



Leibniz FH
SCHOOL OF BUSINESS

Arbeitspapier Nr. 14
der Leibniz-Fachhochschule Hannover

Integrierte Versorgung

Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher
Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge



Prof. Dr. Anja Behrens-Potratz

Jasmin Schmugge

Julia Ulbrich

1. Auflage, 2016

ISSN 2396-6494

Leibniz-Fachhochschule

Expo Plaza 11
30539 Hannover
info@leibniz-fh.de

Inhalt

Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Zielsetzung der Untersuchung	1
1.2. Gang der Untersuchung	2
2. Bezugsrahmen der Untersuchung:	
Konzeptionelle und theoretische Grundlagen der Integrierten Versorgung.....	3
2.1. Konzeptionelle Grundlagen	3
2.1.1. Definition und begriffliche Einordnung	3
2.1.2. Rechtlicher Rahmen und Entwicklung	3
2.1.3. Problembereiche.....	5
2.1.4. Chancen für die Akteure	6
2.2. Theoretische Grundlagen	7
2.2.1. Beziehungsebenen der Integrierten Versorgung.....	7
2.2.2. Transaktionskostentheorie	9
2.2.3. Principal-Agent-Theorie	13
2.2.4. Implikationen für die Untersuchung.....	15
2.3. Stand der Forschung	15
2.4. Zwischenfazit.....	18
3. Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge	20
3.1. Ziel der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfragen	20
3.2. Konzeption und Durchführung	20
3.3. Ergebnisse der Untersuchung	22
4. Interpretation der Ergebnisse	29
5. Kritische Würdigung und Implikationen für die weitere Untersuchung	33
6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	34
Quellenverzeichnis	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wesentliche Parameter der Transaktionskostentheorie	10
Abbildung 2: Wesentliche Parameter der Principal-Agent-Theorie	13
Abbildung 3: Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenkassen nach Anzahl der Versicherten	21
Abbildung 4: Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenkassen nach Anzahl der im Versorgungsmanagement tätigen Mitarbeiterkapazitäten	22
Abbildung 5: Versorgungsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden	25
Abbildung 6: Bewertung der Eignung des Innovationsfonds zur Etablierung neuer oder optimierter Versorgungsmodelle	27
Abbildung 7: Vorhandensein von Ansätzen/ Konzepten zur Umsetzung neuer Versorgungsmodelle unter Nutzung des Innovationsfonds	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veröffentlichte Untersuchungen zur Bewertung der Integrierten Versorgung	16
Tabelle 2: Indikationsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden.....	23
Tabelle 3: Versorgungsbereiche, die durch die IV-Verträge bedient werden.....	24

Abkürzungsverzeichnis

AOK`s	Allgemeine Ortskrankenkassen
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GKV-VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
H _z V	Hausarztzentrierte Versorgung
IGES Institut	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IV	Integrierte Versorgung
LV BKK	Landesverbände der Betriebskrankenkassen
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Zielsetzung der Untersuchung

Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems ist seit Jahren ein zunehmender Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung und damit eine steigende Bedeutung des Versorgungsmanagements zu beobachten. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung erhöht sich zunehmend, wodurch die Ausgaben steigen und die Berechnungsgrundlage der Einnahmen sinkt. Um eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens sowie eine Qualitäts- und Ressourcenoptimierung zu erreichen, werden neue Versorgungsstrukturen entwickelt beziehungsweise die bestehende Versorgung ausgebaut.

Diese Entwicklung wurde zuletzt mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) weiter gefördert. Durch das GKV-VSG wird es den Krankenkassen unter anderem erleichtert, Verträge, die zum Bereich der „besonderen Versorgung“ gehören, abzuschließen.

Der Versuch einer Bestandsaufnahme zu den Aktivitäten im Versorgungsmanagement gesetzlicher Krankenkassen und einer Analyse zu den bestehenden Versorgungsverträgen in Deutschland zeigt, dass hier aktuell nur unzureichende Informationen vorliegen. Es ist fraglich, in welchem Ausmaß einzelne Krankenkassen das Versorgungsmanagement umsetzen. Zudem ist der konkrete Nutzen, der durch das Versorgungsmanagement für gesetzliche Krankenkassen entsteht, nicht bekannt, ebenso wie die tatsächlichen Ziele die die Akteure mit Versorgungsverträgen verfolgen. Bisher liegen hierzu keine umfassenden Untersuchungen vor. Praktische Erfahrungen in Krankenhäusern und in Krankenkassen zeigen, dass insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) nicht immer aktiv gelebt und verfolgt werden. Zudem scheinen die Zielsetzungen der Akteure beim Abschluss von IV-Verträgen nur teilweise identisch zu sein. Es ist sogar anzunehmen, dass die Zielsetzungen von Krankenkassen und Leistungserbringern in wichtigen Punkten konkurrierend wirken. Hieraus resultiert die Frage, wie IV-Verträge dennoch als Win-Win-Lösung für Kostenträger und Leistungserbringer gestaltet werden können.

Diese Erkenntnis gibt schließlich Anlass zur Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge. So gilt es im Rahmen der Untersuchung den aktuellen Stand des Versorgungsmanagements, insbesondere der Integrierten Versorgung, in den gesetzlichen Krankenkassen zu erheben. Es soll ein Überblick über die Anzahl und die Ausrichtung von Verträgen zur IV geschaffen sowie der tatsächliche Nutzen der Verträge für die Krankenkassen erhoben werden. Außerdem soll untersucht werden, welche Rolle IV-Verträge für Krankenkassen im Wettbewerb einnehmen. Auch die aktuelle Gesetzgebung in Form des GKV-VSGs soll aufgegriffen werden. Es soll untersucht werden, welche Auswirkungen dieses

auf das Versorgungsmanagement der Krankenkassen hat und welche Chancen und Risiken für die Krankenkassen aus diesem Gesetz resultieren.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es zunächst, durch die erhobenen Daten und deren Interpretation Implikationen für die Praxis des Versorgungsmanagements von Krankenkassen abzuleiten.

In einer späteren Phase der Untersuchung, sollen auch die Ziele und der Nutzen von IV-Verträgen bei den Leistungserbringern erhoben werden, um daraus mittelfristig Handlungsempfehlungen zur Optimierung der IV als Win-Win-Lösung und im Sinne einer optimierten Versorgung ableiten zu können.

1.2. Gang der Untersuchung

Nachdem der Hintergrund und die Ziele der Untersuchung dargestellt wurden, werden zunächst die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen der IV erläutert. Es werden unter anderem der Handlungsrahmen und die Handlungsmöglichkeiten für Krankenkassen aufgezeigt. So werden zunächst die Definition und begriffliche Einordnung, der rechtliche Rahmen und die Entwicklung sowie eine Analyse der Probleme und Chancen der IV vorgenommen. Nachdem die Beziehungsebenen der IV dargestellt wurden, erfolgt eine ergänzende theoriegeleitete Analyse zum Abschluss von IV-Verträgen unter Anwendung der Transaktionskostentheorie und der Principal-Agent-Theorie. Aus dieser Analyse werden schließlich Implikationen für die Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von IV-Verträgen abgeleitet. Im nächsten Schritt erfolgen die Analyse und Darstellung des aktuellen Stands der Forschung zum Status Quo und zum Nutzenpotenzial des Versorgungsmanagements, insbesondere der IV. Unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Forschungsergebnisse folgt schließlich die Konzeption der Untersuchung zu den Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss von IV-Verträgen. Hierbei werden zunächst das Ziel und die damit verbundenen Forschungsfragen festgelegt. Danach werden die Konzeption und Durchführung der Untersuchung dargestellt. Die Datenerhebung wird durch einen standardisierten Fragebogen, der per E-Mail im Rahmen einer Online-Befragung an alle gesetzlichen Krankenkassen versendet wird, vorgenommen. Aus den Ergebnissen der Befragung werden im weiteren Verlauf Handlungsempfehlungen für die Praxis einer Krankenkasse sowie für die betroffenen Leistungserbringer abgeleitet. Abschließend werden die zentralen Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und ein Ausblick gegeben.

2. Bezugsrahmen der Untersuchung: Konzeptionelle und theoretische Grundlagen der Integrierten Versorgung

2.1. Konzeptionelle Grundlagen

2.1.1. Definition und begriffliche Einordnung

Die Integrierte Versorgung wird in § 140a SGB V als „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende“ Versorgung definiert. Sie kennzeichnet sich als eine besondere Form der Selektivverträge, welche zwischen einer Krankenkasse und verschiedenen Leistungserbringern geschlossen werden können. Mögliche Vertragspartner nach § 140b SGB V sind Träger von Krankenhäusern sowie stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, Pflegekassen und -einrichtungen, Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer, Praxiskliniken, pharmazeutische Unternehmer und Medizinproduktehersteller. Ziel ist es, die Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen zu optimieren. Außerdem sollen Wirtschaftlichkeitspotenziale, zum Beispiel durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder Informationsverlusten, gehoben werden. Bei der IV steht die Behandlung des Patienten im Vordergrund: den Patienten soll eine koordinierte Versorgung mit Gesundheitsleistungen angeboten werden. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig.¹ Verträge zur IV müssen zur Genehmigung bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde der Krankenkasse vorgelegt werden. Bei Abschluss von Selektivverträgen erfolgt die Abrechnung nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Gesamtvergütung. Daher muss die Gesamtvergütung um die vereinbarten Summen für die IV bereinigt werden.² Für die IV ist die Durchführung einer Evaluation im Gegensatz zu anderen Formen der Selektivversorgung zwar nicht verpflichtend, allerdings muss nach § 140a SGB V ein Nachweis über die Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Versorgungsmodells erbracht werden.

2.1.2. Rechtlicher Rahmen und Entwicklung

Im Jahr 1975 führten Qualitätsdefizite und die sektorale Systemgliederung im Gesundheitswesen zu ersten Überlegungen, wie die Versorgung der Versicherten effizienter gestaltet werden kann. Gesetzlich wurden spezielle Versorgungsformen zuerst 1993 im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verankert: Hier wurde der Grundstein für ambulantes Operieren, Belegärzte, Psychiatrische Institutsambulanzen oder die sogenannten „dreiseitigen Verträge“ zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Vertragsärzten

¹ Vgl. Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2013), S. 114 f.

² Vgl. Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2013), S. 115.

gelegt. Durch das Neuordnungsgesetz von 1997 wurde den Akteuren des Gesundheitswesens zudem die Möglichkeit zum Abschluss von Modellvorhaben und Selektivverträgen gegeben.³

Im Jahr 2000 wurden mit der Verabschiedung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes erste Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten für die Leistungserbringer geschaffen. Die Besonderheit war jedoch die Pflicht zur Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, also eine kollektivvertragliche Ausgestaltung. Mit dem Abschluss des GKV-Moderisierungsgesetzes in 2004 wurde diese Konstruktion wieder reformiert. Die IV stellte ab nun ein Selektivvertragsmodell dar, in dem die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner ausgeschlossen waren. Zusätzlich wurde eine Anschubfinanzierung vereinbart, um die Attraktivität des Vertragsschlusses zu erhöhen. Diese Schritte etablierten die IV, wie sie auch heute noch in großen Teilen bekannt ist. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wurden die Handlungsfelder der IV auf die Pflege, Arzneimittel-Rabattverträge und den Bezug auf spezielle Populationen erweitert. Im Jahr 2008 endete die Anschubfinanzierung beim Vertragsabschluss.⁴ Zwischen 2004 und 2008 konnte so eine Verzehnfachung der bis dahin bestehenden Verträge erreicht werden.⁵

Durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz 2011 wurde der Kreis der möglichen Vertragspartner im Rahmen der Integrierten Versorgung insofern erweitert, dass ab nun auch Pharma- und Medizinproduktehersteller direkt beteiligt werden durften. Die Vorlagepflicht zur Genehmigung eines IV-Vorhabens wurde dann 2011 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführt.

Am 11. Juni 2015 wurde im deutschen Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung (Versorgungsstärkungsgesetz) in der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet. Das Ziel ist weiterhin eine gut erreichbare medizinische Versorgung in Deutschland sicherzustellen. Das Gesetz hat ebenfalls Auswirkungen auf das Versorgungsmanagement der gesetzlichen Krankenkassen und speziell auf die IV.⁶

Es werden unter anderem ein Strukturfonds und ein Innovationsfonds eingerichtet. Der Innovationsfonds dient der Förderung neuer Projekte.⁷ Gefördert im Rahmen des Innovationsfonds werden insbesondere Projekte, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern. Zusätzlich werden die Regelungen zu Selektivverträgen erweitert und entbürokratisiert. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden die Versorgungsqualität und -effizienz durch gute Verträge zu verbessern.⁸ Daneben gibt es weitere Maßnahmen

³ Vgl. Mühlbacher, A./ Ackerschott, S. (2007), S. 18.

⁴ Vgl. Schreyögg, J./ Weinbrenner, S./ Busse, R. (2013), S. 115.

⁵ Vgl. Schreyögg, J./ Weinbrenner, S./ Busse, R. (2013), S. 121.

⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015).

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015).

⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (2015), S. 3.

zur Förderung der Integrierten Versorgung durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Laut § 71 SGB V müssen Selektivverträge nicht mehr verpflichtend den Aufsichtsbehörden vorlegt werden. Die Aufsichtsbehörde kann jedoch härter als bisher bei Verstößen gegen die Krankenkasse vorgehen, indem sie Zwangsgelder in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro verhängen kann. Es wurde zudem in der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V der Kreis der Vertragspartner erweitert, wodurch neuartige Versorgungsformen ausprobiert werden können. Krankenkassen können zukünftig wieder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge nach § 140 SGB V abschließen. Des Weiteren müssen Verträge nach § 140a SGB V nicht mehr zwingend sektorenübergreifend sein.

2.1.3. Problembereiche

Sowohl vor als auch nach Abschluss eines Integrierten Versorgungsvertrages zeigen sich für gesetzliche Krankenkassen verschiedene Problembereiche der IV.

Zum einen geht schon mit der Planung und dem Abschluss eines IV-Vertrages ein immenser Verhandlungsaufwand einher. Hier müssen die verschiedenen Interessen der beteiligten Vertragspartner harmonisiert werden. Werden einzelne Behandlungsinhalte ausgeschrieben, stellt dieser Prozess für die Krankenkassen ebenfalls ein hohes Risiko dar. Die Leistungserbringer können dann nicht frei ausgewählt werden, sondern selektieren sich nach der besten Übereinstimmung mit den von den Krankenkassen geforderten Aufgaben.⁹ Damit wird klar, dass ein solcher Versorgungsvertrag auch mit hohen Anfangsinvestitionen einhergeht. Diese schlagen sich nicht nur in den Leistungsausgaben, sondern wie bereits erwähnt auch im Verhandlungsaufwand und damit in den Verwaltungskosten nieder.¹⁰

Auch nach Vertragsschluss stellen sich verschiedene Problembereiche dar. Zum einen könnten die neuen Behandlungsinhalte Wechselwirkungen zur Regelversorgung hervorrufen und diese somit beeinflussen. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass es seitens der Leistungserbringer zu Mengenausweitungen kommt. Je nachdem in welchem Umfang diese auftreten, könnte die Beitragssatzstabilität der Krankenkasse gefährdet werden und im Wettbewerb mit den anderen Kassen ein höherer Zusatzbeitrag notwendig werden.¹¹

Wie bereits erwähnt wurde, muss für die im Rahmen der Integrierten Versorgung ausgezahlte Vergütung eine Bereinigung des Budgets in der Regelversorgung erfolgen. In der

⁹ Vgl. SVR (2012), S. 114.

¹⁰ Vgl. Mittendorf, T./ Schmidt, F. (2006), S. 15 f.

¹¹ Vgl. SVR (2012), S. 115.

Realität erfolgt diese jedoch häufig nicht praxisgerecht und zumeist nur in einem unzureichenden Umfang. Hinzu kommt, dass integrierte Versorgungsvorhaben nicht im morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.¹²

Auf Seiten der Versicherten wird die Regelversorgung meist als angenehm und ausreichend empfunden, sodass für diese zumeist kaum Anreize zur Teilnahme an einer Integrierten Versorgung bestehen. Für die Krankenkassen spiegelt sich dieses Problem nicht selten in Vertragsmodellen mit sehr geringen Teilnehmerzahlen wieder. Oft stellt sich hier die Frage der Kosten-Nutzen-Relation solcher Versorgungsmodelle.¹³

Mit diesem Aspekt geht auch ein weiterer Kritikpunkt an der Integrierten Versorgung einher. So müssen die Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der abgeschlossenen Verträge gegenüber der zuständigen Aufsicht nachweisen. Dies stellt für die Kassen häufig einen hohen Aufwand dar.

Alles in allem sind die genannten Problembereiche sehr vielfältig und stellen für die Krankenkassen häufig ein Hemmnis zum Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen dar.

2.1.4. Chancen für die Akteure

Trotz der vielfältigen Problembereiche bringt die Integrierte Versorgung ein hohes betriebswirtschaftliches Potenzial für die beteiligten Akteure mit sich.

Für die Krankenkassen speziell ergibt sich zum Beispiel die Möglichkeit, sich durch besondere Versorgungsangebote von anderen Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte abzuheben.¹⁴ Auch in Bezug auf die Kundenbindung ergeben sich Chancen, da die Versicherten durch das Leistungsangebot eventuell zufriedener mit der Behandlung und auch mit ihrer Krankenkasse sind. Gleichzeitig könnte durch den Abschluss solcher Verträge ein positives Image in der Gesellschaft allgemein erreicht werden.

Auf lange Sicht gesehen bietet die Integrierte Versorgung außerdem die Chance, Einsparungen in den Leistungsausgaben zu generieren. Dies kann zum Beispiel durch verbesserte Behandlungsabläufe oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Folgeerkrankungen erreicht werden.¹⁵ Einen besonderen Fokus nimmt hier die kostenintensive stationäre Versorgung ein, da zum Beispiel Modelle zum ambulanten Operieren speziell das Ziel der Verhinderung von Krankenhausaufenthalten verfolgen.

¹² Vgl. SVR (2012), S. 114.

¹³ Vgl. SVR (2012), S. 113.

¹⁴ Vgl. Ärztekammer Nordrhein (2005), S. 16.

¹⁵ Vgl. Ärztekammer Nordrhein (2005), S. 15 f.

Die Vergütung im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt vielfach über Pauschalen. Auch hier ergibt sich für die Krankenkassen ein hohes Einsparpotenzial im Vergleich zur Regelversorgung.

Auch in Bezug auf die Versorgungsqualität ergeben sich durch die IV hinreichende Vorteile. Durch die sektorenübergreifende Versorgung und intensivierete Abstimmung der Leistungserbringer kann die Behandlung der Versicherten effizienter und qualitativ hochwertiger erfolgen. Die traditionelle sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens könnte so aufgeweicht werden.¹⁶

Neben den Krankenkassen und den Versicherten können auch die beteiligten Leistungserbringer von der Integrierten Versorgung profitieren. Neben den bereits genannten Vorteilen stellt hier vor allem die Gewinnung und Bindung der Patienten durch spezielle Versorgungsmodelle sowie der Zugang zu und die Vergütung von neuen Diagnostik- und Behandlungsmethoden im Vordergrund. Auch aus finanzieller Sicht kann sich die Integrierte Versorgung für die Leistungserbringer als lukrativ erweisen.¹⁷

Insgesamt müssen die genannten Chancen durch geeignete Maßnahmen in der Praxis realisiert werden. Dann ergibt sich für die beteiligten Akteure die Möglichkeit, die genannten Wettbewerbsvorteile zu generieren.

2.2. Theoretische Grundlagen

2.2.1. Beziehungsebenen der Integrierten Versorgung

Die optimale Gestaltung des integrierten Versorgungsvertrages selbst und der Prozess bis zum Abschluss eines solchen Vertrages, erfordert die Berücksichtigung der Anforderungen der beteiligten Akteure inklusive der Zielgruppe des Vertrages. So empfiehlt es sich bei der Gestaltung und des Abschlusses eines IV-Vertrages die betroffenen Beziehungsebenen zu berücksichtigen.

Wie in Abschnitt 2.2.1. beschrieben, ist der Abschluss eines IV-Vertrages durch eine gesetzliche Krankenkasse mit einer im SGB V exakt bestimmten Gruppe an Leistungserbringern möglich. Dabei entsteht eine Beziehungsebene zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer. Die Tatsache, dass IV-Verträge nicht nur mit einzelnen Vertragspartnern, sondern auch mit einer Gruppe von Vertragspartnern oder mehreren einzelnen Ver-

¹⁶ Vgl. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (2011), S. 4 f.

¹⁷ Vgl. Ärztekammer Nordrhein (2005), S. 16.

tragsparteien geschlossen werden können führt dazu, dass neben der genannten Beziehungsebene Krankenkasse-Leistungserbringer zusätzlich eine Beziehungsebene zwischen Leistungserbringern und Leistungserbringern entsteht. Daneben existiert eine Beziehungsebene zwischen dem in den Vertrag eingeschriebenen Versicherten und der Krankenkasse sowie zwischen dem Leistungserbringer und dem Patienten. Je nach Vertragsgegenstand und Vertragspartnern könnte eine weitere Beziehungsebene zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und sonstigen Dienstleistern bestehen. Besonders an der IV ist, dass der Gesetzgeber im SGB V keine besonderen Regelungen zum Verhältnis der Vertragsparteien getroffen hat.¹⁸

Im Verhältnis Krankenkasse-Leistungserbringer wirken insbesondere die im Vertrag festzulegenden Aspekte zur Teilnahme der Leistungserbringer, zum Versorgungsauftrag, zu den Behandlungsplänen, dem Leistungsumfang, der Vergütung, der Abrechnung, der Qualitätssicherung und der Dokumentation. Im Verhältnis Leistungserbringer-Leistungserbringer wirken insbesondere die im Vertrag festzulegenden Behandlungsalgorithmen, die Leitlinien, das Überleitungsmanagement, die Dokumentation und das Qualitätsmanagement. Im Verhältnis Krankenkasse-Versicherter geht es im Wesentlichen um die Teilnahmebedingungen und die Ein- und Ausschreibungsprozesse in beziehungsweise aus dem Vertrag des Versicherten.¹⁹

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung der IV mit der Zielsetzung der Erhebung der Erwartungen an und des Nutzens von IV-Verträgen für Krankenkassen steht die Beziehungsebene zwischen Leistungserbringer und der Krankenkasse als Kostenträger im Fokus. So ist anzunehmen, dass die Gestaltung und die Qualität der Beziehungsebene Krankenkasse-Leistungserbringer eine wichtige Bedeutung für die in Abschnitt 2.1.4. beschriebenen Chancenpotenziale und dessen Realisierung haben. Dabei scheint die Qualität der Beziehung durch den Prozess der Vertragsanbahnung, der konkreten Vertragsgestaltung, der Vertragsverhandlung und der Vertragsumsetzung determiniert zu sein.

Wichtige Grundlage für diese Annahme liefert die Neue Institutionenökonomie und hier im Besonderen die Transaktionskostentheorie sowie die Principal-Agent-Theorie. Beide Ansätze sollen daher als theoretische Grundlage der Untersuchung dienen. In den folgenden Abschnitten werden diese kurz und in ihren wesentlichen Grundlagen inhaltlich dargestellt sowie deren Erklärungsbeitrag für die Untersuchung aufgezeigt.

¹⁸ Vgl. Schreyögg, J./ Weinbrenner, S./ Busse, R. (2013), S. 120.

¹⁹ Vgl. Schreyögg, J./ Weinbrenner, S./ Busse, R. (2013), S. 120; Amelung, V. E./ Lägell, R. (2008), S. 54.

2.2.2. Transaktionskostentheorie

Die Transaktionskostentheorie ist der Neuen Institutionenökonomie zuzuordnen. Sie beschäftigt sich mit den Kosten, die bei Transaktionen entstehen. Untersuchungsgegenstand stellen die individuellen Austauschbeziehungen zwischen Akteuren dar.²⁰ So versucht die Transaktionskostentheorie die Effizienz der Abwicklung bestimmter Transaktionen in beziehungsweise zwischen Organisationen zu erklären. Dabei wird die Unterschiedlichkeit institutioneller Arrangements im Erklärungsansatz berücksichtigt.²¹

Halin (1995) definiert den Begriff der Transaktion wie folgt: „Austausch von Gütern und Dienstleistungen, inklusive der Eigentumsrechte der individuellen Güter und Dienstleistungen. Demzufolge ist eine Transaktion ein Prozess, der aus einer oder mehreren Aktivitäten [] zur Klärung, Planung [und] Durchführung von Austauschbeziehungen mit ökonomischen, rechtlichen und sozialen Konsequenzen [besteht].“²² Das institutionelle Arrangement ergibt sich aus zwei Dimensionen: der dem Vertrag zu Grunde liegenden rechtlichen Vertragsform und den Vereinbarungen der Vertragspartner zum Umgang bei sich ex ante verändernden Kosten oder Leistungsinhalten.²³

Als Maßstab der Vorteilhaftigkeit gelten die Kosten für die ausgetauschten Güter und Leistungen (Produktionskosten) sowie die Abwicklung und Organisation der Transaktion (Transaktionskosten).²⁴ Unter den Transaktionskosten werden der Aufwand für Informationen, Einigung, Steuerung und Kontrolle des Austausches subsummiert.²⁵ Es erfolgt ein Kostenvergleich zwischen Alternativen mit dem Ziel die kostengünstigste Alternative zu identifizieren.²⁶

Das Effizienzkriterium wird durch den sparsamen Einsatz knapper Ressourcen für die Leistungserstellung als auch für die Leistungsabwicklung und Organisation der Leistungserbringung gebildet.²⁷

Folgende Abbildung 1 stellt die Grundzüge der Transaktionskostentheorie zusammenfassend dar.

²⁰ Vgl. Wiegandt, P. (2009), S. 115.

²¹ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 277.

²² Wiegandt, P. (2009), S. 118, zitiert nach Halin, A. (1995), S. 37.

²³ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 277.

²⁴ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 277 und Wiegandt, P. (2009), S. 118 zitiert nach Williamson, O. (1985), S. 22.

²⁵ Vgl. Wiegandt, P. (2009), S. 118.

²⁶ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 277.

²⁷ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 278, zitiert nach Williamson, O. (1985), S. 22.

