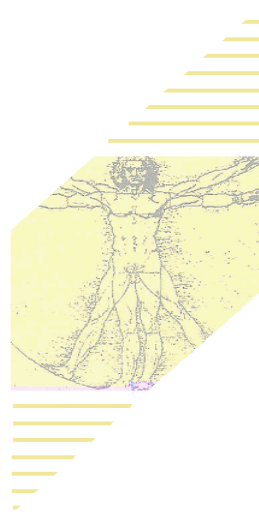


Herbsttagung VKD Landesgruppe Baden-Württemberg  
19. Oktober 2009, Bad Liebenzell  
Prof. Dr. Eveline Häusler  
FH Ludwigshafen



## Selektives Kontrahieren:

## Herausforderungen für Krankenhäuser und Krankenkassen

### Inhalt

1. Begriff
2. Anwendungsbereiche, Sachstand, Tendenzen
3. Beispiel UGOM
4. Bewertung
5. Fazit

## Begriff

Unter selektivem Kontrahieren wird

„... die **bewußte Auswahl des Vertragspartners** aus einer Mehrzahl von Wettbewerbern verstanden ... Der Vertragsschluß hat dabei nicht nur die positive Bedeutung, mit jemandem in Geschäftsbeziehungen zu treten. Er **enthält .. auch** negativ die bewusste **Entscheidung**, mit einem anderen **keine Geschäftsbeziehung** aufzunehmen.“ (Hervorhebungen E.H.)

(Sodan 2004, S. 45)

S3 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Anwendungsbereiche

### Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	Herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modell- vorhaben	Hausarzt- zentrierte Versorgung	Besondere ambulante Versorgung	Integrierte Versorgungs- formen	Strukturierte Behandlungs- programme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63-65	§ 73b	§ 73c	§ 140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebots		X	X		X	X	X
Interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
Sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
<b>Selektives Kontrahieren möglich</b>			X	X	X	X	X <sup>3</sup>
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	X <sup>1</sup>	X		X
Eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
Besondere finanzielle Anreize						X	X
Verpflichtende Evaluation			X				X
Zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die KVen hierzu ermächtigen

2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt

3) Im Prinzip möglich, aber kaum relevant

Quelle: Sachverständigenrat, 2009, S. 660.

## Gescheiterte Anwendungen

- Einzelvertragskompetenz der Krankenkassen nach § 116b SGB V.
  - GKV-WSG hat diesen Leistungsbereich wieder aus der Einzelvertragskompetenz der Krankenkassen herausgenommen, da das Instrument nicht im gewünschten Maße genutzt wurde.
  - Rückkehr zum Kontrahierungszwang bei Krankenhäusern, die im Rahmen der Landesplanung entsprechend ausgewiesen wurden.
- Der Vorschlag „elektiv wird selektiv“ im Rahmen der Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG ist – vorerst ? – gescheitert.

S5      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Sachstand selektive Verträge

- Für Krankenhäuser sind insbesondere von Bedeutung
  - **Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V**
    - Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten sind möglich.
    - Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist auch die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegekräfte (Krankenpflege und Altenpflege) in Modellvorhaben möglich. Nähere Ausgestaltung durch Richtlinie des G-BA steht noch aus.
  - **Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a ff. SGB V**
    - GKV-WSG hat die gesundheitsökonomische Relevanz erhöht. IV-Verträge sollen nunmehr
      - in einer größeren Region die Behandlung einer versorgungsrelevanten „Volkskrankheit“ umfassend organisieren oder
      - in einer kleineren Region das gesamte / ein Großteil des Krankheitsgeschehens abdecken.

S6      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Sachstand selektive Verträge

- Bisher vor allem indikationsbezogene Verträge
  - Beispiel: IV-Verträge zur Hüft-TEP-Versorgung.
- Nur selten sektorenübergreifende Verträge mit Populationsbezug.
  - Beispiel: Gesundes Kinzigtal; UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte.
- Trotz langjähriger Erfahrungen mit Modellvorhaben und IV-Verträgen keine Erkenntnisse über Kosten und Nutzen, da keine Evaluation der Verträge.
- Zahlreiche Vertragskündigungen seitens der Krankenkassen nach Auslaufen der 1%-Anschubfinanzierung deuten darauf hin, daß sich die Verträge nicht aus den jeweils erzielten Einsparungen refinanzieren.

