Zusammensetzung mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, im Grad der Integrationstiefe sowie in der Intensität der Kontrolle und Koordination von beteiligten Leistungserbringern unterscheiden können⁷.

Gerade ein vertragswettbewerbliches Umfeld wird über Such- und Entdeckungsprozesse geeignete Versorgungsstrukturen hervorbringen können, von denen jedoch nur diejenigen Bestand haben werden, die in ausreichendem Umfang Versorgungsverträge mit Krankenkassen abschließen können, weil sie ein hohes Maß an Qualität und Wirtschaftlichkeit bieten und den Präferenzen einer großen Zahl von Versicherten entsprechen.

Dieser Hinweis kann zugleich als negative Antwort auf die Frage verstanden werden, ob eine sektorübergreifend organisierte Versorgung nicht auch im gegenwärtigen Steuerungsgefüge zu erreichen wäre, das durch zentrale Bedarfsplanung und Kollektivverträge mit Kontrahierungszwang gekennzeichnet ist (Matrixfeld III in Abbildung 1). In diesem Fall müssten sich die korporatistischen Akteure „gemeinsam und einheitlich“ auf integrierte Versorgungsmodelle einigen. Für die Überwindung der starken Trennungen zwischen den heutigen Versorgungssektoren wäre in jedem Fall ein hoher Regulierungsaufwand nötig, wenn man auf einen wettbewerblichen Ansatz verzichtet und „trotz einer ständischen Abschottung wenigstens Ansätze einer Kooperation zustande bringen will“ (*Firnkorn* 1997, S. 129). Zudem erscheint es mehr als zweifelhaft, dass die korporatistischen Akteure überhaupt über hinreichende Kenntnisse über die ohnehin nicht eindeutig bestimmbare Produktionsfunktion für Gesundheitsleistungen (*Cutler et al.* 2000, S. 527) verfügen, um wirklich

⁷ Grundsätzlich wären über vertragsbasierte integrierte Versorgungsformen hinaus auch Organisationsformen denkbar, bei denen ein integrierter Versorger – analog zu einer US-amerikanischen HMO – auch unmittelbar die Versicherungsfunktion übernimmt oder umgekehrt Krankenversicherer in Eigeneinrichtungen selbst integrierte Versorgungsleistungen erbringen. Abgesehen vom Spezialfall der Bundesknappschaft, die über eigene Ärzte, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen verfügt, ist dies in Deutschland rechtlich zurzeit nicht möglich. Unabhängig davon erscheint es aber auch – zumindest bis auf weiteres – grundsätzlich sinnvoll, die Umstellung von einem sektoral ausgerichteten Kollektivvertragssystem zu einzelwirtschaftlichem Vertragswettbewerb nicht zusätzlich zu „überfrachten“ und an einer klaren Rollenverteilung zwischen Leistungsanbietern und Krankenversicherungen festzuhalten.

effektive und effiziente integrierte Versorgungsformen in Kollektivverträgen „umsetzen“ zu können. Die Potenziale versorgungsnaher wettbewerblicher Suchprozesse würden in jedem Fall verspielt und die bestehende Starrheit der Versorgungsstrukturen im Grundsatz fortgeschrieben.

Eine vorerst offene Frage bleibt indes, inwieweit es einzelnen sektoralen Leistungsanbietern in einem vertragswettbewerblichen Umfeld gelingen wird, sich gegen integrierte Versorger am Markt zu behaupten (Matrixfeld II in Abbildung 1). Das Interesse der Kassen an Einzelverträgen mit einer Vielzahl kleiner Leistungsanbieter – insbesondere mit niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxen – dürfte schon im Hinblick auf möglichst geringe Transaktionskosten gering ausfallen. Deshalb ist zu vermuten, dass im Vertragswettbewerb vor allem solche Anbieter Vorteile haben werden, die sich schon frühzeitig neuen Organisationsformen zugewandt haben, wobei Tempo und Ausmaß entsprechender Innovationen regional durchaus unterschiedlich ausfallen mögen. Letztlich wird aber erst ein hinreichend freier Wettbewerb aller Versorgungsformen darüber entscheiden, welche konkreten Versorgungsformen sich aus dem breiten Spektrum von weiterhin sektoral ausgerichteten „Kleinversorgern“ bis hin zu integrierten Gesamtversorgern am jeweiligen regionalen Versorgungsmarkt behaupten können, weil sie sich in besonderer Weise durch Qualität, Effizienz und Präferenzgerechtigkeit seines Angebots auszeichnen.

3.2 Zur Anreizkompatibilität integrierter Versorgungsstrukturen

Wenn unter vertragswettbewerblichen Rahmenbedingungen zukunftsfähige Ansätze der integrierten Versorgung realisiert werden sollen, muss bei allen beteiligten Akteursgruppen hinreichende Anreizkompatibilität gewährleistet sein. Dies gilt gleichermaßen für die eigentlichen Vertragspartner der integrierten Versorgung – also für die Krankenkassen, die einzeln oder in Gruppen für ihre Versicherten Versorgungsverträge mit integrierten Versorgern schließen, sowie für die Träger der integrierten Versorgung selbst, die das neue Versorgungsprodukt im Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern erfolgreich anbieten sollen –, dies gilt nicht zuletzt aber auch für die Versicherten und Patienten, die sich bei den Krankenkassen für Angebote der integrierten Versorgung einschreiben.

Damit sich Versicherte und Patienten für integrierte Versorgungsformen interessieren, müssen sie von Effizienzvorteilen der integrierten Versorgungsformen (mit)profitieren können. Einschlägige Versichertenbefragungen unterstreichen immer wieder die Bedeutung finanzieller Anreize für die Akzeptanz von neuen Versorgungsformen, die von den herkömmlichen Versorgungsstrukturen abweichen (vgl. Andersen/ Schwarze 2002; Nolting/Wasem 2002; Zok 2003). Gerade während der Anfangsphase der Etablierung integrierter Versorgungsformen können von Bonusregelungen wesentliche Anreize für die Versicherten und Patienten ausgehen, sich für ein entsprechendes Versorgungskonzept einzuschreiben. Dies gilt umso mehr, als die Angebote der integrierten Versorgung für die Versicherten noch neu sind und – je nach konkreter Ausgestaltung des Modells – mit gewissen Restriktionen beim Zugang zu einzelnen Leistungserbringern oder ungewohnten Behandlungsabläufen einhergehen können (z.B. Gatekeeping-Strukturen, verbindliche Zweitmeinungsverfahren vor Operationen usw.), die zunächst als Beschränkung der Patientenautonomie