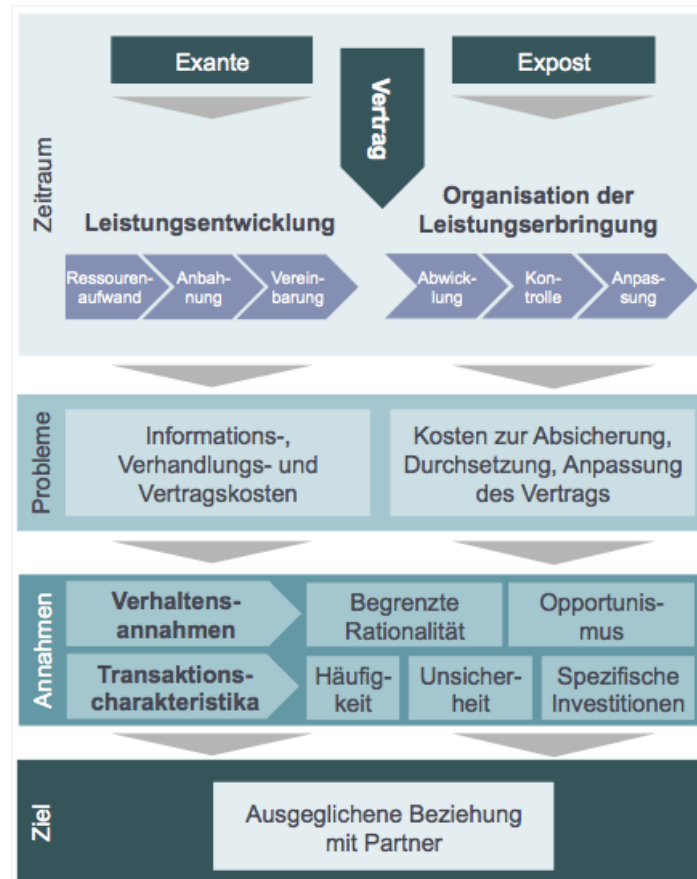


Abbildung 1: Wesentliche Parameter der Transaktionskostentheorie²⁸

Die Transaktionskostentheorie unterscheidet Transaktionskosten die vor Vertragsabschluss (ex ante) und nach Vertragsabschluss (ex post) entstehen. In der Ex ante-Phase umfassen diese im Wesentlichen Informations-, Verhandlungs- und Vertragskosten. Die Ex post-Transaktionskosten umfassen Abwicklungs-, Kontroll- und mögliche Anpassungskosten des Vertrages.²⁹

Die Ex post-Phase, in der auf verschiedene institutionelle Regelungen zur Absicherung eingegangen wird (z.B. Garantiezusagen oder Kündigungsklauseln), erhält aufgrund der der Transaktionskostentheorie zugrunde liegenden Verhaltensannahmen besondere Bedeutung.³⁰ So liegen der Transaktionskostentheorie drei Verhaltensannahmen zugrunde: begrenzte Rationalität, Opportunismus und Risikoneutralität.³¹ Die beiden erstgenannten werden als die Hauptverhaltensannahmen beschrieben.³² Die begrenzte Rationalität beschreibt, dass die Transaktionspartner zwar rational handeln wollen, dieses aufgrund von

²⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Wiegandt, P. (2009), S. 118-122.

²⁹ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 278. und Wiegandt, P (2009), S. 118 zitiert nach Williamson, O. (1985), S. 22.

³⁰ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 278-279.

³¹ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 279-280 und Wiegandt, P. (2009), S. 120.

³² Vgl. Wiegandt, P. (2009), zitiert nach Williamson, O. (1975), S. 40.

unvollkommener Informationen jedoch beschränkt ist. Das opportunistische Verhalten der Transaktionspartner unterstellt, dass die Partner bei der Gestaltung der Austauschbeziehung ihr Eigeninteresse verfolgen, sogar listig agieren und Informationen zurückhalten.³³

Die Verhaltensannahmen zeigen die besonderen Probleme mit denen sich Vertragspartner bei der Abwicklung einer Transaktion konfrontiert sehen. Diese zeigen deutlich, dass die Transaktionsabwicklung den Nettonutzen einer Transaktion reduzieren kann.³⁴

Im Weiteren liegen der Transaktionskostentheorie drei Transaktionscharakteristika zu Grunde, die die Transaktion maßgeblich beeinflussen: Ausmaß der transaktionsspezifischen Investitionen, die mit einer Transaktion verbundene Unsicherheit und die Häufigkeit der Transaktion.³⁵ Je nach Ausmaß der Investitionen und Unsicherheit bei einer Transaktion steigen die Transaktionskosten, je nach Ausmaß der Häufigkeit einer Transaktion fallen die Transaktionskosten für die Vertragspartner.

Die Transaktionskostentheorie lässt sich auf verschiedene Austauschbeziehungen anwenden. So heißt es, dass sie auf alle Probleme angewandt werden kann, bei denen es sich um Vertragsprobleme handelt.³⁶ Der theoretische Ansatz lässt sich somit auch auf IV-Verträge anwenden und es ist festzustellen, dass bei Abschluss eines IV-Vertrages zahlreiche transaktionskostenrelevante Herausforderungen entstehen, die es gilt zu bewältigen. Die Transaktionskostentheorie kann entsprechende Ansätze zur Problemvermeidung und zum Problemumgang liefern.

Ziel der IV-Verträge ist es, ein möglichst maximales Gesundheits-Outcome zu erzielen und eine optimale Kosten-Nutzen-Relation im Hinblick auf die Versorgung zu erreichen. Wie unter Abschnitt 2.1.3. erläutert, erscheinen die Aufwendungen für IV-Verträge bei Krankenkassen jedoch im Vergleich zu anderen Vertragsformen, insbesondere im Vergleich zu Kollektivverträgen, höher und erfordern entsprechende Anfangsinvestitionen. Diese erhöhten Kosten, insbesondere Transaktionskosten, ergeben sich im Vergleich zu Kollektivverträgen im Besonderen aus der Individualität der Verträge. Sie resultieren aus der Individualität von Leistungsentwicklung und Leistungserbringung, der Individualität der Vertragskonzeption und der Vertragsverhandlung sowie der Individualität der Leistungsabrechnung und der Leistungskontrolle. Des Weiteren erhöht sich der Aufwand bei den Krankenkassen aufgrund von erforderlichen Budgetbereinigungen oder Prüfungen der Verträge durch die Aufsichtsbehörden der Kassen.

³³ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 279 und Wiegandt, P. (2009), S. 120.

³⁴ Vgl. Wiegandt, P. (2009), S. 120.

³⁵ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 281.

³⁶ Vgl. Ebers, M./ Gotsch, W. (2006), S. 294.

Dies führt zu einer besonderen Belastung der Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenkassen, welche durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten gedeckelt sind. So verfolgen Krankenkassen bei der Entwicklung, Abschluss und Durchführung von IV-Verträgen das Ziel, neben den reinen Versorgungskosten auch die Transaktionskosten möglichst gering zu halten.

Erhöhte Herausforderungen bestehen durch die Individualität der Verträge ebenso bei den Leistungserbringern. So erhalten hier insbesondere erhöhte Anforderungen an die zu erbringende Leistungsqualität und an die Leistungsdokumentation wesentliche transaktionskostenrelevante Bedeutung.

Unter Berücksichtigung der Transaktionskostentheorie ist zu konstatieren, dass auch bei Abschluss von IV-Verträgen opportunistisches Verhalten der Akteure erkennbar ist. Es ist anzunehmen, dass neben gemeinsamen Interessen der Vertragspartner, wie beispielsweise die Optimierung der Versorgungsqualität oder die Erhöhung der Patientenzufriedenheit, auch gegensätzliche Interessen bestehen. Während sich bei den gesetzlichen Krankenkassen unter Berücksichtigung der rechtlichen und wettbewerblichen Rahmenbedingungen annehmen lässt, dass diese im Rahmen der IV versuchen, die Leistungs- und Versorgungskosten möglichst gering zu halten beziehungsweise zu reduzieren, besteht bei den Leistungserbringern unter Berücksichtigung des bestehenden finanziellen Drucks die Annahme, dass diese unter anderem das Ziel verfolgen, eine möglichst hohe Vergütung zu realisieren.

Die Transaktionskostentheorie besagt, dass eine Begrenzung der Transaktionskosten durch Reduzierung der Unsicherheit erreicht werden könnte. So könnten beispielsweise langfristige Kooperationen der Vertragspartner, Verträge unterschiedlichen Gegenstands mit den gleichen Vertragspartnern oder allgemein eine einfache Erhöhung der Vertragsanzahl zu einer Transaktionskostenreduzierung führen.

Die Transaktionskostentheorie liefert somit einen Erklärungsbeitrag zu den vertraglichen Problembereichen der IV. Es lässt sich ableiten, dass die Vertragspartner eines IV-Vertrages durch gezielte Maßnahmen die Transaktionskosten reduzieren und damit einen höheren Nutzen aus der vertraglichen Beziehung generieren können.

Die Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von IV-Verträgen soll hier ansetzen und zunächst die konkrete Zielsetzung und den Nutzen der IV bei den Krankenkassen erheben. Auf Basis dieser Erkenntnisse, und der Erkenntnisse über die Zielsetzungen der Leistungserbringer, ließen sich Ansätze ableiten, die eine Optimierung der IV-Verträge unter Berücksichtigung von Transaktionskosten ermöglichen könnten.

2.2.3. Principal-Agent-Theorie

Die Principal-Agent-Theorie ist wie die Transaktionskostentheorie der Neuen Institutionenökonomie zuzuordnen. Sie versucht die Leistungsbeziehung zwischen einem Auftraggeber (Principal) und einem Auftragnehmer (Agent) darzustellen, bestehende Probleme dieser Beziehungen zu erklären und entsprechende Problemlösungsansätze aufzuzeigen. Wesentliche Grundlage der Theorie bilden Informationsasymmetrien und Interessenskonflikte zwischen den Vertragsparteien, die aus dem Ziel der individuellen Nutzenmaximierung und der begrenzten Rationalität der Wirtschaftssubjekte resultieren.³⁷

Folgende Abbildung 2 stellt die Grundzüge der Principal-Agent-Theorie zusammenfassend dar.

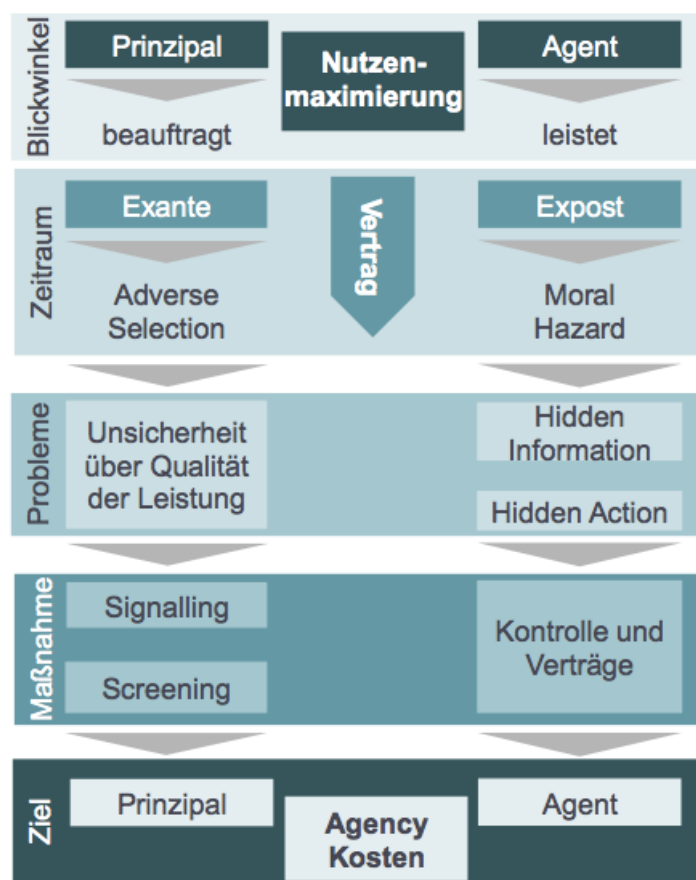


Abbildung 2: Wesentliche Parameter der Principal-Agent-Theorie³⁸

Auch dieser theoretische Ansatz unterscheidet die Phasen vor und nach Vertragsabschluss. So können Informationsasymmetrien über die Qualität der zu erbringenden Leistung vor Vertragsabschluss (Adverse Selection) oder über Handlungen der Vertragspartner nach Vertragsabschluss (Moral Hazard) entstehen.³⁹ Danach erfährt der Principal

³⁷ Vgl. Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009), S. 131-133.

³⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009), S. 134-143.

