

2 Innovative Versorgungsformen und Risikoteilung

Dieses Kapitel enthält eine Einführung zu innovativen Versorgungsformen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Risikobeteiligung der Leistungserbringer. Die Darstellung gliedert sich in vier Abschnitte:

- Im ersten Abschnitt werden die grundlegenden Zusammenhänge innovativer Versorgungsformen beschrieben. Diese werden u. a. als managed care-orientierte Versorgungsformen charakterisiert. Als besonders bedeutsam für den weiteren Verlauf der Arbeit erweist sich die Integration von Versicherung und Leistungserstellung, die durch eine Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko in Form pauschaler Vergütungsformen erreicht wird. Daraus ergibt sich eine Angleichung der Interessen der Leistungserbringer an die der Leistungsfinanzierer. Auf diese Weise werden u. a. die Anreize, die der Morbi-RSA auf die Krankenkassen ausübt, auf innovative Versorgungsformen übertragen.
- Im nächsten Abschnitt stehen konkrete Organisationsformen zur Umsetzung von Managed Care in den USA, dem Herkunftsland dieses Versorgungskonzepts, im Fokus. Sie stützen in unterschiedlichem Maß die Interessen der Leistungsfinanzierer und Leistungserbringer. Dabei zeigen sich Parallelen zu ähnlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland, die im nächsten Abschnitt beschrieben werden. Darüber hinaus werden Impulse zur Weiterentwicklung innovativer Versorgungsformen gewonnen, die in Kapitel 8 wieder aufgegriffen werden.
- Im dritten Abschnitt werden sozialrechtliche Handlungsformen für innovative Versorgungsformen in Deutschland vorgestellt. Auf sie wird in den folgenden Kapiteln immer wieder zurückgegriffen, dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V.
- Im letzten Abschnitt des Kapitels steht die Kooperation von Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern in innovativen Versorgungsformen im Zentrum. Insbesondere wird gezeigt, wie durch den Einsatz pauschaler Vergütungsformen innovative Versorgungsformen am Versicherungsrisiko beteiligt werden.

Als risikotragende Institutionen können innovative Versorgungsformen dann im nächsten Kapitel in abstraktem Sinn als Versicherungen betrachtet werden, die deshalb teilweise ähnlichen Anreizen unterliegen wie Krankenkassen. Dies ermöglicht dort die parallele Darstellung von RSA bzw. Risikoadjustierung als Instrumente zur Vermeidung von Risikoselektion. Wie dann deutlich wird, entfalten beide jeweils ähnliche Anreizwirkungen.

2.1 Grundlagen innovativer Versorgungsformen

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird der Begriff innovative Versorgungsform abgegrenzt und im zweiten die Verbindung zu Managed Care hergestellt. Im dritten Teil werden institutionenökonomische Ansätze zur Erklärung der beschriebenen Kooperations- und Integrationsformen herangezogen. Sie begründen die zentrale Bedeutung pauschaler Vergütungsformen und erläutern deren Wirkung. Insbesondere die Mechanismen der Anreizübertragung und Interessenangleichung, die sich aus der Prinzipal-Agent-Theorie ergeben, sind für die weitere Argumentation relevant. Im letzten Teil wird die große Bedeutung des selektiven Kontrahierens für innovative Versorgungsformen dargestellt.

2.1.1 Zum Begriff innovative Versorgungsform

2.1.1.1 Grundlagen

Wie bereits in der Einleitung zu dieser Arbeit dargelegt, veranlassen steigende Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung die Politik seit Jahrzehnten zu Maßnahmen für eine effizientere Gesundheitsversorgung. Die angestrebten Effizienzsteigerungen sollen jedoch möglichst nicht zu Lasten der Versorgungsqualität erzielt werden. Im Gegenteil, falls möglich sollte die Qualität der Versorgung trotz der angestrebten Kosteneinsparung weiter erhöht werden. Als besondere Schwachpunkte in Bezug auf eine effiziente Versorgung gelten die Schnittstellen zwischen den Institutionen und insbesondere zwischen den Leistungssektoren des Gesundheitswesens. Eine verbesserte Kooperation und Koordination der Leistungserbringer, über diese Schnittstellen hinweg, könnte dazu beitragen, das doppelte Ziel einer Steigerung von Versorgungsqualität und -effizienz tatsächlich zu erreichen.²⁹