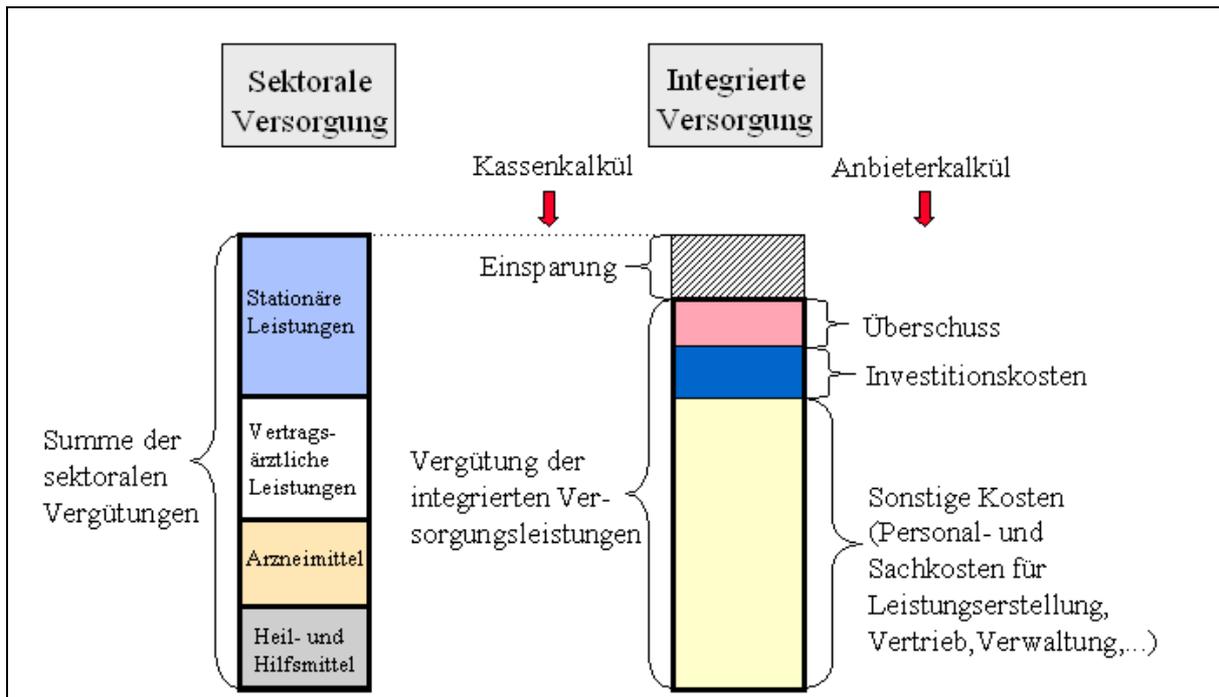
empfundener werden könnten (und von der misstrauischen Konkurrenz mutmaßlich entsprechend „gebrandmarkt“ werden dürften).

Ohne dass in ausreichend großer Zahl Versicherte für eine Einschreibung gewonnen werden, wird es keine integrierte Versorgung geben. Die Wahlentscheidung der Versicherten für eine bestimmte Versorgungsform bzw. für eine Krankenkasse, die ihren Versicherten eine entsprechende Versorgungsform anbietet, wird in einem wettbewerblichen Regime immer freiwillig erfolgen. Deshalb werden die Angebotsplanungen der integrierten Versorger sowie die Vertragsabschlüsse und ergänzenden Bonusgestaltungen der Krankenkassen die diesbezüglichen Präferenzen der Versicherten von vornherein maßgeblich mit berücksichtigen müssen. Damit erhalten die Versicherten und Patienten im Kontext der vertragswettbewerblich basierten integrierten Versorgung ein unmittelbares „Mitbestimmungsrecht“ bei der Ausgestaltung ihrer Gesundheitsversorgung (das mutmaßlich sehr viel wirkungsvoller sein dürfte als die Einführung irgendwelcher „Dritten Bänke“ für Versicherten- und Patientenvertreter in den Kollektivgremien der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“).

Damit sich die integrierte Versorgung auf einzelvertraglicher Basis etablieren kann, indem eine hinreichend große Zahl an Versicherten für eine Einschreibung gewonnen wird, müssen jedoch zunächst überhaupt entsprechende Verträge zustande kommen. Dazu ist es erforderlich, dass die Kalküle der beiden Vertragspartner erfüllt werden, die in Abbildung 2 schematisch dargestellt sind.

Zunächst sei das Kalkül der Krankenkassen betrachtet. Ob das Angebot eines integrierten Versorgers aus ihrer Sicht ökonomisch interessant ist, entscheidet sich vor allem danach, ob die Vergütung für den vereinbarten Leistungsumfang Einsparungen im Vergleich zur herkömmlichen sektoralen Versorgung ermöglicht. Zentraler Referenzmaßstab für die Kassen ist somit die Höhe der Leistungsausgaben, die für die sektorale Versorgung einer vergleichbaren Versichertengruppe angefallen wäre (dies gilt zumindest in der Anfangsphase der integrierten Versorgung, solange noch keine Auswahlentscheidung unter verschiedenen integrierten Versorgungsangeboten getroffen werden kann). Diesem Entscheidungskalkül liegt die Annahme zugrunde, dass die integrierte Versorgung gegenüber der sektoralen Versorgung eine zumindest gleich hohe oder höhere Versorgungsqualität aufweist. Diese Annahme erscheint angesichts des Einsatzes neuer Behandlungskonzepte mit sektorübergreifend koordinierter Leistungserstellung und -abgabe realistisch – insbesondere zumal die Träger der integrierten Versorgung, die sich mit ihrem neuen Angebot auf dem Versorgungsmarkt etablieren wollen, keinerlei Qualitätsrisiko eingehen können und deshalb schon von selbst an der Einrichtung eines umfassenden Qualitätsmanagements interessiert sein werden (das aber „zur Sicherheit“ auch explizit vertraglich vereinbart werden kann).

Abbildung 2: Kalküle der Krankenkassen und integrierten Versorger



Quelle: Eigene Darstellung

Jede Einsparung, die eine Kasse durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einem integrierten Versorger im Vergleich zur sektoralen Versorgung erzielen kann, bedeutet damit einen echten Effizienzgewinn. Die Kasse kann diese Einsparung – dargestellt als schraffierte Fläche in Abbildung 2 – als Bonus an ihre Versicherten weitergeben, die sich in das entsprechende Versorgungsmodell einschreiben. Je mehr es der Kasse damit gelingt, Versicherte zu halten und neue hinzuzugewinnen, desto besser ist ihr wettbewerbliches Kalkül erfüllt.

Das Interesse der Anbieter von integrierten Versorgungsleistungen muss zunächst darauf ausgerichtet sein, überhaupt individuelle Versorgungsverträge mit einer oder mehreren Krankenkassen zu schließen, weil sie – anders als die Anbieter in der herkömmlichen sektoralen Versorgung – nicht automatisch auf der Grundlage einer Zulassung zu Lasten der GKV abrechnen können. Insbesondere in Versorgungsregionen, die tendenziell – wie in Deutschland größtenteils der Fall – durch ein Überangebot an Leistungskapazitäten geprägt sind, müssen integrierte Versorger im Wettbewerb um einen Versorgungsvertrag zwingend darauf achten, ein preislich möglichst günstiges Angebot abzugeben, mit dem das oben beschriebene Kassenkalkül erfüllt werden kann.

