

Prof. Dr. Eberhard Wille

**Wege zur Einbeziehung der strukturierten  
Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung**

Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte  
Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Mannheim, im April 2013

## Inhalt

1. Kooperationen unter Ärzten und Integrierte Versorgung
2. Integrierte Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit
3. Gemeinsamkeiten zwischen DMPs und integrierten Versorgungsformen
4. Unterschiede zwischen DMPs und integrierten Versorgungsformen
5. Optionen und Hindernisse einer zielorientierten Verzahnung von DMPs und integrierten Versorgungsformen
6. Ausblick: Zu finanziellen Anreizen einer Förderung innovativer Versorgungskonzepte

## **Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung**

### **1. Kooperationen unter Ärzten und Integrierte Versorgung**

Schon seit geraumer Zeit zeichnet sich in der deutschen Gesundheitsversorgung ein Trend zu einer zunehmenden Kooperation unter den Ärzten ab. Während z.B. zwischen 1993 und 2008 die Zahl der niedergelassenen Ärzte nur um 13,9% anstieg, wuchs die Zahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte im selben Zeitraum um 60,5%. Bei den Internisten fiel der Zuwachs mit 102,9% besonders groß aus (Vgl. Wille, E. und Erdmann, D. 2011, S. 33f). Für den Trend zu einer kooperativen ärztlichen Tätigkeit spricht ebenfalls das noch immer andauernde – wenn auch seit 2009 etwas abgeschwächte – Wachstum der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ; vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012). Die Ergebnisse einer Umfrage unter niedergelassenen und Klinikärzten zu den „Zukunftsaussichten beruflicher Kooperationen“ bestätigten ebenfalls, dass sich Kooperationen unter Ärzten immer größerer Beliebtheit erfreuen (vgl. Deutsche Apotheker- und Ärztebank 2012, S. 2f.). Ihre diesbezügliche Zurückhaltung gab inzwischen auch die Bundesärztekammer auf, so dass der 115. Ärztetag zu einer positiven Beurteilung der Chancen kooperativer Versorgungsformen gelangte und der „Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen“ einen eigenen Tagesordnungspunkt widmete (siehe auch Laschet, H. 2012).

Die Vorzüge einer zunehmenden und intensiveren Kooperation unter den Ärzten bestehen aus gesundheitsökonomischer Perspektive und aus Sicht der Leistungserbringer insbesondere in

- einer verbesserten Abstimmung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen den Leistungssektoren, insbesondere zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 164ff.),
- der Sicherstellung einer flächendeckenden, hochwertigen Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, vorwiegend ländlichen Regionen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010, Ziffer 1138ff.),
- einer Ausweitung des Leistungsspektrums in Verbindung mit einer stärkeren fachlichen Spezialisierung und damit einer Stärkung der Attraktivität für die Patienten bzw. der Wettbewerbsfähigkeit,
- einer Absicherung der eigenen Diagnose und Therapie durch den kollegialen Austausch,
- einer Verminderung von ökonomischen Risiken in Verbindung mit einer Vermeidung von hohen, schuldenfinanzierten Investitionen,
- den Möglichkeiten einer flexibleren Arbeitsgestaltung und damit
- einer besseren Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit auf der einen sowie Familie und Freizeitgestaltung auf der anderen Seite.

Diesen Vorzügen stehen aus Sicht der Ärzte als Nachteile

- eine kooperationsbedingte Zunahme der Bürokratie,
- ein hoher Beratungsbedarf sowie
- im Falle größerer Einheiten die Abnahme des Gewichtes der eigenen Stimme

gegenüber (siehe Deutsche Apotheker- und Ärztebank 2012, S. 5ff.). Infolge ihrer hohen Präferenz für den Grad der Selbstbestimmung halten knapp zwei Drittel der befragten Ärzte eine Betriebsgröße von drei bis vier kooperierenden Teilnehmern für wünschenswert.

Kooperationen unter Ärzten können die Gesundheitsversorgung zwar verbessern, bilden aber nur eine notwendige und keinesfalls hinreichende Bedingung für die Realisierung der kooperativen und integrierten Ziele, die der Gesetzgeber mit den besonderen Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 SGB V verfolgt. Diese umfassen:

- die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V),
- die Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V),
- die strukturierten Behandlungsprogramme (§ 137f-g SGB V) sowie
- die integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V).

Die Strukturverträge nach § 73a SGB V, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen schließen können, erlauben im Unterschied zu den besonderen Versorgungsformen zwar keine selektiven Verträge zwischen den Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern, lassen sich im Sinne einer integrierten Versorgung hier jedoch hinzufügen. Sie ermöglichen nämlich, einem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem entsprechenden Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen.

Der Integrationsgrad der jeweiligen Gesundheitsversorgung lässt sich nach den Kriterien:

- Anzahl der Einrichtungen,
- Vielfalt der Indikationen,
- Umfang der Leistungssektoren und
- räumliche Ausdehnung

bestimmen bzw. klassifizieren. Eine Gemeinschaftspraxis, in der mehrere Ärzte der gleichen Fachrichtung miteinander kooperieren, repräsentiert unabhängig von ihrer Versorgungsqualität den niedrigsten Integrationsgrad. Er liegt etwas höher in einem MVZ, da dieses eine „fachübergreifende“ ärztlich geleitete Einrichtung darstellt (so § 95 Abs. 1 SGB V), allerdings beschränken sich die Kooperationen unter den Ärzten nach dem gesetzlichen Erfordernis nur auf die jeweilige Einrichtung.

Der Integrationsgrad des jeweiligen Versorgungskonzeptes lässt sich, wie Tabelle 1 synoptisch zeigt, mit Hilfe der beiden zentralen Kriterien Umfang der Leistungssektoren und Vielfalt der einbezogenen Indikationen weitgehend idealtypisch bestimmen und klassifizieren (siehe auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010, Ziffer 961f. sowie Wille, E. 2010, S. 101f.) Dabei nimmt der Integrationsgrad des Versorgungskonzeptes mit dem Umfang der Leistungssektoren und der Vielfalt der einbezogenen Indikationen, d.h. in Tabelle 1 von links oben nach rechts unten, tendenziell zu. Den geringsten Integrationsgrad weist in diesem Schema eine sektorspezifische Versorgung auf, die sich auf eine Indikation beschränkt (Feld I). Dies gilt z.B. für ein Disease-Management-Programm (DMP), das sich nur auf einen Leistungssektor erstreckt. Die sektorspezifische Versorgung kann auch mehrere (Feld II) oder alle in ihren Bereich fallenden Krankheitsbilder (Feld III) einschließen; so ermöglicht z.B. § 73c SGB V neben einzelnen Bereichen auch die Einbeziehung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung. Gleiches gilt für die hausarztzentrierte Versorgung oder für Versorgungskonzepte, die sich nur aus Hausärzten zusammensetzen. Die hausarztzentrierte Versorgung kann darüber hinaus auch einen integralen Bestandteil einer fach- und sektorenübergreifenden Versorgung (Feld IV bis VI), z.B. im Rahmen integrierter Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V, bilden.