³⁹ Vgl. Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009), S. 131.

die wahre Qualität der Leistung erst nach Vertragsabschluss (ex post). Dies kann dazu führen, dass der Principal unerwünschte Vertragspartner auswählt und der Agent möglicherweise bewusst seine tatsächliche Leistungsqualität ex ante verheimlicht. In letzter Konsequenz führt dies der Theorie zufolge zu einer nicht leistungsgerechten Preisbildung und dem Rückzug von Agenten mit hoher Leistungsqualität aus dem Markt. Beim Moral Hazard verfügt einer der Parteien nach Vertragsabschluss, üblicherweise der Agent, über einen Informationsvorsprung. Es besteht ein Moral Hazard, wenn der Agent Handlungen vornimmt, die der Principal nicht beobachten kann. Hier wird zwischen Hidden Action und Hidden Information unterschieden. Hidden Action beschreibt Handlungen oder Entscheidungen die der Agent trifft, vom Principal nicht beobachtet werden können und schließlich das Ergebnis der Leistungsbeziehung aus Sicht des Principals negativ beeinflussen. Hidden Information beschreibt, dass der Agent Informationen über Umweltzustände besitzt, über die der Principal nicht verfügt und dadurch das Ergebnis der Leistungsbeziehung beeinflusst werden kann.⁴⁰

Zur Reduzierung der Unsicherheit bzw. der Informationsasymmetrien ergreifen die Vertragspartner Maßnahmen, die die sogenannten Agency-Kosten verursachen. In der vorvertraglichen Phase wird durch sogenannte Signalling-Maßnahmen des Auftragnehmers und Screening-Maßnahmen des Auftraggebers versucht, die Unsicherheiten im Hinblick auf die Qualität der Leistung zu reduzieren. In der nachvertraglichen Phase versucht der Auftraggeber durch Monitoring und Anreizverträge Unsicherheiten zu reduzieren. Ziel ist es, diese Agency-Kosten möglichst zu minimieren und die beste vertragliche Regelung für die Leistungsbeziehung zu vereinbaren.⁴¹

Die Principal-Agent-Theorie lässt sich auch auf IV-Verträge übertragen. So bestehen bei den Krankenkassen als Auftraggeber ex ante Informationsasymmetrien bezüglich der vom Leistungserbringer tatsächlich erbringbaren Versorgungsqualität. Den Krankenkassen sind zudem die tatsächlichen Zielsetzungen eines Leistungserbringers (und umgekehrt) beim Abschluss eines IV-Vertrages nicht zwingend bekannt. Die Zielsetzungen der Vertragspartner Krankenkasse und Leistungserbringer können zudem Konflikte aufweisen. So können auch hier eine Reduzierung der Unsicherheit und der Informationsasymmetrien beispielsweise durch Signalling- und Screening-Maßnahmen vor Vertragsabschluss erreicht werden oder Maßnahmen zur Reduzierung des Moral Hazard nach Vertragsabschluss sinnvoll sein. Gezielt ausgewählte Maßnahmen können im Sinne beider Vertragspartner und im Sinne der Patienten schließlich dazu führen die Leistungsbeziehung zu verbessern und die Agency-Kosten möglichst gering zu halten.

⁴⁰ Vgl. Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009), S. 135-136.

⁴¹ Vgl. Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009), S. 134-136.

Im Rahmen der vorzunehmenden Untersuchung sollen daher zunächst die tatsächlichen Ziele der Integrierten Versorgung bei den Krankenkassen erhoben werden. Hieraus lassen sich nach einer vergleichbaren Untersuchung bei den Leistungserbringern mögliche Zielkonflikte identifizieren und geeignete Signalling- und Screening-Maßnahmen ableiten. Die Agency-Kosten der IV-Verträge lassen sich somit reduzieren und ein Beitrag zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit von IV-Verträgen leisten.

2.2.4. Implikationen für die Untersuchung

Es wurde festgestellt, dass bei der Integrierten Versorgung mehrseitige Beziehungsebenen bestehen. Beim Abschluss von IV-Verträgen hat die Beziehungsebene von Krankenkassen und Leistungserbringern wesentliche Bedeutung. Es ist anzunehmen, dass aus einer optimalen Beziehungsqualität wichtige Chancenpotenziale der IV gehoben werden können. Die Transaktionskostentheorie und die Principal-Agent-Theorie können einen Erklärungsbeitrag zur vertraglichen Beziehung und dessen ex ante und ex post Gestaltung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer leisten.

Gezielte Maßnahmen ermöglichen die Reduzierung von Transaktionskosten bei den Vertragspartnern und die Erhöhung des Nutzens der Verträge. Informationsasymmetrien und mögliche Zielkonflikte ließen sich ebenfalls durch geeignete Signalling- und Screening-Maßnahmen sowie passender Kontrollmechanismen reduzieren und damit die Agency-Kosten verringern. Insgesamt würde sich die Qualität der Beziehung der Vertragspartner optimieren und der Nutzen der IV-Verträge für alle beteiligten Akteure erhöhen.

Im Rahmen der Untersuchung ist es daher von Bedeutung zunächst die konkreten Zielsetzungen der IV bei den Vertragspartnern zu erheben. In einem weiteren Schritt ist zu evaluieren, welche Nutzenpotenziale die Vertragspartner in der IV sehen. Auf Basis dieser Erkenntnisse lassen sich schließlich geeignete Maßnahmen ableiten, die eine weitere Nutzenoptimierung, insbesondere durch die Reduzierung von Transaktions- und Agency-Kosten, ermöglichen.

2.3. Stand der Forschung

Eine Erhebung des aktuellen Forschungsstandes zur Integrierten Versorgung, insbesondere zu den Zielsetzungen und dem Nutzen von Integrierten Versorgungsverträgen, zeigt, dass bereits einige Studien bestehen, die sich mit dem Thema der Integrierten Versorgung beschäftigen.

Nachfolgende Tabelle 1 fasst vorhandene Untersuchungen seit dem Jahr 2004 zusammen.

Tabelle 1: Veröffentlichte Untersuchungen zur Bewertung der Integrierten Versorgung

Autor	Jahr	Titel
Mühlbacher, A. et al.	2006	Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Untersuchung
Wagner, K./ Braun-Grüneberg, S.	2007	Integrierte Versorgung – Ausschöpfung von Optimierungspotenzialen im Gesundheitssektor
Grothaus, F.-J.	2009	Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung – Bericht der gemeinsamen Registrierungsstelle
SVR	2009	Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
Gersch, M. et al.	2010	Monitoring-IV. Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenkassen
Gersch, M. et al.	2012	Monitoring-IV. Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum in Sicht?
SVR	2012	Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
Stuppardt, R.	2013	Gibt es erste empirische Evidenz für den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten?
IGES Institut	2014	Monitoring Integrierte Versorgung - Rahmenbedingungen der IV verbessern

Im Jahr 2005 wurde von Axel Mühlbacher und weiteren Autoren eine empirische Analyse des Status Quo, der Bewertung sowie der Umsetzung der Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V durchgeführt. Dabei wurden 629 stationäre und 128 ambulante Leistungserbringer befragt.⁴² Im gleichen Jahr wurde von Karin Wagner und Sandra Braun-Grüneberg eine Befragung von 232 stationären und 75 ambulanten Leistungserbringern

⁴² Vgl. Mühlbacher, A. et al. (2006).

zu dem gleichem Thema initiiert. Ziel der Untersuchung war eine Kosten-Nutzen-Evaluation der Integrierten Versorgung bei Leistungserbringern.⁴³

Im Jahr 2009 wurde unter Federführung von Franz-Josef Grothaus ein Bericht zur Integrierten Versorgung für die Jahre 2004 bis 2008 zur Unterstützung der Umsetzung nach § 140d SGBV erstellt. Dabei haben sich 75 Prozent der Krankenkassen am Verfahren beteiligt, welche 95 Prozent der gesetzlich Versicherten abbildeten. Es wurden dabei zentrale Ergebnisse erzielt. Zum Zeitpunkt der Auswertung gab es insgesamt 6.407 Verträge zur Integrierten Versorgung, die bis Ende des Jahres 2008 noch in Kraft waren. Jährlich wurden durchschnittlich 1.500 neue Verträge vereinbart, die überwiegend unbefristet waren. Zudem wurde eine überwiegende Anzahl der teilnehmenden gesetzlich Versicherten in indikationsübergreifende Verträge eingeschrieben.⁴⁴

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in den Monaten Juni bis September des Jahres 2008 eine Befragung von insgesamt 219 Krankenkassen und 8 Landesverbänden der Betriebskrankenkassen (LV BKK) durchgeführt. Es handelte sich dabei um eine Vollerhebung. An der Datenerhebung haben insgesamt 101 Krankenkassen und 8 LV BKK teilgenommen. Inhalte waren der Integrationsgrad und die Indikationsbreite der Integrierten Versorgungsformen.⁴⁵ Weitere Vollerhebungen folgten in den nächsten Jahren.

Unter Martin Gersch wurden für besondere Versorgungsformen wie Modellvorhaben, Strukturverträge, die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV), die besondere ambulante Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme und die Integrierte Versorgung in den Jahren 2010 und 2012 zwei Vollerhebungen bei gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.⁴⁶ Gegenstand der Befragung im Jahr 2010 waren die Bedeutung, Entwicklung und der Abschluss von Verträgen, die Beurteilung der Weiterentwicklung im eigenen Haus und die daraus resultierenden Veränderungen traditioneller Strukturen und Abläufe.⁴⁷ Im Jahr 2012 wurden hingegen Daten zu den Erwartungen und der Erfüllung von Vertragsbedingungen, der Entwicklung und Bedeutung seit der Einführung der Anschubfinanzierung sowie den Erfolgsfaktoren erhoben.⁴⁸ Zusätzlich hat der SVR eine Befragung von 141 Krankenkassen zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V veröffentlicht. Die Datenerhebung erfolgte von Juli 2011 bis Januar 2012. Insgesamt haben an der Befragung 101 Krankenkassen teilgenommen. Gegenstand der Untersuchung war die Entwicklung und

⁴³ Vgl. Wagner, K./ Braun-Grüneberg, S. (2007).

⁴⁴ Vgl. Grothaus, F.-J. (2009).

⁴⁵ Vgl. SVR (2009).

⁴⁶ Vgl. Gersch, M. et al. (2010); Gersch, M. et al. (2012).

⁴⁷ Vgl. Gersch, M. et al. (2010).

⁴⁸ Vgl. Gersch, M. et al. (2012).

Bedeutung der Verträge seit dem Ende der Anschubfinanzierung sowie die Erfolgsfaktoren bestehender Verträge.⁴⁹ Im Jahr 2013 wurde von Rolf Stuppardt eine Untersuchung zu der ersten empirischen Evidenz für den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten durchgeführt. Dafür wurden alle Krankenkassen befragt, wobei nur 27 Krankenkassen tatsächlich an der Befragung teilgenommen haben.⁵⁰ Außerdem zu erwähnen ist eine Expertenbefragung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES Institut) zu der Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V bei 15 Krankenkassen, die 90 Prozent der gesetzlichen Krankenversicherten abbildeten. Dabei wurden das Grundverständnis sowie die Rolle zur IV, die Erwartungserfüllung sowie die Rahmenbedingungen untersucht.⁵¹

Die bereits durchgeführten Untersuchungen zeigen, dass die Integrierte Versorgung für das deutsche Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung ist. Die Untersuchungen haben sich mit dem Status Quo der IV beschäftigt. Dadurch werden Erkenntnisse zu der Bedeutung und Entwicklung der IV-Verträge geliefert. Allerdings sind bisher keine aktuellen Daten bekannt, aus denen die Kosten-Nutzen-Relation der IV für gesetzliche Krankenkassen wie auch für Leistungserbringer deutlich hervorgeht. Im Jahr 2013 wurde zwar eine Studie durchgeführt, um den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten zu erheben, dabei hat jedoch auch nur eine geringe Anzahl an Krankenkassen teilgenommen, sodass keine ausreichend repräsentativen Daten aus der Untersuchung hervorgehen. Zusätzlich sind die Zielsetzungen, die mit dem Abschluss von IV-Verträgen verfolgt werden, derzeit noch unklar.

Dies gibt ausreichend Anlass zu einer Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge.

2.4. Zwischenfazit

Die Grundzüge zur Integrierten Versorgung wurden erstmals 1975 gesetzlich verankert und ab diesem Zeitpunkt stetig weiterentwickelt und ausgebaut. Durch die Integrierte Versorgung soll die schnittstellenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen gestärkt werden. Um dies zu erreichen, gibt es die Möglichkeit individuelle Selektivverträge zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu schließen. Es ist jedoch zu beachten, dass bei dem Abschluss eines IV-Vertrags sowohl Probleme als auch Chancen auftreten können. Dazu gehören zum Beispiel der hohe Verwaltungsaufwand und infolge

⁴⁹ Vgl. SVR (2012).

⁵⁰ Vgl. Stuppardt, R. (2013).

⁵¹ Vgl. IGES Institut (2014).

dessen die Bindung von finanziellen und personellen Ressourcen aber auch die Chance Leistungsausgaben durch eine qualitativ hochwertigere und individuellere Behandlung zu generieren.

Für die optimale Ausgestaltung eines Vertrags zur Integrierten Versorgung zwischen einer Krankenkasse und einem Leistungserbringer stellt die Beziehungsebene zwischen den betroffenen Akteuren eine entscheidende Erfolgsdeterminante dar. Die Transaktionskostentheorie und die Principal-Agent-Theorie (s. Punkt 2.2.2. und 2.2.3.) liefern wichtige theoretische Grundlagen für den Abschluss von IV-Verträgen und somit für die vorliegende Untersuchung. Die Transaktionskostentheorie geht insbesondere auf die Kosten ein, die durch die Austauschbeziehungen zwischen verschiedenen Akteuren entstehen. Die Principal-Agent-Theorie versucht die Leistungsbeziehung zwischen einem Auftraggeber (Principal) und einem Auftragnehmer (Agent) darzustellen. Die Theorien zeigen dabei mögliche Probleme und entsprechende Problemlösungsansätze auf.