Die Krankenkassen als Vertragspartner sind jedoch nicht die einzige Zielgruppe der Anbieter integrierter Versorgungsleistungen, denn weder ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot noch vergleichsweise günstige Vergütungsforderungen können letztlich eine gesicherte Existenz garantieren, wenn sich nicht genug Versicherte in das Versorgungsmodell einschreiben. Deshalb muss das Kalkül eines integrierten Versorgers auch darauf ausgerichtet sein, durch gezielte Informationen und Werbung Versicherte anzusprechen und zu überzeugen. Die Fähigkeit, Versicherte zu gewinnen, entscheidet zugleich über seine Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen. Sollte ihm eine Kasse keinen hinreichend attrakti-

ven Versorgungsvertrag (mehr) bieten, kann er ihr mit Versichertenverlusten drohen. Dazu muss der Anbieter die Versicherten allerdings soweit an sich gebunden haben, dass sie sei- netwegen auch einen Kassenwechsel vollziehen würden (vgl. *Sacher/ Silvia* 1998). Umge- kehrt wird ein Anbieter seine Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einer bestimmten Kasse auch davon abhängig machen, wie viele eingeschriebene Ver- sicherte ihm diese Kasse in Aussicht stellen bzw. verbindlich zusichern kann – schließlich stellt dies die zentrale Grundlage der Leistungsvergütung dar, aus der heraus wiederum alle Investitionen und laufenden Betriebskosten finanziert werden müssen. In diesem Zusam- menhang wird auch die zentrale Rolle von Vergütungsform und –höhe für die Planungsent- scheidungen des Anbieters deutlich, denn sie bestimmen zum einen maßgeblich seine An- reizstruktur und determinieren zum anderen die bestehenden Entscheidungsspielräume in Bezug auf die Aufbau- und Ablauforganisation der neuen Versorgungsform.

Natürlich muss ein Versorgungsvertrag den Anbietern auch ermöglichen, die eigenen betriebswirtschaftlichen Ziele zu erreichen. Insbesondere müssen ihre Gesamtkosten ge- deckt und darüber hinaus nach Möglichkeit ausreichende Überschüsse erzielt werden. Dazu ist es zwingend erforderlich, dass ein integrierter Versorger über hinreichende Dispositions- freiheiten zur Erstellung seines Leistungsangebots verfügen kann. Wenn ihm dagegen alle Produktionsbedingungen bis in letzte Details vorgeschrieben würden, könnte er die Versor- gung kaum deutlich kostengünstiger erbringen als seine sektoralen Konkurrenten. Es liegt auf der Hand, dass die betrieblichen Dispositionsfreiheiten eines Anbieters nicht zuletzt auch maßgeblich von den Vergütungsmodalitäten bestimmt werden. Dabei kommen morbi- ditätsadjustierte Vergütungspauschalen zugleich dem Kalkül der Kassen entgegen, weil sie im Unterschied zur Einzelleistungsvergütung nicht die Gefahr einer unkontrollierbaren Mengenausweitung bergen.

Damit bleibt vorerst festzuhalten, dass für die Etablierung integrierter Versorgungsfor- men unter vertragswettbewerblichen Rahmenbedingungen die Kalküle aller beteiligten Ak- teursgruppen – Anbieter, Krankenkassen und Versicherte – „aufgehen“ müssen. Dass dies nur in einer „Win-win-win-Konstellation“ möglich ist, scheinen einige Akteure noch nicht hinreichend nachvollzogen zu haben – vermutlich vor allem auch, weil ihr Denken insbe- sondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen Anbietern und Krankenkassen vielfach noch stark durch die „Grabenkampf-Logik“ des bisherigen Kollektivvertragssystems geprägt ist. Insbesondere das Verständnis für die betriebliche Perspektive der Anbieter integrierter Ver- sorgungsleistungen ist in der gesundheitspolitischen Diskussion nach wie vor unterentwi- ckelt. Deshalb soll im folgenden Abschnitt ein Überblick über zentrale Aspekte der Ent- wicklungsplanung integrierter Anbieter gegeben werden.

3.3 Strategische Entwicklungsplanung der integrierten Anbieter

Ein vertragswettbewerblicher Rahmen, in dem die Kalküle aller Akteure der integrierten Versorgung erfüllt werden können, ist eine notwendige, aber noch keine hinreichende Be- dingung dafür, dass integrierte Versorger in neuen, zukunftsfähigen Organisationsformen entstehen (vgl. *Jacobs/Schröder* 2003): „while macro level policy changes provide an im- portant framework for a better integration of services, more evidence is needed to decide on the best organizational approaches at the micro level“ (*Gröne/ Garcia-Barbero* 2002, S. 2).

Während insbesondere in den USA detaillierte Analysen zu unterschiedlichen Integrationsbestrebungen von Leistungsanbietern durchgeführt werden, bleibt die Beschäftigung mit integrierter Versorgung in Deutschland vielfach auf gutwillige Verzahnungs- und Kooperationsappelle beschränkt – etwa um die viel zitierten Doppeluntersuchungen zu reduzieren. Dabei wird zugleich deutlich, dass vielfach nach wie vor „sektoral gedacht“ wird – etwa wenn von einer verbesserten Kooperation oder einem verbesserten Schnittstellenmanagement zwischen (den Leistungsanbietern aus) unterschiedlichen Sektoren gesprochen wird. Hierin mögen im Vergleich zum Status quo zwar durchaus gewisse Verbesserungspotenziale in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung liegen, doch bedeutet der grundsätzliche Fortbestand der heutigen Versorgungssektoren vor allem, dass die einzelnen Beteiligten auf Seiten der Leistungsanbieter unverändert über isolierte ökonomische Kalküle verfügen. Ein „Gesamtkalkül“, das auf Qualität und Effizienz des gesamten Behandlungsgeschehens ausgerichtet ist, kann so jedoch nicht zustande kommen. Dazu sind vielmehr sektorübergreifende Versorgungskonzepte in neuen betrieblichen Organisationsstrukturen erforderlich. Bei der Entwicklung derartiger Betriebsstrukturen stellen sich vor allem die nachfolgend betrachteten Aufgaben.