Ganz in diesem Sinne mahnt der SVR-Gesundheit, die medizinisch und ökonomisch immer noch weitgehende Abschottung der Leistungssektoren stelle nach wie vor eines der zentralen Hindernisse für die Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

²⁹Vgl. SVR-Gesundheit 2007, S.26-29.

in Deutschland dar. Diese Segmentierung der Rahmenbedingungen gesundheitlicher Leistungserstellung setze z. B. Anreize, bei sektoraler Budgetierung, ausgabenintensive Leistungen nach Möglichkeit in andere Sektoren zu verschieben. Solche Handlungsweisen entsprächen unter den gegebenen sektoralen Rahmenbedingungen durchaus einem rationalen Entscheidungskalkül der jeweiligen Akteure, konfigurierten aber mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Die Überwindung dieser Sektorierung durch eine integrierte Versorgung zielen somit darauf ab, die Produktion der einzelnen Gesundheitsleistungen jeweils jenen Leistungserbringern zu überantworten, die diese am qualifiziertesten und/oder kostengünstigsten erstellen können.³⁰ Innovative Versorgungsformen bilden einen viel versprechenden Ansatz, um die angedeuteten Effizienz- und Qualitätspotenziale an den Schnittstellen zwischen den Institutionen und Sektoren des Gesundheitswesens zu heben.³¹

Kooperation und Integration als Kennzeichen innovativer Versorgungsformen Braun et al. verstehen unter innovativen Versorgungsformen

zahlreiche moderne Kooperationsformen mit Netzwerkcharakter, die auf eine zumindest partielle Integration der Leistungserstellung im Gesundheitswesen zielen. Innovative Versorgungsformen werden daher auch als vernetzte Versorgungsstrukturen oder Gesundheitsnetzwerke bezeichnet. Die Kooperation verschiedener Leistungserbringer wird zunehmend durch die Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Krankenkassen ergänzt.³²

Im Sinne der Transaktionskostentheorie können Gesundheitsnetzwerke als **hybride Organisationen** verstanden werden, die sich aus Wesensmerkmalen verschiedener Organisationsformen zusammensetzen. Sie entstehen zur Überwindung der Nachteile eines arbeitsteiligen Handelns einzelner Unternehmen (Leistungserbringer) und steigern so die Wettbewerbsfähigkeit aller Beteiligten. Ihr Potenzial schöpfen diese Strukturen in besonderem Maße bei der Versorgung chronisch Kranker aus. Generell zielen sie auf die Versorgung von Patienten mit langjährigen und von mehreren Versorgungseinrichtungen zu betreuenden Krankheitsbildern, die tendenziell zu hohen Abstimmungskosten unter den beteiligten Leistungserstellern führen.³³

³⁰Vgl. SVR-Gesundheit 2007, Ziffer 65 ff. Zudem gelte es in diesem Kontext, Anreize für eine wirksame Prävention zu schaffen, vgl. SVR-Gesundheit 2009, S. 433.

³¹Vgl. SVR-Gesundheit 2007, Ziffer 65 ff.

³²Vgl. Braun, Schumann et al. 2009, S. 4. Vgl. zu Gesundheitsnetzwerken als Nukleus integrierter Versorgungsstrukturen Braun und Güssow 2006, S. 68-81.

³³Vgl. Braun und Güssow 2006, S. 4-5. Vgl. zum Erklärungsbeitrag der Transaktionskostentheorie für innovative Versorgungsformen Abschnitt 2.1.3.1 ab S. 30. Gesundheitsnetzwerke können von einem Mitglied dominiert werden, z. B. einer Großpraxis oder einem Krankenhaus. Dann spricht man von einem fokalen Netzwerk. Sie können aber auch ausschließlich aus ebenbürtigen Partnern bestehen. Dann werden sie als polyzentrische Netzwerke bezeichnet, vgl. Braun 2004, S. 32.