Die Versorgungskonzepte entsprechend den Feldern I bis III klammern von ihrem Ansatz her die sektorenübergreifende Koordination und damit die Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Leistungsbereichen noch völlig aus. Dabei wurzeln gerade in den ungelösten Schnittstellenproblemen zentrale Defizite der deutschen Gesundheitsversorgung. So sah der Gesetzentwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz, das am 01.01.2004 in Kraft trat, den „Sinn einer integrierten Versorgung“ vornehmlich in einer Überwindung der Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche, einer Nutzung der Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg und einer Förderung der die Leistungssektoren übergreifenden Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten (siehe Bundesregierung 2003, S. 352). Die partielle sektorenübergreifende indikationsbezogene Versorgung (Feld IV), die eine oder mehrere Indikation(en) beinhalten kann, überwindet zwar eine oder mehrere Sektorengrenzen, mögliche Schnittstellenprobleme bei den nicht einbezogenen Leistungsbereichen bleiben aber ungelöst. In diesem Feld befinden sich die meisten DMPs. Zur vollständig sektorenübergreifenden Versorgung, die von der Prävention bis zur Pflege reicht und mehrere Indikationen abdeckt (Feld V), gehören ambitioniertere Konzepte von DMPs. Die vollständige sektoren- und indikationenübergreifende Versorgung stellt in diesem Schema unter Integrationsaspekten das anspruchsvollste Konzept dar. Es bildet zugleich die Grundlage für eine in räumlicher bzw. regionaler Hinsicht populationsorientierte Gesundheitsversorgung. Ein solch umfassendes Versorgungsnetz, für dessen gesetzliche Verankerung sich die integrierten Versorgungsformen

**Tabelle 1: Versorgungskonzepte nach ihrem Integrationsgrad**

Vielfalt der Indikationen	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Umfang der Leistungssektoren						
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende Versorgung VI

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumann, M. 2006, S. 206.

gemäß § 140a-d SGB V anbieten, kann außer den Modellvorhaben alle anderen besonderen Versorgungsformen als partielle integrale Elemente einschließen.

## 2. Integrierte Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Während die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung und ihre besondere Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen in Politik und Wissenschaft außer Frage stehen, zeichnen die jüngsten Entwicklungen im Bereich der besonderen Versorgungsformen und die Ergebnisse von Befragungen bei Krankenkassen und Krankenhäusern ein eher ernüchterndes Bild. So gingen die Verträge zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V mit Auslaufen der Anschubfinanzierung ohne die Berücksichtigung von Betriebskrankenkassen, deren umfangreiche Fremdabschlüsse die (Vertrags-)Zahlen nach oben verzerren, von 2008 bis 2009 um ca. 25% zurück und stagnierten anschließend (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 438ff.) Bei den AOKen nahmen die entsprechenden Ausgaben sogar um 28% ab. Unter dem Blickwinkel einer sektorenübergreifenden Versorgung vermögen diesen Rückgang auch nicht die Zunahme von Verträgen und Ausgaben bei der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V oder die recht kontinuierliche Entwicklung der DMPs zu kompensieren, es sei denn, diese besonderen Versorgungsformen bilden integrale Bestandteile eines umfassenderen sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes.

Die Ergebnisse mehrerer Befragungen von Krankenkassen und Krankenhäusern bestätigen letztlich diese skeptische Einschätzung hinsichtlich der künftigen Entwicklung einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung unter den gegebenen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bzw. Anreizsystemen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 449ff. und 510ff; Gersch, M. 2012). Dabei weisen die Befragungen der Krankenkassen bei zahlreichen Antworten noch einen selektionsbedingten positiven Bias auf. So liegt bei der Befragung des Sachverständigenrates die Rücklaufquote mit 101 teilnehmenden von insgesamt 141 Krankenkassen bei 69,2%, versichertenbezogen jedoch bei ca. 95%. Da die größeren Krankenkassen, wie die Resultate der Befragungen belegen, vor allem die selektiven Vertragsformen deutlich positiver beurteilen, darf man davon ausgehen, dass die überwiegend kleinen Krankenkassen, die nicht an der Befragung teilnahmen, ein noch geringeres Interesse als der Durchschnitt der teilnehmenden Krankenkassen an einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung besitzen. Noch deutlicher fällt dieser Bias bei der Befragung von M. Gersch (2012, S. 10) aus, denn die Rücklaufquote von 15,9% mit 23 teilnehmenden von insgesamt 145 Krankenkassen erfasst hier 57,6% der gesetzlich Versicherten<sup>1</sup>. Die Ergebnisse dieser Studie deuten denn auch darauf hin, dass vor allem die kleineren nicht an der Befragung teilnehmenden Krankenkassen der integrierten Versorgung in Verbindung mit selektiven Verträgen sehr skeptisch gegenüberstehen. So beträgt unter den teilnehmenden Krankenkassen der Anteil der wachsenden Skeptiker gewichtet nach der Versichertenzahl nur 7,8%, ungewichtet aber 39,1% (ebenda, S. 17).

---

<sup>1</sup> Dies erklärt im Wesentlichen auch die im Vergleich zu den Befragungen des Sachverständigenrates positiveren Ergebnisse der Erhebung von M. Gersch (2012, S: 23), die damit wohl überwiegend in Selektionseffekten wurzeln dürften.

Die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d und die DMPs schneiden im Urteil der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Eignung zur Effizienzsteigerung und zur Kostensenkung im Vergleich zu alternativen Instrumenten unterschiedlich ab, bleiben aber insgesamt hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück. Als Instrument zur Effizienzsteigerung rangieren die integrierten Versorgungsformen hinter dem Case Management und der Prävention an dritter Stelle und die kassenindividuelle Gestaltung der DMPs nimmt den 7. und vorletzten Platz ein. Die Ergebnisse der Befragung ändern sich hier bei einer Gewichtung der Antworten mit der Zahl der Versicherten erheblich, denn dann liegen die integrierten Versorgungsformen gefolgt von den DMPs an der Spitze. Als Instrumente zur Kostensenkung messen die Krankenkassen ohne Unterschiede hinsichtlich ihrer Mitgliederzahl den integrierten Versorgungsformen und den DMPs im Vergleich zu anderen Maßnahmen nur eine geringe Bedeutung zu. Unter diesem Aspekt dominieren die Prüfung von Krankenhausrechnungen, Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen und die Vermeidung oder Reduzierung von Krankengeldansprüchen. Bei keinem Motiv der Krankenkassen für die Teilnahme an den integrierten Versorgungsformen klaffen die Wichtigkeit dieses Ziels und seine faktische Erfüllung soweit auseinander wie bei der angestrebten Kostensenkung. Als zusätzliche Handlungsoptionen wünschen sich die Krankenkassen in diesem Kontext selektive Verträge mit Krankenhäusern sowie im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung und erweiterte Kompetenzen zur Prüfung ambulanter Leistungen und Rechnungen, wobei auch hier die großen Krankenkassen die selektive Vertragsgestaltung erheblich stärker präferieren.

Trotz dieser verhaltenen Beurteilung der integrierten Versorgungsformen schätzen im Vergleich zur herkömmlichen kollektivvertraglichen Versorgung 71,6% der Krankenkassen ihre Qualität für besser und 27,2% für gleich gut ein<sup>2</sup>. Eine sektorenübergreifende Orientierung wiesen in den Jahren 2010 und 2011 immerhin 68% der Verträge auf und die Mehrzahl der Krankenkassen ergriff bzw. implementierte zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor Maßnahmen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, den Austausch strukturierter Einweisungs- und Entlassungsinformationen sowie spezielle transsektorale Behandlungspfade. Es kann daher unter Effizienz- und Qualitätsaspekten nicht darum gehen, die sektorenübergreifende integrierte Versorgung vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen bzw. Einschätzungen der Beteiligten grundsätzlich in Frage zu stellen, sondern unter Beachtung der Hindernisse, die einer erfolgreichen Entwicklung bisher entgegenstanden, zielorientiert weiterzuentwickeln. Hinsichtlich einer erfolgreicherer Umsetzung der integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V beklagen die Krankenkassen vor allem folgende regulierungsbedingte Hemmnisse für den Abschluss an Verträgen und führen entsprechende Gründe für die Beendigung von Verträgen an:

- den Aufwand eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens bzw. die Sorge vor Klagen gegen nicht korrekt ausgeschriebene Verträge,

---

<sup>2</sup> Im Unterschied dazu schätzt bei den Krankenhäusern nur 25,5% der Befragten die integrierte Versorgung hier als besser ein und 69,2% halten sie für gleich gut wie die herkömmliche Versorgung.

