

# Inhaltsverzeichnis

<b>Teil 1 Einführung</b> .....	<b>1</b>
<b>Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge</b> .....	<b>3</b>
<i>Günther E. Braun, André Schumann, Jan Güssow</i>	
1 Hintergrund – 3	
2 Charakteristik innovativer Versorgungsformen – 3	
3 Organisation innovativer Versorgungsformen – 6	
4 Finanzierungs- und Vergütungsformen innovativer Versorgungsformen – 8	
4.1 Ausgewählte Finanzierungsformen innovativer Versorgungsstrukturen – 9	
4.2 'Ausgewählte Vergütungsformen innovativer Versorgungsstrukturen – 11	
5 Business-Plan als Teil eines Gründungsmanagements innovativer Versorgungsformen – 14	
6 Überblick zu den Beiträgen des Buches – 15	
7 Literatur – 19	
<b>Finanzierung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen – ein Überblick aus der Sicht eines Finanzdienstleisters</b> .....	<b>21</b>
<i>Carsten Burchartz</i>	
1 Zukünftige Entwicklungslinien des Gesundheitswesens – 21	
2 Kooperationsmodelle ambulanter Versorgung – Grundüberlegungen für räumliche Konzentrationen – 22	
3 Kooperationsmöglichkeiten an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor – 24	
4 Finanzierungsaspekte innovativer medizinischer Versorgungsmodelle – 25	
4.1 Bedeutung des Business-Plans – 25	
4.2 Klassische Kreditfinanzierung – 26	
4.2.1 Auswirkungen von Basel II auf die Kreditfinanzierung innovativer Versorgungsformen – 26	
4.2.2 Formen und Charakteristika der Kreditfinanzierung – 27	
4.2.3 Sicherheiten der Kreditfinanzierung – 30	
4.2.4 Der syndizierte Kredit – 30	
4.3 Moderne Finanzierungsformen – 31	
4.3.1 Factoring – 31	
4.3.2 Leasing – 32	
4.3.3 Projektfinanzierung – 33	
4.3.4 Public Private Partnership – 33	
4.3.5 Private Equity – 35	
4.3.6 Mezzanine-Kapital – 35	

- 4.3.7 Immobilienfonds – 35
- 4.3.8 REITs (Real Estate Investment Trust) – 35

5 Fazit – 36

**Teil 2 Finanzierung und Vergütung Integrierter Versorgungsformen –  
überwiegend aus Sicht der Leistungserbringer ..... 37**

**Finanzierung und Vergütung aus Sicht der Ärztegenossenschaft Qualität und Effizienz –  
QuE Nürnberg ..... 39**

*Veit Wambach, Jörg Lindenthal*

- 1 Einführung – 39
- 2 Kurzbeschreibung des Versorgungsnetzes Qualität und Effizienz – QuE – 40
- 3 Budgetverantwortung – Rahmen für ein effizientes Anreizsystem – 41
  - 3.1 Budgetverantwortung im QuE – 41
  - 3.2 Kritik an der Übernahme von Budgetverantwortung – 42
  - 3.3 Notwendigkeit ergänzender Begleitstrukturen – 42
    - 3.3.1 Professionelle QM-Strukturen – 42
    - 3.3.2 Koordinationsarzt als Case Manager – 43
    - 3.3.3 Abgestimmte Pharmakotherapie – 43
    - 3.3.4 Controlling der medizinischen und ökonomischen Leistungsprozesse – 44
- 4 Interne Vergütungsmechanismen im Versorgungsnetz QuE – 44
  - 4.1 Die Festlegung der Vergütungselemente – 45
  - 4.2 Pay for Performance im Netzwerk – 45
    - 4.2.1 Schritt 1: Festlegung einzelner Zielkategorien – 45
    - 4.2.2 Schritt 2: Festlegung von Indikatoren je Zielrubrik – 45
    - 4.2.3 Schritt 3: Festlegung von Zielwerten und Zielkorridoren – 46
    - 4.2.4 Schritt 4: Punktbewertung und Verteilung – 46
  - 4.3 Effizienzkriterien im Modell QuE – 46
- 5 Schluss – 47
- 6 Literatur – 48

**Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht einer  
Managementgesellschaft – das Beispiel Gesundes Kinzigtal ..... 49**

*Helmut Hildebrandt, Christoph Bischoff-Everding, Peter Saade, Jörg Cortekar,  
Alexander Pimperl, Gisela Daul*

- 1 Idee und Struktur Integrierter Versorgung – 49
- 2 Investition und Finanzierung – 50
  - 2.1 Finanzierungsvarianten in der Integrierten Versorgung – 50
  - 2.2 Finanzierungsmodell Gesundes Kinzigtal GmbH – 51
- 3 Risikoadjustiertes Morbiditätsmanagement – 54
  - 3.1 Predictive Modeling – 55
  - 3.2 Evaluation – 56
  - 3.3 Programme – 57
- 4 Vergütung der Leistungspartner – 58
  - 4.1 Vergütungsansätze in der Integrierten Versorgung – 59
  - 4.2 Vergütungsansätze im Kinzigtal – 59

5	Schlussbetrachtung und erste Ergebnisse – 62
6	Literatur – 63

<b>Finanzierung und Vergütung aus Sicht eines Modells der populationsbezogenen regionalen Vollversorgung – am Beispiel des Unternehmens Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH &amp; Co KG (UGOM) .....</b>	<b>65</b>
--	-----------

*Thomas Maximilian Bahr*

1	Einführung – Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen – 65
2	Der Weg zu einer realen Budgetübernahme – 65
2.1	Das Modell des Unternehmens Oberpfalz Mitte GmbH & Co KG – 66
2.2	Die Entwicklung von Integrationsverträgen als Katalysator des unternehmerischen Wachstums – 67
2.3	Praxisbeispiel: Der „Einsparpotenzial-Vertrag“ – Bonus für mehr Wirtschaftlichkeit – 69
2.3.1	Der Netzerfolg in der horizontalen und vertikalen Bemessung – 70
2.3.2	Zwischenfazit – 71
3	Finanzierung und Vergütung als strategisches Must-Win Battle – 71
4	Schlussbetrachtung und Ausblick – 72
5	Literatur – 72

<b>Prosper-Modelle der Knappschaft – Strukturen, Finanzierungsaspekte und Prozessmanagement in der Integrierten Versorgung der Knappschaft Bahn See .....</b>	<b>75</b>
---	-----------

*Georg Greve, Hans Adolf Müller, Stefan Hörter*

1	Prosper – Integrierte Versorgung im knappschaftlichen Verbundsystem – 75
1.1	Strukturmerkmale der Knappschaft: Das Verbundsystem – 76
1.2	Prosper – Gesund im Verbund: Vision, Konzeption, Entwicklungsgeschichte – 77
2	Finanzierungs- und Vergütungsaspekte – 79
2.1	Erfolgsmessung als Grundlage – 79
2.2	Erfolge und Erfolgsbeteiligung – 82
3	Ausblick: Morbi-RSA, Integrierte Vergütung und Prozessmanagement – 85
3.1	Morbi-RSA und Integrierte Versorgung – 85
3.2	Prozessmanagement und Controlling als Kernkompetenzen erfolgreicher Budgetsteuerung – 87
4	Fazit – 90
5	Literatur – 90

<b>Geschäftsmodell einer Integrierten Versorgung der zweiten Generation am Beispiel von Primama .....</b>	<b>93</b>
---	-----------

*Bastian Steinberg, Joachim Schrecker*

1	Einleitung – 93
2	Entwicklung – 94
3	Umsetzung – 96
4	Probleme und Chancen bei der Umsetzung von Primama – 97
4.1	Probleme bei der Umsetzung – 97
4.2	Chancen für die Beteiligten: Gründe für die Teilnahme an Primama – 98
5	Ausblicke – 98