**Gibt es dennoch Grund zur Annahme, daß selektives Kontrahieren ein Modell der Zukunft ist?**

S7      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Tendenzen

**Indiz 1: Ordnungspolitische Tendenz** zur Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen.  
Quelle: Sachverständigenrat 2007, Ziff. 288.

### Entscheidungsebene

Makroebene:

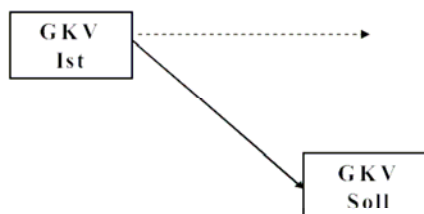
gemeinsames und einheitliches Handeln

Mesoebene:

korporative Vereinbarungen

Mikroebene:

dezentrale Vertragsverhandlungen



Wettbewerbsparameter

Anzahl der Instrumentvariablen von Krankenkassen und Leistungserbringern

S8

## Tendenzen

### ■ Indiz 2: Fundamentale Änderungen der Rahmenbedingungen für den Kassenwettbewerb durch das GKV-WSG.

- Normierung der Einnahmenseite
  - Einheitlicher Beitragssatz und bundeseinheitliche Zuweisungen auf Basis des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
  - Die klassische Versicherungsfunktion erfüllt weitestgehend der Gesundheitsfonds. Hierzu werden die einzelnen Krankenkassen nicht mehr benötigt!
- Normierung der Ausgabenseite
  - Bundesweite Vereinheitlichung der Arzthonorare.
  - Bundes-Basisfallwert(-Korridor) für Krankenhäuser.
- Verzicht auf die Einführung der „Einheitskasse“ nur dann sinnvoll, wenn die Gesundheitspolitik den Krankenkassen andere Funktionen zgedacht hat.
- Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll sich über Versorgungskonzepte vollziehen.

S9 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Tendenzen

- Selektivverträge sind das Instrument, mit denen Krankenkassen die individuellen Versorgungskonzepte realisieren.
- Dabei werden die Krankenkassen verschiedene Ziele verfolgen:

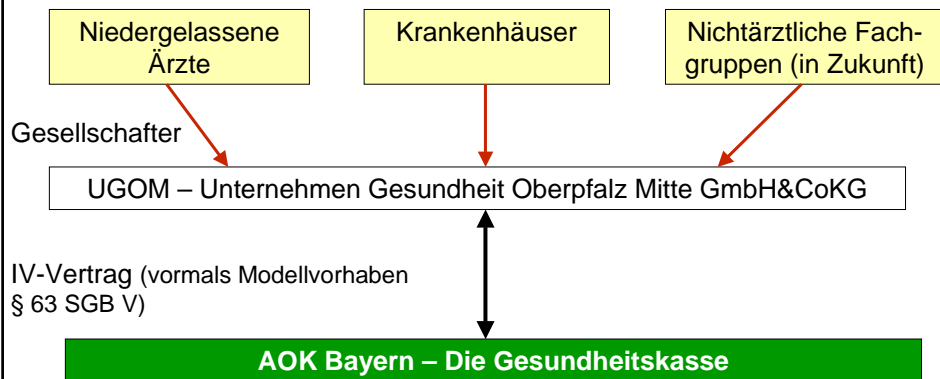
Ziel	Umsetzung
Das Risiko der Einhaltung der Morbi-RSA-Normkosten je Versichertem auf die Leistungserbringer verlagern.	Capitation, sektorenübergreifende Verträge
Definierte Qualitätsstandards vereinbaren.	Qualitätsorientierte Vergütung
In die Steuerung des Versorgungsgeschehens einbezogen sein, um entsprechendes Care Management-Know-How aufbauen.	Vertretensein z.B. in Arzneimittelkommissionen
Gegenüber den Versicherten eine Marke bilden. „Wenn Sie bei uns versichert sind, garantieren wir ein definiertes Versorgungsniveau – egal, von wem Sie sich behandeln lassen.“	Einheitlichkeit der Verträge unabhängig von den beteiligten Leistungserbringern.