Eine Analyse zum Stand der Forschung (s. Punkt 2.3.), liefert wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung und Entwicklung sowie den Hemmnissen der selektivvertraglichen Versorgung. Es liegen allerdings keine aktuellen Evaluationen der Entscheidungskriterien zum Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung vor. Dies führt zu der Notwendigkeit den aktuellen Stand des Versorgungsmanagements und insbesondere der Integrierten Versorgung zu erheben. Dafür wird eine Untersuchung der Entscheidungs determinanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge durchgeführt. Die Zielsetzung, Inhalte, Durchführung und Ergebnisse dieser Untersuchung werden nachfolgend erläutert.

3. Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge

3.1. Ziel der Untersuchung und Formulierung der Forschungsfragen

Im Rahmen des Marktforschungsprozesses werden zunächst die Ziele der Untersuchung festgelegt. Bisher bestehen, wie in Abschnitt 2.3. dargestellt, im Bereich des Versorgungsmanagements beziehungsweise der Integrierten Versorgung noch keine umfassenden Datenerhebungen zum Status quo, den konkreten Zielsetzungen und Nutzenerwartungen der gesetzlichen Krankenkassen und zu den Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes auf das Versorgungsmanagement der Kassen.

Die vorliegende Untersuchung beinhaltet daher verschiedene Forschungsfragen. So soll zunächst der Status quo der IV-Verträge im Hinblick auf die Anzahl und deren Gestaltung bei gesetzlichen Krankenkassen erhoben werden. Im Weiteren gilt es allgemein die Bedeutung der Integrierten Versorgung für die gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Zielsetzungen und deren erwarteten Nutzen durch den Abschluss eines IV-Vertrages zu erheben. Außerdem soll die Bedeutung der geplanten gesetzlichen Veränderungen durch das GKV-VSG für die Krankenkassen untersucht werden.

Das Ziel der Untersuchung ist somit den Status quo des Versorgungsmanagements in den gesetzlichen Krankenkassen unter besonderen Blick auf die Integrierte Versorgung, dessen Ziele und Nutzen, sowie den Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes auf die Integrierte Versorgung zu erheben und zu bewerten.

3.2. Konzeption und Durchführung

Nachdem die Problem- und Zielstellung definiert wurde, wurde das Untersuchungsdesign festgelegt. Die Befragung erfolgte als online Befragung im Rahmen einer Vollerhebung. Es wurden alle Krankenkassen bei der Untersuchung berücksichtigt. Befragt wurden die verantwortlichen Mitarbeiter im Versorgungsmanagement der jeweiligen Krankenkasse. Die Adressen der Befragten konnten zum Teil über persönliche Kontakte und zum Teil über eine Internetrecherche gewonnen werden.

Im nächsten Schritt wurde das Erhebungsinstrument ausgestaltet. Dabei wurden als erstes die allgemeinen Frageninhalte festgelegt. Der Fragebogen war in vier Themenbereiche unterteilt. Es wurden die Ist-Situation im Bereich Versorgungsmanagement, die Erwartungen an und den Nutzen von Verträgen zur Integrierten Versorgung, die Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes sowie allgemeine Informationen zur Krankenkasse abgefragt. Dabei wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragenformate

berücksichtigt. Im Anschluss erfolgte die konkrete Fragenformulierung und Sortierung der Fragen nach einer thematisch sinnvollen Reihenfolge.

Die Befragung wurde mit Hilfe der werbefreien online Plattform q-set durchgeführt. Das Anschreiben enthält Aussagen zu dem Hintergrund der Untersuchung. Zusätzlich wird auf die Untergliederung in vier Themenbereiche hingewiesen und es werden der Umfang sowie die Anonymität der Befragung betont. Die Befragung erfolgte vom 03.06.2015 bis zum 16.06.2015. Insgesamt wurden 117 Krankenkassen am 03.06.2015 mit einer persönlichen E-Mail zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Dabei wurde auf die Möglichkeit der Bereitstellung von Ergebnissen aus der Befragung für die gesetzlichen Krankenkassen hingewiesen. Um die Teilnahmebereitschaft nochmals zu erhöhen, wurde am 11.06.2015 eine Erinnerungsmail an jede Krankenkasse versendet. Die Befragung wurde am 16.06.2015 um 24 Uhr beendet. Daran schloss sich die Phase der Datenauswertung und -interpretation an.

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden neun Fragebögen vollständig bearbeitet, 42 ohne vollständige Beantwortung begonnen und sechs ohne jegliche Bearbeitung aufgerufen. Die Rücklaufquote liegt demnach bei 7,7 Prozent. Insgesamt haben neun Krankenkassen an der Befragung teilgenommen. Die Aufteilung nach dem Versichertenbestand stellt sich dabei wie folgt dar:

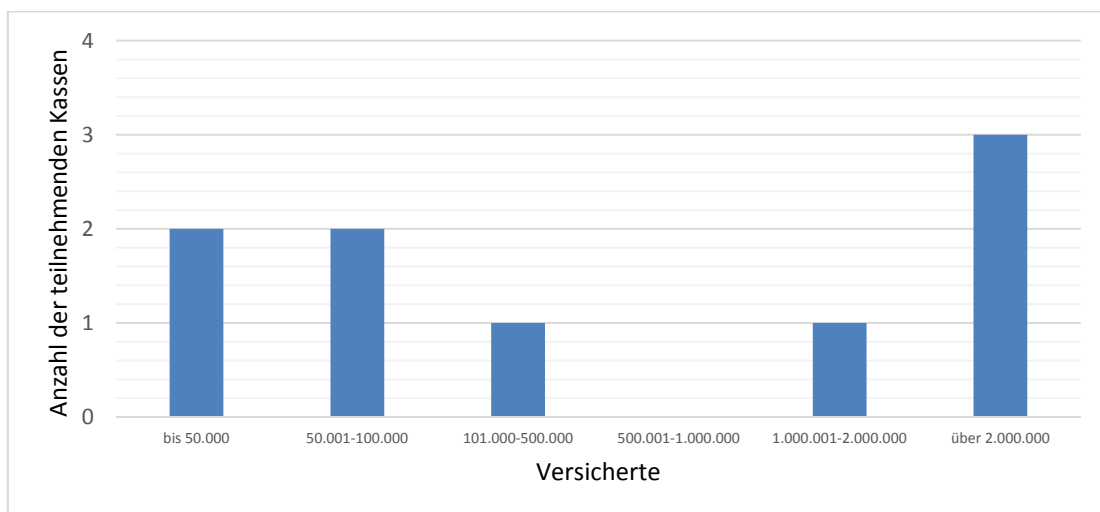


Abbildung 3: Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenkassen nach Anzahl der Versicherten

Unter den teilnehmenden Krankenkassen verzeichnen jeweils zwei einen Versichertenbestand von bis zu 50.000 und zwischen 50.001 und 100.000 Versicherten. Jeweils eine Krankenkasse gab an, zwischen 100.001 und 500.000 sowie zwischen 1.000.001 und 2.000.000 Versicherte zu haben. Bei drei teilnehmenden Kassen liegt der Versichertenbestand über 2.000.000. Im Bereich von 500.000 bis 1.000.000 Versicherten konnte

keine Krankenkasse zur Teilnahme motiviert werden. Dabei sind zwei Drittel der teilnehmenden Kassen in mehr als drei Bundesländern geöffnet und zwei Drittel in bis zu drei Bundesländern.

90 Prozent der Krankenkassen (8 von 9) gaben an, dass in ihrer Organisationsstruktur ein Bereich verankert ist, der sich speziell mit dem Bereich Versorgungsmanagement beschäftigt. Lediglich in einer Krankenkasse gibt es diesen nicht. Dabei handelt es sich um eine sehr kleine Krankenkasse mit weniger als 50.000 Mitgliedern. In den anderen Fällen ist der Organisationsbereich Versorgungsmanagement überwiegend seit zwischen drei und sechs Jahren implementiert, jedoch nicht länger als zehn Jahre. In der Mehrzahl der Fälle (7 von 8 Krankenkassen) ist der Bereich dabei in der zweiten Berichtsebene und einmal in der ersten Berichtsebene angegliedert.

Auch in Bezug auf die Mitarbeiterkapazitäten, die in den einzelnen Krankenkassen mit dem Thema Versorgungsmanagement betraut sind, ergibt sich ein weitreichendes Bild.

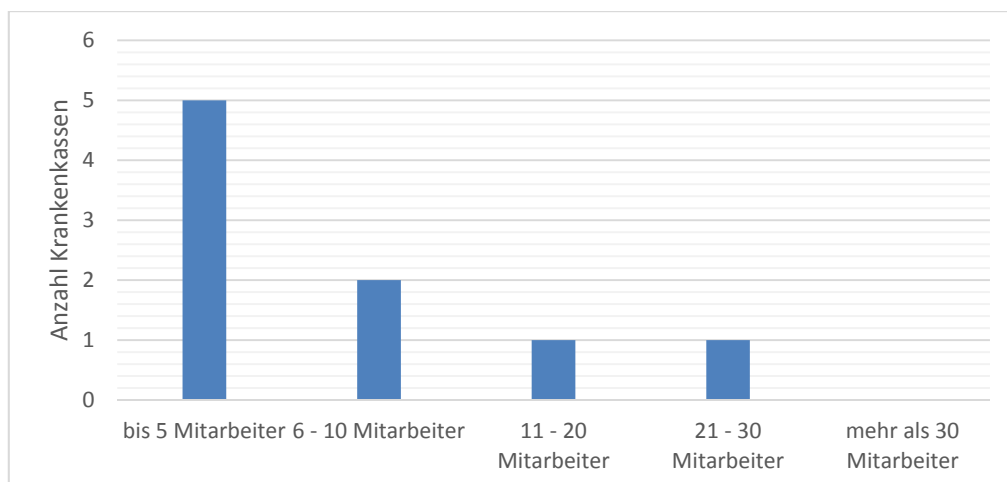


Abbildung 4: Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenkassen nach Anzahl der im Versorgungsmanagement tätigen Mitarbeiterkapazitäten

Etwa die Hälfte der teilnehmenden Krankenkassen beschäftigt bis zu fünf Mitarbeiterkapazitäten mit dem Thema Versorgungsmanagement. Zwei Krankenkassen gaben an, zwischen sechs und zehn Kapazitäten vorzuhalten.

3.3. Ergebnisse der Untersuchung

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich im Folgenden analog zum Fragebogen in drei Themenbereiche. Diese befassen sich zunächst mit dem aktuellen Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung in der Praxis, Erkenntnissen zu den Erwartungen an und den Nutzen von IV-Verträgen sowie einem Ausblick auf das Versorgungsstärkungsgesetz.

Status Quo der Integrierten Versorgung

Alle Befragten gaben an, Verträge der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V und Strukturverträge nach § 73b SGB V abgeschlossen zu haben. Zusätzlich bestehen bei der Hälfte der Teilnehmer auch Modellvorhaben nach § 63c SGB V sowie Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V. Der überwiegende Teil (knapp 80 Prozent der Befragten) hat dabei bis zu einhundert Verträge der Integrierten Versorgung abgeschlossen. Näherungsweise zwischen einem und drei Prozent der Versicherten, gemessen am Gesamtbestand, sind in solche Verträge eingeschrieben. Der maximale Anteil liegt hier bei zehn Prozent der Versicherten. Über alle Krankenkassen hinweg existieren Verträge, in denen nur ein bis zehn Versicherte eingeschrieben sind.

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Integrierte Versorgung liegen zwischen 680.000 und 130.000.000 Euro. Der prozentuale Anteil der Integrierten Versorgung an den Gesamtausgaben der Krankenkassen liegt etwa in der gleichen Höhe, also zwischen 0,5 und zwei Prozent.

Im Mittel werden 46 Prozent der Verträge mit einzelnen Leistungserbringern und 54 Prozent mit Verbänden von Leistungserbringern abgeschlossen. Bei genauer Betrachtung der Befragungsergebnisse der einzelnen Krankenkassen, gaben diese jeweils an, entweder überwiegend mit Verbänden, oder größtenteils mit einzelnen Leistungserbringern zu kooperieren. Zwei Drittel der Krankenkassen gehen überwiegend unbefristete Vertragsverhältnisse ein und ein Drittel befristete Verträge von bis zu drei Jahren.