- die bestehenden Regelungen zur Budgetbereinigung, die im Jahre 2010 nur bei 1,5% und im Jahre 2011 bei 2,2% der Verträge erfolgte,
- die Nichtberücksichtigung der Indikation im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA),
- die zu hohen Kosten, z.B. für Kooperationen und Vertragsmanagement,
- zu geringe Teilnehmerzahlen sowie
- Mengenausweitungen durch die Leistungserbringer.

Evaluationen der Verträge nahmen 17% der Krankenkassen nie und 56% nur gelegentlich vor; zudem evaluierten 49,3% ausschließlich oder überwiegend nur intern. Bei den Evaluationen sehen sich allerdings vor allem kleinere Krankenkassen mit dem Problem nicht ausreichender Fallzahlen konfrontiert, da die im Vertrag eingebundene Versichertenpopulation für eine valide Studie nicht ausreicht (vgl. Meusch, A. 2012, S. 3). Es überrascht daher nicht, dass nahezu alle aufwendigeren und methodisch anspruchsvolleren Evaluationen von Projekten großer Krankenkassen stammen.

Die Teilnahmequoten der Krankenhäuser an den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d unterscheiden sich nur wenig nach der jeweiligen Trägerstruktur<sup>3</sup>, sie nehmen dagegen mit der Bettenzahl, der Tiefe der Versorgungsstufe und der städtischen Siedlungsstruktur stark zu. Für die Nichtteilnahme an den integrierten Versorgungsformen und für die Beendigung von entsprechenden Verträgen spielten bei den Krankenhäusern insbesondere folgende Gründe eine zentrale Rolle:

- die Unsicherheit des wirtschaftlichen Erfolges,
- der zu hohe bürokratische Aufwand,
- fehlende Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen,
- zu geringe Fallzahlen,
- zu geringe Vergütung sowie
- mangelndes Interesse bei den behandelnden Ärzten.

Bei einer Gegenüberstellung der Bedeutung der jeweiligen Aspekte bzw. Ziele mit der entsprechenden Erfüllung der Erwartungen treten die größten Lücken bei der Bindung der Einweiser an das Krankenhaus, der Erhöhung der Fallzahlen und der Steigerung der Patientenzufriedenheit auf. Im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die zusätzlich zur herkömmlichen Versorgung zum Einsatz kamen, tauschten 47,8 % der an den integrierten Versorgungsformen teilnehmenden Krankenhäuser Einweisungs- und Entlassungsinformationen aus, ebenfalls 47,8 % wendeten spezielle Behandlungspfade oder Leitlinien an und 31,0 % unterhielten Qualitätszirkel. Nach dem „Innovationspanel 2010/2011. Klinikwirtschaft. NRW“, einer Befragung zum Modernisierungsgeschehen in den

---

<sup>3</sup> Die Spanne reicht hier von 31,6% bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft bis 39,8% in öffentlicher.

Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens, spielt allerdings die Verbesserung der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Bereichen im derzeitigen Innovationsgeschehen der Krankenhäuser nur eine untergeordnete Rolle. Entsprechend existieren wenig Innovationen im Sinne eines krankenhausesübergreifenden Ausgangspunktes neuer Entwicklungen (siehe Blum, K. et al. 2013, S. 15ff.).

### **3. Gemeinsamkeiten zwischen DMPs und integrierten Versorgungsformen**

Wie die Ausführungen im Zusammenhang mit Tabelle 1 bereits andeuteten, können die einzelnen besonderen Versorgungsformen in einem engen organisatorischen und inhaltlichen Verhältnis zueinander stehen, was den Integrationsgrad der Gesundheitsversorgung erheblich zu intensivieren vermag. So bietet z.B. die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V sowohl für die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V als auch für die DMPs eine aussichtsreiche Basis. Die DMPs zielen u.a. auf eine engmaschige Begleitung des Krankheitsverlaufs durch den jeweiligen Hausarzt und eine verbesserte Kooperation zwischen Haus- und Facharzt hinsichtlich der Frühdiagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen (vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR 2012, (S. 1). Zudem entscheiden sich Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, deutlich häufiger für eine Teilnahme an DMPs als nicht eingeschriebene Patienten (vgl. Gerlach, F. M. und Szecsenyi, J. 2013, S. 30f.). Umfangreiche Ärztenetze mit regionalem Bezug, die wie z.B. CARDIO-Integral (siehe Werblow, A. und Karmann, A. 2012) oder Qualität und Effizienz eG Nürnberg (vgl. Wambach, V. 2012a und 2012b) auf den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V aufbauen, enthalten neben der Mitwirkung von hausärztlichen Vertragsgemeinschaften DMPs als zentrale integrale Elemente. Die ebenfalls auf den integrierten Versorgungsformen basierende Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH (siehe Hildebrandt, H. et al. 2009) regt die Einschreibung der Frage nach kommenden Patienten in die DMPs an. Die integrierten Versorgungsformen vermögen in ihrer derzeitigen Konzeption „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung“ aber nicht zu garantieren, da sie auch eine „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ ermöglichen (§ 140a Abs. 1 SGB V), sie bilden aber von ihrem Ansatz her unter den besonderen Versorgungsformen die einzige gesetzliche Grundlage für ein weitreichendes sektorenübergreifendes Versorgungsnetz. Unter diesem Aspekt liegt es nahe, das Verhältnis zwischen den DMPs, die schon Ende 2011 über 10.6000 Programme mit über 6,9 Mio. Teilnehmern umfassten (vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GBR 2012, S. 7), und den besonderen Versorgungsformen etwas eingehender zu beleuchten.

Im Unterschied zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V besitzen die Krankenkassen nicht die Verpflichtung, sondern nur die Option, Verträge zu den besonderen Versorgungsformen und den DMPs mit den Leistungserbringern zu schließen und diese Projekte ihren Versicherten anzubieten. Wie bei allen besonderen Versorgungsformen nehmen die Leistungserbringer, die entsprechende Verträge mit den Krankenkassen schließen, und die Versicherten, die sich in die Programme einschreiben, freiwillig an den Versorgungskonzepten teil. Der Verbleib in der herkömmlichen kollektivvertraglichen Versorgung sowie die grundsätzliche Rückkehr in diese stellt für die Versicherten immer eine Alternative dar. Die Ausgestaltung der Vergütung der Leistungserbringer bleibt ebenso wie

die Modalitäten der Arztwahl durch die Patienten den Vertragspartnern der integrierten Versorgungsformen und der DMPs überlassen. Das Scheitern der Managed Care-Vorlage in der Schweiz zeigt, dass zu restriktive gesetzliche Vorgaben hinsichtlich der Vergütung, z.B. in Form von Globalbudgets, oder einer (eingeschränkten) Arztwahl der Implementierung solcher Konzepte eher schaden (vgl. Unterberg, W. 2012). Dies schließt nicht aus, dass sich auch Versorgungsnetze mit Globalbudgets und eingeschränkter Arztwahl im Wettbewerb behaupten, d.h. mit ihrem Angebot hinreichend Versicherte attrahieren können. Über die spezielle Ausgestaltung der Konzepte im Rahmen dieser beiden besonderen Versorgungsformen sollten die Vertragspartner und im wettbewerblichen Entdeckungsverfahren letztlich die Präferenzen der jeweiligen Versicherten und Patienten entscheiden.

Der Gesetzgeber intendiert mit Hilfe dieser beiden besonderen Versorgungsformen eine Überwindung der bisher zu stark abgeschotteten Leistungssektoren. So zielen die integrierten Versorgungsformen, wie schon angedeutet, auf „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten“ (§ 140a Abs. 1 SGB V) und die DMPs beinhalten als Kriterium in nahezu gleicher Weise einen „sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf“ (§ 137f Abs. 1 SGB V). Ebenso betont der Gesetzgeber für beide Versorgungsformen explizit das Qualitätsziel, d.h. eine „Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz“ (§ 137f Abs. 2 SGB V) bzw. eine qualitätsgesicherte integrierte Versorgung „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts“ (§ 140b. Abs. 3 SGB V) Um die notwendige Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen zu realisieren bzw. sicherzustellen, bedarf es einer ausreichenden Dokumentation von Behandlungsdaten und –befunden, die jedoch eine Einwilligung des Versicherten erfordert. Dieser besitzt auch ein Informationsrecht über die jeweiligen Programme bzw. Verträge, d.h. über die teilnehmenden Leistungserbringer, besonderen Leistungen und vereinbarten Qualitätsstandards (siehe § 140a Abs. 2 und 3 sowie ähnlich § 137f Abs. 2 und 3 SGB V).

