

Einheitlicher Bewertungsmaßstab und intersektorale Versorgung – passt das?

Ursula Hahn

Ambulante Medizin soll Kontinuität in der intersektoralen Versorgung gewährleisten. Dieser Beitrag geht der Frage nach, ob der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zu diesem Anspruch passende Anreize setzt bzw. setzen könnte. Betrachtet werden: die Kooperation zwischen rein ambulant respektive stationär Tätigen, stationäre Versorgung durch Vertragsärzte im Sinne einer gebührenordnungsgebundenen vertikalen Integration und ambulante Versorgung durch Krankenhäuser. Neuere Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung, ihr intersektorales Potential sowie aktuelle gebührenordnungsgebundene Lösungsansätze werden diskutiert.

Ambulante medizinische Versorgung ist in jedem Gesundheitswesen zentral: Nicht nur findet die überwältigende Mehrheit der Arzt-Patienten-Kontakte ambulant statt, auch die abgedeckte Versorgungsbandbreite ist groß. Von dem ambulanten Arzt wird zudem erwartet, dass er Kontinuität zu anderen Versorgungsgebieten und hier speziell bei notwendiger Krankenhausversorgung sicherstellt. Dazu gehört, dass er entweder andere diagnostische, therapeutische bzw. sonst wie versorgungsrelevante Ansätze mitdenkt, den Zugang bahnt, selber das jeweils andere Versorgungsgebiet mit abdeckt und die Ergebnisse bei der ambulanten Behandlung berücksichtigt.

Damit sind die Anforderungen für eine ambulante Gebührenordnung gesteckt: Sie muss neben der auskömmlichen Finanzierung ambulanter medizinischer Leistungen auch integrierende Versorgungsaspekte abbilden. Kooperation bildet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) im Kern nicht ab: Er orientiert sich an dem – berufsrechtlichen – Prinzip der persönlichen Leistungserbringung. Konkret heißt es in I 2.2 des EBM „Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) persönlich erbringt.“ Der Arztvorbehalt des EBM ist Segen und Fluch zugleich. Er dient primär dem Patientenschutz und hat hier auch seine Begründung und Sinnhaftigkeit. Zugleich aber steht er einer integrierenden Versorgung im Wege: Das zeigt sich z.B. an der mühsamen Diskussion rund um Delegation und Substitution und an den angestrebten Versuchen, den Informationsfluss zwischen ambulanten Praxen zu verbessern.

Mangelnde Kooperation zeichnet auch die Übergänge von ambulant nach stationär – jedenfalls soweit die Versorgung in einer Hauptabteilung oder in der Belegabteilung eines anderen Facharztes stattfindet. Das liegt nicht alleine an der fehlenden Ausrichtung des EBM an Kooperation, sondern auch an den Anreizen der für Krankenhäuser maßgeblichen Gebührenordnung, die Diagnosis Related Group (DRG). Die DRG sieht zwar anders als der EBM keine arztzentrierten Leistungsbeschreibungen vor, sie umfasst explizit alle allgemeinen Krankenhausleistungen. Innerhalb des Krankenhausbetriebes gibt es damit mehr Anreize zur kooperativen Versorgung, nach außen ist die stationäre Gebührenordnung aber nicht weniger hermetisch als die ambulante Gebührenordnung.

Für sektorenübergreifende Versorgung durch Vertragsärzte bietet der EBM (eigentlich) eine Lösung

Für den Übergang von ambulant zu stationär sieht der EBM jedoch eine Variante vor, mit der die Kontinuität der Behandlung gewahrt wird: Im Sinne einer vertikalen Integration können ambulant tätige Vertragsärzte als Belegarzt auch stationär tätig werden. Für die Abrechnung von ambulanten und belegärztlichen Leistungen gelten nur jeweils andere EBM Kapitel; die

Leistungsbeschreibungen sind identisch, die Vergütungshöhen unterscheiden sich jedoch. Als Beleger nutzt der Arzt die sachliche, personelle und „Hotel-„Versorgungsinfrastruktur des Krankenhauses, das dafür eine spezielle DRG, die Belegabteilungs-DRG (im Ansatz unter der Hauptabteilungs-DRG) abrechnet (Hahn et al., 2016).