Entwicklungsplan und Leistungsangebot

Bereits bestehende erste Ansätze für integrierte Versorgungsmodelle in Form von Arztnetzen oder Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind meist dadurch gekennzeichnet, dass sie keinen hinreichend langfristigen Entwicklungsplan haben. Sie sind vielmehr „evolutorisch“ darauf angelegt, in einer Art erkenntnisleitendem Prozess aus dem jeweils letzten Entwicklungsschritt und der sich daraus ergebenden Situation die nächsten Schritte für die weitere Entwicklung abzuleiten. Bei einem solchen Vorgehen, das organisationsökonomisch auch als „muddling towards workability“ (Goldsmith 1994, S. 29) bezeichnet werden kann, können zwar durchaus auch effiziente und präferenzgerechte integrierte Versorgungsstrukturen entwickelt werden, doch sind die Chancen dafür eher gering. Diese Einschätzung wird auch durch Ergebnisse bisheriger Evaluationen im Bereich von Arztnetzen und vernetzten Praxen bestätigt (vgl. Kreft *et al.* 2002; Rüschemann *et al.* 2000). Entsprechend sind mittlerweile auch bereits etliche Arztnetzprojekte aus der Anfangsphase der integrierten Versorgung wegen unzulänglicher Effizienzergebnisse wieder eingestellt worden.

Die (negativen) Erfahrungen dieser ersten Ansätze sind für die Entwicklungsplanung integrierter Versorger jedoch gleichwohl bedeutsam, weil sie helfen können, grundlegende Fehler zu vermeiden. Insbesondere hat es sich als unverzichtbar erwiesen, dass es für die Entwicklung eines integrierten Versorgungsmodells einen mittel- bis langfristig orientierten Plan geben muss, aus dem sich die Kursrichtung aller kurzfristigen Handlungsschritte beim Aufbau eines integrierten Versorgers im Hinblick auf alle dabei notwendigen Aufgabenfelder ergeben.

Zu Beginn der Entwicklungsplanung muss vor allem eine genaue Vorstellung vom Unternehmensziel und dem angestrebten Leistungsangebot des integrierten Versorgers gewonnen werden. Dabei muss nicht nur bestimmt werden, welche Leistungen bzw. welches sektorübergreifende Behandlungsspektrum angeboten werden soll, sondern auch, welche

Zielgruppen von Kassen bzw. Versicherten damit in erster Linie angesprochen werden sollen. Bei der Bestimmung des Leistungsangebots muss im Rahmen einer gründlichen Umfeldbetrachtung insbesondere auch die Konkurrenzsituation zu anderen Anbietern berücksichtigt werden. Um sich im Markt etablieren zu können, muss ein integrierter Anbieter das Ziel, ein patientenorientiertes und sektorübergreifendes medizinisches Behandlungsangebot anbieten zu können, bei dem die Patienten möglichst effizient behandelt werden, nachweislich besser erfüllen als seine sektoral organisierten Konkurrenten „vor Ort“.

Die Übernahme der medizinischen und ökonomischen Gesamtverantwortung durch den integrieren Versorger erfordert hinreichende Dispositionsfreiheiten für einen variablen Einsatz der verfügbaren Personal- und Sachressourcen, erfordert aber zugleich eine genaue innerorganisatorische (innerbetriebliche) Steuerung und Abstimmung und begründet damit einen nicht unbeträchtlichen Planungs- und Investitionsbedarf hinsichtlich der angestrebten medizinischen und betrieblichen Integration.

Medizinische und betriebliche Integration

Zentral für die Produktionsplanung eines integrierten Versorgers ist die Entwicklung arbeitsteiliger Behandlungskonzepte und eine entsprechende Personal- und Sachressourcenplanung (einschließlich des Einsatzes von Großgeräten, telemedizinischen Leistungen, bestimmten Informationstechnologien usw.). Die arbeitsteiligen Behandlungskonzepte müssen so konzipiert sein, dass sie im Einzelfall sichern können, dass ein Patient auf der kosteneffektivsten Behandlungsstufe des Behandlungskontinuums versorgt wird. Medizinisch nicht notwendige Leistungen gilt es vollständig zu vermeiden, und notwendige Leistungen sollen bei hoher Qualität zu möglichst geringen Produktionskosten erbracht werden. Bei den beteiligten Leistungserbringern ist dazu vielfach eine grundlegende Neuausrichtung von gewohnten Denkstrukturen erforderlich, die insbesondere in der ambulanten Versorgung durch das dominierende „Einzelkämpfer-Dasein“ geprägt sind. Dabei können in der integrierten Versorgung zur Steuerung der beteiligten Leistungserbringer klassische und neue medizinbetriebliche Steuerungsinstrumente des Managed Care eingesetzt werden, wie Qualitätszirkel, peer review, self audit, der Einsatz von Arzneimittellisten, die Orientierung an Leitlinien und Behandlungspfaden, die Verankerung von Second-opinion-Verfahren, aber auch Auswertungen einer regelmäßigen Messung der Patientenzufriedenheit (vgl. zu entsprechenden Managed-Care-Instrumenten *Amelung/ Schumacher 2000; Baumann/ Stock 1996; Kongstvedt 2001; Neuffer 1997*).

Im Rahmen der Personalplanung und -entwicklung muss auf Basis des Versorgungskonzepts ermittelt werden, wie viele Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer zur Versorgung der angestrebten Versicherten-/Patientenzahl benötigt werden und welche Aus- und Fortbildungsmaßnahmen notwendig sind, um den beteiligten Leistungserbringern die sektorübergreifende Ausrichtung der Leistungserstellung, die neuen arbeitsteiligen Behandlungskonzepte sowie die Anwendung geeigneter Managed-Care-Instrumente zu vermitteln (einschließlich der Ausbildung von Gatekeepern und Fallmanagern). Erforderlich ist darüber hinaus eine hinreichende Ausstattung an Sachressourcen. Hierunter fällt auch die Lösung betriebstechnischer Aufgaben, denn eine erfolgreiche medizinische Integration erfordert auch entsprechend funktionsfähige Support-Systeme, von

Aufnahmeformularen bis hin zur informationstechnischen Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer (vgl. *Leutz* 1999). Außerdem ist zu entscheiden, in welcher räumlichen Verteilung (Standorte) und in welcher konkreten Ausgestaltung der einzelnen Standorte das Versorgungsangebot den Patienten zugänglich gemacht werden soll. Bei dieser Entscheidung müssen betriebliche Belange im Vordergrund stehen, wie etwa medizinbetriebliche Optimalgrößen der Standorte oder Präferenzen der Patienten in Bezug auf Zugang und Erreichbarkeit des Leistungsangebots.