Eine der zentralen Aufgaben der DMPs besteht darin, den Patienten als (Ko-)Produzenten seiner Gesundheit in den Behandlungsprozess zu integrieren und zu einem Selbstmanagement seiner chronischen Erkrankung zu veranlassen (vgl. Welch, P. 2002, S. 353). In diesem Sinne enthält § 137f Abs. 1 SGB V „die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten“ als ein Kriterium für die Auswahl der DMPs. Entsprechende Schulungen der Patienten sehen auch die integrierten Versorgungsformen, insbesondere die populationsorientierten Modelle, schon seit mehreren Jahren vor (siehe u.a. Weatherly, J.N. 2007, S. 131ff.). Sofern es im Rahmen von integrierten Versorgungsformen oder DMPs gelingt, im Sinne einer intensiveren Zusammenarbeit und partizipativer Entscheidungsfindung das Arzt-Patientenverhältnis zu verbessern, profitieren über die Lerneffekte der involvierten Ärzte auch Versicherte und Patienten, die nicht an diesen Programmen teilnehmen (vgl. Frenzel, A. und Reuter, A. 2012, S. 47; ähnlich Tomaschko, K. et al. 2011, S. 157). Dies gilt auch für eine im Rahmen dieser beiden besonderen Versorgungsformen angewandten leitlinienkonformen Behandlung oder einem Einsatz strukturierter Behandlungspfade sowie für aus pharmakologischen Zirkeln gewonnene Informationen, denn der behandelnde Arzt

dürfte bei diesen Neuerungen bzw. Erkenntnissen nicht zwischen den in das Programm eingeschriebenen und anderen Patienten unterscheiden.

Schließlich gewährt der Gesetzgeber gerade an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung im Rahmen dieser beiden besonderen Versorgungsformen den Vertragsparteien spezielle Gestaltungsmöglichkeiten und setzt damit Anreize zum Abschluss entsprechender Verträge. So können die Krankenkassen oder ihre Landesverbände nach § 137f Abs. 7 SGB V mit zugelassenen Krankenhäusern, die an den DMPs teilnehmen, Verträge über eine ambulante ärztliche Versorgung schließen, soweit die ambulante Leistungserbringung zu den DMPs dies erfordert. Im Rahmen der integrierten Versorgungsformen können sich die Vertragspartner gemäß § 140b Abs. 4 SGB V auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus auch auf die Erbringung von Leistungen verständigen, die der Zulassungs-, Ermächtigungs- und Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht deckt. Zudem besitzen die Krankenkassen nach § 53 Abs. 3 SGB V die wettbewerbliche Option, für Versicherte, die an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen.

Angesichts dieser zahlreichen Gemeinsamkeiten, die sowohl die Zielsetzung als auch den Inhalt und teilweise auch die Maßnahmen betreffen, überrascht es, dass die integrierten Versorgungsformen und die DMPs im Sozialgesetzbuch ohne erkennbare integrierte Beziehung ziemlich isoliert nebeneinander stehen<sup>4</sup>. Der zentrale Grund für die fehlende Integration dieser beiden Versorgungsformen dürfte darin bestehen, dass die Finanzierung der 2002 eingeführten DMPs bis Ende 2008 aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) erfolgte. Sie beschränkten sich auf die sechs chronischen Krankheiten Diabetes Mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD), koronare Herzkrankheit und Brustkrebs. Die erheblichen und teilweisen enormen (besonders bei Brustkrebs) finanziellen Anreize, die für die Krankenkassen mit einer Einschreibung der Versicherten in ein DMP einhergingen, machten einen entsprechenden Prüf- und Kontrollaufwand erforderlich. Mit Einführung des stärker morbiditätsorientierten RSA zum 01.01.2009 lief die enge Anbindung der DMPs an den RSA aus und die Krankenkassen erhalten jetzt nur noch Programmkostenpauschalen für Dokumentations- und Koordinationsleistungen je eingeschriebenen Versicherten aus dem Gesundheitsfonds (vgl. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR 2012, S. 7). Im Unterschied zu der früheren Verknüpfung mit dem RSA setzt diese mehrmals abgesenkte Pauschale<sup>5</sup> für die Krankenkassen nun keine Anreize mehr zu einem reinen Einschreibewettbewerb, der sich weitgehend unabhängig von der Versorgungsqualität primär an fiskalischen Zielen orientiert<sup>6</sup>. Die Dokumentation im Rahmen der DMPs erhöht für die

<sup>4</sup> Wie bereits oben erwähnt, enthalten zwar einige umfassendere Netze, die auf den integrierten Versorgungsformen aufbauen, DMPs als integrale Bestandteile, für die meisten DMPs gilt dies aber nicht.

<sup>5</sup> Die Krankenkassen erhielten je eingeschriebenen Versicherten für das Jahr 2009 noch pauschal 180,00 €, von denen 125,00 € auf Leistungsausgaben und 55,00 € auf Verwaltungsaufgaben entfielen. Diese Pauschale reduzierte sich dann über 168,00 € (2011) und 153,12 € (2012) auf 147,84 € (120,60 € plus 27,24 €) im Jahre 2013.

<sup>6</sup> Es geht in diesem Beitrag insofern auch nicht mehr um die kontrovers diskutierte Frage, ob und inwieweit die DMPs unter dem Regime des RSA die Qualität der Versorgung verbesserten bzw. die mit ihnen realisierten gesundheitlichen Ziele den entsprechenden Ressourceneinsatz rechtfertigten; siehe hierzu u.a.

Krankenkassen allerdings die Chance, dass die Ärzte für eine Berücksichtigung im RSA die Morbidität der Versicherten besser kodieren und die Diagnosen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung dem M2Q-Kriterium genügen<sup>7</sup> Aus dieser Sicht erscheint der Weg frei für eine Verknüpfung der DMPs mit den integrierten Versorgungsformen und die Aufhebung der fragwürdigen Begrenzung der DMPs auf die erwähnten sechs chronischen Krankheiten.

Obwohl der Abbau der finanziellen Anreizwirkungen durch den RSA eine grundlegende Reform sowohl der DMPs als auch ihres Verhältnisses zu den integrierten Versorgungsformen ermöglichte, nahm das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 nur einige bescheidenen Entlastungen des administrativen Aufwands im Kontext der DMPs vor. So ging die Regelungskompetenz für den Inhalt und die konkrete Ausgestaltung der DMPs vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über (siehe auch Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 146f.). Der G-BA legt damit auch künftig fest, für welche chronische Krankheiten DMPs entwickelt werden können. Das BMG regelt lediglich gemäß § 266 Abs. 7 SGB V durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Ermittlung der Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkonten. Ferner entfällt die Notwendigkeit einer Wiederezulassung der DMPs auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen. Dies erlaubt Vereinfachungen der Evaluation der DMPs, deren Inhalte und Ziele der G-BA in seinen Richtlinien festlegt. Die Evaluationen sollen jetzt nur noch „die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben“ des G-BA an die Behandlung im Rahmen der DMPs liefern (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 147).