Braun et al. kennzeichnen Gesundheitsnetzwerke im Gegensatz zu anderen Organisationsformen, die, wie z. B. Krankenhäuser, über Jahrzehnte bestehen und stabile Strukturen aufweisen, als **fragile Kooperationsformen** zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, die rechtlich selbstständig bleiben können aber nicht müssen.³⁴ Ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit geben die Beteiligten in den integrierten Bereichen jedoch auf, um Effektivität und Effizienz ihres Handelns zu optimieren. Die Integration der Leistungserbringung folgt dabei der **Wertschöpfungskette** bzw. Patientenkarriere, sodass die fragmentierte Gesundheitsversorgung zu Gunsten einer zielgerichteten Koordination der Leistungserbringer überwunden wird,³⁵ vgl. Abbildung 2.1. Sie zielt im Letzten auf eine **Maximierung des**



Abbildung 2.1: Wertschöpfungskette für eine integrierte Leistungserbringung in Anlehnung an Porter 2006, S. 204 aus Braun, Schumann et al. 2009, S. 4.

Patientennutzens.³⁶

In Anlehnung an Braun et al. lassen sich vier **Kennzeichen innovativer Versorgungsformen** identifizieren:³⁷

1. Steuerung von Qualität und Kosten als dominante Ziele,
2. Zunehmende Kooperation von Leistungserbringern und ggf. Kostenträgern mit unterschiedlichen Kooperationsgraden unter Nutzung pauschalierender und erfolgsabhängiger Vergütungsformen,
3. Anwendung von Managementprinzipien und -instrumenten,

³⁴Vgl. Braun 2004, S. 30.

³⁵Vgl. Braun und Güssow 2006, S. 4.

³⁶Vgl. Braun, Schumann et al. 2009, S. 4. Der Patientennutzen kann näher als Patient Value, d. h., als Gesundheitsergebnis in Relation zu den durch den Patienten aufzuwendenden Kosten beschrieben werden. Patientennutzen bzw. Patient Value beschreiben den Wert der erbrachten Leistung (Produkte, Dienstleistungen) eines Unternehmens für den Kunden. Sie reflektieren daher die Sicht des Kunden auf das Unternehmen. Patientennutzen und Patient Value sind zu unterscheiden vom Kundenwert bzw. Patientenwert, die den Wertbeitrag eines Kunden bzw. Patienten zum Unternehmenswert abbilden.

³⁷Vgl. Braun, Schumann et al. 2009, S. 4-5.

4. Selektives Kontrahieren der Kostenträger bei bestimmten Formen innovativer Versorgungsstrukturen.

Im Folgenden werden innovative Versorgungsformen in Bezug zu eng verwandten Begriffen gestellt und von diesen abgegrenzt. Das sich dabei ergebende Beziehungsgeflecht zur Beschreibung innovativer Versorgungsformen ist in Abbildung 2.2 dargestellt. Einzelne Elemente werden im weiteren Verlauf dieser Einführung aufgegriffen und vertieft. Im Zentrum der Abbildung stehen innovative Versorgungsformen. Zentral darunter finden sich die bereits angesprochene Integration entlang der Wertschöpfungskette und die Kooperation mit den Krankenkassen in Form der Integration von Versicherung und Leistungserstellung. Auf der linken Seite von Abbildung 2.2 wird die Verbindung von innovativen Versorgungsformen und Managed Care dargestellt, die im nächsten Abschnitt besprochen wird.

Innovative Versorgungsformen als managed care-orientierte Versorgungsformen Innovative Versorgungsformen werden auch als **managed care-orientierte Versorgungsformen** bezeichnet, da sie sowohl Instrumente als auch Organisationsformen des Managed Care aus den USA in abgewandelter und angepasster Form übernehmen. Managed Care bedeutet wörtlich übersetzt soviel wie gesteuerte Versorgung. Konstitutive Kernelemente sind die Integration der Leistungserbringung entlang der Wertschöpfungskette sowie die Einflussnahme der Leistungsfinanzierer (Versicherungen, Krankenkassen) auf den Prozess der Leistungserstellung. Eine Adaption der Managed Care-Konzepte ist nicht nur wegen der Unterschiede zwischen dem deutschen und dem amerikanischen Gesundheitssystem notwendig, sondern auch, weil Managed Care in den USA selbst einem starken Wandel unterliegt. Aktuelle Konzepte berücksichtigen in hohem Maß die Wahlfreiheit der Patienten bzw. Versicherten und ergänzen eine vormals möglicherweise zu einseitige Fokussierung auf Kostensenkungen durch eine zunehmende Qualitätsorientierung.³⁸

Im Unterschied zu Managed Care betont der Begriff der innovativen Versorgungsformen stärker den Aspekt der (sektorübergreifenden) Integration der Leistungserstellung entlang der Wertschöpfungskette und legt weniger Gewicht auf die derzeit vielfach erst noch im Aufbau befindliche Integration von Versicherung und Leistungserbringung. (Vgl. dazu die beiden geschwungenen Pfeile in Abbildung 2.2.) Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit bietet Managed Care zunächst ein theoretisch begründbares und relativ gut systematisiertes Konzept zum Verständnis innovativer Versorgungsformen als managed care-orientierte Versorgungsformen. In Hinblick auf eine Analyse der Wirkung des Morbi-RSA auf innovative Versorgungsformen trägt die theoretische Begründung von Managed Care zum Verständnis der Mechanismen der Anreizübertragung bei.

