

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XIX
Abbildungsverzeichnis	XXV
Tabellenverzeichnis	XXVII
1 Einleitung	1
1.1 Einführung	1
1.2 Forschungsfrage und Gang der Arbeit	9
2 Innovative Versorgungsformen und Risikoteilung	11
2.1 Grundlagen innovativer Versorgungsformen	12
2.1.1 Zum Begriff innovative Versorgungsform	12
2.1.1.1 Grundlagen	12
2.1.1.2 Kategorien der Integration	18
2.1.2 Innovative Versorgungsformen und Managed Care	25
2.1.3 Theoretische Ansätze zur Beschreibung von Managed Care und innovativen Versorgungsformen	30
2.1.3.1 Erklärungsbeitrag der Transaktionskostentheorie	30
2.1.3.2 Erklärungsbeitrag der Prinzipal-Agent-Theorie	39
2.1.4 Die Bedeutung von Selektivverträgen für Managed Care und innovative Versorgungsformen	44
2.2 Organisationsformen des Managed Care in den USA	47
2.2.1 Rahmendaten und die großen Leistungsfinanzierer des Gesundheitssystems der USA	47
2.2.2 Versicherungsorientierte Handlungsformen	50
2.2.3 Anbieterorientierte Handlungsformen	54
2.2.4 Fazit und Vergleich mit innovativen Versorgungsformen in Deutschland	60
2.3 Sozialrechtliche Handlungsformen für innovative Versorgungsformen in Deutschland	61
2.3.1 Modellvorhaben nach §§ 63 bis 65 SGB V	61
2.3.2 Strukturverträge nach § 73a SGB V	62
2.3.3 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	63

2.3.4	Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V	66
2.3.5	Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V	67
2.3.6	Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V	70
2.3.7	Praxisnetze mit eigenem Budget nach § 87b SGB V	75
2.4	Beteiligung innovativer Versorgungsformen am Versicherungsrisiko	80
2.4.1	Zur Abgrenzung von Vergütung und Finanzierung	80
2.4.2	Risikoteilung und verschiedene Vergütungsformen	82
2.4.2.1	Einzelleistungsvergütung	82
2.4.2.2	Fallpauschalen	82
2.4.2.3	Komplex-Fallpauschalen	83
2.4.2.4	Kopfpauschalen	83
2.4.2.5	Budgets	85
2.4.2.6	Ergebnis- bzw. erfolgsorientierte Vergütung	86
2.4.2.7	Gewinnausschüttung	88
2.4.3	Fazit zum Zusammenhang von Vergütung und Versicherungsfunktion innovativer Versorgungsformen	89
3	Risikoselektion, ihre Vermeidung durch einen RSA bzw. eine risikoadjustierte Vergütung und Konsequenzen für das Management einer Versicherung	91
3.1	Grundlagen der Versicherungstheorie für Krankenkassen und innovative Versorgungsformen	92
3.1.1	Gemeinsamkeiten der Risikoteilung im RSA und der Risikoadjustierung pauschaler Vergütungsformen	93
3.1.2	Der effiziente Versicherungsvertrag bei vollkommenem Wettbewerb	97
3.1.3	Risikoteilung im Kollektiv	106
3.1.4	Fazit und Ausblick	108
3.2	Notwendigkeit und Funktion eines Risikostrukturausgleichs bzw. einer risikoadjustierten Vergütung	108
3.2.1	Einführung in die Problematik der Risikoselektion	109
3.2.2	Vermeidung direkter Risikoselektion	112
3.2.3	Vermeidung indirekter Risikoselektion	115
3.2.3.1	Vermeidung indirekter Risikoselektion über den Leistungsumfang bei vollkommenen Signalen	116
3.2.3.2	Vermeidung indirekter Risikoselektion über den Leistungsumfang bei unvollkommenen Signalen	125
3.2.3.3	Vermeidung indirekter Risikoselektion über die Leistungsstruktur	130
3.2.4	Weitere Argumente für einen Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen	136

