Johanne Pundt (Hrsg.)

VERNETZTE VERSORGUNG

Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft?

University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Johanne Pundt (Hrsg.)

VERNETZTE VERSORGUNG

Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft?

University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 7. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft?“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen
1. Auflage 2017

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Franziska Riedel, Bremen
Lektorat: Corinna Dreyer, Bremen; Gabriele Staupe, Wiesbaden
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter: http://www.dnb.de

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-25-9

http://www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort (Volker Amelung) 11

Einleitung
Der Untersuchungsgegenstand: Von der Segmentierung des Gesundheitssystems zu Ansätzen der vernetzten Versorgung (Johanne Pundt) 15

I Die aktuelle Ausgangssituation: drei Positionen

1 Innovationsfonds: Fördermittel ausgegeben – Mission erfüllt? (Dieter Cassel; Klaus Jacobs) 33

1.1 Wettbewerb als Innovationsmotor in der GKV 33
1.2 Innovationsfonds: Durchbruch oder korporatistische Rolle rückwärts? 36
1.3 Förderpraxis des G-BA im Jahr 2016 44
1.4 Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb statt korporatistische Innovationssteuerung 46
1.5 Innovationswettbewerb als ordnungspolitische Gestaltungsaufgabe 50

2 Was bedeutet die Einrichtung des Innovationsfonds gem. §§ 92a und 92b SGB V für die Entwicklung integrierender Versorgungsformen in Deutschland? (Stefan G. Spitzer) 59

2.1 Zum Begriff und zur Historie der Integrierten Versorgung 59
2.2 Förderung neuer Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds 61
2.3 Innovationsfonds und integrierende Versorgungsformen 63
2.4 Innovationsfonds als Herausforderung verstehen 64
2.5 „Besondere Versorgung“ gem. § 140a SGB V 65
2.6 Modellvorhaben gem. §§ 63 ff. SGB V – eine vernachlässigte Versorgungsform mit Potenzial 66
2.7 Vergaberecht 67

2.8 Verbesserung der Effizienz und Effektivität durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung 68
2.9 Welche Perspektive hat die sektorale Versorgung? 69
2.10 Über die bessere Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung zur Überwindung der sektoralen Trennung 70
2.11 Fazit 78

3 Integrierte Versorgung – Warum kommen die Konzepte so schleppend voran? (Herbert Rebscher) 81

3.1 Zum Bedingungsrahmen 81
3.2 Herausforderungen für ein Konzept der vernetzten Versorgung 84
3.3 Das Wettbewerbskonzept 85
3.4 Fazit 95

II Probleme der Player, Kunden und Anbieter

4 Die Rolle des Patienten in der vernetzten Gesundheitsversorgung (Oliver Gröne; Oana Gröne) 99

4.1 Einleitung 99
4.2 Konzeptionelle Klärung: ein dreidimensionales Modell der Patientenbeteiligung 101
4.3 Argumente für die Patientenbeteiligung: Ethik, Ergebnisqualität, Organisationales Lernen 104
4.4 Wie lässt sich Patientenbeteiligung messen? 106
4.5 Umsetzung der Patientenbeteiligung in der Versorgungspraxis 110
4.6 Fazit und Ausblick 114

5 Anbieterprobleme – ein Bericht aus der Praxis der Vernetzung (Michael Philippi) 119

5.1 Der Vernetzungsbegriff: Worüber reden wir? 119
5.2 Der Vernetzungsgrad im deutschen Gesundheitssystem: Einordnung und Ursachenforschung 120
5.3 ... und es gibt sie doch: Ausprägung vernetzter Versorgung 128
5.4 Fazit und Ausblick 137

III Lösungsansätze der Praxis: Konzepte, Erfolge, Probleme

6 Gesundheitsregionen in Deutschland
(Josef Hilbert; Maren Grautmann; Petra Rambow-Bertram; Uwe Borchers) 145

6.1 Gesundheit: Wirtschaftsfaktor und Zukunftsbranche 148
6.2 Kräfte des Aufwinds: Sektorenübergreifend vor Ort vernetzen und Innovationen fördern 149
6.3 Vielfalt und Engagement: ein Blick in das Innenleben von Gesundheitsregionen 152
6.4 Innovationsförderung braucht Ausdauer 156
6.5 Zusammenfassung 159

7 Gesundes Kinzigtal – Showcase für eine stetige Weiterentwicklung vernetzter regionaler Versorgung
(Helmut Hildebrandt; Christian Daxer; Saskia Hynek; Bianca Schmieder; Janina Stunder) 163

7.1 Gesundes Kinzigtal – integrierte Versorgung auf der Basis einer Budgetmitverantwortung 163
7.2 Evaluationsergebnisse: Erfolg bestätigt 176
7.3 Drei Beispiele für den Umgang mit Herausforderungen und der Weiterentwicklung 179
7.4 Fazit und Ausblick 187

8 Potenziale von MVZ an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung (Helge Schumacher; Alexandra Meyer) 191

8.1 Einordnung der Entwicklung von MVZ 191
8.2 Rechtliche Rahmenbedingungen im zeitlichen Verlauf 194
8.3 Rolle der MVZ im Versorgungskontext 196
8.4 Potenziale im Hinblick auf die aktuellen demografischen Entwicklungen 200
8.5 Ausblick 207

9 Praxisnetze: Stand der Anerkennung und Entwicklungschancen (Bernhard Gibis; Susanne Armbruster; Matthias Hofmann) 211

9.1 Veränderungsfaktoren für die vertragsärztliche Versorgung 212
9.2 Gesetzlicher Hintergrund 217
9.3 Status quo 227
9.4 Ausblick 230

10 Hausarztzentrierte Versorgung – Evaluationsergebnisse aus Baden-Württemberg (Gunter Laux) 237

10.1 Hintergrund und Fragestellung 238
10.2 Evaluationsmethoden 240
10.3 Ergebnisse 245
10.4 Fazit 253

11 Vor- und Nachteile des Belegarztwesens (Ursula Hahn) 259

11.1 Konstitutive Merkmale und Status quo des Belegarztwesens 260
11.2 Versorgung durch Belegärzte aus Patientenperspektive 262
11.3 Stationäre und ambulante Flächendeckung des Belegarztwesens 263
11.4 Finanzielle und leistungsbezogene Eckdaten für Akteure – und systemische Perspektive 264
11.5 Heterogene Belegarztlandschaft – Marginalisierung und „echte Versorger“ 270
11.6 Fazit 273

12 Vernetzte Versorgung neu denken – vom Fall zum Feld: das Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe (Stefan Bestmann) 277

12.1 Ein Blick in die real existierende Praxis 277
12.2 Komplexität des Alltags als Ausgangslage 279
12.3 Konzipierungen einer gelungeneren Kinder- und Jugendhilfe 282
12.4 Aufstellung eines Jugendamtes nach dem Fachkonzept Sozialraumorientierung 288
12.5 Ausblick: unabdingbarer Wandel in der Steuerung und Finanzierung 294

Nachlese
Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts-und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft? (Ilona Köster-Steinebach) 303

Anhang 307

Autoren 307
Abbildungsverzeichnis 315
Tabellenverzeichnis 316
Sachwortverzeichnis 317

Vorwort

VOLKER AMELUNG

Mit besser vernetzten Versorgungsstrukturen und -prozessen ließen sich erhebliche Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitswesen heben. Das gilt in der Wissenschaft seit Jahren als unstrittig. Die Umsetzung dieser Erkenntnis in die Praxis schreitet gleichwohl nur sehr langsam voran, wie in **Teil I** des vorliegenden Buchs aufgezeigt wird.