#### **4. Unterschiede zwischen DMPs und integrierten Versorgungsformen**

Die Unterschiede zwischen diesen beiden besonderen Versorgungsformen beginnen bereits bei den Leistungserbringern bzw. Partnern, mit denen die Krankenkassen nach den gesetzlichen Vorgaben Verträge schließen können. Während § 140b Abs. 1 SGB V die Vertragspartner der Krankenkassen bei den integrierten Versorgungsformen enumerativ und abschließend aufführt, fehlt eine ähnliche Angabe bei den DMPs. Aus § 137f Abs. 5 SGB V geht lediglich hervor, dass es sich um zugelassene Leistungserbringer handelt und die Krankenkassen ihre Aufgaben zur Durchführung der DMPs auch auf Dritte übertragen können. Zu den zugelassenen Vertragspartnern der Krankenkassen gehören bei den integrierten Versorgungsformen seit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22.12.2010 auch pharmazeutische Unternehmen und Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des MPG, nicht aber Kassenärztliche Vereinigungen (KVen). Dies bildet insofern einen erheblichen Unterschied zu den DMPs, als die Krankenkassen diese Verträge im regionalen Rahmen neben Krankenhausbetreibern überwiegend mit KVen schließen (vgl.

---

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 392; Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GBR 2012, S. 8ff.

<sup>7</sup> Während die Krankenhausdiagnosen beim RSA unmittelbar zu einer Zuordnung zu den betreffenden derzeit 80 Krankheiten führen, erfordert die Berücksichtigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, dass zwei Diagnosen derselben Krankheit aus unterschiedlichen Abrechnungsquartalen vorliegen müssen (vgl. Drösler, S. et al. 2011, S. 20).

Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR 2012, S. 7). Diese Präferenz der Krankenkassen für die KVen als Vertragspartner geht auf die bis Ende 2008 geltende Anbindung der DMPs an den RSA zurück, denn die KVen konnten wesentlich besser als einzelne Gruppen von Leistungserbringern für eine möglichst umfassende Einschreibung der chronisch Kranken in die DMPs und damit für entsprechende Mehreinnahmen der Krankenkassen sorgen. Dies erklärt auch, dass es sich bei den DMPs zwar in formaler Hinsicht um selektive Verträge handelt, denen die Leistungserbringer wie die Versicherten freiwillig beitreten, die jedoch in inhaltlicher und vor allem wettbewerblicher Hinsicht in starkem Maße Züge von Kollektivverträgen besaßen und noch immer aufweisen. Ein Wettbewerb zwischen einzelnen Gruppen von Leistungserbringern oder diesen mit KVen findet im Rahmen der DMPs praktisch nicht statt.

Für die Auswahl der chronischen Krankheiten, die sich für DMPs eignen, führt § 137f. Abs. 1 und 2 SGB V spezifische Kriterien und Anforderungen an, für die es bei den integrierten Versorgungsformen im Gesetz kein Pendant gibt. Dabei beinhalten die zu berücksichtigenden Kriterien:

- die Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Bei den integrierten Versorgungsformen findet von diesen Kriterien nur der „Leistungssektoren übergreifende Versorgungsbedarf“ im Gesetz Erwähnung, aber es steht wohl außer Frage, dass den übrigen Kriterien hier eine mindestens ähnliche Bedeutung wie bei den DMPs zukommt. Dies gilt umso mehr, als die integrierten Versorgungsformen nach § 140a Abs. 1 SGB V „eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen“ sollen.

Bei den Anforderungen, die § 137f Abs. 2 SGB V an die DMPs stellt, entsprechen die Vorgaben zum aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, zur Qualitätssicherung, zur Einschreibung der Versicherten in die Programme und zur Dokumentation weitgehend den Postulaten im Rahmen der integrierten Versorgungsformen. Die DMPs erfordern zusätzlich noch Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten sowie eine Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen. Nach den Richtlinien des G-BA haben die Krankenkassen gemäß § 137f Abs. 4 SGB V eine externe Evaluation der DMPs „durch einen unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen“. Die Krankenkassen müssen diese Evaluation veröffentlichen und zudem für jedes volle Kalenderjahr nach den Vorgaben und Richtlinien des G-BA Qualitätsberichte erstellen. Obgleich der Gesetzgeber mit der bis Ende 2008 gültigen Anschubfinanzierung auch bei den integrierten Versorgungsformen spürbare

finanzielle Anreize setzte, sieht er hier im Gegensatz zu den DMPs bis heute keine obligatorische Evaluation vor. Die bisher auf freiwilliger Basis durchgeführten und publizierten Evaluationen stellen daher eine selektive Auswahl dar (vgl. Wille, E. 2010, S. 117f.). Es fehlt somit auch eine Informationsbasis, die flächendeckend über die Effizienz und Effektivität dieser Programme Auskunft geben und als Grundlage von Lerneffekten dienen könnte (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010, Ziffer 870 und 2012, Ziffer 391). Es ist wenig überzeugend und wohl der ehemaligen Anbindung der DMPs an den RSA geschuldet, dass der Gesetzgeber für sechs chronische Krankheiten eine verbindliche und zu publizierende Evaluation vorschreibt, für die inhaltlich und organisatorisch wesentlich weitergehenden integrierten Versorgungsformen, die diese DMPs einschließen können, aber nicht.

Verglichen mit den integrierten Versorgungsformen sehen sich die DMPs auch darüber hinaus mit umfangreicheren und intensiveren Regulierungen konfrontiert. Diese betreffen u.a. folgende Voraussetzungen und Vorschriften:

- Das Bundesversicherungsamt (BVA) erteilt auf Antrag einer oder mehrerer Krankenkassen oder eines Verbandes die Zulassung von Programmen.
- Die Programme und die entsprechenden Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres, an Änderungen in den Richtlinien des G-BA anzupassen.
- Es folgt eine Aufhebung der Zulassung eines Programmes, wenn es bzw. die entsprechenden Verträge nicht mehr die rechtlichen Anforderungen erfüllen.
- Die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie die für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen besitzen eine Gelegenheit zur Stellungnahme, soweit ihre Belange berührt sind. Das BVA und die jeweils einschlägigen Fachgesellschaften können ebenfalls Stellungnahmen abgeben, die der G-BA alle in seine Entscheidungen einzubeziehen hat.
- Den für die externe Evaluation zuständigen Sachverständigen bestellt das BVA im Benehmen mit der Krankenkasse.
- Die Verbände der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder beim Aufbau und der Durchführung von Programmen.

Die wenigen Regelungen, die bei den integrierten Versorgungsformen über die Vorschriften in den DMPs hinausgehen, wurzeln in dem erheblich weitergehenden Integrationskonzept dieser besonderen Versorgungsform. Da die integrierten Versorgungsformen, wie bereits angedeutet, nach den Intentionen des Gesetzgebers auf „eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung“ abzielen (§ 140a Abs. 1 SGB V), können sie insoweit den Sicherstellungsauftrag, den die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach § 75 Abs. 1 SGB V wahrnehmen, einschränken. Die integrierten Versorgungsformen eröffnen auch die Option, die Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche in Form eines kombinierten Budgets unter Berücksichtigung der Zahl und der Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten zu übernehmen. § 140 d Abs. 1 SGB V verpflichtet KVen

und Krankenkassen, den Behandlungsbedarf entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten zu bereinigen. Dabei können die integrierten Versorgungsformen alle Leistungen umfassen, über deren Eignung der G-BA keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V gilt bei den integrierten Versorgungsformen gemäß § 140b Abs. 4 SGB V für bis zum 31.12.2008 abgeschlossene Verträge nicht. Die nach diesem Zeitpunkt abgeschlossenen Verträge unterliegen nicht nur dem Postulat der Beitragssatzstabilität, die Krankenkassen müssen die jeweiligen Verträge entsprechend § 71 Abs. 4 und 5 SGB V zudem sowohl den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden als auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zur aufsichtsrechtlichen Prüfung vorlegen. Diese soll sicherstellen, dass diese Verträge nicht zu einer Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages führen (vgl. Bundesversicherungsamt 2012). Dies impliziert, dass (Mehr-)Ausgaben, die über die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen, „durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden“ (§71 Abs. 2 SGB V). Zusätzliche Leistungen, die bei den DMPs auf die Anforderungen der Richtlinien des G-BA oder auf die Rechtsverordnung im Rahmen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gemäß § 266 Abs. 7 SGB V zurückgehen, verletzen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität dagegen nicht.