Der Großteil der IV-Verträge (im Mittel 85 Prozent) bezieht sich auf spezielle Indikationen. 15 Prozent der Verträge bedienen indikationsübergreifende Themenstellungen. Die IV-Verträge beziehen sich im Mittel auf folgende Indikationsbereiche:

Tabelle 2: Indikationsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden

Indikationsbereich	MW in %	STABW	VARIANZ
Sonstige	33,58	28,85	832,48
ambulantes Operieren	20,81	17,46	304,76
orthopädisch-unfallchirurgische Indikationen	15,64	9,24	85,30
Endoprothetik	11,42	7,29	53,13
kardiologische Indikationen	10,69	6,41	41,06
psychische Indikationen	7,93	6,30	39,75
neurochirurgische Indikationen	1,73	2,36	5,59

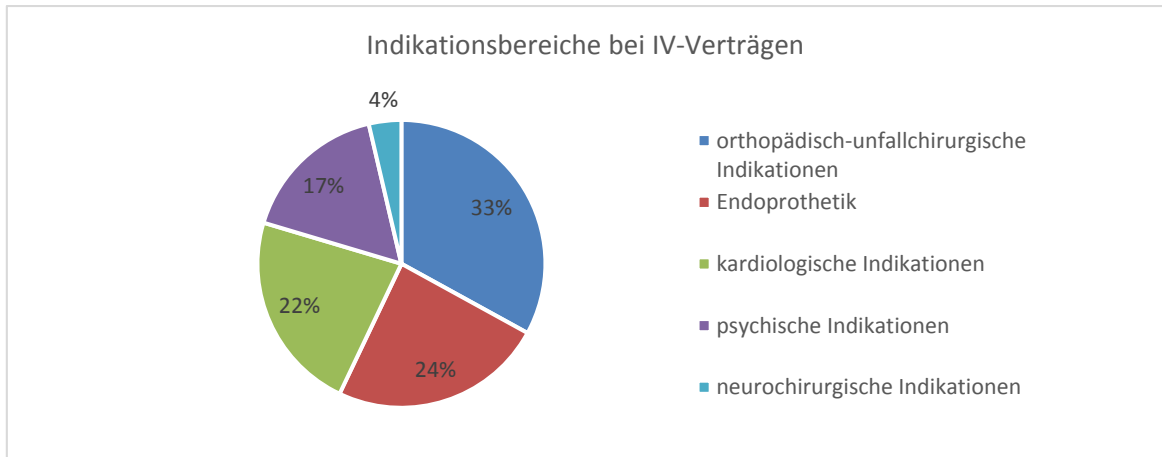


Abbildung 5: Indikationsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden

Besonders ambulantes Operieren und orthopädisch-unfallchirurgische Indikationen wurden häufig angegeben. Allerdings besteht hier eine hohe Standardabweichung und eine hohe Varianz. Neben den Indikationsbereichen, die wie in Tabelle 1 dargestellt zu nennen waren, gaben die Krankenkassen an, zusätzlich Versorgungsangebote in den Bereichen Onkologie, Pädiatrie, Gastroenterologie, Behindertenhilfe und Wundversorgung bereitzuhalten.

In Bezug auf die Versorgungsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 3: Versorgungsbereiche, die durch die IV-Verträge bedient werden

Versorgungsbereich	MW	STABW	VARIANZ
ambulante ärztliche Versorgung	50,88	26,57	706,13
stationäre Krankenhausversorgung	18,29	10,52	110,57
ambulante Krankenhausversorgung	12,14	11,13	123,81
Heilmittelversorgung	6,00	5,35	28,67
Rehabilitation	6,00	4,24	18
Arzneimittelversorgung	5,29	5,29	30,57
ambulante Pflege	3,00	4,47	20
Hilfsmittelversorgung	2,50	2,74	7,5
stationäre Pflege	0,00	0	0

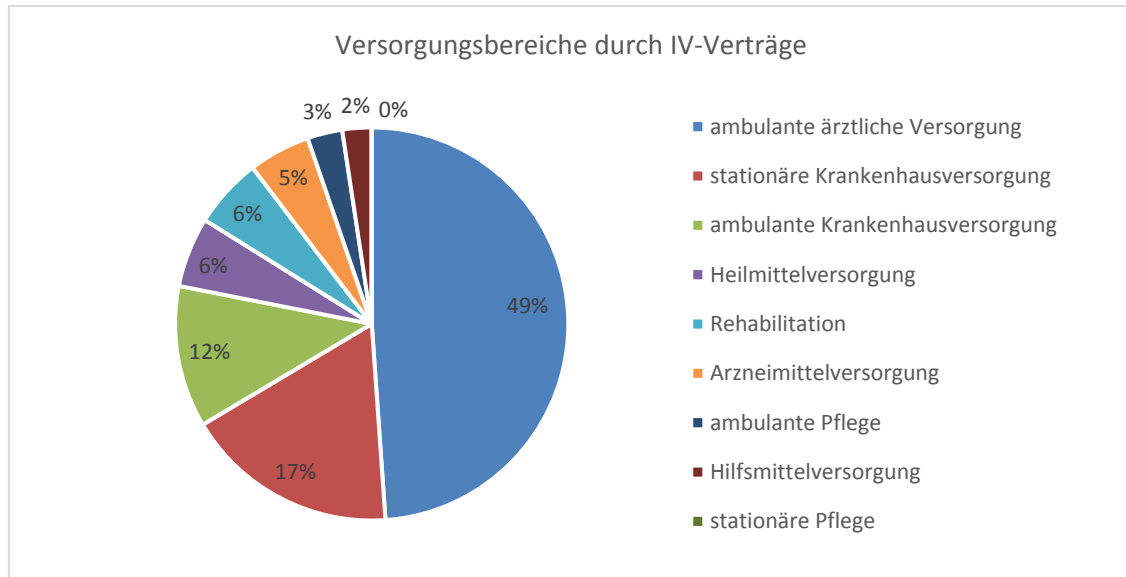


Abbildung 5: Versorgungsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden

90 Prozent der Befragten gaben an, auch Managementgesellschaften mit der Abwicklung von IV-Verträgen zu beauftragen. Im Mittel werden 55 Prozent der Verträge über Managementgesellschaften und 45 Prozent über die Krankenkasse selbst abgewickelt. Die Betrachtung der Daten auf Ebene der einzelnen Krankenkasse, lässt erkennen, dass sich die Krankenkassen auf eine der beiden Optionen zu konzentrieren scheinen. Entweder wird eine Abwicklung über Managementgesellschaften bevorzugt oder über die Krankenkasse selbst. Die meist angeführten Gründe für den Einbezug von Managementgesellschaften sind Kosteneinsparungen, Aufwandsreduktion, zu wenig eigene Kapazitäten für eine interne Abwicklung sowie die Nutzung des Know-hows von Managementgesellschaften.

Erwartungen an und Nutzen von Verträgen zur Integrierten Versorgung

Im Rahmen der Befragung wurden neben den allgemeinen Informationen und dem aktuellen Umgang der Krankenkasse mit dem Thema Versorgungsmanagement auch Fragen zu den Erwartungen an und dem Nutzen von Verträgen zur Integrierten Versorgung gestellt.

Die Ziele, die mit dem Abschluss von IV-Verträgen einhergehen, beziehen sich zunächst einmal auf versorgungsspezifische Aspekte. Für 90 Prozent der Krankenkassen gehen sowohl die Optimierung der Versorgungsqualität als auch die Schließung von Versorgungslücken mit einer hohen bis sehr hohen Bedeutung einher. Die Ziele der Realisierung von Kosteneinsparungen, des Angebots besonderer Leistungen und des Abschlusses von Verträgen aufgrund politischen Handlungsdrucks erhielten insgesamt eine mit-

telhohe Bedeutung. Dabei stuften vor allem die großen Kassen den politischen Handlungsdruck als hoch ein. Für die Hälfte der Krankenkassen haben außerdem noch die Erhöhung der Kundenzufriedenheit sowie die Abgrenzung zu anderen Krankenkassen eine sehr hohe Bedeutung.

Mit IV-Verträgen werden neben den versorgungsspezifischen jedoch auch kommunikationpolitische Ziele verfolgt: Diese beziehen sich vor allem auf Imagesteigerung, Neukundengewinnung, Kundenbindung und die Darstellung besonderer Leistungsangebote. Ein nachrangiges Ziel stellt der Versuch dar, mit IV-Verträgen den Bekanntheitsgrad zu steigern.

Einer der Hauptgründe, aus denen IV-Verträge beendet werden, ist der fehlende Nachweis über Einsparungen der Krankenkassen. Auch zu hohe Verwaltungsausgaben sowie zu hohe Leistungsausgaben nehmen eine entsprechende Bedeutung ein. Weiterhin wurden Gesetzesänderungen, die betroffene Verträge überflüssig machen, als Gründe genannt. Weniger bedeutsame Aspekte bei der Kündigung von IV-Verträgen nehmen sowohl die geringe Teilnahme seitens der Leistungserbringer oder Versicherten als auch der Wegfall der Relevanz eines bestimmten Indikationsbereichs (zum Beispiel durch Prävalenzverschiebungen) ein.

Ausblick auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Die Chancen, welche die befragten Krankenkassen durch das GKV-VSG sehen, zeigen keine klare Fokussierung, sondern bedienen vielmehr verschiedene Themenbereiche. So werden Chancen vor allem in Bezug auf die Möglichkeit der Integration weiterer Vertragspartner, wie zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie mehr Gestaltungsfreiheit auf inhaltlicher Ebene, aber auch durch neue Versorgungsformen, gesehen. Weiterhin denken die Krankenkassen, dass durch das neue Gesetz eine Senkung des Verwaltungsaufwandes, eine Reduktion des Prüfaufwandes sowie der Ausbau ambulanter Strukturen herbeigeführt werden können.

Risiken sehen die Krankenkassen insbesondere darin, dass durch das GKV-VSG eventuell eine Anpassung bestehender Verträge erfolgen muss oder Beanstandungen der Aufsichtsbehörden erst nach neuem Vertragsschluss erfolgen, da die Prüfungen ex ante entfallen. Diese Risiken wurden jeweils von zwei Dritteln der Befragten gesehen. Etwa die Hälfte der Krankenkassen geht außerdem davon aus, dass das neue Gesetz einen Anreiz zur Fehlsteuerung finanzieller Mittel bietet.

In einem weiteren Teil wurde die Bedeutung des Innovationsfonds für das eigene Unternehmen abgefragt. Sowohl das Innovationspotenzial als auch die Generierung von Wettbewerbsvorteilen und die finanzielle Förderung von Versorgungsprojekten erhalten eine

mäßige bis geringe Bewertung. Lediglich jeweils zwei Krankenkassen gaben an, dass sie hohes oder sehr hohes Potenzial im Bereich der finanziellen Förderung von neuartigen Versorgungsmodellen sehen. Ein entsprechendes Bild zeichnet sich auch bei der Frage ab, ob der Innovationsfonds als ein geeignetes Mittel zur Etablierung neuer oder optimierter Versorgungsmodelle gesehen wird. Fast die Hälfte der Befragten beantworteten diese Frage mit nein, wie Abbildung 7 verdeutlicht.

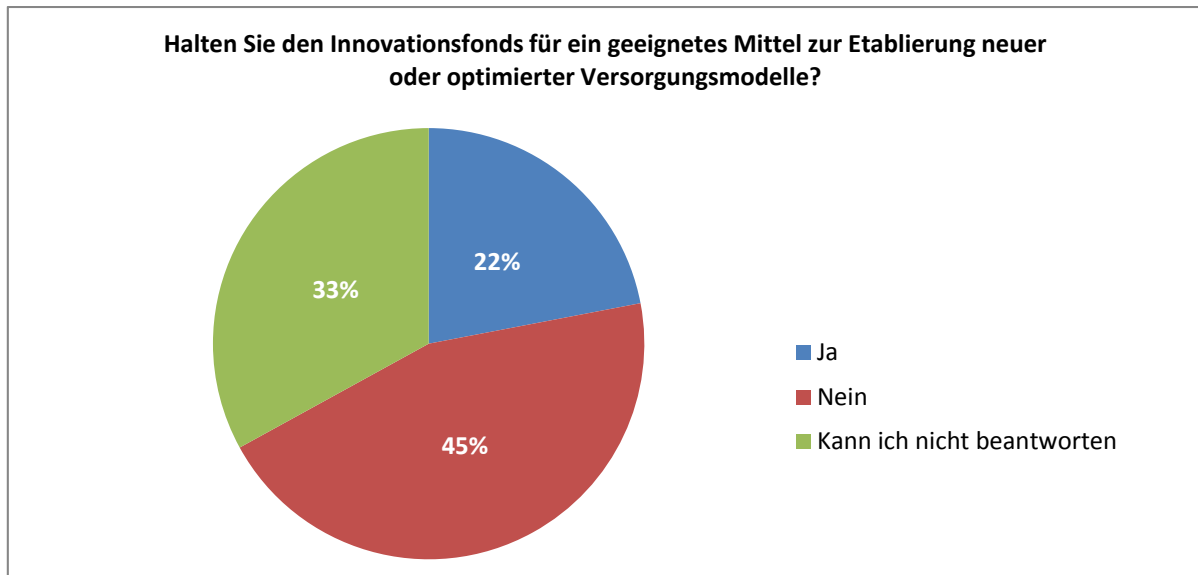


Abbildung 6: Bewertung der Eignung des Innovationsfonds zur Etablierung neuer oder optimierter Versorgungsmodelle

In Bezug auf die Frage, ob im Unternehmen bereits Ansätze oder Konzepte zur Umsetzung neuer Versorgungsmodelle im Rahmen des Innovationsfonds bestehen, stellt sich die Antwortlage wie folgt dar:

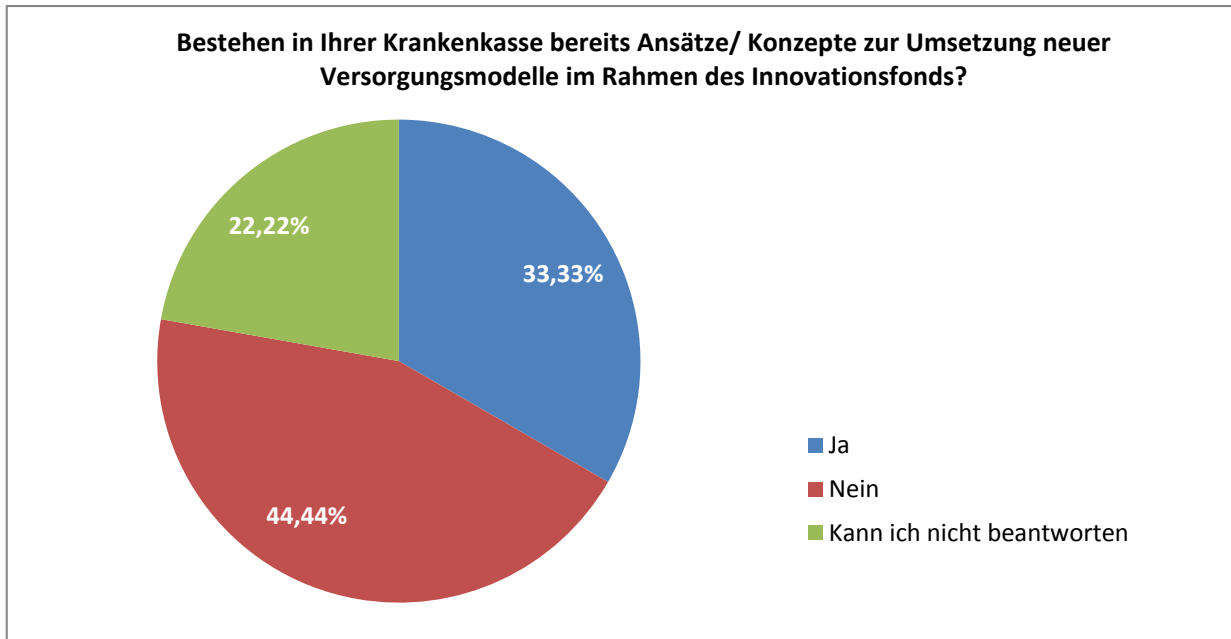


Abbildung 7: Vorhandensein von Ansätzen/ Konzepten zur Umsetzung neuer Versorgungsmodelle unter Nutzung des Innovationsfonds

Bei einem Drittel der Krankenkassen (drei Teilnehmern) liegen solche Konzepte bereits vor. Nach eigenen Angaben beziehen sich diese auf sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, e-Health-Programme zur Vernetzung und Versorgungsoptimierung sowie speziell auf die Förderkriterien zugeschnittene Ansätze. Vier Krankenkassen gaben an, dass noch keine Konzepte für die Förderung von Versorgungsmodellen durch den Innovationsfonds vorliegen und zwei Krankenkassen haben die Frage nicht beantwortet.

4. Interpretation der Ergebnisse

Aufgrund der geringen Teilnahme an der Untersuchung lassen sich nur eingeschränkt und mit aller Vorsicht Rückschlüsse auf das Versorgungsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen ziehen. Die getroffenen Aussagen lassen verschiedene Tendenzen erkennen.

Zu den Grunddaten der teilnehmenden Krankenkassen lässt sich zum einen konstatieren, dass die Rücklaufquote sehr gering ist. Nichtsdestotrotz stellt sich dadurch, dass sowohl kleinere als auch sehr große Krankenkassen an der Befragung teilgenommen haben, ein relativ ausgeglichenes Bild dar. Lediglich im Bestandsbereich von 500.001 bis 1.000.000 Versicherten nahm keine Krankenkasse an der Befragung teil. Somit können bei einzelnen Fragen Rückschlüsse und Tendenzen im Zusammenhang mit der Größe der teilnehmenden Krankenkasse gezogen werden. Im folgenden Kapitel sollen diese genauer untersucht werden.

Bei 90 Prozent der teilnehmenden Krankenkassen existiert ein Organisationsbereich, der sich speziell mit dem Thema Versorgungsmanagement befasst. Diese hohe Quote zeigt, dass sich die meisten Krankenkassen mittlerweile mit diesem Themengebiet auseinandersetzen und das Versorgungsmanagement auch organisatorisch verankert haben. Diese Interpretation muss jedoch im Zusammenhang mit der geringen Rücklaufquote und der Vermutung, dass an dieser Befragung eher diejenigen Krankenkassen teilgenommen haben, für die das Thema Versorgungsmanagement eine hohe Bedeutung einnimmt, gesehen werden.

Eine Krankenkasse gab an, keinen speziellen Organisationsbereich vorzuhalten. Hierbei handelt es sich jedoch um eine sehr kleine Krankenkasse mit weniger als 50.000 Mitgliedern, wobei sich vermuten lässt, dass hier die organisationalen Strukturen und Personalressourcen gegen die Aufstellung eines speziellen Bereichs sprechen. Diese These wird unterstützt durch die Tatsache, dass die Krankenkasse trotzdem Versorgungsmanagement durchführt, Mitarbeiter einsetzt und entsprechende Verträge abgeschlossen hat.

Die durchschnittliche Bestandsdauer des Organisationsbereichs Versorgungsmanagement variiert zwischen drei und sechs Jahren. Die Tatsache, dass die Hälfte der teilnehmenden Krankenkassen hier bis zu fünf Mitarbeiterkapazitäten vorhält, macht deutlich, dass die Bereiche noch relativ jung und weniger ausgeprägt als andere Leistungsbereiche gestaltet sind. Lediglich bei einer großen Krankenkasse mit mehr als zwei Millionen Mitgliedern besteht der Organisationsbereich schon seit etwa zehn Jahren mit entsprechend vielen Mitarbeiterkapazitäten (zwischen 21 und 30).

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Integrierte Versorgung gemessen an den Gesamtausgaben liegen über alle Krankenkassen hinweg zwischen 0,5 und 2 Prozent. Dabei lassen sich aufgrund der geringen Rücklaufquote keine aussagekräftigen Rückschlüsse auf den Zusammenhang mit der Unternehmensgröße schließen.

In Bezug auf die Kooperationspartner bei IV-Verträgen scheinen die Krankenkassen eine individuelle Strategie zu verfolgen. Hier wurden sehr heterogene Ergebnisse erzielt. Auffällig ist, dass die Krankenkassen schwerpunktmäßig entweder mit Verbänden oder einzelnen Leistungserbringern kooperieren. Im Hinblick auf die Basisdaten der Krankenkasse lassen sich hier jedoch keine signifikanten Zusammenhänge erkennen.

Auch im Hinblick auf die bedienten Indikationsbereiche lässt sich keine homogene Abbildung bestimmter Indikationen bei IV-Verträgen der Krankenkassen erkennen. Legt eine Krankenkasse ihren Fokus auf ambulantes Operieren, so steht bei der anderen zum Beispiel Endoprothetik höher in der Prioritätenliste. Es ist denkbar, dass die Auswahl der Indikationsbereiche, die durch IV-Verträge bedient werden, mit der individuellen Versicherten- und Morbiditätsstruktur der Krankenkasse einhergeht und so bestimmte Themenbereiche für eine Kasse relevanter sind als für andere. Allerdings kann diese These nicht im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht werden.

In Bezug auf die einbezogenen Versorgungsbereiche lassen sich Präferenzen für die ambulante ärztliche Versorgung sowie die stationäre Krankenhausversorgung erkennen. Auch die ambulante Krankenhausversorgung spielt eine Rolle. Kaum Gegenstand von IV-Verträgen sind die ambulante und stationäre Pflege. Gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel und die zunehmende Bedeutung der Pflegeversicherung könnte sich in Zukunft ein entsprechendes Handlungsfeld eröffnen.

Auf den ersten Blick scheint es eine etwa hälftige Abwicklung der Verträge über Managementgesellschaften sowie über die Krankenkasse selbst zu geben. Interessant ist hier jedoch, dass sich auf kassenindividueller Ebene wieder ein klarer Trend abzuzeichnen scheint: entweder erfolgt die Abwicklung schwerpunktmäßig über die eine oder über die andere Option. Dabei zeigt sich, dass vor allem kleinere Krankenkassen die Abwicklung über Managementgesellschaften bevorzugen zu scheinen. Vor dem Hintergrund der angeführten Vorteile dafür, wie vor allem Kosteneinsparungen, Aufwandsreduktion und Nutzung des Know-hows, scheinen Managementgesellschaften gerade für diese Krankenkassen eine gute Möglichkeit darzustellen, besondere Versorgungsformen trotz des vermeintlich hohen Aufwands und der Bindung von Personalkapazitäten anzubieten.

Bei den Zielen, die mit dem Abschluss von IV-Verträgen einhergehen, zeigt sich jedoch wieder ein homogenes Bild. Für den Großteil der Krankenkassen stehen versorgungsspezifische Aspekte im Vordergrund. Auffällig ist jedoch, dass vor allem große Krankenkassen den Handlungsdruck durch politische Vorgaben als hoch bewerten. Dieser

scheint bei kleineren Krankenkassen geringer zu sein. Interessant ist weiterhin, dass neben den versorgungsspezifischen Aspekten IV-Verträge auch dazu genutzt werden, sich im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen kommunikationspolitisch zu positionieren. Besondere Versorgungsformen werden von den Krankenkassen als geeignetes Mittel zur positiven Selbstdarstellung und Imagesteigerung, aber auch zur Kundengewinnung und -bindung angesehen.

Durch die Befragung lässt sich weiterhin eine Tendenz dahingehend erkennen, dass IV-Verträge vor allem dann gekündigt werden, wenn keine Einsparungen gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden können, oder die Leistungs- beziehungsweise Verwaltungsausgaben zu hoch sind. Die Tatsache, dass eine geringe Teilnehmerzahl seitens der Leistungserbringer oder Versicherten als weniger bedeutsam eingestuft wird, lässt die Schlussfolgerung zu, dass bei der strategischen Entscheidung über Fortführung oder Beendigung besonderer Versorgungsmodelle hauptsächlich finanzielle Aspekte relevant sind. Damit geht auch die Erkenntnis einher, dass über alle Krankenkassen hinweg Verträge existieren, in denen nur zwischen einem und zehn Versicherte eingeschrieben sind. Hier zeigt sich ein Gegensatz zur Zielsetzung der IV-Verträge, da die Krankenkassen angaben, dass die Optimierung der Versorgungsqualität als oberstes Ziel mit dem Abschluss einhergeht. Es lässt sich schlussfolgern, dass dieses Anliegen den Krankenkassen sehr wichtig ist, jedoch eine Einschränkung erfährt, wenn die Kosten zu hoch oder der Versorgungsvertrag unwirtschaftlich sind.

Die Antworten zum Themenblock über den Ausblick auf das neue Versorgungsstärkungsgesetz vermitteln den Eindruck, dass die Krankenkassen noch nicht genau wissen, was auf sie zukommen wird und die gesehenen Chancen und Risiken sehr von Krankenkasse zu Krankenkasse differenzieren. Eine klare Tendenz lässt sich hier nicht ableiten. Im Bereich der Chancen durch das neue Gesetz kann festgehalten werden, dass es aufgrund der geringen Antwortquote schwierig ist, Rückschlüsse auf die Bedeutung der einzelnen Ziele für die Krankenkassen nach ihrem Versichertenbestand zuzulassen. Die Antworten waren hier sehr heterogen. Interessant ist jedoch, dass im Bereich der Risiken vor allem nachträgliche Beanstandungen durch die Aufsicht befürchtet werden, wenn die Genehmigung vor Vertragsschluss entfällt und Verträge so nachträglich angepasst werden müssen. Die Validität der Aussagen ist hier aufgrund der geringen Teilnehmerzahl jedoch infrage zu stellen, da zum Teil auch widersprüchliche Ergebnisse erzielt wurden. Ein Beispiel ist, dass einzelne Krankenkassen als Chance auch eine Reduktion des Prüfaufwands sehen. Hier wären weitergehende Analysen sinnvoll.

Relativ aussagekräftige Ergebnisse konnten jedoch in Bezug auf die Bedeutung des Innovationsfonds für die Krankenkassen ermittelt werden. Spannend ist, dass die Krankenkassen die Bedeutung des Innovationsfonds als mäßig bis gering bewerten, obwohl er

ihnen laut Gesetzesentwurf zusätzliche finanzielle Mittel für besondere Versorgungsprogramme zur Verfügung stellen könnte. Hier lässt sich eine eher skeptische Einstellung konstatieren. Diese These wird dadurch unterstützt, dass die Krankenkassen mit der Einführung des Versorgungsstärkungsgesetzes bestimmte Risiken erwarten. Generell wird das Innovationspotenzial des neuen Fonds als gering bewertet. Lediglich zwei Krankenkassen gehen davon aus, dass er ein geeignetes Mittel zur Etablierung neuer oder optimierter Versorgungsmodelle darstellt. Immerhin drei Krankenkassen gaben explizit an, sich bereits Gedanken zu möglichen Konzepten gemacht zu haben, die sich zum Beispiel auf sektorenübergreifende Versorgungsmodelle oder e-Health-Programme beziehen.

5. Kritische Würdigung und Implikationen für die weitere Untersuchung

Nachdem im Rahmen dieser Untersuchung festgestellt wurde, dass das Versorgungsmanagement bei allen Krankenkassen eine thematische Rolle spielt und Verträge verschiedener Rechtsformen abgeschlossen wurden, beziehen sich die nachfolgenden Handlungsempfehlungen vor allem auf Aspekte mit Bezug auf das Versorgungsstärkungsgesetz.