Kaum ein Bereich ist so stark von Anbieterinteressen geprägt wie die Gesundheitswirtschaft. Während in anderen Branchen die Kundenbedürfnisse Dreh- und Angelpunkt sämtlicher Geschäftsprozesse sind, endet der Service im Gesundheitswesen vielfach an der Türschwelle von Krankenhaus, Praxis, Reha- oder Pflegeeinrichtung. Das ist weniger dem einzelnen Arzt oder der einzelnen Einrichtung vorzuwerfen, sondern vielmehr Ergebnis von Pfadabhängigkeiten, die sich über einen langen Zeitraum hinweg entwickelt haben. Einmal hochgezogen, sind die Mauern zwischen den Sektoren nur schwer zu durchbrechen. Die Rahmenbedingungen, denen die Akteure unterliegen, wirken geradezu wie „Kontra-Anreize" für mehr Integration, Koordination und Vernetzung:

- **Geringer Handlungsdruck für die Akteure**
  Die rechtliche und finanzielle Situation ist insbesondere für die ärztlichen Leistungserbringer nach wie vor komfortabel. Für viele, die im Status quo ihr gutes Auskommen haben, besteht kein Anreiz, sich zu verändern und den Mehraufwand in Kauf zu nehmen, den neue Versorgungsformen häufig mit sich bringen. Daraus resultiert auch die Frage, wie die Bedingungen gestaltet sein müssen, damit vernetzte Versorgung für Ärzte attraktiver wird. Ansonsten wird sie immer eine Nische für Idealisten bleiben.
- **Hohe Komplexität der Vergütungssysteme**
  Dass die einzelnen Sektoren jeweils eigenen, hochkomplexen Vergütungslogiken unterliegen, trägt zur Stabilisierung der Sektorengrenzen bei. Konsequente Formen der sektorenübergreifenden und multiprofessionellen Zusammenarbeit stoßen spätestens bei Vergütungsfragen an ihre Grenzen. Bestes Beispiel dafür ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), bei der rund

vier Jahre nach Novellierung des § 116b SGB V noch heute viele Fragen offen sind, nicht zuletzt hinsichtlich des Bereinigungsverfahrens.

- **Hohes Maß an Intransparenz**
  Aufseiten der Patienten herrscht ein hohes Maß an Intransparenz bezüglich Leistungsspektrum und -qualität. Hier wäre es auch Aufgabe der Leistungserbringer, eine weniger paternalistische Haltung einzunehmen, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken und sie stärker in medizinische Entscheidungsprozesse einzubeziehen.
- **Überregulierung des Marktes**
  In einem offenen Markt würde ein freier Wettbewerb herrschen und in der Folge auch die Kunden- bzw. Patientenorientierung zunehmen. In der Realität ist das System jedoch extrem reguliert und der Zugang für neue Marktteilnehmer systematisch abgeriegelt. Das führt nicht nur dazu, dass die ausgeprägte Anbieterorientierung bestehen bleibt, sondern wirkt sich auch generell bremsend auf die Innovationskraft des Systems aus.

Vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen kann es nicht erstaunen, dass das System träge ist und Veränderungen, die aus Versorgungssicht dringend nötig wären, nicht stattfinden. Wir müssen uns also fragen, welche Optionen uns offenstehen, um das System im Sinne einer besseren Vernetzung und mehr Patientenorientierung zu modernisieren.

Ordnungspolitisch betrachtet wäre echter Wettbewerb das Mittel der Wahl, um Anreize für mehr Dynamik im System zu setzen. Das würde auch die Nutzung von Preismechanismen einschließen, auf die wir im deutschen Gesundheitswesen – anders als im internationalen Umfeld – bisher vollständig verzichtet haben. Doch so richtig der marktwirtschaftliche Ansatz in anderen Branchen ist, so sehr darf bezweifelt werden, dass die Gesellschaft bereit ist, die vielfältigen Konsequenzen echten Wettbewerbs im Gesundheitswesen zu tragen.

Folgerichtig hat der Gesetzgeber deshalb auf eine Second-Best-Lösung zurückgegriffen: Der Innovationsfonds soll neue, vernetzte Versorgungsformen fördern, die das Potenzial haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Ob die Konstruktion des Innovationsfonds dazu geeignet ist, einen nennenswerten Innovationsschub auszulösen, wird in **Teil I** des vorliegenden Buchs ebenfalls kritisch diskutiert. Versteht man den Innovationsfonds als lernendes System, können die unterschied-

lichen Perspektiven darauf einen wertvollen Beitrag leisten, um Fehlentwicklungen vorzubeugen und rechtzeitig nachzusteuern.

Das Spannungsfeld, in dem sich Kunden und Anbieter respektive Patienten und Leistungserbringer begegnen, beleuchten die Beiträge in **Teil II**. War man selbst einmal Patient oder versetzt man sich in dessen Lage, wird schnell deutlich: Der Großteil der Konflikte, die im Gesundheitswesen ausgetragen werden, hat für den Patienten nur marginale Relevanz. Was ihn interessiert, sind der ganzheitliche Blick auf seine gesundheitliche Situation und durchgängige Versorgungsketten über alle Sektoren und Institutionen hinweg.

Immerhin gibt es auch Licht am Horizont, wie die Beiträge in **Teil III** zeigen. Die Best-Practice-Beispiele verdeutlichen, dass auf vielen unterschiedlichen Ebenen gute Ansätze vorhanden sind und ein langer Atem letztendlich doch einen Unterschied machen kann – und zwar gleichermaßen für Patienten, Leistungserbringer und Effizienz! Nicht zuletzt weisen einige der Texte in diesem Teil auch über die engen Grenzen des Gesundheitswesens hinaus. Vernetzung wird hier nicht nur als Überwindung von Sektoren- und berufsständischen Grenzen verstanden, sondern im Sinne eines Zusammendenkens von Healthcare und Social Care. Diese Sichtweise wird in Zukunft noch erheblich an Bedeutung gewinnen. Zudem werden weitere Dimensionen wie Klimawandel, Migration und Bildung in den Diskurs über eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung einfließen.

Ich freue mich, dass die Diskussion rund um neue Versorgungsformen aktuell wieder mehr Auftrieb bekommen hat. Die Frage, die uns dabei immer leiten sollte, lautet: Wie schaffen wir es, den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung anzubieten? Im Mittelpunkt steht demnach stets die Qualität der Versorgung – die Effizienz folgt daraus automatisch, denn eine Wahrheit hat sich meiner Erfahrung nach bisher noch immer bestätigt: Es gibt nichts Teureres als schlechte Versorgung und nichts Günstigeres als gute Versorgung.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre und die nötige Inspiration, in Ihrem beruflichen Umfeld einen Beitrag für vernetzte Versorgung zu leisten.

VOLKER AMELUNG
Professur für internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover; Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)

Einleitung

Der Untersuchungsgegenstand: Von der Segmentierung des Gesundheitssystems zu Ansätzen der vernetzten Versorgung

JOHANNE PUNDT

Die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich zugunsten der Älteren und gleichzeitig nimmt in zahlreichen Regionen die Bevölkerungszahl ab. Etliche Infrastrukturangebote existieren nicht mehr wie noch vor ein paar Jahren oder wurden massiv verringert. Hinzu kommt die zunehmende Leistungsvielfalt im Sozial- und Gesundheitswesen: Die in dieser Vielfalt fehlende Verzahnung der Schnittstellen beeinträchtigt insbesondere eine effektive Koordinierung der Versorgungs- und Betreuungsprozesse über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg. Aufgrund der unzureichenden Informationsflüsse steht die effektive Verzahnung der Sektoren im Zusammenhang mit einer Stärkung der Patientenorientierung und Qualitätsverbesserung schon seit Jahrzehnten auf der gesundheitspolitischen Agenda (vgl. z. B. Gutachten des SVR: SVR, 2001; 2003; 2007; 2009; 2012; 2014 sowie Bormann et al., 2013; HBS, 2013; Köster-Steinebach, 2016). Eine Abstimmung von ambulanter und stationärer Versorgung findet also i. d. R. nicht statt und verschärft die genannten Versorgungsprobleme auf dem Rücken der Patienten. Aufgrund der „historisch gewachsenen Abschottung der Versorgungsbereiche" war und ist Integration bis heute kein „vorrangiges Ziel" der beteiligten Akteure, wie Rosenbrock und Gerlinger (2014, S. 393 ff.) pointiert feststellen. Denn

> „sowohl Leistungserbringer als auch Kostenträger (…) orientieren sich stark an ihren finanziellen Eigeninteressen. Die Verbreitung von Wettbewerbsmechanismen in der GKV (…) und der dadurch erhöhte ökonomische Handlungsdruck haben dieses Verhalten weiter verstärkt" (Rosenbrock/Gerlinger, 2014, S. 409).