Zunächst verwundert, dass der Gesetzgeber auch hinsichtlich des Postulates der Beitragssatzstabilität zwischen diesen beiden besonderen Versorgungsformen differenziert und an die integrierten Versorgungsformen härtere Maßstäbe anlegt bzw. hier restriktivere Modalitäten vorsieht als bei den DMPs, die ein vergleichsweise geringeres integratives Potential aufweisen. Unbeschadet der Notwendigkeit und gesundheitspolitischen Bedeutung von DMPs besteht dadurch die Gefahr, dass sich die Vertragspartner mit dieser besonderen Versorgungsform begnügen und inhaltlich und organisatorisch weitergehende, populationsorientierte Versorgungsnetze, die auf die integrierten Versorgungsformen aufbauen, vernachlässigen. Der Aufbau umfangreicher integrativer Versorgungskonzepte verursacht zu Beginn hohe Investitionen, die sich in der Regel nicht im ersten oder zweiten Jahr, sondern erst später amortisieren (siehe auch Wambach, V. 2012a, S. 12; Werblow, A. und Karmann, A. 2012, S. 85ff.). Die enge Bindung an die Beitragssatzstabilität macht es nahezu unmöglich, gerade jene innovativen Projekte zu initiieren, die mit einem hohen integrativen Potential künftig einen spürbaren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes versprechen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 390). Das Ergebnis, im Basisjahr der Innovation anfallende Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte Einsparungen zu belegen, widerspricht auch der Grundidee wettbewerblicher Suchprozesse, denn diese Projekte eröffnen zwar Chancen auf Qualitätsverbesserungen der Versorgung und/oder finanzielle Erfolge, sie bergen aber zwangsläufig auch die Gefahr eines gesundheitlichen und ökonomischen Scheiterns. Zudem birgt das Beanstandungsrecht der Länderaufsichten die Gefahr von unterschiedlichen aufsichtsrechtlichen Prüfungen und damit von Wettbewerbsverzerrungen. Wenn die Krankenkassen im Preis- und Qualitätswettbewerb vom „Payer“ zum „Player“ avancieren

sollen, kann dies nicht ohne die Übernahme von gewissen Risiken geschehen<sup>8</sup>. Letztere bedürfen zwar einer grundsätzlichen Begrenzung, aber im Detail keiner paternalistischen Regulierung, die innovative Integrationskonzepte schon im Keim zu ersticken droht.

## **5. Optionen und Hindernisse einer zielorientierten Verzahnung von DMPs mit integrierten Versorgungsformen**

Wie die zahlreichen Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden besonderen Versorgungsformen schon andeuten und die Gestaltung einzelner umfangreicher Versorgungsnetze belegt, besteht auch bei gegebener Gesetzeslage die Möglichkeit, die DMPs als integrale Elemente in die integrierten Versorgungsformen einzubeziehen. Dies geschieht jedoch nur vereinzelt und das derzeitige Verhältnis zwischen den DMPs und den integrierten Versorgungsformen weist, wie die vielfältigen Unterschiede zwischen diesen beiden besonderen Versorgungsformen zeigen, zahlreiche Bruchstellen auf und bietet insgesamt keine zielorientierte Grundlage für eine effiziente und effektive sektorenübergreifende Versorgung. Dabei stehen die Unterschiede, mit denen die integrierten Versorgungsformen über die DMPs hinausgehen, einer zielorientierten Verzahnung nicht im Wege. Da die integrierten Versorgungsformen idealiter auf eine bevölkerungsbezogene, flächendeckende Versorgung abzielen, können sie in Form eines kombinierten Budgets die Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche übernehmen und damit auch den Sicherstellungsauftrag der KVen einschränken. Aufgrund ihres eingegrenzten Integrationspotentials, das sich nur auf einzelne chronische Krankheiten bezieht, vermögen die DMPs solche Aufgaben schon von ihrer Konzeption her nicht zu übernehmen. Diese Unterschiede behindern insofern eine zielorientierte Verzahnung dieser beiden besonderen Versorgungsformen nicht.

Weniger zu überzeugen vermögen dagegen die meisten spezifischen Merkmale, mit denen sich die DMPs von den integrierten Versorgungsformen unterscheiden. Die in § 137f Abs. 1 und 2 SGB V bei den DMPs explizit aufgeführten Kriterien und Anforderungen passen inhaltlich ohne Einschränkung auch alle zum Konzept der integrierten Versorgungsformen und legen eine Verzahnung dieser beiden besonderen Versorgungsformen „unter einem Dach“ nahe. Dies gilt u.a. auch für die geforderten Schulungen der Leistungserbringer und die vorgeschriebene Evaluation durch einen unabhängigen Sachverständigen. Gerade bei umfangreichen und integrativen Konzepten bzw. Netzen, wie sie die integrierten Versorgungsformen ermöglichen, benötigt die Versorgungsforschung eine valide Informationsbasis, um deren Effizienz und Effektivität beurteilen zu können. Die Evaluationsergebnisse bieten dann eine Grundlage für Lerneffekte und damit für eine kontinuierliche Verbesserung der entsprechenden Versorgungskonzepte. Unter diesem Aspekt erscheint es völlig dysfunktional, dass der Gesetzgeber für das Konstrukt der DMPs eine Evaluation vorschreibt und in diesem Kontext eine Programmkostenpauschale vorsieht, für inhaltlich und organisatorisch viel weitergehende, integrierte Versorgungsformen dagegen nicht. Dies bedeutet, dass die Vertragspartner, die ein umfangreiches integratives

---

<sup>8</sup> Aus dem gleichen Grunde könnte man den jeweiligen Vertragspartnern die Budgetbereinigung als Option freistellen und nicht gemäß § 140d Abs. 1 verpflichtend vorschreiben.

Versorgungsnetz evaluieren, hierfür keine Programmkostenpauschale erhalten, wohl aber für dessen einzelne Elemente, sofern diese sich auf die ausgewählten sechs Krankheiten beziehen.

Die obigen kritischen Anmerkungen intendieren, um Missverständnissen vorzubeugen, nicht die Abschaffung der Evaluation der DMPs und auch nicht der zugehörigen Programmkostenpauschale. Sie belegen jedoch im Sinne einer zielorientierten Verzahnung dieser beiden besonderen Versorgungsformen die Notwendigkeit unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen eine Evaluation mit Gewährung einer Programmkostenpauschale auch für das Konstrukt der integrierten Versorgungsformen vorzusehen. Dies könnte wie bei den DMPs obligatorisch für alle integrierten Versorgungsformen gelten oder nur für solche, bei denen die Vertragspartner einen entsprechenden Antrag stellen und sich damit auf die vorgegebenen Modalitäten der Evaluation verpflichten. Sofern der Gesetzgeber wieder einmal besondere finanzielle Anreize für innovative integrierte Versorgungskonzepte setzen sollte, könnten allerdings nur integrierte Versorgungsformen, die mit einer Evaluation einhergehen, in den Genuss dieser Förderungsmaßnahmen kommen. Diese Regelung besitzt zunächst den Vorzug, dass auch integrierte Versorgungsformen, die keine DMPs einschließen, für eine Evaluation mit einer anschließenden Publikation in Frage kommen. Sodann gewährt die Evaluation einer integrierten Versorgungsform, die mehrere DMPs umfasst, nicht nur einen indikationsspezifischen, sondern einen umfassenden Einblick in die Ergebnisse des jeweiligen Versorgungsnetzes. Dabei interessieren u.a. auch die Beziehungen zwischen den isoliert evaluierten DMPs und spezielle Probleme der Multimorbidität, da diese Informationen bei der ausschließlichen Evaluation einzelner chronischer Krankheiten verloren zu gehen drohen.