S10 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Beispiel: UGOM

### UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH&CoKG

<http://www.ugom.de> und Zeichhardt/Voss 2009, S. 237 ff.



S11 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Beispiel: UGOM

### ■ Inhaltliche Konzeption:

- Einheitliche Standards
  - Zertifizierung aller Gesellschafter.
  - Für die zehn teuersten Indikationen wurden sektorenübergreifende evidenzbasierte Behandlungspfade entwickelt (u.a. Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz, KHK, Rückenschmerz).
  - Die Gesellschafter verpflichten sich im Gesellschaftsvertrag, die verabschiedeten Behandlungspfade anzuwenden.
- Problem für Krankenhäuser: Umsetzung der Verpflichtung bei Therapiefreiheit der ärztlichen Mitarbeiter.
- Koordination IT-Systeme
  - Einheitliche IT-Kommunikationsplattform und eine elektronische Patientenakte.
  - Während eines stationären Aufenthaltes werden der ambulante und der stationäre Teil der Patientenakte über einen Server miteinander verbunden.

S12 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Beispiel: UGOM

- Leistungsbezogene Verteilung der Netzgewinne.
  - UGOM ist an den Einsparungen der AOK Bayern beteiligt.
  - Einsparungen werden durch Vergleich eines „virtuellen kombinierten Budgets“ mit den Ist-Ausgaben errechnet.
  - Netzinterne Verteilungskriterien:
    - mind. 80%-ige Compliance mit der UGOM-Pharmakotherapieleitlinie.
    - Beurteilung durch Patientenbefragung.
    - Beurteilung der medizinischen Kommunikation durch andere Netzärzte.
  - Problem für Krankenhäuser: Inwieweit kompensiert Anteil an Netzgewinnen die entfallenden Umsatzerlöse ? Einsparungen dürften sich neben der abgestimmten Pharmakotherapie v.a. aus dem Rückgang stationärer Einweisungen ergeben.

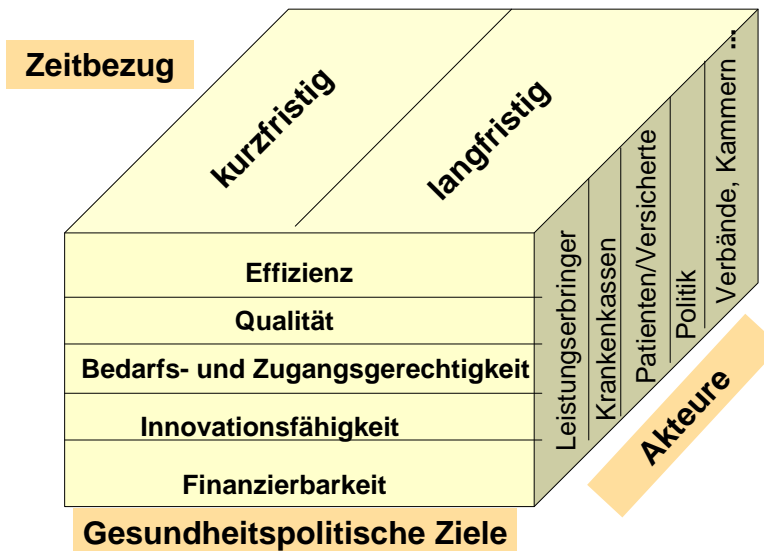
S13      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Beispiel: UGOM

- Versorgungsforschung  
Wissenschaftliche Auswertung der anonymisierten Behandlungs- und Verordnungsdaten.  
  
Erstes Ergebnis: Abgestimmte Pharmakotherapie führte zu Mehrumsatz bestimmter Hersteller. AOK Bayern verhandelte mit diesen Rabattverträge, in denen der nicht entstandene Vertriebsaufwand rabattiert wurde. Die Einsparungen flossen (ganz/teilweise?) UGOM zu.