Diese Entwicklung wird auch durch die Herausgeber des Krankenhaus-Reports (vgl. Klauber et al., 2016) bestätigt. Die ineffiziente Konkurrenz, die darauf basiert, dass der Anreiz für die Leistungserbringung nur dort gegeben ist, wo sie am höchsten vergütet wird, wird im Krankenhaus-Report als Folge mit schwerwiegenden Wirkungen

auf die Versorgung angemahnt. Neben Mehrfachabrechnungen werden auch „Behandlungsfehler, unkoordinierte (Mehrfach)Diagnostik und Therapie (…), unangemessene Mengenausweitungen, nicht bedarfsgerechte Konzentration der Angebote auf wirtschaftlich attraktive Leistungen“ als Auswirkungen der Sektorentrennung unterstrichen (AOK Bundesverband, 2016).

Fest steht damit, dass trotz diverser gesetzgeberischer und auch folgerichtiger Versorgungsmaßnahmen die tradierten sektoralen Strukturen nicht mehr adäquat ausgerichtet sind (vgl. auch Wambach/Lindenthal, 2015). Zudem veranlassen die unveränderten Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die daraus resultierenden Versorgungsbrüche die Autoren des Krankenhaus-Reports dazu, von einem „klaren Steuerungsdefizit“ und einem „hohen Grad an Intransparenz“ (Klauber et al., 2016, S. XVI) zu sprechen. Dass dringende Notwendigkeit besteht, neue Ansätze und Lösungen in Richtung sektorenübergreifender, interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgung zu etablieren, ist im Grunde offensichtlich und in zahlreichen Publikationen nachzulesen (vgl. z. B. Hellmann/Eble, 2009; Reimers, 2013; Cassel/Jacobs, 2015; Straub, 2016).

Erste Schritte zur Überwindung der Fragmentierung im ambulanten und stationären Bereich, die sich der Behandlungskontinuität ansatzweise angenommen haben, gibt es bereits (vgl. Schreyögg et al., 2013; GAPSY, o. J.; Knappschaft, o. J.). Aber auch hier wird im Hinblick auf die Schnittstellenprobleme oft „mit Einzelmaßnahmen reagiert“, die keinem „übergeordneten Konzept“ im Sinne aller Beteiligten folgen (Klauber et al., 2016, S. 5). Zu vielen dieser Steuerungselemente liegen immer noch keine oder nur unzureichende Ergebnisse vor. Entweder wurden diese Maßnahmen nicht evaluiert oder aber die Evaluationen erfüllen nicht die notwendigen wissenschaftlichen Kriterien. Aus diesen Gründen hat nach wie vor folgender Status quo der Integrierten Gesundheitsversorgung (IV) Relevanz:

> „However, in many high income countries integration of services is hampered by the fragmented supply of health and social services as a result of specialisation, differentiation, segmentation and decentralisation. Fragmentation results in suboptimal care, higher cost due to duplication and poor quality of care.“ (Valentijn et al., 2013, S. 2)

Vergegenwärtigt man sich die Maßnahmen und den Rechtsrahmen der letzten zwei Jahrzehnte wird deutlich, dass zwar schon Weichen gestellt und lohnenswerte vernetzte Versorgungsschritte in die Wege geleitet wurden, aber dennoch strukturelle und steuerungsbezogene Veränderungen vonnöten sind (vgl. Schreyögg et al., 2013, S. 112 f.):

- **1997: Zweites Neuordnungsgesetz der GKV (2. GKV-NOG)**

  Ziel war es, die medizinische Versorgung auf Grundlage von sogenannten Modellvorhaben (§ 63 SGB V) und spezifischen Strukturverträgen (§ 73a SGB V) weiterzuentwickeln, sodass eine intensivere Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen erstmals gefördert wurde. Zusätzlich sollten Handlungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung (durch § 140a–d SGB V für integrierte Verträge) für Ärzte und Krankenhäuser entstehen, die eine leistungsübergreifende Versorgung gewährleisten sollten.

  Dieses gelang danach zunächst über zahlreiche „pragmatische Verträge", die wirtschaftliche Vorteile auf beiden Seiten (Krankenkassen und Leistungserbringer) erzielten (Beispiel: Endoprothetik oder ambulantes Operieren, vgl. Härter/Koch-Gromus, 2015).

- **2002: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)**

  Ziel war die Schaffung einer Rechtsgrundlage für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme/DMP), um im Kern eine möglichst flächendeckende Versorgung von chronisch kranken Versicherten der GKV zu erreichen. Ebenfalls waren mit dem GSG sowohl ein strukturierter als auch sektorenübergreifender Behandlungsablauf sowie eine verbesserte Patientenkooperation beabsichtigt, um den Patienten eine leitlinienbasierte und optimal vernetzte Behandlung zu ermöglichen. Zunächst starteten wenige Diagnosen, 2006 folgten weitere DMPs (vgl. Härter/Koch-Gromus, 2015).

- **2003: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)**

  Ziel bei der Einführung des GMG war es, Selektivverträge zur hausarztzentrierten und Integrierten Versorgung nach §§ 73b und 140a ff. SGB V zu etablieren, sodass die inhaltliche Definition der Sektorenintegration bestehen bleibt, aber um die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgungsmöglichkeit innerhalb eines Sektors erweitert wird. Vor der Einführung des Gesetzes war über die kollek-

tivvertragliche Steuerung ausschließlich eine Top-down-Orientierung gegeben mit verhältnismäßig wenig Spielraum für wettbewerbliche Entwicklungen sowie Wege der Patientenorientierung. Dieses schon lange vorherrschende Phänomen wurde mehrfach mit Über-, Unter- und Fehlversorgung (vgl. SVR, 2001) und insbesondere von gesundheitsökonomischer Seite angemahnt (vgl. Cassel et al., 2006).

- **2004: neu formulierter § 140a–d SGB V**

  Auf Basis des GMG wurde der § 140a–d vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität befreit. Das Ziel lag darin, 1 % der Gesamtvergütung im GKV-System als Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung bis 2008 zur Verfügung zu stellen, sodass ein erfolgreicher Zeitabschnitt der engeren Verzahnung innerhalb der gesundheitlichen Versorgung beginnen konnte (vgl. Grothaus, 2009).

  Der hierdurch ausgelöste Aufschwung hat sich mit Auslaufen der Förderung aber nicht fortgesetzt. Die weiteren Modifizierungen zeigen, dass Krankenkassen danach Verträge mit berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften schließen können, wie z. B. Krankenhausträger, Pflegeeinrichtungen und Praxiskliniken (vgl. § 140a Abs. 3 SGB V). Um die Vertragsprozesse transparenter zu gestalten, wurde bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) eine Regierungsstelle eingerichtet. Dort erhielten Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) Einzel- und Sammelauskünfte zu abgeschlossenen Verträgen und den daraus resultierenden Abzugsbeträgen. Die Integrationsverträge sind klassische Vertreter der Einzelverträge, sodass sich die Kräfte eines Markts entfalteten, der sich an Nachfrage und Angebot orientiert (vgl. Grothaus, 2009). Diesen Möglichkeiten bzw. Erleichterungen, Konzepte zur IV zu etablieren, standen aber auch Hindernisse entgegen, die sich teilweise auf Institutionen bezogen, wie es sich z. B. in der weiterhin dominierenden Regelung der sektoral organisierten Versorgung im Hinblick auf Abrechnung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung äußert. Hindernisse begründeten sich auch auf Konkurrenzen wie z. B. im Wettbewerbsrecht.

- **2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)**

  Ziel bei der Einführung des GKV-WSG war die Einbindung der Pflegeversicherung, der pharmazeutischen Industrie und der Medizinproduktehersteller, die als weitere IV-Vertragspartner zugelassen werden sollten. Außerdem wurde das

SGB V um „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HzV) in § 73b erweitert. Letztere Ergänzung sollte z. B. mit fachärztlichen Selektivverträgen nach § 73c und weiteren Versorgungsformen zu einer übergreifenden Gesamtversorgung beitragen, um einen umfassenden, populationsorientierten Ansatz im Gegensatz zum traditionellen anbieter- und sektorenbezogenen Weg zu festigen (vgl. Härter/Koch-Gromus, 2015). Berücksichtigt man auch Rückschläge in Richtung IV, so können die restriktiveren Vorgaben der Aufsichtsbehörden erwähnt werden, die weitere Umsetzungen innovativer Versorgungsprojekte beeinträchtigten. Dies führte dazu, dass die Krankenkassen daraufhin zurückhaltender in Bezug auf die Finanzierung neuer IV-Modelle handelten (vgl. Härter/Koch-Gromus, 2015). Auch der SVR zieht dazu Bilanz und schlussfolgert:

> „Da die integrierten Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, sieht das Gesetz bei den entsprechenden Projekten – im Unterschied zu den Modellvorhaben nach §§ 63–65 und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f–g – keine obligatorische Evaluation der Programme bzw. Netze vor. Wo dies freiwillig geschieht, deuten selbst die publizierten Ergebnisse nicht auf den angestrebten Durchbruch zu einer effizienteren oder effektiveren Patientenversorgung hin. Es existiert an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungssektoren weiterhin ein beachtliches, nicht ausgeschöpftes Rationalisierungspotential (…)“ (SVR, 2012, Abschnitt 39).