3.2.5 Zusammenfassung und Fazit	137
3.3 Grundsätzliche Gestaltungsoptionen für einen RSA bzw. eine risikoadjustierte Vergütung innovativer Versorgungsformen	139
3.3.1 Istkosten-Ansatz vs. Sollkosten-Ansatz	140
3.3.2 Prospektive vs. retrospektive Gestaltung	141
3.3.3 Interner vs. externer RSA über einen Fonds	144
3.3.4 Regressionsansatz vs. Zellansatz	146
3.3.5 Fazit und Ausblick	153
3.4 Einzelwirtschaftliche Perspektive: Die kundenbezogene Deckungsbeitragsrechnung im Management einer Versicherung	154
3.4.1 Begriff und Managementkontext der Kundendeckungsbeitragsrechnung	155
3.4.2 Formen der Kundendeckungsbeitragsrechnung	158
3.4.3 Weiterentwicklung zum Kundendeckungspotenzial und Customer Lifetime Value	163
3.5 Rückblick und Ausblick	165
4 Auswirkungen des Morbi-RSA auf die Krankenkassen und innovative Versorgungsformen als deren Partner	168
4.1 Die konkrete Gestaltung des Morbi-RSA	169
4.1.1 Entwicklung des RSA bis zu seiner direkten Morbiditätsorientierung . .	169
4.1.2 Auswahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten	173
4.1.2.1 Rechtliche Vorgaben und Datengrundlage	174
4.1.2.2 Krankheitsbegriff des BVA	178
4.1.2.3 Operationalisierung der gesetzlich vorgegebenen Auswahlkriterien	183
4.1.2.4 Kritik und Auswirkungen der Umsetzung durch das Bundesversicherungsaamt	192
4.1.2.5 Änderungen der Krankheitsauswahl in den Jahren 2010 und 2011	199
4.1.2.6 Fazit und Ausblick	202
4.1.3 Die Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells	203
4.1.3.1 Rechtsgrundlagen	203
4.1.3.2 Auswahl des Klassifikationsmodells	204
4.1.3.3 Anpassung an die Gegebenheiten der GKV	210
4.1.3.4 Zuordnung der Versicherten	213
4.1.4 Berechnung und Festlegung der morbiditätsadjustierten Zuweisungen .	217
4.1.4.1 Das Regressionsverfahren zur Bestimmung der Kostengewichte	217
4.1.4.2 Berechnung der Zuweisungen	222

4.1.5 Änderungen der Versichertenklassifikation und des Berechnungsverfahrens in den Jahren 2009 bis 2011	225
4.2 Bewertung der Gestaltung und unmittelbaren Wirkung des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat	234
4.2.1 Deckungsbeiträge bzw. Deckungsrelationen als Gütemaß für den RSA	234
4.2.2 Ergebnisse der Evaluation des Morbi-RSA	236
4.2.3 Empfohlene Reformen und zurückgewiesene Vorschläge	245
4.3 Auswirkungen des Morbi-RSA auf das Management und insbesondere die Deckungsbeitragsrechnung einer Krankenkasse bzw. innovativen Versorgungsform	253
4.3.1 Die Deckungsbeitragsrechnung im Kontext eines ganzheitlichen Krankenkassen-Controllings	254
4.3.2 Spezifische Aufgaben und Funktionen der Deckungsbeitragsrechnung einer Krankenkasse	256
4.3.3 Steuerungsansätze auf Basis einer versichertenbezogenen Deckungsbeitragsrechnung	259
4.3.4 Spezifische Auswirkungen auf die Deckungsbeitragsrechnung in der integrierten Versorgung	263
4.3.5 Negative Anreize des Morbi-RSA für das Versorgungsmanagement	266
4.4 Auswirkungen auf die Bereitschaft der Krankenkassen zu einem Engagement in innovativen Versorgungsformen in unversorgten Regionen	268
4.5 Zusammenfassung der Bedeutung für innovative Versorgungsformen	272
5 Auswirkungen von Reformen im Kontext des Morbi-RSA auf die Krankenkassen und innovative Versorgungsformen als deren Partner	285
5.1 Auswirkungen des Gesundheitsfonds und der Zusatzbeiträge auf die Bereitschaft der Krankenkassen zur Investition in innovative Versorgungsformen	286
5.1.1 Einnahmen des Gesundheitsfonds	287
5.1.2 Einnahmenverwendung des Gesundheitsfonds	289
5.1.3 Gestaltung und Auswirkungen kassenindividueller Zusatzbeiträge	295
5.1.4 Der Gesundheitsfonds als politischer Kompromiss	299
5.1.5 Zusammenfassung, wettbewerbspolitische Bewertung und Bedeutung für innovative Versorgungsformen	301
5.2 Auswirkungen des Wegfalls der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung	305
5.3 Wirkungen der neuen Finanzierungsmöglichkeiten für Ärztenetze nach § 87b SGB V	308