S14      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Bewertung selektives Kontrahieren



S15 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Herausforderung: Effizienz

### Effizienz

Effizienz der Leistungserstellung	Effizienz der Behandlung	Effizienz des Versorgungssystems
Wirtschaftlichkeit der Produktion einzelner Leistungen.	Wirtschaftlichkeit der Behandlung über den gesamten Behandlungsverlauf.	Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems als solchem.
Pauschale Vergütungssätze setzen Anreize zu wirtschaftlicher Produktion – bei selektiven Verträgen ebenso wie unter Kontrahierungszwang.	+ bei Überwinden von Informations- und Kommunikationsbrüchen an den Sektorengrenzen. + bei Überwinden von Behandlungsbrüchen an den Sektorengrenzen.	+ bei Anreizen zu Prävention statt Kuration. + bei Anreizen zur Optimierung der Behandlung von chronischen Krankheiten, z.B. durch Steigerung Patienten-Compliance. - Transaktionskosten.

S16 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler



## Herausforderung: Qualität

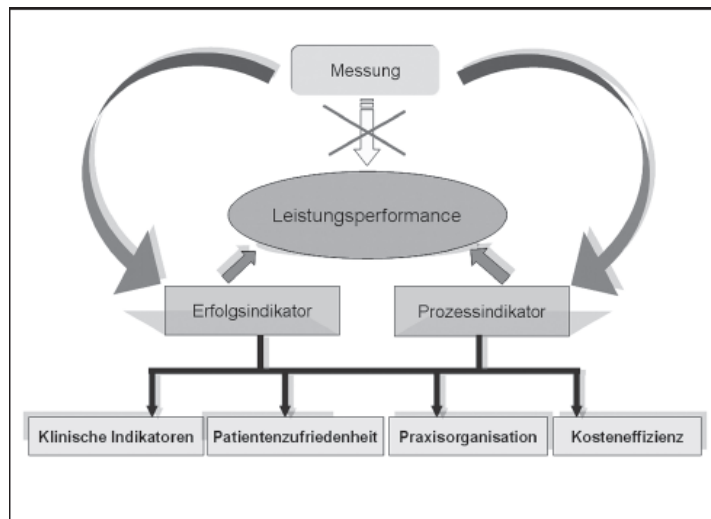
- Gleichförmige Anreize bergen eine Gefahr für die Behandlungsqualität.
  - **Krankenkassen:** Zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages werden „günstige Einkaufspreise“ gegenüber (über-)durchschnittlicher Qualität bevorzugt.
  - **Leistungserbringer:** Je umfassender die übernommene Budgetverantwortung, desto stärker der Anreiz, Leistungen qualitativ und quantitativ zu begrenzen.
- Dem kann entgegengewirkt werden durch:
  - Leistungsbezogene Vergütungsbestandteile im Sinne von „Pay for Performance“.
  - Veröffentlichung von Qualitätsdaten, „Public Disclosure“. Bei sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten idealerweise bezogen auf die gesamte Behandlungskette.

S17 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

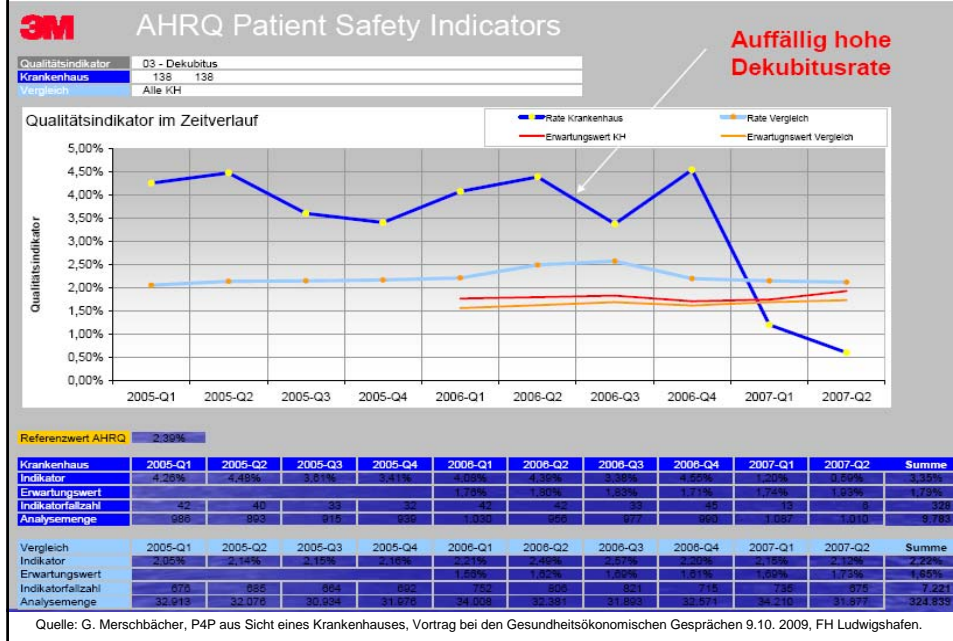
### Messung der Leistungs-Performance

Quelle:  
Jäckel 2009, S. 12.