<b>Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht eines Krankenhausträgers</b> .....	<b>99</b>
<i>Robert Ott, Felix Rehder</i>	
1 Sinnhaftigkeit von IV-Vorhaben aus Sicht eines Krankenhauses –	99
2 Mögliche Finanzierungsformen von IV-Vorhaben –	101
3 Leistungsorientierte Entlohnung als Anreiz- und internes Steuerungsinstrument –	104
4 Gestaltungsmodelle der IV sowie rechtliche und steuerliche Aspekte –	105
5 Die Gewährleistungsklausel als ein wichtiger Einzelaspekt für Krankenhäuser –	106
6 Literatur –	107
<b>Perspektiven zur Vergütung niedergelassener Ärzte aus dem Blickwinkel der KV Consult Westfalen-Lippe</b> .....	<b>109</b>
<i>Wolfgang Vieten</i>	
1 Gesetzlicher Rahmen –	109
1.1 Gesundheitsfonds –	109
1.2 Kollektivverträge –	109
1.3 Selektivverträge –	110
2 Interessen der Marktteilnehmer –	110
2.1 Versicherte –	110
2.2 Kostenträger –	110
2.3 Leistungserbringer (Ärzte und Krankenhäuser) –	111
2.4 Kassenärztliche Vereinigungen –	111
3 Strategische Ansatzpunkte für niedergelassene Ärzte bei innovativen Versorgungsformen –	112
3.1 Durch Einsparen Geld verdienen –	112
3.2 Investieren als Mittel der Zukunftssicherung –	113
3.3 Vertrauen, Verbindlichkeit, Professionalität –	113
4 Beispiel: Ein IV-Vertrag im industriellen Ballungsraum des Ruhrgebiets –	113
4.1 Klare Ziele und persönliches Engagement –	113
4.2 Finanzierung des Arztnetzwerks –	114
4.3 Netzhaushalt –	114
4.4 Integrierte Versorgung –	115
5 Anreizstrukturen und Zwischenbilanz des IV-Vertrags im industriellen Ballungsraum des Ruhrgebiets –	115
5.1 Stellschraube Einschreibung –	115
5.2 Stellschraube Arzneimittel –	116
5.3 Stellschraube Krankenhauseinweisung –	116
6 Fazit –	117
7 Literatur –	118
<b>Teil 3 Finanzierung und Vergütung innovativer Versorgungsformen aus Sicht von Kostenträgern der GKV</b> .....	<b>119</b>
<i>Innovative Versorgung und Vergütung: Ziele und Umsetzung beim BKK Landesverband Bayern</i> .....	
	<b>121</b>
<i>Robert Seitz</i>	
1 Einführung –	121

2	Zielsystem der betrieblichen Krankenversicherung – 121	
3	Umsetzung beim BKK Landesverband Bayern – 122	
3.1	Anpassung der kassenbezogenen Kopfpauschalen an den tatsächlichen Leistungsbedarf zur Korrektur struktureller Verwerfungen – 122	
3.2	Analyse „krankenhausersetzender Leistungen“ zur Bewertung von Strukturverträgen an der Schnittstelle ambulant/stationär – 123	
3.3	Evaluation von Gesundheits-Netzwerken – 125	
3.4	Anpassung der Vergütung an Qualitätsparameter: Operationalisierung bei elektronischer Dokumentation, Sonografie und künstlicher Befruchtung – 125	
3.4.1	Elektronische Dokumentation – 126	
3.4.2	Qualitätsgesicherte Sonografie – 127	
3.4.3	Erfolgsorientierte Vergütung bei künstlicher Befruchtung – 128	
4	Fazit – 129	
5	Literatur – 130	