³⁸Vgl. Janus 2007, S. 14.

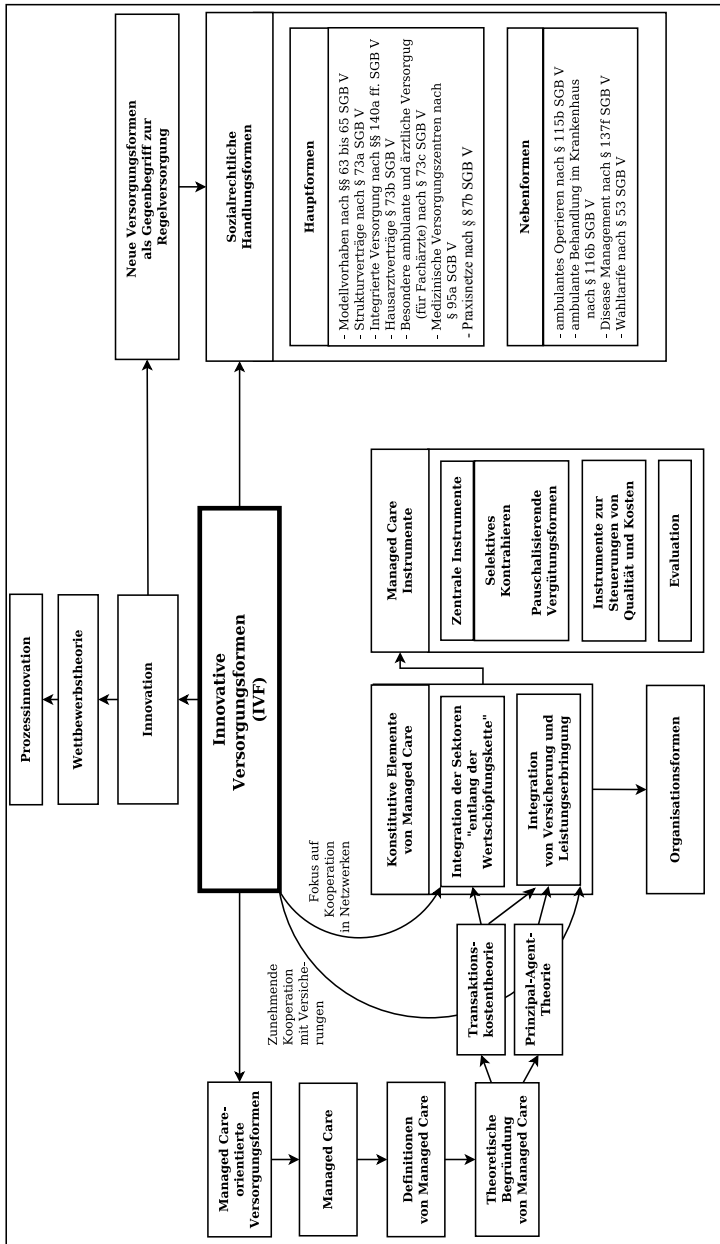


Abbildung 2.2: Innovative Versorgungsformen, eigene Darstellung. Die Abbildung zeigt die Verbindung von innovativen Versorgungsformen, Managed Care und den sozialrechtlichen Handlungsformen des SGB V. Außerdem werden die Verbindungen zu theoretischen Begründungsansätzen dargestellt.