S18 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Klinische Indikatoren: Beispiel



## Indikatoren: Beispiele

### Weitere klinische Indikatoren

- Impfquoten
- Teilnahmequoten Brustkrebs-/Darmkrebs-Screening
- Überwachung der Nierenfunktion bei Diabetikern

### Praxis-/Prozessorganisation

- Aufbau und Nutzung integrierter IT-Infrastruktur.
- Wartezeiten.
- Nutzung medizinischer Expertensysteme, die auf Risiken aufmerksam machen, z.B. unerwünschte Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, erhöhte LDL-Cholesterinwerte bei Diabetes-Patient.

### Kosteneffizienz

- Gesamtleistungskosten der eingeschriebenen Versicherten
- Stationäre Leistungsfälle der eingeschriebenen Versicherten
- Arbeitsunfähigkeitstage der eingeschriebenen Versicherten

## Pay for Performance

### ■ Probleme der Performancemessung

- Validität der Indikatoren
  - ➡ Entwicklung hochwertiger Indikatoren aufwendig und komplex.
- Rückkopplung auf nicht berücksichtigte Leistungsmerkmale.
  - ➡ Alternierende Festlegung der zu messenden Leistungsmerkmale.
- Zurechenbarkeit auf einzelne Leistungserbringer bei IV.
  - ➡ Festlegung populationsbezogender Ziele.
- Gefahr der Risikoselektion.
  - ➡ Risikoadjustierung notwendig.
- Genauigkeit der Abbildung versus Handhabbarkeit.

S21

Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

### ■ Probleme der Performancebewertung

- Neben dem „**WAS**“ gemessen wird, ist die Frage des „**WIE**“ von entscheidender Bedeutung.  
Wird das Qualitätsziel definiert als
  - **Absolute Zielerreichung**  
Beispiel: Ziel erreicht bei Dekubitusrate von y %.
  - **Relative Zielerreichung**  
Beispiel: Ziel erreicht, wenn unter den x % Besten.
  - **Veränderung im Gegensatz zum Vorjahr**  
Beispiel: Ziel erreicht, wenn Dekubitusrate um z % gesenkt.
  - **Kombination aus diesen Möglichkeiten**

S22

Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

### ■ Anreizwirkung der Messansätze

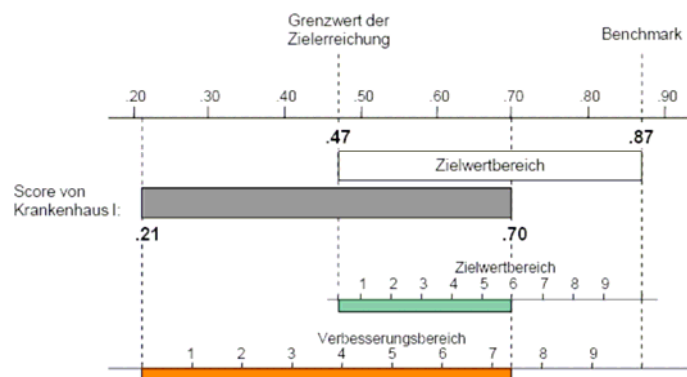
Quelle: In Anlehnung an Amelung/Zahn 2009, S. 27 ff.