**Finanzierung und Vergütung von Integrierten Versorgungsformen aus Sicht der  
Techniker Krankenkasse ..... 131**

*Christoph Straub, Immanuel Lütjohann*

1	Einleitung – 131	
2	Gesetzliche Rahmenbedingungen – 131	
3	Finanzierung von IV-Verträgen aus Sicht eines Kostenträgers – 132	
3.1	Finanzierung von IV-Verträgen durch Mittel der Anschubfinanzierung – 132	
3.2	Finanzierung von IV-Verträgen durch Steigerung der Behandlungseffizienz – 133	
3.3	Finanzierung von IV-Verträgen durch Reduzierung der direkten Leistungskosten – 133	
4	Bewertung von Versorgungsangeboten auf Grundlage einer Kosten-Nutzwert-Analyse – 135	
4.1	Kostenbetrachtung – 135	
4.2	Nutzenbetrachtung – 136	
4.3	Berichtswesen – 136	
5	Vergütungsansätze innerhalb der Integrierten Versorgung – 137	
5.1	Zusatzvergütung – 137	
5.2	Einzelleistungsvergütung – 138	
5.3	Komplexpauschalen – 138	
5.4	Erfolgsorientierte Vergütungsansätze – 139	
5.5	Budgetverantwortung – Von der Einzelleistung zur Gesamtlösung – 140	
6	IV-Finanzierung ab 2009: Bereinigung der sektoralen Budgets – 141	
6.1	Vertragsärztliche Gesamtvergütung – 141	
6.2	Krankenhausbudgets – 142	
7	Ausblick – 143	
8	Literatur – 143	

**Teil 4 Finanzierung und Vergütung von Medizinischen Versorgungszentren ..... 145**

**Wirtschaftliche Kalkulation und Zukunft großer Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ..... 147**

*Carsten Jäger, Felix Cornelius, Günther E. Braun*

- 1 Das „Große-MVZ-Dilemma“ – 147
- 2 Status quo der Finanzierung im MVZ – 148
- 3 Anforderungen an ein erfolgreiches MVZ – 151
  - 3.1 Was muss gelten, damit ein MVZ erfolgreich ist? – 151
  - 3.2 Wer soll das bezahlen? – 153
  - 3.3 Ein erster Weg: Kosten sparen – 154
  - 3.4 Finanzierung einer von einem großen MVZ getragenen Vollversorgung: Virtuelles Budget für veranlasste Leistungen mit einem IV-Vertrag nach § 140a ff. SGB V – 155
- 4 Fazit und Ausblick – 160

**Teil 5 Neue Versorgungskonzepte nach Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ..... 163**

**Möglichkeiten neuer Versorgungsformen im Kontext des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) aus juristischer Sicht ..... 165**

*Theo Sander, Manfred Weigt*

- 1 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft – 165
  - 1.1 Rechtliche Grundlagen – 165
  - 1.2 Steuerliche Aspekte – 166
  - 1.3 Finanzierungsaspekte – 168
- 2 Teilberufsausübungsgemeinschaft – 168
  - 2.1 Rechtliche Grundlagen – 168
  - 2.2 Steuerliche Aspekte – 170
  - 2.3 Finanzierungsaspekte – 170
- 3 Angestellter Arzt – 170
  - 3.1 Rechtliche Grundlagen – 170
  - 3.2 Steuerliche Aspekte – 172
  - 3.3 Finanzierungsaspekte – 173
- 4 Durchlässigkeit der Grenzen: Ambulant/Stationär – 173
  - 4.1 Rechtliche Grundlagen – 173
  - 4.2 Steuerliche Aspekte – 174
- 5 Teilversorgungsauftrag – 175
  - 5.1 Rechtliche Grundlagen – 175
  - 5.2 Steuerliche Aspekte – 175
  - 5.3 Finanzierungsaspekte – 176
- 6 Filialbildung (Zweigpraxis) – 176
  - 6.1 Rechtliche Grundlagen – 176
  - 6.2 Steuerliche Aspekte – 177
  - 6.3 Finanzierungsaspekte – 178

- 7 Kombination von Möglichkeiten des VÄndG – 178
- 8 Literatur – 179

**Ein ambulantes Versorgungszentrum auf der Basis des Vertragsarztrechtsänderungs-  
gesetzes – Konzept und finanzielle Überlegungen einer Initiativgruppe ..... 181**

*Robert Kluger, Norbert Beil, Axel Burstedt, Stefan Ernst, Robert Fischer, Bruno Weil*