Was in der Theorie nach guter verzahnter ambulanter und stationärer Versorgung klingt, funktioniert in der Praxis zunehmend schlechter. Eine wichtige Limitation des Belegarztwesens ist die artifizielle Leistungsbeschränkung. Nach EBM gilt der sogenannte Erlaubnisvorbehalt – nur gelistete Operationen und Prozeduren dürfen erbracht und abgerechnet werden. Für Leistungsumfang und Abrechnung nach DRG in Hauptabteilungen gilt hingegen der sogenannte Verbotsvorbehalt: die Versorgung kann alles umfassen, was nicht explizit verboten ist. Der Erlaubnisvorbehalt des EBM hat verschiedene paradoxe Versorgungsfolgen: er steht einer Verlagerung von stationär nach ambulant im Wege, selbst wenn die Therapie eigentlich ambulant durchgeführt werden könnte. Denn was nicht im EBM gelistet ist, muss stationär und dann auch nur von einer (teureren) Hauptabteilung erbracht werden (Hahn and Mussinghoff, 2017). Aus dem Blickwinkel des Belegarztes ist der Erlaubnisvorbehalt ein Versorgungshindernis und Wettbewerbsnachteil. Große Belegabteilungen nutzen – soweit sie dazu die Möglichkeit haben – Selektivverträge, um ihren stationären Patienten ein umfassendes Leistungsspektrum bieten zu können. Selektivverträge sind jedoch bekanntlich für alle Beteiligten mit erheblicher Arbeit und entsprechenden Folgen für die Transaktionskosten verbunden.

Eine weitere wichtige Hürde sind die finanziellen Eckdaten sowohl für den Vertragsarzt / Belegarzt als auch für das Krankenhaus (Hahn and Mussinghoff, 2017). Für den Vertragsarzt / Belegarzt spricht aus finanziellem Blickwinkel alles für eine ambulante und gegen eine belegärztliche Versorgung. Eine Auswertung über die 10 häufigsten belegärztlichen stationären Fallpauschalen (Diagnosis Related Group – DRG) zeigt, dass der Vertragsarzt bei belegärztlicher Durchführung 54 % weniger Erlös erhält als bei ambulanter Operation (Hahn and Mussinghoff, 2017). Diese Diskrepanz wird üblicherweise damit argumentiert, dass der Arzt als Beleger die Ausstattung des Krankenhauses nutzt. Das stimmt zwar, ist aber nicht die ganze Wahrheit. Belegärzte haben alle auch ambulante Operationseinrichtungen und da laufen die Kosten weiter, während er im Krankenhaus versorgt. Dazu kommt, dass der Zeitaufwand bei belegärztlicher Versorgung i.d.R. höher ist: Patienten mit stationärem Versorgungsbedarf weisen häufig eine höhere Morbidität auf und der Arzt muss zudem mindestens drei Mal aus den eigenen Räumlichkeiten ins Krankenhaus wechseln (präoperativ, operativ und postoperativ) und sich auf die dortigen anderen Arbeitsabläufe einstellen (Hahn, 2015).

Beide Faktoren – Leistungsbeschränkung und niedrige Honorierung – haben dazu beigetragen, dass viele Vertragsärzte ihre belegärztliche Tätigkeit aufgegeben haben, in der Folge sind die durchschnittliche Fallzahl pro Abteilung wie die Gesamtfallzahl deutlich zurückgegangen (Nagel et al., 2017). In den letzten Jahren wurde das Belegarztwesen – obwohl der Klassiker unter den intersektoralen Versorgungslösungen – von keinem der Selbstverwaltungspartner substantiell unterstützt. Und das, obwohl das Belegarztwesen viele Vorteile vereint – es muss seine Funktionsfähigkeit nicht erst unter Beweis stellen, und es ist gesundheitsökonomisch attraktiv. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben sich in der jüngeren Vergangenheit zwar pro Belegarztwesen ausgesprochen, die notwendige Erweiterung des Leistungsspektrums wurde aber ebenso wenig angegangen wie eine Verbesserung der finanziellen Ausstattung. Aus KV Sicht ist das unter einem Globalbudget durchaus verständlich: Auch wenn belegärztliche Leistungen primär extrabudgetär sind, auf mittlere Sicht werden Kostenträger Ausgabensteigerung nicht tolerieren.