Als weitere Maßnahmen im GKV-WSG sollen folgende aufgeführt werden:

- *Telemedizinische Versorgungskonzepte* konnten durch die GKV gehäuft über IV-Verträge ermöglicht werden. Das Ziel lag darin, über telekommunikative Anwendungen die räumliche oder zeitliche Distanz zwischen Arzt und Patient oder zwischen den Leistungserbringern direkt zu überbrücken, da hoher Bedarf an innovativen Lösungen vorlag (z. B. über das Monitoring klinischer Parameter oder der Medikationsadhärenz bei chronisch kranken Patienten, über die Unterstützung der Akutversorgung durch regionale Schlaganfallnetzwerke sowie über die Vermeidung von Therapiebrüchen bei Sektorenübergängen, z. B. nach stationärer Entlassung) (vgl. DGTelemed, 2007)
- Durch *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung* (SAPV) sollten Versicherte der GKV, die eine unheilbare und lebensverkürzende Erkrankung haben, ein rechtlich verankerter Anspruch auf zusätzliche Versorgungsunterstützung gewährt werden. Dieser muss ärztlich verordnet und durch die Komplexität der Behandlungssituation begründet sein (vgl. Härter/Koch-Gromus, 2015).

- **2012: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (GKV-VStG)**

  Mit der Einführung des GKV-VStG wurde das Ziel verfolgt, mit umfassenden Schritten eine zukunftsweisende, flächendeckende Versorgung zu sichern. Dazu zählten z. B. die Möglichkeit einer Anerkennung sowie Förderung von Arztnetzen oder eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs– die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (BT-Drs., 2011). Mit diesem Gesetz wurden verbindliche Versorgungsziele und Qualitätsanforderungen verfasst, die z. B. von professionellen Praxisnetzen erfüllt werden müssen.

- **2015: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)**

  Das Ziel des GKV-VSG bestand darin, durch einen erneuten Anlauf zur Stärkung innovativer Versorgungsmodelle beizutragen, um durch spezifische Maßnahmen eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu erreichen (vgl. BT-Drs., 2015, S. 1). Dazu zählen u. a. die Flexibilisierung und Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung z. B. durch die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen, die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen gem. § 117 SGB V, die Verringerung der Wartezeiten auf Facharzttermine sowie größerer Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb (vgl. BT-Drs., 2015, S. 1 f.).

  Die Bundesregierung hat das GKV-VSG auch mit der Überschrift „Innovationsförderung“ (IGES, 2015) versehen und meint das Instrument eines *Innovationsfonds*, der über den Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird. Der Bundesgesundheitsminister betont: „Mit dem Innovationsfonds sollen gezielt Projekte gefördert werden, die neue Wege in der Versorgung beschreiten“ und die über die bisherige Regelversorgung der GKV hinausgehen (Pressemitteilung des BMG vom 17.12.2014).

  > „Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wird ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen, für den in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich jeweils 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen sind“ (BT-Drs., 2015, S. 3).

Mit der Einführung dieses Fonds wurde großes Potenzial erwartet, denn er fördert die Evaluation „neuer Versorgungsformen“ (§ 92a Abs.1 SGB V), sowie wissenschaftliche Versorgungsforschungsprojekte (vgl. § 92a Abs. 2 SGB V sowie GBA, 2016a). Bis zum Sommer 2016 konnten Antragsteller Projektanträge an den Innovationsfonds stellen, über deren Förderung im Herbst 2016 entschieden wurde. Insgesamt konnten somit 29 Projekte aus dem Bereich Innovative Versorgungsformen und 62 Projekte aus dem Bereich Versorgungsforschung zur Förderung ausgewählt werden (vgl. GBA, 2016b).

Insgesamt betrachtet haben damit neue Versorgungsformen in Deutschland unverkennbar an Bedeutung gewonnen. Dennoch dient nicht jede vernetzte Versorgungsinitiative tatsächlich einer „höheren Effektivität bzw. Kosteneffektivität, wie es vom Gesetzgeber eigentlich gefordert wird. Ein Teil der Versorgungsprogramme wird aus anderen Gründen auferlegt“, resümierten bereits Schreyögg et al. (2013, S. 125). Es sollten sich also diejenigen Formen der vernetzten Versorgung behaupten, die folglich positiv evaluiert wurden und die für die Patienten die umfangreichsten Vorteile „im Sinne einer qualitativ hochwertigen, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden und dabei wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung“ entsprechen (Schreyögg et al., 2013, S. 125). Hierzu sind umfassende und vor allem langfristig angelegte sowie methodisch hochwertige wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich.

Zielsetzung des Themenbands

Die zuletzt genannte gesetzliche Maßnahme – die Einführung des Innovationsfonds – ist ein passender und zukunftsträchtiger Anlass, die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen noch einmal genauer unter die Lupe zu nehmen, unter dem Begriff „vernetzte Versorgung“ zu bündeln und verschiedene Sichtweisen der Autoren in den Fokus zu rücken. Dabei werden sowohl auf der Basis der bestehenden Versorgungssituationen und der bisherigen Erfahrungen Bilanz gezogen, als auch Perspektiven für mögliche Weiterentwicklungen im Versorgungsprozess aufgezeigt. Um den skizzierten Entwicklungen und dem damit verbundenen Strukturwandel adäquat zu begegnen, soll der vorliegende Themenband eine umfassende inhaltliche Bandbreite aufzeigen und die verschiedenen Akteure in den unterschiedlichen wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsfeldern ansprechen.

Bereits 2013 führen Valentijn et al. im International Journal of Integrated Care aus, dass zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgungskontinuität zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern acht verschiedene Komponenten der Integration Beachtung finden sollten:

1) *horizontale Integration:* Strategien der interdisziplinär-fachübergreifenden Zusammenarbeit von Leistungserbringern innerhalb eines Sektors
2) *vertikale Integration*: Strategien der sektorenübergreifenden Leistungserbringung
3) *Systemintegration*: die Anpassung von Regeln und Richtlinien innerhalb eines Systems
4) *organisatorische Integration*: das Ausmaß zur Koordinierung von Dienstleistungen zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung von Unternehmenskulturen, beruflichen Rollen und Zuständigkeiten sowie unterschiedlichen Ansätzen zur Leistungserbringung, bürokratischen Strukturen, Finanzierungs- und Regulierungsmechanismen
5) *professionelle Integration*: die interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit auf Basis von geteilten Zuständigkeiten, Aufgaben und Verantwortlichkeiten
6) *klinische Integration*: die personenfokussierte Koordinierung unterschiedlicher Gesundheitsdienstleister
7) *funktionale Integration:* die Koordinierung der patientenferneren und externen Bereiche wie Buchhaltung, Kosten- und Leistungsrechnung, Management sowie Informations- und Kommunikationssysteme
8) *normative Integration:* die Entwicklung und Erhaltung eines gemeinsamen Bezugsrahmens, wozu Mission, Vision, Werte und Kultur zwischen Organisationen, Berufsgruppen und einzelnen Individuen zählen (vgl. Valentijn et al., 2013, S. 3 ff.)

Die Umsetzung der aufgeführten Leitprinzipien der IV ist auf der Grundlage unterschiedlicher Rahmenbedingungen nicht leicht, wenn man sowohl der Systemebene (Makrobezug), der fachlichen und organisatorischen Ebene (Mesobezug) sowie der Patienten- bzw. Mitarbeiterebene (Mikrobezug) hinsichtlich der Integration gerecht

werden möchte. Dennoch wird in den vorliegenden Beiträgen z. T. an diese acht Integrationskomponenten angeknüpft.