Eine zielorientierte Verzahnung von DMPs mit den integrierten Versorgungsformen setzt, wie schon angedeutet, generell gleiche Bedingungen bei den Zulassungskriterien und den Anforderungen voraus, d.h. bei den Evaluationen hinsichtlich Einschreibung, Methodik, Dokumentation und Publikation der Ergebnisse. Unter diesem Aspekt sollten auch die zahlreichen und intensiven Regulierungen entfallen, denen die DMPs als Folge ihrer seinerzeitigen Anknüpfung an den RSA im Unterschied zu den integrierten Versorgungsformen immer noch unterliegen. Zudem gibt es keine überzeugenden Gründe für eine Ungleichbehandlung dieser beiden besonderen Versorgungsformen hinsichtlich des fiskalischen Postulates der Beitragssatzstabilität. Die regide Umsetzung dieses Postulates widerspricht, wie schon oben unter Punkt 4 aufgeführt, den Intentionen einer Förderung innovativer Versorgungskonzepte mit einem längerfristigen Planungshorizont. Die Krankenkassen besitzen im Wettbewerb um günstige Beiträge ein hinreichendes Eigeninteresse, um mehrjährige Defizite mit integrierten Versorgungsprojekten zu vermeiden. Es besteht kaum die Gefahr, dass sie kurzfristige fiskalische Ziele zugunsten längerfristiger Erfolge im Qualitäts- und Preiswettbewerb vernachlässigen. Zudem können ihnen projektbegleitende Evaluationen Warnsignale für sich abzeichnende finanzielle Unterdeckungen der Projekte liefern. Dieser Aspekt spricht ebenfalls dafür, innovative Versorgungsprojekte, die sich – obligatorisch oder freiwillig auf Antrag – einer Evaluation mit vorgegebenen Regeln unterziehen, zumindest befristet von dem Postulat der Beitragssatzstabilität freizustellen.

Die größten Probleme einer zielorientierten Verzahnung dieser beiden besonderen Versorgungsformen bereitet der Umstand, dass die Krankenkassen ihre bisherigen Verträge zu den DMPs nahezu ausschließlich mit den KVen abschließen, die Verträge zu den integrierten Versorgungsformen jedoch mit einzelnen Leistungserbringern, da der § 140b Abs. 1 SGB V die KVen hier als Vertragspartner ausschließt. Den DMPs fehlt daher, wie bereits unter Punkt 4. herausgestellt, im Gegensatz zu den integrierten Versorgungsformen eine wettbewerbliche Orientierung. Gegen eine obligatorische Trennung der DMPs von den KVen sprechen jedoch die auf diesem Gebiet inzwischen gewachsenen organisatorischen Strukturen und auch trotz aller kritischen Einwände, die im wesentlichen auf die seinerzeitige Anbindung der DMPs an den RSA zurückgehen, die in den letzten Jahren erzielten Behandlungserfolge. Zudem würde ein Ausschluss der KVen bei den DMPs kleineren Krankenkassen bzw. solchen mit einer geringen regionalen Verdichtung die Chance auf eine Teilnahme ihrer Versicherten an solchen Programmen rauben. Schließlich setzt eine valide Evaluation dieser Programme jeweils eine hinreichende Anzahl an chronisch kranken Versicherten voraus, was viele Krankenkassen ohne weitreichende Zusammenschlüsse nicht ermöglichen können.

Angezeigt scheint in diesem Kontext jedoch eine Erweiterung der seit über 10 Jahren unveränderten Anzahl der – damals unter RSA-Gesichtspunkten ausgewählten – sechs chronischen Krankheiten. So bietet z.B. die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH parallel zu den DMPs eine große Bandbreite anderer Indikationen, wie z.B. Osteoporose oder Herz-Insuffizienz, an (Informationen vom 01.03.2013). Anders als bei den DMPs ist die Teilnahme an diesen derzeit 15 Versorgungsprogrammen an die Mitgliedschaft in dem Versorgungsnetz gebunden. Es besteht unter Versorgungsaspekten zweifellos ein großes Interesse an der Durchführung von DMPs, die über die bestehenden sechs chronischen Krankheiten hinausgehen und ebenfalls eine Evaluation aufweisen. Die Vertragspartner solcher Versorgungsprogramme sollten daher ein entsprechendes Antragsrecht beim G-BA erhalten und bei Erfüllung der bestehenden Bedingungen für die vereinbarte Evaluation auch die entsprechende Programmkostenpauschale. Dabei sollte es keine Rolle spielen, ob die Krankenkasse diese neuen DMPs mit einer KV vereinbart oder selbständig in ein Versorgungsnetz implementiert, das auf den integrierten Versorgungsformen aufbaut. Der erheblich größere Aufwand, den die Evaluation eines umfassenden populationsorientierten Netzes im Rahmen der integrierten Versorgungsformen verursacht, und das gesundheitspolitische Interesse an einem solchen Integrationsgehalt rechtfertigen sogar eine höhere Programmkostenpauschale als für die Evaluation eines einzelnen DMP. Derzeit besteht in dieser Hinsicht, wie schon oben unter Punkt 4. moniert, ein großes Missverhältnis.

## **6. Ausblick: Zu finanziellen Anreizen einer Förderung innovativer Versorgungskonzepte**

Nach Auslaufen der finanziellen Anreize für die DMPs und die integrierten Versorgungsformen Ende 2008 ermöglicht das GKV-VStG in § 87b Abs. 2 SGB V ab Anfang 2012 für „vernetzte Praxen“ bzw. „Praxisnetze“<sup>9</sup> ein eigenes Honorarvolumen als Teil der

---

<sup>9</sup> Während der Begriff „vernetzte Praxen“ bereits bei den Strukturverträgen in § 73a SGB V auftaucht, erscheint der Terminus „Praxisnetze“ mit dem GKV-VStG neu im SGB V. Es herrscht auch Unklarheit darüber, wieviele

morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, um damit „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen“. Voraussetzungen für diese Förderung bilden eine Verbesserung der ambulanten Versorgung und die Anerkennung des Praxisnetzes durch die KV. Dabei fällt der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V die Aufgabe zu, „Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze ... insbesondere zu Versorgungszielen“ im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen.

Mit dieser Aufforderung, besonders förderungswürdigen Praxisnetzen ein eigenes Honorarvolumen im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen einzuräumen, unterstreicht der Gesetzgeber die Notwendigkeit und Bedeutung einer kooperativen Behandlung von Patienten im niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich. Als zielführende Maßnahmen bieten sich hier besonders an (siehe Stock, J. 2012, S. 30 ff.; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2013, S. 13):

- netzeigene Qualitätszirkel mit netzspezifischen Standards,
- die Auswahl von Qualitätsindikatoren als Schwerpunkte der qualitätsorientierten Tätigkeit,
- Fallbesprechungen und Feedback-Berichte,
- die Umsetzung von Leitlinien und die Vorgabe konkreter Behandlungspfade,
- die Konzipierung spezieller Präventionsangebote,
- Kooperationen mit Leistungserbringern aus anderen Versorgungsbereichen sowie
- eine gemeinsame Dokumentation mit dem Ziel einer externen Qualitätstransparenz.

Obleich diese Gesetzesinitiative zur Förderung kooperativer Behandlungen in die richtige Richtung weist, bestehen zum einen Zweifel, was ihre Umsetzbarkeit betrifft, und zum anderen Bedenken, ob und inwieweit hiervon die Versorgungsnetze mit dem höchsten Kooperations- bzw. Integrationsgrad profitieren. Zunächst erfolgt die finanzielle Förderung der Praxisnetze aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, so dass sich diese für den Rest der Vertragsärzte, d.h. für die weit überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte, überproportional reduzieren. Es stellt insofern schon eine korporative Herausforderung für die KVen dar, eine qualitativ ausgewiesene Minderheit zu Lasten der Mehrheit finanziell besser zu stellen. Zudem bildet die Kooperation mit Leistungserbringern aus anderen Leistungsbereichen, d.h. vor allem Krankenhäusern, zwar sehr wahrscheinlich ein Kriterium für die Auswahl der förderungswürdigen Praxisnetze, aber keine zwingende Bedingung. Es liegt daher nahe - und wohl auch im Interesse der KVen-, dass die Förderung der Praxisnetze im kollektivvertraglichen Bereich bleibt, zumal hier keine Einschreibungen der Patienten und vor allem keine strittigen Budgetbereinigungen anfallen. Daraus folgt jedoch die Befürchtung, dass gerade die Netze mit einer sektorübergreifenden Orientierung sowie dem höchsten

---

solcher Praxisnetze es bereits gibt. Die geschätzte Zahl von 400 (vgl. Stock, J. 2012, S. 29) dürfte stark von den jeweils herangezogenen Kriterien bzw. qualitativen Anforderungen abhängen.