Zur Erfassung der zentralen Merkmale von Managed Care werden in Abschnitt 2.1.2 verschiedene Definitionen und Umschreibungen von Managed Care gegenübergestellt.³⁹ Anschließend wird sowohl die Integration entlang der Wertschöpfungskette als auch die Integration von Versicherung und Leistungserbringung mit Hilfe der Transaktionskostentheorie und der Prinzipal-Agent-Theorie erklärt.⁴⁰ In Abschnitt 2.2 werden zudem Organisationsformen von Managed Care in den USA vorgestellt. Dabei werden zunächst Ähnlichkeiten zu innovativen Versorgungsformen in Deutschland deutlich. Darüber hinaus ergeben sich Impulse für die Weiterentwicklung innovativer Versorgungsformen in Deutschland, die in Kapitel 8 aufgegriffen werden.

Sozialrechtliche Handlungsformen Eine Umsetzung managed care-orientierter innovativer Versorgungskonzepte im Bereich der GKV ist in Deutschland aufgrund verschiedener Rechtsgrundlagen möglich, die Braun et al. als **sozialrechtliche Handlungsformen** integrierter bzw. innovativer Versorgungsformen bezeichnen.⁴¹ (Vgl. dazu und im Folgenden den rechten Ast in Abbildung 2.2.) Sie setzen einen rechtlichen Rahmen für die Gestaltung der Verträge zwischen den jeweiligen Kooperationspartnern, überlassen diesen jedoch teilweise umfangreiche Handlungsspielräume. Im Einzelnen nennen Braun et al. folgende Möglichkeiten:

- Modellvorhaben nach §§ 63 bis 65 SGB V,
- Strukturverträge nach § 73a SGB V,
- Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V,
- Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V,
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung (für Fachärzte) nach § 73c SGB V,
- Medizinische Versorgungszentren nach § 95a SGB V,
- sowie weitere Nebenformen.

Die Bezeichnung sozialrechtliche Handlungsformen deutet an, dass es sich bei den genannten Rechtsgrundlagen immer nur um den Status quo der rechtlichen Umsetzungsmöglichkeiten eines diesen zugrunde liegenden und vorausgehenden **Konzepts** innovativer Versorgungsformen handelt. Es wäre daher verkürzt, den Begriff der innovativen Versorgungsformen einfach auf eine abschließende Aufzählung dieser Rechtsformen zu beschränken. Trotzdem prägen die rechtlichen Rahmenbedingungen die bisherige und zukünftige Gestaltung innovativer Versorgungsformen entscheidend. Sie müssen daher in der Analyse der Wirkung des Morbi-RSA auf innovative Versorgungsformen zwingend berücksichtigt werden. Die genannten Handlungsformen werden in Abschnitt 2.3 einzeln aufgegriffen und vertieft.

³⁹Vgl. Abschnitt 2.1.2 ab S. 25.

⁴⁰Vgl. zum Erklärungsbeitrag der Transaktionskostentheorie Abschnitt 2.1.3.1 ab S. 30 und zu dem der Prinzipal-Agent-Theorie Abschnitt 2.1.3.2 ab S. 39.

⁴¹Vgl. Braun, Schumann et al. 2009, S. 7-8.

Von den genannten innovativen Versorgungsformen lassen sich mit Braun et al. sog. integrierte Versorgungsstrukturen abgrenzen. Als integrierte Versorgungsstruktur bezeichnet Braun eine organisatorische Einheit aus einem Gesundheitsnetz und mindestens einem Kostenträger (insbesondere einer Krankenkasse), die wenigstens teilweise die Integration von Leistungserbringung und -finanzierung realisiert. Als sozialrechtliche Handlungsformen für integrierte Versorgungsformen gelten die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V und Strukturverträge nach §§ 73a SGB V.⁴²

2.1.1.2 Kategorien der Integration

In diesem Abschnitt werden zwei Möglichkeiten vorgestellt, um die verschiedenen Arten der Integration durch innovative Versorgungsformen zu klassifizieren. Die erste unterscheidet drei Dimensionen der Integration auf die im Folgenden immer wieder zurückgegriffen wird, die zweite differenziert zwischen Produkt- und Institutionenintegration.

Dimensionen der Integration Die verschiedenen bereits teilweise angesprochenen Formen der Integration werden unterschiedlich systematisiert und klassifiziert. Häufig findet sich eine Darstellung von drei Dimensionen der Integration in einem Würfel,⁴³ vgl. Abbildung 2.3: Die **Integrationsstiefe** wird durch die Zahl der einbezogenen Sektoren bestimmt und beschreibt den Integrationsgrad entlang der Wertschöpfungskette.⁴⁴ Sie kann sich im Grenzfall auf nur einen Sektor erstrecken, wie im Fall einer interdisziplinären integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V und bis zur vollständigen Integration aller Sektoren reichen.