- 1 Einführung – 181
- 2 Idee und Planung – 181
- 3 Situation in Kirchlengern – 182
- 4 Modell „Ambulantes Versorgungszentrum Kirchlengern“ – 183
  - 4.1 Sicherung der ambulanten hausärztlichen Versorgung – 183
  - 4.2 Aufbau und Management einer alternativen wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsform – 183
  - 4.3 Verbesserung des intersektoralen Schnittstellenmanagements – 184
  - 4.4 Implementierung eines neuen medizinischen Gesamtversorgungskonzeptes für die Gemeinde Kirchlengern – 184
- 5 Kalkulation der Kosten – 185
- 6 Wirtschaftliche Projektion der Teilnehmer – 186
- 7 Ausblick – 187

**Finanzierung und Vergütung von Verträgen nach § 73b und 73c SGB V ..... 189**

*Lothar Lieschke*

- 1 Vorbemerkung – 189
- 2 Grundmerkmale der Verträge nach § 73b und 73c SGB V – 189
- 3 Gesetzliche Finanzierungs- und Vergütungsbestimmungen – 190
- 4 Konzeptionen der Bereinigung – 190
- 5 Blick in die Praxis – Finanzierung und Vergütung – 191
  - 5.1 Hausarztzentrierte Versorgung – Verträge nach § 73b SGB V – 191
    - 5.1.1 Verbreitung – 191
    - 5.1.2 Finanzierung und Vergütung – 191
    - 5.1.3 Bereinigung und Vergütung – 193
  - 5.2 Auftragsgebundene Versorgung – Verträge nach § 73c SGB V – 194
    - 5.2.1 Verbreitung – 194
    - 5.2.2 Finanzierung und Vergütung – 195
  - 5.3 Selektivverträge im System der Kassenärztlichen Vereinigungen – 195
    - 5.3.1 Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination – 195
    - 5.3.2 Verträge der Vertragswerkstatt – 196
- 6 Erwartungen der Vertragsärzte – 197
- 7 Ein Blick in die Zukunft – Der Gesundheitsfonds und seine Implikationen – 198
- 8 Literatur – 199

**Teil 6 Finanzierung und Vergütung innovativer Versorgungsformen  
aus der Sicht einer Privaten Krankenversicherung ..... 201**

**goMedus-Gesundheitszentren der goMedus Gesellschaft für Qualität in der  
Medizin mbH ..... 203**

*Britta Biendara, Andreas Kottmeier*

- 1 Einführung – 203
- 2 Hintergrund und rechtliche Rahmenbedingungen – 203
- 3 Die Idee der goMedus-Gesundheitszentren – 203
  - 3.1 Die Konzeption der Versorgung – 204
  - 3.2 Kooperationsnetzwerk – 205
  - 3.3 Medizinisches Konzept – 205
  - 3.4 Wirtschaftliche und vertragliche Rahmenbedingungen – 206
  - 3.5 Wissenschaftliche Evaluation des goMedus-Gesundheitszentrums in Köln – 207
- 4 Fazit und Ausblick – 207
- 5 Literatur – 208

**DKV Seguros übernimmt die Gesundheitsversorgung für eine ganze Region in Spanien . 209**

*Bernd Knof, Ivan Garcia Slamal, Andreas Kottmeier*

- 1 Historischer Hintergrund – 209
- 2 Das Modell in der autonomen Region Valencia – 209
  - 2.1 Wesentliche Rahmenbedingungen – 209
  - 2.2 Gründe für das Modell – 209
- 3 Das Projekt Denia – 210
  - 3.1 Gegenstand der Konzession – 210
  - 3.2 Sonstige Einnahmen – 211
  - 3.3 Der Ausschreibungsprozess – 212
  - 3.4 Besonderheiten – 212
- 4 Ausblick – 213