Gliederung der Beiträge

Drei Kapitelblöcke strukturieren die insgesamt zwölf Beiträge, die in Form einer Einstimmung in das Thema von *Volker Amelung* und einer kritischen Nachlese von *Ilona Köster-Steinebach* eingerahmt werden.

I) Die aktuelle Ausgangssituation: drei Positionen

Den Auftakt bilden drei Beiträge zur *aktuellen Ausgangssituation* des Innovationsfonds. *Dieter Cassel* und *Klaus Jacobs* beginnen mit einer kritischen Betrachtung dieses „bürokratischen Monstrums", indem sie mit dem kostspieligen Förderverfahren und der gesamten Innovationsbereitschaft und -fähigkeit ins Gericht gehen und nicht davon überzeugt sind, dass mit dieser Maßnahme tatsächlich im Sinne aller Akteure neue Versorgungsformen kreiert werden. Deshalb wünschen sie sich einen „mutigeren Gesetzgeber". Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. *Stefan Spitzer* konzentriert sich in seinem Beitrag ebenfalls auf die Herausforderungen des Innovationsfonds für die IV. Der Autor stellt die Entwicklungsprozesse dar, beschreibt positive Perspektiven und betont gleiche Wettbewerbschancen für Leistungserbringer und -träger. Der Kassenvertreter *Herbert Rebscher* nimmt im Zuge der solidarischen Wettbewerbsordnung in seinem Beitrag Bezug auf die IV im Hinblick auf die Probleme des selektivvertraglichen Wettbewerbs und nimmt den Standpunkt ein, dass in den komplexen Versorgungszusammenhängen schon viel erreicht wurde, aber erst unter bestimmten Nebenbedingungen ein weiterer „Suchprozess" im Versorgungsgeschehen zu „optimalen Versorgungslösungen" führen kann.

II) Probleme der Player, Kunden und Anbieter

Der zweite Themenblock nimmt die *Probleme der Player, Kunden und Anbieter* im Rahmen der vernetzten Versorgung ins Visier. *Oliver* und *Oana Gröne* lassen in ihrem Beitrag die veränderte Patientenrolle im heutigen Versorgunggeschehen Revue passieren und entwickeln daraus spezielle Argumentationen für eine verbesserte Patienteneinbindung (über ein Drei-Dimensionen-Modell und die Bereiche Ethik, Ergebnisqualität, organisationelles Lernen), um dann Wege zur Messbarkeit von Pa-

tientenbeteiligung darzustellen. *Michael Philippi* konzentriert sich zunächst auf die Frage, warum wir überhaupt ein ineffizientes Wettbewerbsgeschehen mit den bekannten gravierenden Wirkungen für die gesundheitliche Versorgung vorfinden und betont die Hemmnisse und Einflüsse, die „Konkurrenzdenken und Zukunftsangst" forcieren. Aber positive Beispiele der vernetzen Versorgung sind aus seiner Sicht durchaus erkennbar, die von ihm praxisbezogen und detailreich aufgeführt werden. Dennoch lautet sein Fazit: „Die mentalen oder objektiven Barrieren der vernetzten Versorgung in Deutschland sind hoch. Der Handlungsdruck oder die Anreize, diese Barrieren zu überwinden, sind nicht hoch genug."

III) Lösungsansätze der Praxis: Konzepte, Erfolge, Probleme

Mit sieben Beiträgen im dritten Themenblock möchten die Autoren und Autorinnen *Konzepte, Erfolge und Probleme von Lösungsansätzen der Praxis* der vernetzten Versorgung darlegen.

Ein Beispiel für innovative Netzwerke sind Gesundheitsregionen. So zieht *Josef Hilbert* mit seinem Autorenteam eine Zwischenbilanz der Entwicklungen des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR), indem die Autoren im Rahmen der allgemeinen Gesundheitswirtschaft den Fokus auf Wirtschafts-, Struktur-, Technologie- und Arbeitsmarktfragen legen. Sie stellen den Nutzen der engen Zusammenarbeit mit Anwendern aus dem regionalen Versorgungsbereich wie Krankenhäuser, Reha- und Spezialkliniken, Altenpflegeheime, niedergelassene Ärzte sowie ambulante Dienste für die vernetzte Zusammenarbeit heraus. Im Rahmen eines Wettbewerbs des BMBF wurden 2010 und 2011 einige „Gesundheitsregionen der Zukunft" ausgewählt und gefördert. Trotz z. T. gelungener regionaler Clusterarbeit und hohem sektorübergreifenden Engagement in einzelnen Projekten werden kritische Einschätzungen der Umsetzung bestehender Netzwerkstrukturen und ihrer Akteure formuliert. Diese richten sich einerseits auf politische und verwaltungsbezogene Verantwortlichkeiten, nehmen mangelnde Wissens- und Kommunikationskompetenzen in den Netzen mit auf und bezeichnen andererseits sogar die erbrachten Innovationen als „erfolgreiche Rohrkrepierer".

Im Gegensatz dazu kann das Autorenteam um *Helmut Hildebrandt* das Leuchtturmprojekt der schon seit über zehn Jahren positiv entwickelten „Gesundheitswelt Kinzigtal" präsentieren, das einen optimalen vernetzten Versorgungsweg zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Versicherten bzw. Patienten gefunden hat.

Die beschriebenen Prozesse der sehr gut laufenden Versorgungsprogramme und gelungenen Beispiele einer elektronischen wie praktisch-medizinischen Vernetzung, einer Entfaltung personalisierter Gesundheitsberatung und einer Unterstützung von Selbstmanagement, kann nach Meinung der Autoren auch ohne Weiteres auf andere Regionen übertragen werden. Die rechtlichen Gegebenheiten dafür sind nach §§ 140a ff. vorhanden – es fehlen lediglich zur Umsetzung die passenden couragiert Handelnden auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite.

Helge Schumacher und *Alexandra Meyer* folgen mit ihrem Beitrag über Potenziale von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die nun schon seit vielen Jahren einen lohnenswerten Weg zur Forcierung der sektorenübergreifenden Kooperationen darstellen. Nach wie vor bieten MVZ auf der einen Seite nicht nur den dortigen angestellten Ärzten etliche Chancen, sondern sind auch für die Patienten von Vorteil, um Redundanzen von Diagnosen und Therapien zu vermeiden, wenn die zunehmende Entwicklung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität in den Blick genommen wird. Auf der anderen Seite kann mit dieser Versorgungsart sogar in ländlichen Regionen der Erhalt der ambulanten Versorgung aufrechterhalten werden, bzw. die Entscheidung der Anbindung an eine Klinik zum Schnittstellenabbau beitragen. Die Autoren identifizieren aber auch kritische Erfolgskomponenten von MVZ, die sie überwiegend unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten subsummieren.

Auch Praxisnetze sollen helfen, die starren Grenzen zwischen den Sektoren zu überwinden und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, wie das Autorenteam um *Bernhard Gibis* erläutert. 54 Praxisnetze sind inzwischen bundesweit (wenn auch nicht in allen KV-Regionen) sozialrechtlich anerkannt. Damit wird deutlich, dass Verbundbildung und Kooperationsförderung auch als eine steuernde Komponente zur verbesserten Versorgung eingesetzt werden können. Sehr anschaulich zielt der Beitrag darauf ab, welcher Mehrwert hinter der Netzversorgung durch eine Neuorientierungsphase im Zuge der gesetzlichen Entwicklung steckt, welche Vielzahl von Versorgungszielen es zu erreichen gilt und welche Netzwerkstrategien zum Erfolg führen, um einer Diskussion um die Sicherstellung der Versorgung – ggf. sogar in Richtung Etablierung fachbereichs- bzw. versorgungsspezifischer Praxisnetze – standzuhalten.

Um bei den Inhalten der ambulanten Versorgung zu bleiben, konzentriert sich *Gunter Laux* in seinem Beitrag auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV). Das ist ein zukunftsweisender Weg den Patienten mit seinen Bedürfnissen in den Mittel-

punkt zu stellen und die Erfordernisse eines ärztlichen Koordinators, nämlich den Hausarzt, als primärärztlichen Akteur im Versorgungsprozess zu stärken. Der Autor stellt Evaluationsergebnisse der HzV aus Baden-Württemberg vor und bezieht sich auf einen Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) sowie dem MEDI-Verbund. Evaluationen sind in diesem Kontext relevant, um die Versichertenschritte im Hinblick auf Kontakte zu Haus- und Fachärzten, zu Über- und Einweisungen sowie zu Themen der Arzneimittelversorgung zu überprüfen und letztendlich die Behandlungskomplexität im Auge zu behalten. Der Autor kommt trotz einiger methodischer und fehlender inhaltlicher Einschränkungen (keine sozioökonomischen Parameter zur Verfügung) beim Routinedatensatz zu dem Schluss, dass „durch die HZV nicht nur eine qualitativ bessere Versorgung erfolgt, sondern zusätzlich gesundheitsökonomische Vorteile bewirkt werden".