Die **Indikationsbreite** entspricht der Zahl der einbezogenen medizinischen Indikationen. Sie kann von einer spezifischen Indikation, z. B. Schlaganfallpatienten bis zur Einbeziehung der gesamten Bevölkerung einer Region reichen. Der letztgenannte Fall wird auch als populationsbezogene (regionale) Vollversorgung bezeichnet. Möglichkeiten zur Umsetzung dieses Ansatzes bieten Integrationsverträge nach §§ 140a ff. SGB V, medizinische Versorgungszentren nach § 95a SGB V, Strukturverträge nach § 73a SGB V und Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V.

Im Gegensatz zur regionalen Vollversorgung haben indikationsbezogene Ansätze die Verbesserung der Versorgung bei einer spezifischen Erkrankung oder Indikation zum Ziel. Als Teilnehmer kommen daher nur Versicherte mit entsprechenden Krankheitsbildern bzw. Indikationen in Frage. Sie gilt es durch datengestützte Verfahren zu identifizieren. Dabei kann,

⁴²Vgl. Braun 2004, S. 30.

⁴³Vgl. auch die beschreibende Darstellung in Braun, Güssow et al. 2007, S. 14.

⁴⁴Vgl. Abbildung 2.2 auf S. 16.

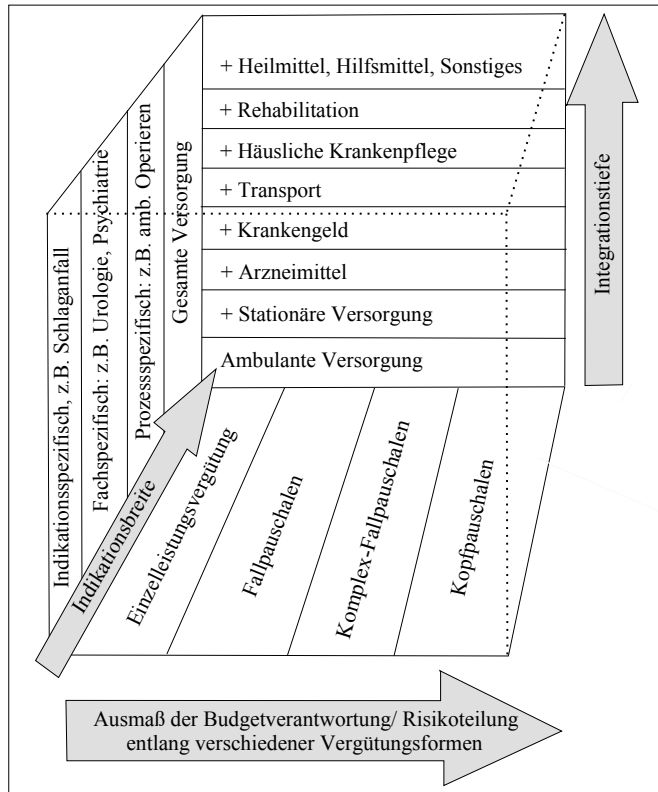


Abbildung 2.3: Dimensionen der Integration, eigene Darstellung in Anlehnung an Schreyögg, Weinbrenner et al. 2010, S. 109.

wie in Abschnitt 6.2.1 gezeigt wird, der Morbi-RSA genutzt werden. Die Indikationsbreite definiert ex-ante Abgrenzungskriterien, nach denen Patienten bzw. Versicherte für die integrierte Versorgung ausgewählt werden. Geeignete Organisationsformen zur Umsetzung indikationsbezogener Ansätze sind strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V sowie Verträge zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V und Case Management.⁴⁵

Exemplarisch für indikationsbezogene Verträge zur integrierten Versorgung können Verträge zur Hüft-Endoprotetik oder Chroniker-Netzwerke angesehen werden.⁴⁶ Als Leuchtturmprojekte der indikationsübergreifenden, populationsbezogenen integrierten Versorgung gelten u. a. das Gesunde Kinzigtal, das Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM) sowie

⁴⁵Aktuell fordert die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (DGIV) die rechtliche Zusammenlegung beider Handlungsformen, vgl. Gieseke 2013.