In einem „geplanten“ Versorgungsmodell der integrierten Versorgung ist die betriebliche Integration auf die zur Umsetzung der Versorgungskonzeption erforderliche medizinische Integration abgestimmt. Hier liegt ein entscheidendes Entwicklungshemmnis bei den bisherigen „evolutionären“ Ansätzen der integrierten Versorgung (Arztnetze, Arzt-Krankenhaus-Kooperationen), bei denen bestehende, gerade nicht im Hinblick auf integrierte Versorgungsmodelle entstandene Betriebsstrukturen ihrerseits weitgehend die Möglichkeiten – vor allem aber auch die Grenzen – der medizinischen Integration determinieren. Die bisherigen Modelle lassen als „Interessengemeinschaften“ die jeweiligen Einzelunternehmen der sektoralen Leistungserbringung fortbestehen (vgl. *Tophoven/ Siebolds* 2000) und konzentrieren sich vorrangig auf medizinische Kommunikations- und Kooperationsvereinbarungen (vgl. *Tophoven* 2003) oder – auf einer noch niedrigeren Integrationsstufe – lediglich auf die Bildung von Einkaufsgemeinschaften und die gemeinsame Ressourcennutzung. Die beteiligten Leistungserbringer bleiben in diesen Ansätzen in ihrer jeweiligen einzelwirtschaftlichen Orientierung verhaftet, wodurch eine vollständige medizinische Versorgungsintegration erschwert bzw. teilweise unmöglich gemacht wird.

In Bezug auf die Frage nach dem angestrebten Integrationsgrad und der dazu zweckmäßigen Organisationsform eines integrierten Versorgers ist die gegenwärtig in Deutschland zumeist aus der sektoralen Perspektive bestehender Anbieter geführte Diskussion um „arzt(netz)zentrierte“ versus „krankenhauszentrierte“ integrierte Versorgung deutlich weniger zielführend als etwa die insbesondere in den USA geführte Diskussion um eine „virtuelle“ oder „vertikale“ Integration der beteiligten Leistungserbringer, die auch zentral das jeweilige „Make-or-buy-Verhältnis“ der Leistungserstellung und damit den letztlich realisierten betrieblichen Integrationsgrad betrifft.

Bei einer sog. virtuellen Integration bleiben separate Management- und Eigentumsstrukturen in Form der bisherigen Einzelunternehmen weitgehend bestehen, aber die Beteiligten verständigen sich trotz ihrer organisatorischen Trennung mit Hilfe von verbindlichen Koordinationsvereinbarungen auf ein Mindestmaß der Abstimmung ihrer Handlungen und sind zudem durch Informationssysteme verbunden (vgl. *Roberts/ Haas* 1997). Die medizinische und ökonomische Verantwortung des Versorgungsauftrags wird – im Rahmen einer Kopfpauschalen-Vergütung – vom (virtuellen) Netzwerk gemeinsam übernommen, aber jeder Leistungserbringer ist nach wie vor durch ein eigenes Betriebsergebnis gekennzeichnet (vgl. *Robinson* 1997). Bei einer vertikalen Integration erfolgt dagegen eine wesentlich tiefer gehende betriebliche Integration aller beteiligten Leistungserbringer in ein Unternehmen mit übergeordneter Führungsstruktur und einheitlicher Eigentümerschaft als prägenden Merkmalen (vgl. *Miller* 1996). Ein zentraler Vorteil vertikal integrierter Systeme wird darin gesehen, dass sie wesentlich mehr Führungsinstrumente in Bezug auf finanzielle und nicht-

finanzielle Handlungsanreize zur Steuerung der Leistungserbringer einsetzen können, als dies allein über Kooperationsverträge bei virtueller Integration möglich ist (vgl. *Roberts/Haas* 1997). Umgekehrt wird ein Vorteil virtuell integrierter Versorger in einer höheren Flexibilität und stärker marktlichen Koordination der Leistungserbringer vermutet (vgl. *Robinson/Casalino* 1996).

Für konkrete Organisationsentscheidungen integrierter Versorger gilt es, diese Aspekte differenziert auszuloten, wobei sich im konkreten Einzelfall zwischen (virtuellen) Integrationsformen von Konsortien weiterhin eigenständiger Leistungsanbieter auf der einen Seite und vollständig (vertikal) integrierten Unternehmen auf der anderen Seite ein kontinuierliches Spektrum alternativer Organisationsformen aufspannt und vielfältige Mischformen denkbar sind – etwa auch derart, dass ein integriertes Anbieterunternehmen als „Basis“ fungiert, das sich ergänzend flexibler Vertragsarrangements mit weiterhin organisatorisch eigenständig bleibenden Leistungserbringern bedient, die spezialisierte und weniger häufig benötigte Leistungen erbringen.

Vertragswerk und Vergütungsregelungen

Wenn die Grundentscheidungen über das Leistungsangebot und die dazu zweckmäßige Organisationsform getroffen sind, muss zur Konstitution des Anbieters ein Gesellschaftsvertrag geschlossen werden, der die Binnenstrukturen und Verantwortlichkeiten fixiert und damit die Entscheidung des gewählten betrieblichen Integrationsgrads vertraglich umsetzt. Von zentraler Bedeutung sind daneben Verträge mit den ärztlichen Leistungsträgern der integrierten Versorgung, den „Vertrauensärzten“ der eingeschriebenen Versicherten, die für das allgemeine Fallmanagement verantwortlich sind. Je nach Organisationsstruktur des integrierten Versorgers handelt es sich dabei um (interne) Arbeits- oder (externe) Assoziationsverträge. Diese Verträge regeln insbesondere, welche Pflichten und Rechte die Ärzte gegenüber dem Träger der integrierten Versorgung haben, welche Unterstützung sie bei seiner Arbeit erfahren und wie ihre Leistungen vergütet werden. Ergänzend müssen Verträge mit weiteren assoziierten Leistungserbringern (weitere Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen usw.) geschlossen werden. Schließlich sind Versorgungsverträge zwischen dem Träger der integrierten Versorgung und Krankenkassen zu schließen, die neben einer Definition der vereinbarten Versorgungsleistungen für die eingeschriebenen Versicherten (ggf. einschließlich besonderer Qualitätsvereinbarungen) Regelungen zur Leistungsvergütung enthalten.

Die Vergütung integrierter Versorgungsleistungen wird in der Regel auf der Grundlage morbiditätsbasierter Kopfpauschalen erfolgen. Generell gilt, dass pauschale Leistungsvergütungen dem integrierten Versorger einen Teil der ökonomischen Verantwortung für die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten direkt übertragen. Dieses „supply-side cost sharing“ (vgl. *Newhouse* 1996; *Ellis/McGuire* 1993) trägt unmittelbar dazu bei, die Anreize für eine effiziente Versorgungssteuerung im Sinne einer „echten“ Integration der beteiligten Leistungserbringer nachhaltig zu stärken. Pauschalvergütungen sorgen dafür, dass zum einen das Einkommen der Leistungsanbieter nicht durch die Ausweitung von Einzelleistungen erhöht werden kann und dass zum anderen Notwendigkeit und Effizienz von veranlassenden und verordneten Leistungen bei den Behandlungsentscheidungen mit berücksichtigt

werden. Damit wird eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, um dem ökonomischen Kalkül der Kassen Rechnung zu tragen. Zugleich wird aber auch eine wichtige Funktionsbedingung auf Seiten des integrierten Versorgers erfüllt, denn Pauschalvergütungen sind eine wesentliche Grundlage für die notwendigen Dispositionsfreiräume zur Realisierung der angestrebten medizinischen und betrieblichen Integration. So ist es wenig überraschend, dass Erfahrungen aus den USA bestätigen, dass in der Leistungsvergütung in Form von Kopfpauschalen „the greatest potential for achieving needed levels of service integration and alignment of economic interests“ begründet ist (*Shortell et al.* 1994, S. 51).