**Teil 7 Finanzierung und Vergütung innovativer Versorgungsformen  
aus Sicht eines Pharmaunternehmens ..... 215**

**Arzneimittel-Fallpauschale als moderne Vergütungsform für pharmazeutische  
Hersteller ..... 217**

*Susanne Eble*

- 1 Einleitung – 217
- 2 Arzneimittelmanagement als Rahmen einer Arzneimittelpauschale – 217
  - 2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen – 217
  - 2.2 Ausgewählte Aspekte des Arzneimittelmanagements – 218
    - 2.2.1 Arzneimittellisten – 218
    - 2.2.2 Rabattverträge – 219
    - 2.2.3 Pauschalierte Vergütungsformen – 219
- 3 Konzept der Arzneimittel-Fallpauschale – 220
  - 3.1 Hintergrund – 220
  - 3.2 Die Arzneimittel-Fallpauschale im Kontext eines IV-Modells – 220
  - 3.3 Berechnungsgrundlagen – 222
    - 3.3.1 Grouper-Daten – 222

	3.3.2	Ärzt Netzwerk-Daten	– 223
3.4		Nutzen für die Beteiligten	– 224
3.5		Abrechnung	– 225
3.6		Risikobegrenzung	– 225
4		Zusammenfassung	– 226
5		Literatur	– 226

## **Teil 8 Betriebswirtschaftliche Methoden für das Gründungsmanagement innovativer Versorgungsformen ..... 229**

### **Simulationsmodell zur Finanzierungsrechnung im Business-Plan ..... 231**

*Carmen Gnann, Martin Gröbner, Jan Güssow, Günther E. Braun*

1		Der Workshop Business-Planung	– 231
	1.1	Hintergrund	– 231
	1.2	Zielsetzung und Ablauf des Workshops	– 231
2		Beschreibung der Microsoft Excel-Modellrechnung	– 232
	2.1	Aufbau und Berechnungssystematik	– 232
	2.2	Vorbemerkungen und Bearbeitungshinweise	– 235
3		Detaillbeschreibung der Tabellenblätter	– 235
	3.1	Grunddaten	– 235
	3.2	Auszahlungen	– 236
	3.3	Einzelne Krankheitsbilder nach Schwerpunkten	– 236
		3.3.1 Diabetes-Versorgung	– 236
		3.3.2 Asthma-Versorgung	– 238
		3.3.3 Weitere Schwerpunktkrankheiten	– 241
	3.4	Allgemeine Versorgung	– 242
	3.5	Finanzierungsbedarfsrechnung des Netzwerks	– 242
	3.6	GKV-Ergebnis Einsparungen	– 242
4		Zusammenfassung und Bedeutung	– 243
5		Literatur	– 245

## **Teil 9 Zukünftige Chancen für innovative Versorgungsformen ..... 247**

### **Aufbau eines strategisch ausgerichteten sowie erfolgsorientierten Vergütungssystems für integrierte Versorgungsformen ..... 249**

*Martin Gröbner, Jan Güssow*

1		Einführung	– 249
2		Grundlagen einer strategischen Ausrichtung des erfolgsorientierten Vergütungssystems	– 250
3		Schritte beim Aufbau eines strategisch ausgerichteten und erfolgsorientierten Vergütungssystems	– 254
	3.1	Grad der sektorenübergreifenden Integration und pauschale Vergütung	– 254
	3.2	Der Königsweg: Von Pauschalen zu Behandlungsmodulen	– 256
	3.3	Erfolgsorientierte Vergütung	– 258
4		Schlussbetrachtung	– 260
5		Literatur	– 261

<b>Die Zukunft der Finanzierung und Vergütung neuer Versorgungsformen – ein Plädoyer für strategische Szenarien</b> .....	<b>263</b>
<i>Dominik von Stillfried</i>	
1 Einführung –	263
1.1 Disruptive Innovationen –	263
1.2 Szenarien legen disruptives Potenzial offen –	264
2 Politische Gestaltung bewirkt radikalen Wandel –	264
2.1 Finanzierungs- und Funktionsprinzipien der Krankenversicherung –	265
2.2 Vergütungs- und Organisationsprinzipien der Anbieterseite –	266
3 Langfristige Umwelteinflüsse –	267
4 Die langwirkende Kraft der Leitgedanken –	269
5 Mögliche Eckpunkte eines strategischen Szenarios –	270
6 Literatur –	272
<b>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</b> .....	<b>275</b>