⁴⁶Vgl. zur indikationsbezogenen integrierten Versorgung auch Abschnitt 7.1.

das Gesundheitsnetzwerk Nürnberg Nord.⁴⁷ Indikationsübergreifende und indikationsbezogene Ansätze zielen auf eine Senkung der Leistungsausgaben und auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Allerdings werden von den Krankenkassen überwiegend indikationsbezogene Verträge zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V geschlossen.⁴⁸

Die dritte Dimension der Integration, das **Ausmaß der Budgetverantwortung** bzw. Risikoteilung, wird durch die angewandten Vergütungsformen bestimmt. Ausgehend von der Einzelleistungsvergütung nimmt die Budgetverantwortung und damit die Integration von Leistungserbringung und Versicherung entlang der in Abbildung 2.3 dargestellten Vergütungsformen zu.⁴⁹ Die Leistungserbringer werden zunehmend am Versicherungsrisiko beteiligt. Neben den dargestellten Vergütungsformen wird das Ausmaß der Budgetverantwortung durch weitere Vereinbarungen zur Risikoteilung zwischen Leistungserbringern und -finanzierern bestimmt, die in den jeweiligen (Selektiv-) Verträgen festgelegt werden.⁵⁰ Die dritte Dimension der Integration, d. h., die Beteiligung der Leistungserbringer durch pauschale Vergütungsformen am Versicherungsrisiko, ist für die weiteren Ausführungen über dieses Kapitel hinaus von zentraler Bedeutung. Dies gilt insbesondere für Kapitel 7.

Die drei Dimensionen erlauben alle möglichen Kombinationen im dreidimensionalen Raum des Würfels. So überwindet die partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung bei der Behandlung eines Krankheitsbildes zwar eine oder mehrere Sektorengrenze(n), mögliche Schnittstellenprobleme mit den übrigen Leistungsbereichen bleiben aber ungelöst. Bei der vollständig sektorübergreifenden indikationsspezifischen Versorgung erfolgt dagegen die Betreuung und Behandlung über alle Leistungsbereiche hinweg, d. h., von der Prävention bis zur Pflege. Hierunter fallen beispielsweise ambitionierte Disease Management-Konzepte, die sich als indikationsbezogene Verträge neben Vergütungsfragen vor allem auf Qualitäts- und Behandlungsstandards beziehen.⁵¹ Reine Ärztenetze bieten dagegen meist eine indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung an, die zwar interdisziplinär-fachübergreifend ist, der aber eine sektorübergreifende Orientierung fehlt.⁵²

⁴⁷Vgl. Weatherly 2007.

⁴⁸Vgl. Schreyögg, Weinbrenner et al. 2010, S. 110. Schreyögg et al. stellen auch Überlegungen zu den Vor- und Nachteilen von indikationsbezogenen bzw. übergreifenden Projekten zur integrierten Versorgung an: Indikationsbezogene Projekte erleichtern durch ihren engen Fokus die Entwicklung von spezifischen Behandlungsleitlinien und integrierten klinischen Behandlungspfaden. Indikationsübergreifende Projekte schließen jedoch auch häufig Teilprogramme für ausgewählte spezifische Indikationen ein (vgl. z.B. die Programme des Gesunden Kinzigitals). Schreyögg et al. sehen darüber hinaus Vorteile für indikationsbezogene Projekte aufgrund einfacherer Evaluierbarkeit und Steuerbarkeit. So ließen sich Outcome-Parameter und Qualitätsziele leichter bestimmen und Steuerungsziel- und Vergütungssysteme einfacher entwickeln. Vgl. Schreyögg, Weinbrenner et al. 2010, S. 110-111.

⁴⁹Vgl. zum Kontext innovativer Versorgungsformen auch Abbildung 2.2 auf S. 16.

⁵⁰Vgl. zur Übernahme von Budgetverantwortung, Risikoteilung und Integration von Leistungserbringung und Versicherung daher die Darstellungen in den Abschnitten zu Vergütungsformen 2.4, S. 80 ff. und zum selektiven Kontrahieren 2.1.4, S. 44 ff.

⁵¹Vgl. SVR-Gesundheit 2009, S. 434 sowie Thorenz 2007 und Knappe 2008, S. 12-17.

⁵²Vgl. SVR-Gesundheit 2009, S. 434 sowie Fleßa und Wendler 2008, S. 154-159.

Die Wirkung des morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleichs auf innovative
Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen
Binder, A.
2015, XXVIII, 507 S. 47 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-07900-0