Kooperations- und Integrationsgrad, die überwiegend auf den integrierten Versorgungsformen aufbauen, im Rahmen dieser Förderung leer ausgehen.

Unbeschadet ihrer partiellen Berechtigung im vertragsärztlichen Bereich<sup>10</sup> greift diese Förderung von Praxisnetzen, die sich schon nach dem Gesetzestext nur auf eine „Verbesserung der ambulanten Versorgung“ (§ 87b Abs. 2 SGB V) und nicht auf eine sektorenübergreifende Behandlung der Patienten abzielt, unter dem Aspekt einer Implementierung und eines Aufbaus innovativer Versorgungsnetze mit einem möglichst hohen Integrationsgehalt zu kurz. Für eine zielorientierte Förderung umfassenderer Versorgungsnetze bedarf es eines breiteren sektorenübergreifenden Ansatzes und noch anspruchsvollerer Kriterien bzw. Bedingungen, wie z.B. (siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 398):

- die Befristung der Förderung mit der Gewährung eines für die Amortisation der Investitionen hinlänglichen Planungszeitraumes,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine obligatorische Evaluation mit einer adäquaten Kontrollgruppe zur Bewertung der Ergebnisse unter Einschluss von Outcomeindikatoren sowie
- eine Priorisierung von populationsorientierten, indikationsübergreifenden Versorgungskonzepten sowie solchen, die den bisher vernachlässigten Pflegebereich mit einbeziehen.

Da ein solches Förderungskonzept auf eine sektorenübergreifende Versorgung abzielt, kommen als Finanzierungsquelle nicht die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des niedergelassenen Bereichs, sondern Mittel aus dem Gesundheitsfonds in Frage. Einer speziellen finanziellen Förderung innovativer Versorgungskonzepte sollten allerdings zunächst ein Abbau der beschriebenen innovationshemmenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und unter Integrationsaspekten eine Aufwertung der integrierten Versorgungsformen gegenüber den DMPs vorangehen. Sofern die Aktivitäten und Impulse hinsichtlich innovativer Versorgungskonzepte mit einem hohen Integrationsgehalt dann weiterhin stagnieren, stehen zeitlich gefristete finanzielle Anreize zur Diskussion. Sofern die Auswahl der förderungswürdigen Projekte nach den o.a. Kriterien erfolgt, spielt es eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, ob sich der Gesetzgeber dann für ein darlehensbasiertes Förderungskonzept (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 398), was spezielle ordnungspolitische Vorteile aufweist, oder ein vom Finanzvolumen her weitergehendes Modell entscheidet.

---

<sup>10</sup> Diese resultiert u.a. daraus, dass sich diese Förderung aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert und damit keinen anderen Leistungssektor tangiert.

**Literatur:**

Baumann, Martin (2006): Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung – Beiträge zur effizienten Leistungserbringung im Gesundheitswesen? Eine institutionen-ökonomische Analyse, Bayreuth.

Blum, Karl, Löffert, Sabine, Evans, Michaela und Borchers, Uwe (2013): Das Krankenhaus im Zentrum, in: führen und wirtschaften (f & w), 30. Jg., Heft 1, S. 14-17.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand 27.07.2011.

Bundesversicherungsamt (2012): Selektivverträge nach §§ 73c, 140aff. SGB V, hier: Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), Schreiben vom 06. März 2012.

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (2012): Zukunftsaussichten beruflicher Kooperationen. Eine strukturierte Befragung des Deutschen Ärzte-Verlags und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, Juni 2012.

Drösler, Saskia, Hasford, Jörg, Kurth, Bärbel-Maria, Schaefer, Marion, Wasem, Jürgen und Wille, Eberhard (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn.

Emmert, Martin, Eijkenaar, Frank, Kemter, Heike, Esslinger, Adelheid Susanne und Schöffski, Oliver (2012): Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review, in: The European Journal of Health Economics, Vol. 13, Nr. 6, S. 755-767.

Frenzel, Alexander und Reuter, Annette (2012): Lernen aus Disease-Management-Programmen, in: Monitor Versorgungsforschung, 5. Jg., 05/2012, S. 40-47.

Gerlach, Ferdinand M. und Szecsenyi, Joachim (2013): Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011), Stand 23.01.2013, Frankfurt und Heidelberg.

Gersch, Martin (2012): Monitoring Integrierte Versorgung („Monitoring – IV“). Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum in Sicht? Ergebnisse der zweiten Runde der Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei gesetzlichen Krankenversicherungen („M-IV II“), Berlin.

Hildebrandt Helmut, Bischoff-Everding, Christoph, Saade, Peter, Cortekar, Jörg, Pimperl, Alexander und Daul, Giesela (2009): Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht einer Managementgesellschaft – das Beispiel Gesundes Kinzigtal, in: Braun, G.E., Güssow, J., Schumann, A. und Heßbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen, Köln, S. 49-64.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 3. Quartal 2007 bis 3. Quartal 2011, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Praxisnetzen, Berlin.

Laschet, Helmut (2012): Auf dem Weg zur Kooperation. Positionierung des Ärztetages zu innovativen Versorgungsformen, in IMPLICON-Gesundheitspolitische Analysen-, 05/2012, Berlin.

Meusch, Andreas (2012): Qualitätswettbewerb durch Selektionsverträge. Ist der Traum zu Ende bevor es begann?, in: IMPLICONplus – Gesundheitspolitische Analysen-, 09/2012, Berlin.

Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR, als Hrsg. (2012): Qualitätsbericht 2011. Disease-Management-Programme in Nordrhein, Düsseldorf.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bd. II, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Bern.

Stock, Johannes (2012): Qualitätssicherung. Netze machen Ärzte stark, in: Gesundheit und Gesellschaft, 15. Jg., Ausgaben 11/12, S. 29-33.

Tomaschko, Katrin, Gawlik, Christian, Nolte, Dirk und Doorn, Heinz Peter von (2011): Disease Management Programme in Deutschland, in: Die BKK, 03/2011, S. 150-157.

Unterberg, Wolf (2012): Managed Care – oder der Wille des Bürgers, in: ärztepost, Herbst 2012, S. 14-15.

Wambach, Veit (2012a): „Innovation im Verbund – Chronisch Kranke besser versorgen!“ Integrierte regionale Vollversorgung im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz-QuE eG Nürnberg, Nürnberg.

Wambach, Veit (2012b): Qualitätsbericht 2011, Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz eG, Nürnberg, Nürnberg.

Weatherly, John, N., Seiler, Rainer, Meyer-Lutterloh, Klaus, Schmid, Elmar, Lägél, Ralph und Amelung, Volker, E. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis, Berlin.

Welch, Pete (2002): Disease management practices of health plans, in: The American Journal of Management Care, Vol. 8, Nr. 4, S. 353-361.

Werblow, Andreas und Karmann, Alexander (2012): Evaluation des integrierten Versorgungsvertrages über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Versicherter (CARDIO-Integral) der AOK PLUS, Endbericht, Dresden, den 01.06.2012.

Wille, Eberhard (2010): Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung, in: Rürup, Bert, IGES Institut GmbH, DIW Berlin e.V., DIW econ GmbH und Wille, Eberhard (Hrsg.): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 97-149.

Wille, Eberhard und Erdmann, Daniel (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven, Baden-Baden.