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass Pauschalvergütungen grundsätzlich die Gefahr von Patientenselektion und Rationierung durch die Leistungsanbieter bergen (vgl. *Newhouse* 1996). Dieser Gefahr wirkt in einem vertragswettbewerblichen Umfeld jedoch der „doppelte“ Wettbewerb – zwischen den Kassen um Versicherte und zwischen den Leistungsanbietern um Versorgungsverträge – unmittelbar entgegen. So werden die Kassen im eigenen Wettbewerbsinteresse bestrebt sein, dass Selektions- und Rationierungsanreize bei den Leistungsanbietern möglichst gering ausfallen, indem die Pauschalvergütungen morbiditätsadjustiert ausgestaltet werden (vgl. *Buchner et al.* 2002; *Schröder/ Ryll* 2002) und ggf. in den Vergütungsvereinbarungen zusätzliche Sonderregelungen für extreme Hochkostenfälle vorgesehen werden, um so eine „faire“ Risikoteilung zwischen Versorgern und Versicherern zu gewährleisten. Auch wenn die Anreize zur Risikoselektion durch eine Morbiditätsadjustierung der Pauschalvergütungen nicht vollständig beseitigt werden können (vgl. *Newhouse et al.* 1997; *Shen/ Ellis* 2001), dürften sich die damit verbundenen Risiken im vertragswettbewerblichen Gesamtgefüge der GKV in Grenzen halten: Weder die integrierten Versorger, die sich unter aufmerksamer Beobachtung der Konkurrenz auf dem Versorgungsmarkt etablieren wollen, noch die mit ihnen kontrahierende Krankenkassen können sich Reputationsverluste leisten, die unweigerlich drohen, wenn allein ein begründeter Verdacht auf Patientenselektion und Leistungsrationierung besteht (vgl. *Jacobs* 2002).

4. Ausblick

Abschließend soll noch ein kurzer Ausblick auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten bei der Herausbildung von integrierten Versorgungsmodellen gerichtet werden, nachdem zum Jahresbeginn 2004 das „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG) in Kraft getreten ist. Dabei sei zunächst daran erinnert, dass gesetzliche Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten Versorgungsverträgen schon seit der sog. „Gesundheitsreform 2000“ bestanden. Dass es gleichwohl in der Praxis kaum entsprechende Aktivitäten gab – oder in der Wahrnehmung der Politik: dass die Intentionen des Gesetzgebers nicht umgesetzt wurden –, hat mehrere Ursachen. Ein zentraler Grund lag vor allem darin, dass das Hauptaugenmerk bei der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen offensichtlich weniger auf die Schaffung von Freiräumen für innovationsbereite Akteure gerichtet wurde, sondern vor allem darauf, das weiterhin bestehende Kollektivvertragssystem in seiner (vermeintlichen) Funktionsfähigkeit möglichst wenig zu beeinträchtigen (vgl. *Jacobs/ Schröder* 2003; S. 105). Ein wesentliches Entwicklungshemmnis lag zudem in den per Rahmenvereinbarung der Spitzenbände garantierten Beitrittsrechten „Dritter“ zu geschlossenen Versorgungsverträgen der integrierten Versorgung (vgl. *Ebsen et al.* 2003, S. 218f.). Völlig unzureichend

beachtet blieben schließlich vor allem auch die erheblichen Investitionserfordernisse im Hinblick auf die Entwicklung zentraler Wissensgrundlagen zur Herausbildung neuer Organisationsformen der integrierten Leistungserstellung.

Mit dem GMG sind nunmehr einige der bisherigen Hürden für die Herausbildung integrierter Versorgungsmodelle auf einzelvertraglicher Grundlage beseitigt worden. Dennoch bleibt zunächst kritisch festzuhalten, dass insgesamt keineswegs ein genereller Einstieg in durchgängig vertragswettbewerbliche Steuerungsstrukturen erfolgt ist. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung ist an der zentralen sektoralen Bedarfsplanung und der darauf basierenden Zulassung von Leistungsanbietern (mit Kontrahierungszwang für alle Krankenkassen) ebenso festgehalten worden wie an den detailliert vorgegebenen Vergütungsmodalitäten⁸. Trotz einer unbestreitbaren Erweiterung vertragswettbewerblicher Freiräume besteht das eingangs für die GKV als charakteristisch bezeichnete „Steuerungswirrwarr“ damit im Grundsatz fort.

Zu den Erweiterungen der wettbewerblichen Handlungsfreiräume der einzelwirtschaftlichen Vertragspartner zählen insbesondere der Verzicht auf das Erfordernis kollektivvertraglicher Rahmenvereinbarungen und die damit verbundenen Beitrittsrechte „Dritter“ sowie eine deutlich größere Vielfalt bei möglichen Organisationsformen integrierter Versorger. Positiv hervorzuheben ist ferner, dass die Krankenkassen weiterhin einen Bonus an Versicherte zahlen können, die sich in integrierte Versorgungsmodelle einschreiben.

Ambivalent ist dagegen die sog. „Anschubfinanzierung“ der integrierten Versorgung zu beurteilen, für die ohne weitergehende Bereinigungsmodalitäten bis zu jeweils einem Prozent der ambulanten ärztlichen sowie der Krankenhausvergütung verwendet werden können. Ein positiver Aspekt dieser Regelung liegt zweifellos darin, dass damit grundsätzlich Finanzmittel für die integrierte Versorgung bereit stehen und nicht erst mühsam gegen die Widerstände der sektoralen Kollektivvertragspartner „erkämpft“ werden müssen. Negativ fällt jedoch ins Gewicht, dass mit dem „1 %-Budget“ von dem nach wie vor ungelösten Problem der Bereinigung sektoraler Kollektivregelungen abgelenkt wird, die sowohl im Hinblick auf Bedarfsplanung und Zulassung sektoraler Leistungsanbieter als auch auf deren Vergütung fortbestehen. Durch das „1 %-Budget“ wird somit zwar gewissermaßen ein „Sonderbudget“ für einzelvertragliche Vereinbarungen zur integrierten Versorgung geschaffen, doch wird dies die nach wie vor erforderliche generelle „Vorfahrt für Einzelverträge“ im Sinne zwingender Bereinigungsvorschriften für sektorale Kollektivregelungen nicht dauerhaft ersetzen können – eine Aufgabe des Gesetzgebers, die somit unverändert bestehen bleibt.