Anreiz Methode	positiv	negativ
Absolute Zielerreichung	+ geringe Unsicherheit, da Klarheit über das zu erreichende Ziel.	-geringe Kosteneffizienz, da v.a. die bereits Guten belohnt werden -kein Anreiz die Qualität über die Zielmarke hinaus zu steigern -kein Anreiz für die Leistungserbringer mit geringer Qualität
Relative Zielerreichung	+ löst Wettbewerb unter den Leistungserbringern mit hoher Qualität aus	-Unsicherheit, ob sich die Anstrengungen lohnen werden -geringe Akzeptanz bei Leistungserbringern mit geringer Qualität
Veränderung	+ Anreiz für Leistungserbringer mit geringer Qualität + Klarheit über zu erreichendes Ziel	-Leistungserbringer mit guter Qualität haben weniger Spielraum -höhere Bonuszahlungen für "Schlechtleister" als für "Gutleister"
Kombination	+ Anreize für alle Leistungserbringer	-Komplexität und Kosten steigen

## Pay for Performance

### Beispiel für kombinierte Performancemessung des Centers for Medicare & Medicaid Services

Quelle: zitiert nach Amelung/Zahn 2009, S. 29.



Krankenhaus I erhält: 6 Punkte für die Zielerreichung (points for attainment)  
7 Punkte für die Verbesserung (points for improvement)

S24

Krankenhaus I Score: Maximale Zielerreichung oder Verbesserung = 7 Punkte auf dieser Skala

## Pay for Performance


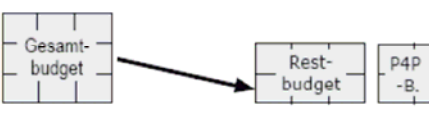

- Eine weitere Frage ist, woher die Mittel kommen, um spürbare Vergütungsanreize zu setzen. Grundsätzlich gibt es drei Alternativen:
  - Zusätzliche Mittel für bessere Leistungen
    - Höhere Ausgaben für die Krankenkassen.
    - Keine Verlierer auf Leistungserbringerseite.
  - Umverteilung
    - Bei Erreichen der Qualitätsziele kann die bisherige Vergütung gehalten oder überschritten werden.
    - Bei Nicht-Erreichen wird die bisherige Vergütung unterschritten.
  - Effizienzsteigerung
    - Setzt sektorenübergreifende Budgetbetrachtung voraus, kann zu Umverteilung zwischen den Sektoren führen.

S25      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

### Alternativen der Mittelallokation

Quelle:  
Jäckel 2009, S. 13.

Finanzierungs- alternative	Mittelallokationsprozess aus Sicht der Leistungserbringer	Ausgaben- belastung
neues Geld: Es werden dem System zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt		Steigerung
Umverteilung: Bestehende Gelder werden neu verteilt		Keine Veränderung
Effizienz- steigerung: Einsparungen durch P4P werden qualitäts- orientiert ausgeschüttet		Keine Veränderung

S26      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

- Effizienzgewinn, der durch einen sektorenübergreifenden integrierten Selektivvertrag erzielt wurde, lässt sich ermitteln als

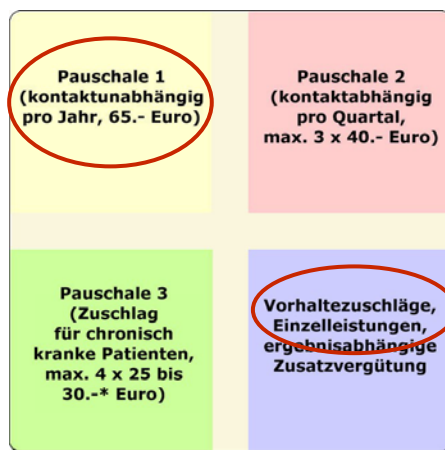
### (Virtuelle) Soll-Leistungskosten - Ist-Leistungskosten

- Aus Krankenhaussicht ist zu beachten:
  - Die Erfahrungen bisheriger integrierter Versorgungsmodelle zeigen, daß Effizienzgewinne insbesondere durch eine abgestimmte Pharmakotherapie und verminderte Krankenhauseinweisungen erreicht werden.
  - Zurückgehende Fallzahlen bewirken bei konstanter Kapazität einen Anstieg der Leerkosten (Fixkostenproblematik).
  - Verteilung der Effizienzgewinne hat dem Rechnung zu tragen – andernfalls ist die Vorhaltung stationärer Kapazität langfristig gefährdet!