Ein weiterer Lösungsweg der sektorübergreifenden Versorgung bietet das eher schwindende und aus gesundheitsökonomischer Perspektive vernachlässigte Belegarztwesen, dem sich *Ursula Hahn* widmet. Sie benennt eindeutige Vor- und Nachteile dieser Versorgungsalternative aus Patienten-, Ärzte- sowie Kliniksicht und zeigt auf, wie das Belegsystem genau funktioniert, wie beispielhafte Vergütungsstrukturen aussehen und wie das Leistungsspektrum zu erhöhen wäre. Ihre Reformvorschläge gegen eine fehlende politisch-institutionelle Einbettung der Versorgungsform runden den Beitrag ab.

Um darzulegen wie eine Neuorientierung im vernetzten Versorgungssystem prinzipiell gelingen kann, wird zum Schluss ein Ansatz aus der Kinder- und Jugendhilfe diskutiert, den *Stefan Bestmann* „vom Fall zum Feld" nennt und der ganz bewusst gewählt wurde, da er außerhalb der typischen Behandlungsprozesse des Gesundheitswesens liegt. Dabei spielt aus Sicht des Autors eine passende Organisationslogik mit Steuerungs- und Finanzierungssystematiken sowie handlungsmethodischen Vorgehensweisen eine wesentliche Rolle, damit das breite Spektrum an Abläufen von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen im Setting der Sozialen Arbeit Erfolg haben kann. In diesem Kontext wird uns Lesern wieder einmal die Perspektive vor Augen geführt, wie wichtig der Blick über den Tellerrand der eigenen Disziplin und damit konsequenterweise weg von den Eigeninteressen und Interdependenzen ist, hin zur Partizipation und Adressaten- bzw. -Patientengerechtigkeit zu agieren.

Ich hoffe sehr, dass das Buch die Diskussionen des Themas bereichern wird und wünsche mir, dass ihm weitere folgen. Nur so kann eine Fortsetzung der Debatte um eine verbesserte, vernetzte Gesundheitsversorgung im Sinne der Patienten gelingen. Zukünftig wäre es zudem erstrebenswert, den Themenkomplex der Pflegeversorgung nicht unberücksichtigt zu lassen, denn ‚immerhin' sind über die erste Welle des Innovationsfonds vier Projekte genehmigt worden, die sich dem Thema Pflege widmen. In den vorliegenden Beiträgen wurde der Pflegebereich leider nicht explizit einbezogen.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt den beteiligten Autoren und Autorinnen für ihre konstruktive und unkomplizierte Kooperation. Ein Herausgeberwerk dieser Art ist immer auf die Mithilfe der Autoren angewiesen, was sehr professionell verlaufen und damit gut gelungen ist. Dennoch muss betont werden, dass jeder Autor in dieser Publikation seine eigene Position zum Thema wiedergibt. Ebenso danke ich meinem Kollegen Peter Michell-Auli, der bei der Konzeption wertvolle Ideen eingebracht und mich auch sonst unterstützt hat.

Mein Dank richtet sich zudem an den Verlag APOLLON University Press und den Lektorinnen Corinna Dreyer und Franziska Riedel, die das Buch aus Lektoratssicht konsequent und geduldig begleitet, wertvolle Anregungen gegeben haben und denen ein weiter Anteil der technischen Erstellung oblag, den sie insgesamt überzeugend umgesetzt haben.

JOHANNE PUNDT
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen

Literatur

AOK Bundesverband (2016). *Die Mauer muss weg! Die in Deutschland ausgeprägte Abschottung zwischen Kliniken und Praxen ist für Patienten zu gefährlich und für uns alle zu teuer.* Statement von Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2016; AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 29. Februar 2016, Berlin. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/05_statement_gerlach_pk_khr_2016_01_web.pdf (17.01.2017).

Bormann, R. et al. (2013). *Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen.* Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf (07.01.2017).

BT-Drs. – Bundesdrucksache 17/6906 (2011). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG).* http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf (15.02.2017).

BT-Drs. – Bundesdrucksache 18/4095 (2015). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).* http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf (15.02.2017).

Cassel, D. et al. (2006). *Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristige umsetzbare Reformschritte.* http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf (07.01.2017).

Cassel, D./Jacobs, K. (2015). *Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung.* RPG, 21 (3), S. 55–68.

DGTelemed – Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V. (2007). *„Telemedizin - Zukunft der Medizin": Kongress der DGTelemed im November in Berlin.* http://www.dgtelemed.de/de/presse/2007/2007-01-01.php (17.01.2017).

GAPSY – Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste (o. J.). *Rückzugsräume.* http://www.gapsy.de/rueckzugsraeume (07.01.2017).

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (2016a). *Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016.* https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf (06.02.2017).

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016b). *Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 8. April 2016.* https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf (15.02.2017).

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.* http://www.bqs-register140d.de/ (17.01.2017).

Härter, M./Koch-Gromus, U. (2015). *Innovative Versorgungsformen und Modelle der vernetzten Versorgung.* Bundesgesundheitsblatt, 58 (4), S. 341–344. 10.1007/s00103-015-2138-1.

HBS – Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) (2013). *Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen.* https://www.boell.de/sites/default/files/Bericht_Gesundheitskommissionen.pdf (07.01.2017).

Hellmann, W./Eble, S. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsnetze managen. Kooperation erfolgreich steuern.* Köln: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (2016). *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus.* Stuttgart: Schattauer.

Knappschaft (o. J.). *Prosper/proGesund.* https://www.prosper-netz.de/PROSPER/DE/02_Navi/02_Gesundheitsnetze/node.html?__site=PROSPER (07.01.2017).

Köster-Steinebach, I. (2016). *Der Innovationsfonds. Lösung für ein Patientenproblem?* Monitor Gesundheitsforschung, 04, S. 25–26.

IGES (Hrsg.) (2015). *Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Studienbericht für den Verband der Ersatzkassen e.V. Juni 2015.*

Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung.* Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Hans Huber.

Schlenker, R. U. (2015). *Der Innovationsfonds – Chancen und Risiken.* In: Trittin, C. (Hrsg.): Versorgungsforschung: Zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung. Barmer GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 35, Siegburg: Asgard.

Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R (2013). *Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung.* In: Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 106–127.

Straub, C. (2016). *Das Ziel? Eine sektorübergreifende Versorgung.* Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 21 (5), S. 212.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Langfassung.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (06.02.2017).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten (2012). Kurzfassung.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (06.02.2017).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (06.02.2017).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (06.02.2016).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurzf-de03.pdf (06.02.2017).

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001.* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzf-de-01.pdf (15.02.2017).

Valentijn, P. P./Schepman, S. M./Opheij, W./Bruijnzeels, M. A. (2013). *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care.* International Journal of Integrated Care, 13, S. 1–12.

Wambach V./Lindenthal, J. (2015). *Den Kinderschuhen entwachsen – Arztnetze in Deutschland leisten wertvollen Beitrag zur Optimierung der lokalen Versorgungssituation.* Bundesgesundheitsblatt, 58 (4), S.374–382. doi: 10.1007/s00103-015-2119-4 (15.02.2017).

Autoren

Prof. Dr. Volker Amelung

studierte Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule St. Gallen und an der Universität Paris-Dauphine. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Er hat eine Schwerpunktprofessur für internationale Gesundheitssystemforschung an der medizinischen Hochschule Hannover inne und ist als Berater für nationale und internationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Seine Forschungsschwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung. Seit 2007 ist er Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e. V.

Dr. Susanne Armbruster, MPH

1990–1996 Studium der Rechtswissenschaft an den Universitäten München, Salamanca und Würzburg; 1999 Abschluss zur Magistra Public Health an der TU Berlin; Stipendium der DFG; Doktorandin am Graduiertenkolleg „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung" an der TU Berlin, der FU Berlin und der Humboldt Universität Berlin; Promotion zum Doktor der Gesundheitswissenschaften an der Fakultät für Wirtschaft und Management der TU Berlin; seit 2008 Abteilungsleiterin bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dort seit 2010 für „Flexible Versorgungsformen und Patientenorientierung" zuständig.