Schließlich ist mit der Bereitstellung „schnellen Geldes“ die Gefahr verbunden, dass die Politik die Vertragsakteure unter Druck setzt, möglichst schnell zahlreiche Vertragsabschlüsse vorzuweisen. Dabei droht Schnelligkeit auf Kosten von Substanz in Gestalt nachhaltiger Reformen der Versorgungsstrukturen zu gehen. So ist es kein Wunder, wenn von

⁸ In der ambulanten ärztlichen Versorgung wird die gesetzliche Detailregulierung sogar auf die Spitze getrieben: mit der Vorgabe eines fixen Zeitplans zur flächendeckenden Einführung sog. morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumina zur Individualvergütung aller zu Lasten der GKV abrechnenden ambulant tätigen Ärzte und damit eines Vergütungssystems, das in Bezug auf einen vergleichbaren Anwendungskontext bislang weder in der gesundheitsökonomischen Literatur umfassend erörtert, geschweige denn irgendwo auf der Welt praktiziert wird.

Seiten der Leistungsanbieter zunächst vor allem Vertragsangebote für sektorübergreifende Leistungskomplexe unterbreitet werden, die bestimmte Versorgungsleistungen zu neuen Einzelleistungen bündeln – etwa Operationen mit anschließender Rehabilitation. Ein kaum beherrschbares Problem solcher Modelle liegt insbesondere darin, dass mögliche Preisvorteile von Komplexpauschalen durch kaum vermeidbare Mengenausweitungen wieder zunichte gemacht werden dürften (vgl. *Schröder* 2003).

Mit einer „echten“, populationsbezogenen integrierten (Voll-)Versorgung für Versicherte, die sich bewusst in ein derartiges Versorgungsmodell einschreiben, haben solche vertraglichen „Schnellschüsse“ erkennbar wenig zu tun. Wie insbesondere die Ausführungen im vorangehenden Abschnitt gezeigt haben, ist zur Konzipierung und Etablierung entsprechender Betriebskonzepte für integrierte Versorger noch eine Reihe grundlegender Aufgaben zu bewältigen, was nicht nur Zeit, sondern vor allem auch erheblichen Investitionsaufwand erfordert. Die Entwicklung neuer Dienstleistungstechnologien kann nicht „über Nacht“ erfolgen – schon gar nicht in einer Branche, die jahrzehntelang durch gesetzliche und kollektivvertragliche Detailregulierung bestimmt war (und dies in weiten Teilen weiterhin ist). Leistungsanbieter und Krankenkassen, die sich darüber im Klaren sind und genügend „langen Atem“ aufbringen, werden jedoch erkennen, welche wettbewerblichen Potenziale in integrierten Versorgungsformen auf einzelvertraglicher Grundlage liegen, und damit zugleich einmal mehr unter Beweis stellen, dass wettbewerbliche Steuerung jedem starren System von Plan- und Kollektivwirtschaft letztlich weit überlegen ist, wenn es um die Herausbildung produktiver und präferenzgerechter Problemlösungen geht.

Literatur

- Amelung, V. E. / Schumacher, H.* (2000): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 2. akt. Aufl., Wiesbaden.
- Andersen, H. / Schwarze, J.* (2002): Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle; in: *Preuß, K.-J. / Rübiger, J. / Sommer, J.* (Hrsg.): *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, Stuttgart, S. 20-36.
- Baumann, M. / Stock, J.* (1996): *Managed Care – Impulse für die GKV? Endbericht der Prognos AG im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 1996.*
- Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M.* (2003): *Gesundheitsökonomie*, 4. neubearb. und erw. Aufl., Berlin u.a.O.
- Buchner, F. / Ryll, A. / Wasem, J.* (2002): *Periodenbezogene Vergütungssysteme: Die risikoadjustierte Kopfpauschalungsvergütung*; in: *Wille, E.* (Hrsg.): *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 63-95.
- Cassel, D.* (2000): *Ordnungspolitische Gestaltung des Gesundheitswesens in der Sozialen Marktwirtschaft*, *Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik*, 45. Jahr, S. 123-143.
- (2003): *Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf*, in: *Arnold, M. / Klauber, J. / Schellschmidt, H.* (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, New York, S. 3-20.
- Cutler, D. M. / McClellan, M. / Newhouse, J. P.* (2000): *How does managed care do it?* *RAND Journal of Economics*, 31(3), S. 526-548.

- Donaldson, M. S. / Yordy, K. D. / Lohr, K. N. / Vanselow, N. A. (1996): Primary Care: America's Health in a New Era. Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine, Washington, D.C.
- Ebsen, I. / Greß, S. / Jacobs, K. / Szecsenyi, J. / Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, AOK im Dialog Bd. 13, Bonn.
- Ellis, R. P. / McGuire T. G. (1993): Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care, *Journal of Economic Perspectives*, 7(4), S. 135-151.
- Firnborn, H.-J. (1997): Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung, in: Arnold, M. / Paffrath, D. (Hrsg.): *Krankenhausreport '97*, Stuttgart, S. 127-140.
- Goldsmith, J. (1994): The Illusive Logic of Integration; in: *Healthcare Forum Journal*, 37(5), S. 26-31.
- Gröne, O. / Garcia-Barbero, M. (2001): Integrated Care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1 (June), Internetquelle: <http://www.ijic.org> <Zugriff: 01.04.04>.
- (2002): Approaches towards measuring integration and continuity of care, WHO-Paper held at the 5th International Conference of the International Federation of Health Services and Systems Research, Greece 2002.
- Herder-Dorneich, P. (1999): Die Korporative Koordination im Gesundheitswesen – Ursprung, Stand und Leistungsfähigkeit; in: Wille, E. (Hrsg.): *Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden, S. 31-51.
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, 29. September 2003, Internetquelle: <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf> <Zugriff: 01.04.04>.
- Jacobs, K. (2000): Gesundheitsreform: Keine Pause in der 2. Halbzeit; in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 54(11/12), S. 10-15.
- (2002): Vergütungssysteme und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.): *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen*, Baden-Baden, S. 11-33.
- / Reschke, P. / Cassel, D. / Wasem, J. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Schriftenreihe des BMG Bd. 140, Baden-Baden.
- / Schröder, W. F. (2003): Wettbewerb als Motor der Integration?, in: Arnold, M. / Klauber, J. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2002*, Stuttgart, S. 103-112.
- / Wasem, J. (2003): Nur Rhetorik oder ernst gemeint? Ohne Einstieg in den Vertragswettbewerb drohen der GKV ständig neue Leistungsausgrenzungen, *Forum für Gesundheitspolitik*, September, S. 285-291.
- Knappe, E. (2003): Ökonomische Betrachtung, in: Klusen, N. (Hrsg.): *Zuwahlleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden, S. 7-56.
- Kodner, D. L. / Kyriacou, C. K. (2000): Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models, *International Journal of Integrated Care*, 0 (November), Internetquelle: <http://www.ijic.org> <Zugriff: 01.04.04>.
- / Spreeuwenberg, C. (2002): Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – A Discussion Paper, *International Journal of Integrated Care*, 2 (November), Internetquelle: <http://www.ijic.org> <Zugriff: 01.04.04>.
- Kongstvedt, P. R. (2001): Medical Management, in: Kongstvedt, P. R. (Hrsg.): *Essentials of Managed Care*, 4th ed., Gaithersburg, S. 177.
- Kreft, M. / Baur, S. / Schmelzer, R. (2002): Praxisnetze. Zeit für Professionalisierung, *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (11), Suppl.: *Praxis Computer*, S. 11-13.