EBM, Krankenhäuser und ambulante Versorgung

Aus Krankenhaussicht ist die Gebührenordnung EBM für eigene ambulante Leistungen eher schwierig: Krankenhäuser sind an das Vergütungsniveau der DRG gewöhnt. Die EBM Vergütungshöhen sind für die komplex aufgestellten und an das DRG Niveau angepassten Krankenhäuser nur schwerlich auskömmlich oder handhabbar (Hahn, 2017). Bei der folgenden Gegenüberstellung geht es ausschließlich darum, einen Eindruck von den Betragshöhen in den jeweiligen Gebührenordnungssystemen zu vermitteln. Die EBM-Gebührenordnungspositionen, mit denen die ambulanten Standardleistungen eines Faches pro Quartal vergütet werden (Grundpauschalen plus Pauschale für fachärztliche Grundversorgung), liegen fachspezifisch für Patienten im Alter zwischen 6 und 59 Jahren zwischen € 11,72 und € 44,32 (1. Quartal 2018). Der Bundesbasisfallwert, der den Aufwand und Erlös eines durchschnittlichen stationären Krankenhausfalls bemisst, lag in 2018 bei € 3.467,30.

Wird das Krankenhaus ambulant tätig, ist der EBM – trotz insuffizienter Höhe – die relevante Gebührenordnung. Die deutlichen Anreize für eine stationäre Durchführung lassen sich entlang der 10 häufigsten belegärztlichen DRG zeigen: „Für das Krankenhaus war die Hauptabteilungs-DRG deutlich attraktiver (im Median € 2.320) als die Belegabteilungs-DRG (im Median € 1.567). Die Mindereinnahme des Krankenhauses bei ambulanter Versorgung im Vergleich zu der in der Hauptabteilung betrug im Median 81 %.“ (Hahn and Mussinghoff, 2017). Die hohen Vergütungsunterschiede für Krankenhäuser (wie auch für Vertragsärzte / Belegärzte s.o.) in Abhängigkeit davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, zeigt auch ein aktuelles Gutachten entlang von ausgewählten Indikationen. Es kommt zu dem Schluss, dass hohe intersektorale Vergütungsunterschiede ein wesentliches Hindernis für eine stärkere Integration darstellen (Albrecht and Al-Abadi, 2018).

Der EBM kommt auch bei Versorgung in krankenhauseigenen MVZ zum Einsatz: „Erwartungen seien „völlig überzogen“ gewesen und „die Schwärmereien von wunderbaren blühenden Landschaften der MVZ ... sich schlicht und einfach nicht realisiert haben“, wird Prof. Philippi in seiner Zeit als Vorsitzender der Sana Kliniken in 2017 zitiert (Laschet, 2017). Die fehlende finanzielle Suffizienz des EBM aus Krankenhaussicht zeigt sich auch bei ambulanter Notfallversorgung: Die in der vertragsärztlichen Versorgung gezahlten Vergütungen bleiben weit hinter dem zurück, was Krankenhäuser an finanziellem Aufwand für die gleiche Leistung berechnet haben (Haas et al., 2015).

Ist nur der EBM schuld?

Es lässt sich trefflich über die Frage streiten, welchen Beitrag eine Gebührenordnung für eine verzahnte Versorgung oder die Versorgungssteuerung spielen kann und soll. Es ist sicher nur eine Stellschraube, aber eine wichtige. Das zeigt sich in allen Facetten der intersektoralen Versorgung. Der EBM begünstigt weder die Kooperation zwischen den unabhängigen Versorgern in Niederlassung und Krankenhaus, noch lässt er Raum für die intersektorale vertikale Integration des Belegarztwesens. Für Krankenhäuser sind nach EBM abzurechnende Leistungen finanziell hoch unattraktiv, das ambulante Engagement bleibt deutlich hinter den Erwartungen zurück (Leber and Wasem, 2016).