5.4	Die Problematik der Budgetbereinigung als Hindernis für innovative Versorgungsformen	310
5.4.1	Grundzüge der Vergütung der niedergelassenen Vertragsärzte	312
5.4.1.1	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)	312
5.4.1.2	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	319
5.4.1.3	Honorarverteilung durch die KVen	319
5.4.2	Grundsätze der Budgetbereinigung und Auswirkungen des GKV-VStG	320
5.4.3	Aktuell gültige Verfahren zur Bereinigung	323
5.4.4	Kritik am Bereinigungsverfahren und Verbesserungsbedarf	326
5.4.5	Zusammenfassung und Fazit zu den Auswirkungen der Budgetbereinigung auf innovative Versorgungsformen	329
6	Die Wirkung des Morbi-RSA auf die Qualitäts- und Kostensteuerung innovativer Versorgungsformen	331
6.1	Instrumente der Qualitäts- und Kostensteuerung innovativer Versorgungsformen und Ansatzpunkte für eine Nutzung des Morbi-RSA	331
6.1.1	Gatekeeping	332
6.1.2	Guidelines und klinische Behandlungspfade	336
6.1.3	Positivlisten	340
6.1.4	Utilization Review und Utilization Management	342
6.1.5	Disease Management	345
6.1.6	Case Management	351
6.1.7	Demand Management	354
6.1.8	Patientencoaching	355
6.1.9	Qualitätsmanagement	358
6.1.10	Zusammenfassung der identifizierten Anknüpfungspunkte für eine Nutzung des Morbi-RSA	364
6.2	Vertiefung der identifizierten Möglichkeiten zur Nutzung des Morbi-RSA	367
6.2.1	Möglichkeiten zur Nutzung des Morbi-RSA im Predictive Modeling innovativer Versorgungsformen	367
6.2.2	Möglichkeiten zur Nutzung des Morbi-RSA bei der Evaluation innovativer Versorgungsformen	373
6.3	Rückblick	382
7	Die Wirkung des Morbi-RSA auf die Vergütung innovativer Versorgungsformen	384
7.1	Die Rolle des Morbi-RSA bei der Vergütung einer indikationsbezogenen integrierten Versorgung	384

7.2 Die Rolle des Morbi-RSA bei der Vergütung regionaler integrierter Vollversorgungsmodelle	387
7.2.1 Beispiele zur regionalen integrierten Vollversorgung mit Budgetverantwortung	387
7.2.1.1 Gesundes Kinzigtal	388
7.2.1.2 Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)	393
7.2.1.3 Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE)	396
7.2.1.4 Die Prosper Netze der Knappschaft	400
7.2.2 Grundmodell zur Vergütung durch ein virtuelles Budget	407
7.2.3 Wirkungen des Morbi-RSA aufgrund dessen Nutzung zur Risikoadjus-	
tierung der Vergütung	416
8 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung innovativer Versorgungsformen aufgrund von Impulsen aus den USA	423
8.1 Struktur und Finanzierung von Medicare	424
8.2 Die Vergütung von ACOs und Parallelen zu Einsparverträgen mit virtuellem Budget in Deutschland	426
8.2.1 ACOs - Ziele und rechtliche Anforderungen	426
8.2.2 Vergütungsmodell der ACOs	428
8.2.3 Qualitätsmessung	431
8.2.4 Gründungsförderung	436
8.2.5 Fazit und Impulse für innovative Versorgungsformen in Deutschland .	436
8.3 Die Vergütung von Health Plans im Medicare Part C und Parallelen zu einer Vergütung durch Kopfpauschalen in Deutschland	439
8.3.1 Vergütungsmodell managed care-orientierter Health Plans	439
8.3.2 Qualitätsmessung	444
8.3.3 Zusammenfassung und Impulse für innovative Versorgungsformen in Deutschland	447
8.4 Perspektiven für die Vergütung regionaler integrierter Vollversorgungsmodelle .	449
8.4.1 Reale Budgetverantwortung für regionale Vollversorgungssysteme .	449
8.4.1.1 Grundlagen und Finanzströme	450
8.4.1.2 Vorteile, Probleme und Lösungsmöglichkeiten	451
8.4.2 Reale Budgetverantwortung bei direkter Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds	453
8.4.2.1 Grundlagen und Finanzströme	453
8.4.2.2 Vorteile einer direkten Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds	455
8.4.2.3 Probleme und Lösungsansätze	456
9 Schluss	461

Rechtsquellen	465
Literatur	469