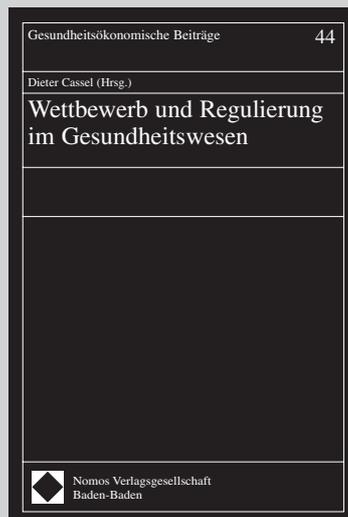
- Kruse, A. / Knappe, E. / Schulz-Nieswandt, F. / Schwartz, F. W. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise im Auftrag der AOK Baden-Württemberg, Heidelberg.
- Leutz, W. N. (1999): Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), S. 77-110.
- Miller, R. H. (1996): Health system integration: a means to an end, *Health Affairs* 15(2), S. 92-106.
- Neuffer, A. B. (1997): Managed Care: Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitssystem, Bayreuth.
- Newhouse, J. P. (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection, *Journal of Economic Literature*, 34(3), S. 1236-1263.
- / Buntin M. / Chapman J. (1997): Risk adjustment and medicare: taking a closer look, *Health Affairs* 16(5), S. 26-43.
- Nolting, H.-D. / Wasem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002.
- Oberender, P. / Hebborn, A. / Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart.
- OECD (2002): OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries, Paris.
- Roberts, M. J. / Haas, S. T. (1997): Die Zukunft von Managed Care: virtuelle – nicht vertikale Integration, in: Arnold, M. / Lauterbach, K. W. / Preuß, K.-J. (Hrsg.): *Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart u.a.O., S. 123-132.
- Robinson, J. C. (1997): Physician-Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm, *Medical Care Research and Review*, 54(1), S. 3-24.
- / Casalino, L. P. (1996): Vertical integration and organizational networks in health care, *Health Affairs* 15(1), S. 7-22.
- Rüschmann, H.-H. / Roth, A. / Krauss, C. (2000): Vernetze Praxen auf dem Weg zu managed care? Aufbau-Ergebnisse-Zukunftsvision. Berlin u.a.O.
- Sacher, S. / Silvia, L. (1998): Physician Networks, Integration and Efficiency, Federal Trade Commission. Working Paper 218.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKaIG) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden.
- (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden.
- (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2002): Jahresgutachten 2002/03: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Stuttgart.
- Schröder, W. F. (2003): Sektorübergreifende Leistungskomplexe und integrierte Versorgung, *Forum für Gesundheitspolitik*, November/Dezember, S. 418-421.
- / Ryll, A. (2002): Pauschalierte Vergütungssysteme in der Integrierten Versorgung; in: Tophoven, C. / Lieschke, L. (Hrsg.): *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*, Köln, S. 131-169.
- Shen, Y. / Ellis, R. P. (2001): How Profitable is Risk Selection? A Comparison of Four Risk Adjustment Models; in: *Health Economics*, 11(2), S. 165-174.
- Shortell, S. M. / Gillies, R. R. / Anderson, D. A. / Mitchell, J. B. / Morgan, K. L. (1993): Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators, *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), S. 447-466.
- Shortell, S. M. / Gillies, R. R. / Anderson, D. A. (1994): The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems, *Health Affairs* 13(5), S. 46-64.

- Tophoven, C.* (2003): Integrierte Angebotsstrukturen – Netze auf dem Weg zur markt- und vertragsfähigen Organisation, in: Tophoven, C. / Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, S. 229-260.
- / *Siebolds, M.* (2000): Integrationsversorgung. Zukunftsperspektiven im Wettbewerb; in: Deutsches Ärzteblatt, 97 (47), S. A3157-3162.
- Zok, K.* (2003): Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. WIdO-Materialien Bd. 50, Bonn.

Auf der Suche nach dem „Königsweg“

In keinem der bestehenden Gesundheitssysteme wurde bisher der »Königsweg« zu einer in jeder Hinsicht effektiven, effizienten und bezahlbaren Gesundheitsversorgung aller Bevölkerungsschichten unter Wahrung der individuellen Präferenzen gefunden. Notwendig erscheint dazu ökonomisch gesehen eine Gratwanderung zwischen Wettbewerb und Regulierung als Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen: Wettbewerb ist unverzichtbar, wenn die Versorgung mit Versicherungs- und Gesundheitsleistungen bedarfsgerecht, effizient und innovativ sein soll; und Regulierung ist notwendig, soweit Krankenversicherungs- und Versorgungsmärkte versagen oder sozialpolitische Ziele erreicht werden sollen.

Dieses Spannungsverhältnis wird im vorliegenden Sammelband des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Sozialpolitik exemplarisch diskutiert. In neun Beiträgen wird der Regulierungsbedarf auf dem Krankenversicherungs-, Gesundheitsversorgungs- und Apothekenmarkt wettbewerblich ausgestalteter Gesundheitssysteme behandelt, um daraus wettbewerbsorientierte Reformoptionen insbesondere für das überregulierte deutsche Gesundheitswesen abzuleiten.



Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen

Herausgegeben von Prof. Dr. Dieter Cassel, Universität Duisburg
2004, 203 S., brosch., 45,- €, ISBN 3-8329-0941-9
(Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 44)



Cassel
Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen
2004, 203 S., brosch., 45,- €, ISBN 3-8329-0941-9
(Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 44)

Name

Straße

PLZ, Wohnort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Sie haben das Recht, die Ware innerhalb von 2 Wochen nach Lieferung ohne Begründung an Ihre Buchhandlung oder an den Nomos Verlag, Waldseest. 3-5, 76530 Baden-Baden, zurückzusenden, wobei die rechtzeitige Absendung genügt. Kosten und Gefahr der Rücksendung trägt der Empfänger.



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei:
Nomos Verlagsgesellschaft
76520 Baden-Baden
Telefon 0 72 21/21 04-37/-38
Telefax 0 72 21/21 04-43
sabine.horn@nomos.de
www.nomos.de