Der Schluss liegt nahe, dass es nur eine Korrektur des EBM braucht, um die gewünschte Versorgung zu realisieren. Würde der Leistungsumfang parallel zur Vergütungshöhe aufgebohrt, dann ließen sich die Versorgungsvision einer intersektoralen Verzahnung und mehr Kontinuität in der Behandlung durch Belegärzte und Krankenhäuser realisieren. Aber genau das wird mutmaßlich nicht passieren. Der EBM hat neben der Finanzierung ärztlicher Leistungen eine zweite Agenda: Er ist das wesentliche Instrument der Kostendämpfung. Das gilt nicht nur für veranlasste Leistungen, sondern über das Budget für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung bzw. runtergebrochen für die des einzelnen Arztes und eben

auch für Versorgungs-Add-ons wie die intersektorale vertikale Versorgung. Einer der Gründe, dass der EBM als Vehikel für Kosteneinsparungen erhalten muss, liegt wohl daran, dass Einsparungen hier leichter umzusetzen sind. Selbstredend ist es einfacher, in die Töpfe einiger weniger KV-Gesamtvergütungen zu greifen, als höhere Versicherungsbeiträge zu argumentieren oder die Finanzmittel bei den weit über 1.000 einzelnen Krankenhausbudgets (bei denen zusätzlich die Länder Aktien im Rennen haben) abzuzweigen.

Mit diesem EBM wird die Verlagerung der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung an Krankenhaus-MVZ ein vergleichsweise kleines Phänomen bleiben. Selbstständige vertragsärztliche fachärztliche Einrichtungen stehen für Effizienz und Effektivität: Sie sind besser an das EBM Niveau adaptiert, stehen für ambulant vor stationär, beherrschen die Versorgungskultur des ambulanten Sektors und decken ob ihrer großen Zahl und vielen Leistungsstandorte eher auch ländliche Regionen ab.

Weiterentwicklung der (vertragsärztlichen) Angebotsstrukturen als Chance für mehr Intersektoralität?

Die ambulanten Angebotsstrukturen sind im Umbruch – steigende medizinisch-technische Anforderungen, der Trend zur Anstellung und die hohen Kosten insbesondere für operative medizinische Einheiten sind Triebfedern dieser Entwicklung. Neben den klassischen Praxen etablieren sich Netze und größere Zentren, die traditionelle Homogenität der vertragsärztlichen Versorgung geht immer weiter verloren. Die neuen Strukturen verändern auch die Kooperation an der Grenze von ambulant und stationär. Populationsbasierte Arztnetze – selber oder von KVen organisierte bzw. von professionellen Managementgesellschaften betriebene – spielen eine wachsende Rolle im Leistungsgeschehen (Hildebrandt et al., 2015). Aus der Zusammenarbeit im Netz sollen Synergien und Professionalität erwachsen. Viele arbeiten auch an einer sogenannten Netzakte, so dass alle an der ambulanten und stationären Versorgung Beteiligten als Basis für eine integrierte Versorgung auf eine gemeinsame Dokumentation zurückgreifen können.

Zudem etablieren sich größere Zentren unter einheitlicher Führung rund um eine primär vertragsärztliche Einrichtung (als Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ) oder auch ausgehend von Belegkliniken. In den Zentren arbeiten viele angestellte und selbstständige Ärzte arbeitsteilig und unter einheitlicher und professioneller Leitung zusammen (Leibner, 2018). Aber sie unterscheiden sich auch mit Blick auf die (große) Patientenzahl und die abgedeckte Versorgungstiefe von den traditionellen Belegabteilungen. Diese Zentren haben den Anspruch als Vollversorger und Problemlöser für die nicht chirurgisch tätigen Kollegen – daher bilden sie das stationäre Leistungsspektrum trotz der schlechten Eckdaten für belegärztliche Leistungen mit ab. Die Aufstellung über die Sektorengrenze stand auch Pate bei dem Namensvorschlag Intersektorale Facharztzentren (IFZ) (Hahn, 2017). Nicht unüblich ist, dass ambulante Standorte der Zentren auf dem Gelände des Krankenhauses angesiedelt sind, so dass Patienten von außen oft gar nicht erkennen, wer zum Krankenhaus und wer zum (vertragsärztlichen) intersektoralen Facharztzentrum gehört. Diese Intersektoralen Versorgungszentren kombinieren die Vorteile aus der ambulanten und der stationären Versorgungswelt: als Teil der vertragsärztlichen Versorgung stehen sie für ambulant vor stationär, zugleich leisten sie stationäre Versorgung wie Hauptabteilungen.