Prof. Dr. Stefan Bestmann

ist seit 2009 Gastprofessor (halbes Deputat) für Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und seit 2000 in freier Praxis als Sozialarbeitsforscher, Praxisberater und Trainer tätig (www.eins-berlin.de). Seine Schwerpunkte sind Sozialraumorientierte Soziale Arbeit, Partizipation, Lösungsfokussierter Beratungsansatz, Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, Gestaltung von Qualitätsmanagementprozessen und Praxisforschung.

Uwe Borchers, Diplom-Soziologe,

ist geschäftsführender Vorstand des ZIG (Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe in Bielefeld), das im Jahr 1999 als eines der ersten regionalen Unternehmensnetzwerke der Gesundheitswirtschaft gegründet wurde. Er ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e. V. Diverse Lehraufträge und Arbeitsschwerpunkte sind Regionale Clusterentwicklung und Netzwerkmanagement, strategische Organisationsentwicklung, Gesundheitsökonomie und Versorgungsgestaltung.

Prof. Dr. Dieter Cassel

ist Emeritus für Wirtschaftspolitik, Gesundheitsökonom und Beauftragter für Internationale Beziehungen an der Mercator School of Management der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg. Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre in Marburg und München war er von 1971 bis 1977 Ordinarius für Wirtschaftspolitik an der Universität Wuppertal und bis 2007 in Duisburg. Von 2001 bis 2005 war er Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik – sowie von 2004 bis 2015 Mitglied und zuletzt Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des WIdO, Berlin. Seit 2006 ist er Vorsitzender des Kuratoriums der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen. In seinen gesundheitsökonomischen Veröffentlichungen und Gutachten befasst er sich vor allem mit Fragen des Kassen- und Vertragswettbewerbs, der Reform des Risikostrukturausgleichs, der Neuordnung des Arzneimittelmarkts und der nachhaltigen Finanzierung der GKV.

Dr. med. Christian Daxer

ist Gründungsmitglied und Mitglied des Ärztlichen Beirats von Gesundes Kinzigtal. Der Facharzt für HNO-Heilkunde praktiziert nach Stationen an der Universitätsklinik Freiburg sowie dem Bnai Zion Hospital in Haifa (Israel) in eigener Praxis in Gengenbach. Als Mitglied des Medizinischen Qualitätsnetzes – Ärzteinitiative Kinzigtal – hat er die Entwicklung von Gesundes Kinzigtal von Anfang an maßgeblich gefördert.

Dr. med. Bernhard Gibis, MPH,

ist Leiter des Dezernats 4 der KBV (Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur). Nach dem Abschluss der Facharztweiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe machte er den MPH-Abschluss in Hannover. Seit 1998 ist er Mitarbeiter der KBV und hatte mehrjährige Auslandsaufenthalte zu Themen der evidenzbasierten Medizin (insbesondere HTA) und Versorgungsplanung als Mitarbeiter internationaler Forschungseinrichtungen, zuletzt 2007/2008 für die WHO, Regionalbüro Europa (Leitung Health Information Unit). Er ist Mitglied einschlägiger Fachgesellschaften und nimmt Reviewtätigkeit für nationale und internationale Zeitschriften wahr. Seine Schwerpunktthemen sind derzeit kooperative Versorgungsformen und Planungssysteme im Gesundheitswesen.

Dr. phil. Maren Grautmann, MBA,

ist nach ihrer geisteswissenschaftlichen Promotion in der Regionalentwicklung tätig gewesen und hat dort maßgeblich am Aufbau und der Etablierung eines sektorenübergreifenden Gesundheitsclusters mitgewirkt. Parallel erwarb sie einen Abschluss im Health Management (MBA). Nach verschiede-

nen Leitungspositionen in der Gesundheitsbranche berät sie heute Organisationen (u. a. NDGR e. V., www.ndgr.de) zu aktuellen Fragestellungen der Gesundheitsökonomie und ist als Lehrbeauftragte und Moderatorin tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen deutsches Gesundheitssystem, regionale Versorgungsstrukturen, Netzwerkmanagement und Personalmanagement in Gesundheitsunternehmen.

Dr. Oliver Gröne

ist seit 2015 Leiter für Forschung und Entwicklung bei der OptiMedis AG. Er hat 15 Jahre Erfahrung im Feld der Versorgungsforschung. Von 2011 bis 2015 leitete er als Senior Lecturer (Associate Professor) in Health Services Research an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) nationale Verfahren zur Bewertung und Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Vor seinem Ruf an die LSHTM war er von 2007 bis 2011 in leitender Position am Avedis Donabedian Forschungsinstitut der Autonomen Universität in Barcelona (UAB) tätig und von 2000 bis 2007 im WHO Regionalbüro Europa für das Programm „Quality of Health Systems and Services" verantwortlich. Er studierte von 1994 bis 1999 Soziologie und als DAAD Stipendiat von 1999 bis 2000 Gesundheitswissenschaften an der LSHTM. Seine Dissertation in Public Health (Health Services Research) erfolgte an der Universität Pompeu Fabra in Barcelona. Er hat in den letzten Jahren mehrere Millionen Euro Drittmittel für Forschungsprojekte eingeworben. Er hat über 70 Originalarbeiten in internationalen Fachzeitschriften publiziert (> 2.000 Zitierungen, H-index: 25) und ist Mitherausgeber der Fachzeitschriften International Journal for Quality in Health Care und BMC Health Services Research.

Dr. Oana R. Gröne

ist Versorgungsforscherin mit dem Schwerpunkt Gesundheitskompetenzforschung. Nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester hat sie, gefördert durch ein Stipendium der Studienstiftung Rumänien, englische und französische Literatur und Linguistik studiert. Darauf folgten Positionen im Marketing, in der Projektkoordination bei der WHO in Bukarest und in Barcelona, und als Leiterin der Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz" im Rahmen des Netzwerks Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in Katalonien. Sie hat weiterführende Abschlüsse in Kommunikation und Public Relations (MA, ESERP Business School/Queens College Belfast), in Gesundheitswissenschaften (MPH, Universität Pompeu Fabra, Barcelona) und hat ihre Doktorarbeit in der Gesundheitskompetenzforschung, gefördert durch ein Stipendium der London South Bank University, abgeschlossen.

Dr. rer. medic. Ursula Hahn

studierte Volkswirtschaft an der Universität Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf. Die Promotion hat sie im Fach Klinische Epidemiologie an der Technischen Universität Dresden erworben, derzeit habilitiert sie sich an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE). Die wissenschaftlichen Schwerpunkte ihrer Arbeit betreffen klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung in der Augenheilkunde sowie organisatorische Versorgungsforschung an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie ist Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe (www.ocunet.de). Zuvor arbeitete sie als gesundheitspolitische Referentin des Vorstandsvorsitzenden bei der Deutschen Krankenversicherung und als Geschäftsführerin des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands.

Prof. Dr. Josef Hilbert,

Soziologe, promovierte im Bereich Wirtschafts- und Verbändesoziologie, habilitierte sowohl in Berufsbildungsforschung als auch in Gesundheitsökonomie. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts Arbeit und Technik (IAT, www.iat.eu) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bottrop, Recklinghausen, Honorarprofessor an den Fakultäten Medizin und Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum (RUB), Vorstand bei MedEcon-Ruhr, der Gesundheitswirtschaftsinitiative der Metropole Ruhr (www.medeconruhr.de) und Sprecher des Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e. V.) (www.ndgr.de). Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitswirtschaft, insbesondere mit Blick auf innovative Wege der Arbeits- und Versorgungsgestaltung sowie der Regionalentwicklung.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

ist Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal, einem in Deutschland vielbeachtetem „Leuchtturmprojekt" der Integrierten Versorgung. Er ist Vorstand der OptiMedis AG, die weitere Projekte ähnlicher Konzeption betreut. In der Anfangsphase der Integrierten Versorgung war er als Berater maßgeblich an der Entwicklung in Deutschland beteiligt. Sein heutiger Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler Integrierter Vollversorgungssysteme. Er ist Mitglied im Vorstand des Bundesverband Managed Care (BMC) und der International Foundation for Integrated Care (IFIC).