S27 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Pay for Performance

- Möglicher Lösungsansatz:
  - Fallzahlunabhängige Performanceindikatoren integrieren.  
Beispiel in Anlehnung an UGOM: Anzahl Patienten, die ein bestimmtes Krankenhaus in ihr persönliches Versorgungsnetz gewählt haben.
  - Ist analoges Vorgehen zum Hausarztvertrag der AOK BW denkbar?



S28 Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

Vertragstext mit Anlagen: [www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/index.html)

## Herausforderung: Bedarfs- und Zugangsgerechtigkeit

### ▪ Bedarfs- und Zugangsgerechtigkeit

- **Risikoselektion:** Anreiz Verträge nicht am objektiven Bedarf der Versicherten auszurichten, sondern so zu gestalten, daß sie für Versicherte mit negativem Deckungsbeitrag unattraktiv sind.
- **Gefährdung der flächendeckenden Versorgung:** Differenzierung der Versorgungsformen kann zu regionalen Differenzen im Versorgungsniveau und der Versorgungsqualität führen. Handlungsbedarf: Qualitatives Monitoring der Versorgung in der Fläche notwendig.
- **Wahlfreiheit der Versicherten:** Die Verhandlungsmacht der Kassen wird wesentlich davon abhängen, inwieweit es ihnen gelingt, die Nachfrage der Versicherten zu den unter Vertrag stehenden Leistungserbringern zu lenken. Inwieweit die freie Arztwahl gehalten werden kann, ist fraglich.
- **Transparenz:** Die Transparenz für die Versicherten geht zurück, da verschiedene Kassen unterschiedliche Versorgungsformen anbieten. Angesichts des demographischen Wandels eine große Herausforderung.

S29

Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Weitere Herausforderung

### ▪ Innovationsfähigkeit

- Versuch der Krankenkassen, Zusatzbeiträge zu verhindern, erschwert innovative Ansätze.
- „First Mover-Renten“ können Krankenkassen erst erzielen, wenn Zusatzbeiträge nicht (nur) als Ausweis unterdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit, sondern überdurchschnittlicher Qualität gesehen werden.
- Evaluation der Verträge ist notwendig, um Informationsbasis für Lerneffekte zu haben

### ▪ Finanzierbarkeit

- Zusatzbeitrag muß positiv belegt werden, ansonsten Gefahr des Wettbewerbs nach unten.
- Steigende Transaktionskosten kompensieren (einen Teil) der Effizienzgewinne.
- Konsolidierung auf Leistungserbringerseite kann langfristig zu steigenden Preisen führen

S30

Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Fazit

- Gestaltung von Versorgungskonzepten durch Selektivverträge wird zu einem wesentlichen Wettbewerbsparameter für Krankenkassen.
- Stärker sektorübergreifende, populationsbezogene Ansätze.
- Starke Position eines Krankenhauses in sektorübergreifenden Versorgungskonzepten schwächte Kassenposition bei zukünftigem „Einkauf“ elektiver Leistungen.
- Fallzahl kommt bei Optimierung der Behandlungsprozesse unter Druck. Welchen „Mehrwert“ kann das Krankenhaus in das Versorgungskonzept einbringen, um angemessen am Effizienzgewinn beteiligt zu werden.
- Transaktionskosten werden steigen.
- Umfassender Beratungsbedarf bei Konzeption der Verträge, Qualitätsmessung, Risikoadjustierung.

**Agieren statt reagieren!**

S31      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler

## Literatur

- Amelung, Volker und Zahn, Thomas** (2009), Pay for Performance: Der Business Case für Qualität?, Berlin
- Jaeckel, Roger** (2009), Pay for Performance, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Heft 09, S. 12-14.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2007), Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, BT-Drucksache 16/6339.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de))
- Sodan, Helge** (2004), Selektives Kontrahieren unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten, in: Wille, Eberhard und Manfred Albring (Hrsg.), Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen?, Frankfurt, S. 45-55.
- Zeichhardt, Rainer und Voss, Hanswerner** (2009), Integrierte Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Hierarchie, Kooperation und Wettbewerb – Der Netzwerkfall UGOM, in: Amelung, Sydow, Windeler (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen, Stuttgart, S. 237-259.

S32      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !



S33      Selektives Kontrahieren, Bad Liebenzell, 19. Oktober 2009 – Prof. Dr. Eveline Häusler