Zurzeit ist noch unklar, wie sich die neue Gesetzeslage auf die Krankenkassen auswirken wird. Es stehen sich naturgemäß vielfältige Aspekte – sowohl im Bereich der Chancen als auch der Risiken – gegenüber.

Festzuhalten bleibt, dass die Krankenkassen durch die organisationale Eingliederung beziehungsweise die Bearbeitung des Themas „Versorgungsmanagement“ zumindest ansatzweise Know-how und Personalressourcen in diesem Bereich vorhalten. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, sich näher mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auseinanderzusetzen.

In Bezug auf die durch IV-Verträge bedienten Indikations- und Versorgungsbereiche fällt auf, dass einige Gebiete noch nicht oder nur in einem sehr geringen Umfang fokussiert werden. Als Beispiel sei der Pflegebereich genannt. Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung dieses Versorgungsgebietes wäre es zum Beispiel denkbar, hier neue Ansätze, auch im Rahmen des Innovationsfonds, zu erproben.

Generell könnte das Versorgungsstärkungsgesetz, wenn es erfolgreich umgesetzt, von den betroffenen Akteuren akzeptiert und hinsichtlich seiner Chancen genutzt werden, einen Beitrag zum Ausbau der Integrierten Versorgung leisten. Als hemmend sollten jedoch die Risiken betrachtet werden, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz einhergehen. Zwar sehen die Krankenkassen die Reduktion des Prüfungs- und Verwaltungsaufwands durch den späteren Nachweis der Wirtschaftlichkeit sowie den Wegfall der Prüfung ex ante durch die jeweilige Aufsicht als Chance des neuen Gesetzes. Gleichzeitig bewerten 70% der Krankenkassen das Risiko durch nachträgliche Beanstandungen der Verträge als hoch an. So bleibt abzuwarten, inwiefern diese Aspekte vor dem Hintergrund möglicher, hoher Vertragsstrafen dazu beitragen, neue Versorgungsmodelle zu erproben.

Die aktuelle Datenlage in Bezug auf Informationen über den Umgang mit neuen Versorgungsmodellen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen lässt nur wenige Schlüsse über den tatsächlichen Stand zu. Eventuell wäre es zum einen hinsichtlich der Transparenz sinnvoll, wieder eine gemeinsame Registrierungsstelle für neue Versorgungsformen einzuführen. Zum anderen könnte eine klarere Datenlage eventuell auch für mehr Anreize zur Nutzung solcher Vertragsformen bieten.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Seit dem Jahr 1993 bestehen in Deutschland Ansätze, die Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund sektoraler Barrieren im Rahmen von besonderen Versorgungsmodellen besonders effizient auszugestalten. Eine wichtige Handlungsoption stellt hierbei die IV dar, welche als „verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende“⁵² Versorgung verstanden wird. Die IV ermöglicht es den Krankenkassen, mit verschiedenen Leistungserbringern Selektivverträge abzuschließen.

Über die Jahre hinweg ist die Bedeutung der IV bei zunehmendem Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen gestiegen. Damit einher gingen auch ständige Gesetzesanpassungen, um die jeweiligen Rahmenbedingungen für die verschiedenen Akteure festzusetzen. Den letzten Meilenstein in dieser Entwicklung stellte im Juni 2015 die Verabschiedung des Versorgungsstärkungsgesetzes dar. Dieses schafft neue Möglichkeiten zur Ausgestaltung und hat einen Innovationsfonds zur Förderung neuer Projekte eingeführt.

Mit dem Abschluss von IV-Verträgen gehen für alle beteiligten Akteure attraktive Chancen, aber auch Problembereiche einher. Die Problembereiche der IV wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit mithilfe der Transaktionskostentheorie und der Principal-Agent-Theorie verdeutlicht. Dabei wurde herausgearbeitet, dass mit dem Abschluss von IV-Verträgen zahlreiche transaktionskostenrelevante Herausforderungen, vor allem bedingt durch den hohen Individualitätsgrad der Verträge, einhergehen. So werden die Krankenkassen mit hohen Anfangsinvestitionen im Bereich der Vertragskonzeption und -verhandlung konfrontiert. Nach Vertragsschluss stellt im Bereich der Leistungserbringung die schwer kalkulierbare Leistungsentwicklung eine weitere Unsicherheit dar. Zudem bestehen Aufwände im Bereich der Leistungsabrechnung und Leistungskontrolle. Davon abgesehen stellen die Budgetbereinigung und die Pflicht zur Vorlage von IV-Vorhaben bei der zuständigen Aufsichtsbehörde weitere Herausforderungen dar.

Unter Berücksichtigung der Transaktionskostentheorie wurde für die weitere Ausarbeitung konstatiert, dass beim Vertragsschluss der IV opportunistisches Verhalten zugrunde liegt. Zwar kann man davon ausgehen, dass die Vertragspartner auch gemeinsame Ziele, wie zum Beispiel die Erhöhung der Versorgungsqualität verfolgen. Nichtsdestotrotz werden die Krankenkassen eher ein Interesse an der Reduktion oder sogar Einsparung von Leistungsausgaben verfolgen, wohingegen die Leistungserbringer durch die IV eine höhere Vergütung für ihre Leistungen realisieren wollen.

⁵² SGB V, § 140a.

Durch die Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die IV wurde ferner herausgearbeitet, dass zwischen den Vertragspartnern Informationsasymmetrien bestehen, die nach Vertragsschluss zum sogenannten moral-hazard-Verhalten führen.

Beide Theorien besagen, dass geeignete Maßnahmen zu einer Reduktion der Unsicherheiten führen, sodass für alle Beteiligten ein höherer Nutzen beziehungsweise ein effizienteres Vertragsverhältnis in der IV generiert wird.

Der weitere Fokus der Arbeit konzentrierte sich dementsprechend darauf, zunächst die konkreten Ziele, welche Krankenkassen durch den Abschluss von IV-Verträgen verfolgen in Verbindung mit dem generierten Nutzen zu untersuchen. In einer später noch folgenden Untersuchung sollen dann mögliche Maßnahmen identifiziert werden.

Die Untersuchung des aktuellen Forschungsstandes zur Integrierten Versorgung, insbesondere den Zielen, Chancen und Problembereichen, zeigt, dass bereits seit dem Jahr 2004 verschiedene Untersuchungen durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht wurden. Dies verdeutlicht die zentrale Bedeutung der Integrierten Versorgung für das deutsche Gesundheitswesen. Die Untersuchungen haben sich unter anderem mit dem Status quo der IV beschäftigt und haben damit Erkenntnisse zur Bedeutung und Entwicklung der IV-Verträge geliefert. Allerdings sind bisher keine aktuellen Daten bekannt, aus denen die Kosten-Nutzen-Relation der IV für gesetzliche Krankenkassen wie auch für Leistungserbringer deutlich hervorgeht. Zusätzlich sind die Zielsetzungen, die mit dem Abschluss von IV-Verträgen verfolgt werden, derzeit noch unklar.

Zur Abbildung der Ziele und des Nutzens der IV, wurde eine Online-Befragung konzipiert, zu der 117 gesetzliche Krankenkassen eingeladen wurden. Aufgrund einer geringen Rücklaufquote von 7 Prozent kann jedoch der aktuelle Stand des Versorgungsmanagements in Deutschland nicht grundlegend durch die Studienergebnisse abgebildet werden. Es können lediglich Tendenzen aufgezeigt werden.

Die Befragung machte deutlich, dass Verträge zur Integrierten Versorgung im Wettbewerb genutzt werden, um sich versorgungsspezifisch und kommunikationspolitisch von anderen Kassen abzugrenzen. IV-Verträge werden laut der Teilnehmer der Befragung zur positiven Beeinflussung des Images und Selbstdarstellung verwendet - sie stellen also ein Mittel zur Kundengewinnung und Kundenbindung dar.

Es ist schwer abzusehen, welche Chancen durch das zweite Versorgungsstärkungsgesetz für gesetzliche Krankenkassen entstehen und inwiefern dies Auswirkungen auf das Versorgungsmanagement hat. Die Krankenkassen erwarten Risiken anstelle von Chancen. Dadurch stehen die Teilnehmer an der Befragung dem neuen Gesetz eher skeptisch gegenüber und haben im Rahmen des Innovationsfonds bisher nur begrenzt neue Kon-

zepte geplant. Abzuwarten bleibt, inwiefern die Krankenkassen die Möglichkeiten des Innovationsfonds nutzen werden und ob das neue Gesetz förderlich oder eher hemmend in Bezug auf den Ausbau neuer Versorgungsmodelle wirkt.

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl der gesetzlichen Krankenkassen an der Befragung empfiehlt es sich eine weitere qualitative Untersuchung vorzunehmen. Hierdurch ließen sich belastbarere und vor allem tiefergehende Erkenntnisse zu den Zielsetzungen, Erwartungen und dem Nutzen von IV-Verträgen hervorbringen. Ergänzend hierzu, sollte neben der weitergehenden Untersuchung bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Untersuchung der Zielsetzungen und Erwartungen der Leistungserbringer an die Integrierte Versorgung durchgeführt werden.

Zusätzliche Untersuchungen bei Krankenkassen und Leistungserbringern erscheinen notwendig, um die Integrierte Versorgung insgesamt unter Berücksichtigung der Nutzenmaximierung und Zielerreichung zu optimieren. Nach Abschluss aller Untersuchungen und der Erkenntniserlangung zu Zielen, Erwartungen und Nutzen der Vertragspartner der IV (Kostenträger und Leistungserbringer), könnten Maßnahmen abgeleitet werden, die auf die Optimierung der Integrierten Versorgung insgesamt und im Besonderen auf die Reduzierung von Transaktions- und Agency-Kosten wirken. Die Ergreifung derartiger Maßnahmen könnten schließlich seitens der Vertragspartner Vorteile im Wettbewerb um den Abschluss von IV Verträgen schaffen.

Quellenverzeichnis

Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.) (2005):

Integrierte Versorgung: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus, Düsseldorf 2005.

Amelung, V.E. et al. (Hrsg.) (2008):

Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, 2. Auflage, Berlin 2008.

Amelung, V.E./ Lägel, R. (2008):

Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch, in: Amelung, V.E. et al. (Hrsg.), Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, 2. Auflage, Berlin 2008, S. 35-75.

Busse, R./ Schreyögg, R./ Stargardt, T. (Hrsg.) (2013):

Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2015):

Pressemitteilung Nr. 20 vom 11. Juni 2015, Berlin 2015.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (2011):

Integrierte Versorgung – mehr als die Summe aller Teile! Handlungsempfehlung des Paritätischen für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Berlin 2011.

Ebers, M./ Gotsch, W. (2006):

Institutionenökonomische Theorien der Organisation, in: Kieser, A./ Ebers, M. (Hrsg.), Organisationstheorien, 6. Auflage, Stuttgart 2006, S. 247-308.

Gersch, M. et al. (2010):

Monitoring-IV. Ergebnisse einer Vollerhebung zu den besonderen Versorgungsformen bei Gesetzlichen Krankenkassen, 2010.

Gersch, M. et al. (2012):

Monitoring-IV. Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum in Sicht?, 2012.

Grothaus, F.-J. (2009):

Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung – Bericht der gemeinsamen Registrierungsstelle, 2009.

Halin, A. (1995):

Vertikale Innovationskooperation: Eine transaktionskostentheoretische Analyse, Frankfurt 1995.

Hochhold, S./ Rudolph, B. (2009):

Principal-Agent-Theorie, in: Schwaiger, M./ Meyer, A. (Hrsg.), Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende, München 2009, S. 131-145.

IGES Institut (2014):

Monitoring Integrierte Versorgung – Rahmenbedingungen der IV verbessern, Berlin 2014.

Kieser, A./ Ebers, M. (Hrsg.) (2006):

Organisationstheorien, 6. Auflage, Stuttgart 2006.

Mittendorf, T./ Schmidt, F. (2006):

Integrierte Versorgung in Deutschland – ein empirisches Schlaglicht, Hannover 2006.

Mühlbacher, A. et al. (2006):

Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Untersuchung, Berlin 2006.

Schreyögg, J./ Weinbrenner, S./ Busse, R. (2013):

Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R./ Schreyögg, R./ Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013, S. 106-127.

Schwaiger, M./ Meyer, A. (Hrsg.) (2009):

Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende, München 2009.

Stuppardt, R. (2013):

Gibt es erste empirische Evidenz für den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten?, 2013.

SVR (2009):

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, 2009.

SVR (2012):

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012, 2012.

Wagner, K./ Braun-Grüneberg, S. (2007):

Integrierte Versorgung – Ausschöpfung von Optimierungspotenzialen im Gesundheitssektor, München 2007.

Wagner, K./ Lenz, I. (2007):

Erfolgreiche Wege in die integrierte Versorgung, Stuttgart 2007.

Wiegandt, P. (2009):

Die Transaktionskostentheorie, in: Schwaiger, M./ Meyer, A. (Hrsg.), Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende, München 2009, S. 115-130.

Williamson, O. (1975):

Market and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications, New York 1975.

Williamson, O. (1985):

The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting, New York 1985.