Matthias Hofmann, M. A.,

studierte von 2004 bis 2010 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Soziologie, Medien- und Kommunikationswissenschaften und Volkswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Gesundheitssoziologe und Demografischer Wandel. Seinen Abschluss machte er als Magister Artium. Seit 2011 ist

er Referent bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Dezernat Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur. Seine Themenfelder sind ärztliche Kooperationen (Praxisnetze, MVZ etc.), Entwicklung und Betreuung von Versorgungskonzepten und Sonderverträgen.

Saskia Hynek, M. A.,
ist seit 2011 bei der Gesundes Kinzigtal GmbH tätig. Dort leitet sie die Abteilung für Kommunikation und Information und ist verantwortlich für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing. Zuvor war sie als Referentin für Gesundheit in der Landespolitik Baden-Württemberg sowie in der Karriereberatung der Universität Freiburg tätig.

Prof. Dr. Klaus Jacobs
ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Honorarprofessor an der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Steuern, Finanzen und Sozialpolitik an der Freien Universität Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Berlin. Seit 2002 ist er Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und zugleich Leiter des Forschungsbereichs „Gesundheitspolitik und Systemanalysen". Seit 2011 ist er Honorarprofessor an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Fragen der Organisation und Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeversorgung auf einzel- und gesamtwirtschaftlicher Ebene.

Dr. Ilona Köster-Steinebach
ist promovierte Volkswirtin. Seit 2010 ist sie Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Verbraucherzentrale, Bundesverband, Berlin; zudem sitzt sie als Patientenvertreterin im Innovationsausschuss und im G-BA und hat u. a. ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Qualitätssicherung.

Prof. Dr. Dipl.-Wi.-Inf. Gunter Laux
studierte an der Universität Mannheim Wirtschaftsinformatik mit den Schwerpunkten Datenbanksysteme, Objektorientierte Systementwicklung, Evolutionäre Algorithmen, nichtlineare Optimierungsstrategien sowie Stichproben- und Wahrscheinlichkeitstheorie. Nach seinem Prädikatsexamen 1997 arbeitete er für die Daimler AG in Darmstadt und Aachen sowie für die Bilfinger+Berger AG in Mannheim als Systementwickler. Seit 1999 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Heidel-

berg. 2004 promovierte er zum Dr. sc. hum. Seit 2005 ist er in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg wissenschaftlich tätig, wo er 2010 die Venia Legendi für das Fach Versorgungsforschung erhielt. Seit 2015 ist er außerplanmäßiger Professor für Versorgungsforschung. Einen Schwerpunkt seiner Forschung bildet die angemessene Entwicklung und Nutzung multivariabler parametrischer und nichtparametrischer Analysemethoden für große Stichproben zur Beantwortung von Fragestellungen der Versorgungsforschung.

Alexandra Meyer, B. Sc.,
machte ihr Abitur im Jahr 2013 mit studierte anschließend den Bachelor of Health Communication an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit April 2016 ist sie studentische Hilfskraft des UniversitätsKrebszentrums G-CCC Göttingen. Seit Oktober 2016 studiert sie den Master of Science Health Care Management der Universität Greifswald.

Dipl.-Kfm. Dr. rer. pol. Michael Philippi
machte seinen Abschluss als Diplom-Kaufmann und promovierte anschließend zum Dr. rer. pol. an der Universität zu Köln. Nach mehreren Jahren in der Geschäftsführung einer Unternehmensberatung wechselte er 1995 zu den Sana Kliniken. Auf verschiedene Führungspositionen folgte 2004 die Berufung in die Gesamtleitung des Unternehmens. Von 2008 bis 2016 war er Vorsitzender des Vorstands der Sana Kliniken AG. Seit Ende 2016 ist er Honorarprofessor an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit Anfang 2017 geschäftsführender Gesellschafter der Michael Philippi Healthcare Consulting GmbH, Köln.

Prof. Dr. Johanne Pundt
studierte Soziologie, Ethnologie und Politikwissenschaften an der Freien Universität Berlin und hat 1995 an der Technischen Universität Berlin ein postgraduales Studium zum Master of Public Health abgeschlossen. Anschließend promovierte sie an der Technischen Universität Berlin und war dort wissenschaftliche Koordinatorin und Dozentin für den Modellstudiengang Gesundheitswissenschaften/ Public Health. Weitere Expertise im Studiengangsmanagement erwarb sie als Geschäftsführerin der gesundheitswissenschaftlichen Fernstudiengänge an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2009 ist sie Dekanin des Fachbereichs Gesundheitswirtschaft an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen.

Dr. med. Petra Rambow-Bertram

ist Ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Dipl. Gesundheitsökonomin (BI). Sie hat im Bereich Frühgeborenenmedizin promoviert und wissenschaftlich im Themenfeld Lebensqualität gearbeitet. Sie ist in der Klinikum Region Hannover GmbH (www.krh.eu) für das Kooperationsmanagement verantwortlich und Vorstandsvorsitzende des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Hannover e. V. (www.gesundheitswirtschaft-hannover.de) sowie stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e. V. (NDGR e. V., www.ndgr.de). Ausgehend von ihren leitenden Positionen in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens hat sie Lehraufträge im Schwerpunkt Neue Versorgungsmodelle an mehreren Bildungseinrichtungen.

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

war von 1996 bis 2004 Vorstandsvorsitzender des Verbands der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und von 2004 bis 2016 Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Seit 2017 ist er selbstständig bei der igv-research (Gesellschaft für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung) tätig und ist Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth.

Bianca Schmieder, M. A.,

ist seit 2013 betriebliche Gesundheitsmanagerin und BGM-Netzwerk-Koordinatorin bei der Gesundes Kinzigtal GmbH. Die studierte Gesundheitsförderin ist verantwortlich für das BGM von mehr als zehn Unternehmen mit über 2.500 Beschäftigten in der Region. 2015 nahm sie erfolgreich am „Deutscher BGM Förderpreis“ teil und erhielt den 3. Platz für das Netzwerk „Gesunde Betriebe Kinzigtal“.

Prof. Dr. PH Helge K. Schumacher

fokussiert sich nach einer Bankausbildung und dem Studium der Wirtschaftswissenschaften auf das Feld der Gesundheitsökonomie. Er promovierte zum Dr. of Public Health als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld mit Schwerpunkt in gesundheitssystemischen Fragestellungen. Parallel zudem ist er Referent und Moderator von Zirkeln zu innovativen Versorgungsformen und als freier Mitarbeiter einer gesundheitsökonomischen Beratung tätig. Nach einigen Managementstationen im Bereich der onkologischen Arzneimittelhonorierung war er von 2013 bis 2016 Geschäftsführer des UniversitätsKrebszentrums Göttingen (G-CCC). Seit 2017 ist er bei der Diakovere in Hannover für die Krankenhausprojekte zuständig.

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement sowie Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV). Er ist Mitbegründer der heutigen Praxisklinik Herz und Gefäße und hat eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis in Dresden, wo er seit 1997 Ärztlicher Leiter des Bereichs Elektrophysiologie und Herzschrittmachertherapie und seit 2002 Hauptgeschäftsführer ist. Seit 2003 ist er Mitglied der Arbeitsgruppe „Externe Qualitätssicherung Kardiologie" der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK), seit 2004 Fellow of the European Society of Cardiology (F.E.S.C.) und seit 2015 Fellow of the Heart Rhythm Society (HRS). 2013 erwarb er die Zusatzqualifikationen Spezielle Rhythmologie (Invasive Elektrophysiologie und Aktive Herzrhythmusimplantate) und Interventionelle Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e. V. (DGK). Seit November 2010 ist er Honorarprofessor an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg mit Lehraufgaben auf den Gebieten Medizin und Medizintechnik. Seit 2011 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Janina Stunder, B. A.,

ist studierte Gesundheitsförderin und geprüfte Personalmanagerin (DAM) und seit 2015 Leiterin der Gesundheitsakademie Kinzigtal der Gesundes Kinzigtal GmbH. Sie ist für Fort- und Weiterbildungen von Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie für die an der Gesundheit interessierte Bevölkerung verantwortlich. Als INSEA-Projektleiterin übernimmt sie die Koordination und Organisation der Selbstmanagementkurse in Südbaden und ist auch selbst als INSEA-Kursleiterin aktiv.