Netze und Zentren haben sich in den letzten Jahren weitgehend ohne explizite Förderung im Geltungsbereich des EBM und aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus entwickelt. Nur am Rande sei darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren zudem zahlreiche neue Möglichkeiten der intersektoralen Verzahnung geschaffen hat, die dem EBM nicht oder nur partiell unterworfen sind (Leber, Wasem, 2016), (Jaeckel, 2017). Mit Blick auf Krankenhäuser hat er dabei mehr Fantasie entwickelt: Die überwiegende Zahl der auf intersektorale Versorgung abzielenden Instrumente ist auf Krankenhäuser zugeschnitten (Nagel et al., 2017), (Albrecht and Al-Abadi, 2018), (Sachverständigenrat zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Anders als oft behauptet, sieht das bundesdeutsche System also durchaus zahlreiche Instrumente für intersektorale Versorgung vor.

Die Veränderung der Angebotsstrukturen steht noch ganz am Anfang, die Konsequenzen für Akteure, Versorgung und Verzahnung über die Sektorengrenzen hinweg sind noch gar nicht absehbar. Schon heute erkennbar ist eine Entwicklung weg vom einzelnen Arzt hin zu der Versorgungsorganisation. So fordern die Verbände der Praxisnetze die sogenannte Leistungserbringereigenschaft für Netze – nicht mehr der einzelne Vertragsarzt, sondern der Verbund oder das Zentrum rücken in den Vordergrund. Dieser Trend zu größeren Organisationen öffnet auch Spielraum für alternative Vergütungslösungen: Vorstellbar sind z.B. Pauschalen, die mehr Aspekte als nur die primäre ärztliche Versorgung umfassen.

Lösungsansätze für intersektorale Versorgung sind unterwegs

Weitere Lösungsansätze sind im Werden. Viel passiert auf der Ebene von einzelnen Arztnetzen und Zentren und Kostenträgern im Wege von Selektivverträgen. Die Bandbreite im Detail ist groß, einige Gemeinsamkeiten lassen sich jedoch erkennen. Verträge von Zentren sehen regelhaft Lösungen für die Leistungen vor, die vom EBM nicht abgedeckt werden. Auch Lösungen analog zu dem, was die Techniker Krankenkasse, der Berufsverband der Chirurgen und einige Krankenhäuser für einige ausgewählte Indikationen als Modellvorhaben in Thüringen unter dem Namen Hybrid-DRG erproben, wird auf Zentrumsniveau schon länger umgesetzt. Die Hybrid-DRG ist eine sektorunabhängige Fallpauschale, deren Höhe nicht davon abhängt, ob die Versorgung ambulant oder stationär erbracht wird (Albrecht and Al-Abadi, 2018). Die Entscheidung über das Versorgungssetting fällen Behandler und Patient in Abhängigkeit von den Patientenmerkmalen und dem konkreten Versorgungsbedarf. Die Hybrid-DRG stellt als Mischpreis tatsächlich eine neue intersektorale Qualität dar, sie setzt die alte Forderung nach gleichem Geld für gleiche Leistung um.

Auch die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) weist einen Ausweg aus der künstlichen Leistungsbeschränkung des EBM. Zwar wurde nicht die eigentlich geforderte sektorenübergreifende ASV Gebührenordnung umgesetzt, aber zumindest mit den sogenannten „freien Leistungen“ eine Öffnung des Leistungskatalogs geschaffen. Die freien Leistungen sind im Anhang zur jeweiligen ASV-Indikation aufgeführt und werden – zumindest für eine Übergangszeit – EBM-unabhängig vergütet.

Eine weitere Idee sieht eine Migration der stationären Leistungen von stationären Zentren aus dem EBM in das DRG-System vor. Die Partner einer solchen Lösung sind Krankenhäuser einerseits – sie stellen die nicht-ärztliche Infrastruktur zur Verfügung – und die von den Krankenhäusern unabhängigen Zentren, die die ärztlichen (stationären) Leistungen einbringen. Die Unabhängigkeit der beiden Partner ist Voraussetzung, um die Vorteile der ambulanten Versorgungskultur zu nutzen. Beide Partner rechnen ihre Leistungen jeweils getrennt voneinander nach DRG gegenüber dem Kostenträger ab, die Quoten nach Leistungsumfang können sich dabei z.B. an der Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) orientieren.

Anders als die oft dogmatisch geführte Diskussion suggeriert, entwickeln sich die intersektoralen Versorgungsstrukturen weiter. Flankierend dazu werden Gebührenordnungslösungen erprobt, die die Limitationen des EBM überwinden. Eine notwendige Entwicklung, denn der EBM bringt für Kooperation und Integration nicht die richtigen Voraussetzungen mit.

Fazit

Die primär ambulante Gebührenordnung Einheitliche Bewertungsmaßstab bietet keine Ansatzpunkte für eine stärkere Verzahnung der Versorgungssektoren: Der Arztvorbehalt wirkt der Kooperation zwischen den Sektoren entgegen, die vertikale Integration beim Belegarztwesen wird durch den unzureichenden Leistungsumfang und (stationäre) Finanzierung behindert, die (Miss)Nutzung des EBM als Kostendämpfungsinstrument bedingt aus Sicht von Krankenhäuser inadäquate (ambulante) Vergütungshöhen.

Auch ohne Förderung der Intersektoralität durch den EBM, haben sich in seinem Geltungsbereich Praxisnetze und größere Facharztzentren mit intersektorialem Versorgungsangebot herausgebildet. Diese Strukturen waren und sind auf selektivvertragliche Regelungen angewiesen. Parallel zu diesen Angebotsstrukturen aber auch im Zuge von via Gesetzgebung eingeführten neuen intersektoralen Versorgungsstrukturen entwickeln sich Gebührenordnungsansätze, die eher geeignet sind, ambulante und stationäre Versorgung zu integrieren.

- ALBRECHT, M. & AL-ABADI, T. 2018. Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen; Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen. *IGES Gutachten*. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI),.
- HAAS, C., LARBIG, M., SCHÖPKE, T., LÜBKE-NABERHAUS, K.-D., SCHMIDT, C., BRACHMANN, M. & DODT, C. 2015. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. *In: MANAGEMENT CONSULT KESTERMANN GMBH (MCK) & DEUTSCHE GESELLSCHAFT INTERDISZIPLINÄRE NOTFALL- UND AKUTMEDIZIN E. V. (DGINA) (eds.)*. Hamburg.
- HAHN, U. 2015. Belegärztliche Fallzahlen seit 2005 und Determinanten deren Entwicklung. *In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE, D. (ed.) Abstractbuch zur 7. Jahrestagung der dggö 2015*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- HAHN, U. 2017. Intersektorale Versorgung: win win Kooperation. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 1/2017, 42-44.
- HAHN, U. & MUSSINGHOFF, P. 2017. Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2017, 244-254.
- HAHN, U., SCHALKHÄUSER, K., NEUMANN, A., MUSSINGHOFF, P. & SCHMICKLER, S. 2016. Fall-, Betten- und Arztlzahlen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 – Entwicklung und Einflussfaktoren für Entwicklung des Belegarztwesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 21, 30-39.
- HILDEBRANDT, H., PIMPERL, A., SCHULTE, T., HERMANN, C., RIEDEL, H., SCHUBERT, I., KOSTER, I., SIEGEL, A. & WETZEL, M. 2015. Triple Aim - Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal - Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 58, 383-92.
- JAECKEL, R. 2017. Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017: Meinungen, Positionen, Handlungsfelder. *ImpliconPLUS*, 08/2017.
- LASCHET, H. 2017. Medizinische Versorgungszentren: Apokalypse durch MVZ? Die hat es nicht gegeben. *Ärzte Zeitung*, 2.11.2017.
- LEBER, W.-D. & WASEM, J. 2016. Ambulant im Krankenhaus. *In: KLAUBER, J., GERAEDTS, M., FRIEDRICH, J. & WASEM, J. (eds.) Krankenhaus-Report; Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Berlin, Witten, Essen: Schatterauer.

- LEIBNER, M. 2018. Erste Ergebnisse aus dem MVZ-Panel für 2016. *In: DEUTSCHLAND, Z. F. D. K. V. I. D. B. (ed.) Fachinformation* Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- NAGEL, E., NEUKIRCH, B., SCHMID, A. & SCHULTE, G. 2017. Gutachten: Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung Deutschlands. *In: DEUTSCHLAND, Z. F. D. K. V. I. D. B. (ed.)*.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. *In: GESUNDHEITSWESEN, S. Z. B. D. E. I. (ed.) Sondergutachten 2012*. Bonn.