

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 167-183



12	Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze	167
	<i>Helmut Hildebrandt, Oliver Gröne, Alexander Pimperl, Ulf Werner und Birgit Huber</i>	
12.1	Die Qualitätssicherung wird zunehmend integriert	168
12.2	Vergütung: Value und nicht Volume honorieren.....	169
12.3	Ein Geschäftsmodell für regionale Versorgungssysteme	171
12.4	Beispiele, die uns einen Weg weisen können	173
12.4.1	Gesundes Kinzigtal: ein regionales Vollversorgungssystem und eine Option für die Anbindung eines regional beherrschenden Krankenhauses	174
12.4.2	Ein Krankenhaus als Motor einer Integrierten Versorgung in einem Teil von Hannover	176
12.4.3	Ein Krankenhaussystem trägt die Verantwortung für die Gesamtversorgung: Ribera Salud (Alzira) in Spanien	178
12.4.4	Ein Krankenhausträger entwickelt eine Vollversorgungslösung mit Netzen von Niedergelassenen im NHS: Imperial Health Alliance in London	178
12.4.5	Krankenhausträger und die ACO-Bewegung in den USA	179
12.5	Ausblick	181

12 Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze

Helmut Hildebrandt, Oliver Gröne, Alexander Pimperl, Ulf Werner und Birgit Huber

Abstract

Die demografischen Veränderungen und die verbesserten Möglichkeiten der Medizin werden dafür sorgen, dass der Druck auf die Krankenkassen und die Politik größer wird, die Vergütung von der Ausrichtung auf die Einzelleistung weiterzuentwickeln auf die Vergütung nach dem erzielten Outcome. Letzteres wird befördert durch die steigende Qualität und Verfügbarkeit der dafür benötigten Gesundheitsdaten und area indicators. International wird in diesem Kontext von dem Trend zu „value-based health care“ gesprochen. Da das Outcome und der Gesundheitsnutzen für eine Population aber durch eine rein krankenhausesseitige Intervention nur zu einem Bruchteil definiert werden kann, entsteht zwangsläufig ein Trend, dass sich Krankenhäuser zu integrierten regionalen Versorgungssystemen und -trägern weiterentwickeln müssen. Für Krankenhäuser stellen sich dabei große Herausforderungen in der Veränderung ihrer Organisationsweise und ihrem Mind-Set. Zusätzlich können sie, müssen aber nicht in solchen Systemen eine führende Rolle einnehmen. Ohne aktives Engagement durch Krankenhäuser könnten durchaus auch andere Akteure in solchen Integrierten Versorgungssystemen den Lead übernehmen. Die Autoren legen im Folgenden diese Argumentation unter Verwendung von Beispielen dar.

Demographic changes and new medical technologies increase the pressure on health insurance funds and health policy makers to improve the alignment of reimbursement systems with the overall outcomes produced by health care. This trend is further supported by the increasing availability of health indicators at different levels of granularity, from the system level over areas to individual institutions. Internationally, such approaches are referred to as value-based health care. Since the overall patient outcomes – or the value created by health care – depend on hospital services only to a small extent, a consequence of value-based health care is that hospital must develop into integrated health care provision systems at a regional level. In this context, hospitals are faced with a number of major challenges, including organizational and cultural changes, in which they may, but not necessarily need to, assume the leading role as a system integrator. The authors present this case illustrated by practical examples.

12.1 Die Qualitätssicherung wird zunehmend integriert

Die Diskussion über die Qualität von Krankenhäusern ist heute noch weitgehend beherrscht von der Betrachtung der Qualitätsdimensionen, die innerhalb der Zeit des Krankenhausaufenthalts für den Patienten analysiert werden können. Ein Blick in die Zukunft zeigt aber, dass Krankenhausqualität in wenigen Jahren nicht mehr nur eine gute Struktur- und Prozessqualität innerhalb des Hauses, sondern unter dem Gesichtspunkt Ergebnisqualität auch die abgestimmte Zusammenarbeit mit einem Netzwerk von ambulanten Partnern voraussetzen wird. Der Gesetzgeber und die Krankenkassen als „Käufer“ der Krankenhausleistung im Dreieck zwischen Patient, Kasse und Krankenhaus haben ihre Anforderungen bereits erhöht und werden diese aller Wahrscheinlichkeit nach in Zukunft noch weiter forcieren.

In Deutschland hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits im Jahr 2010 eine Richtlinie zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erlassen, die im Mai 2016 novelliert wurde. Darin heißt es über die einrichtungs- und sektorübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung: „Diese haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken. Durch die sektorenübergreifende Betrachtung wird ein kontinuierlicher Qualitätsentwicklungsprozess eingeleitet.“ (G-BA 2015)

Der G-BA hat hierzu die Entwicklung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) beauftragt, u. a. zu Kataraktoperationen (Augenoperation bei grauem Star), Konisation (gynäkologischer Eingriff), Perkutaner Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, Kolorektalem Karzinom, Arthroskopie am Kniegelenk, Hüft- und Knieendoprothesenversorgung (G-BA 2014). Mit der Entwicklung der sektorübergreifenden QS-Verfahren ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Dieses meldete im April 2016, die erste sektorenübergreifende Patientenbefragung für Herzkatheter-Interventionen (PCI) als Teil der verpflichtenden QS-Verfahren entwickelt zu haben. Das QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (PCI) ist sowohl für niedergelassene Fachärzte als auch für Krankenhäuser verpflichtend. „Diese Qualitätsvergleiche waren bisher hauptsächlich für die Krankenhäuser verpflichtend. Seit 1. Januar 2016 ist mit einem Verfahren zu Herzkathetern auch erstmals der Bereich niedergelassener Ärzte einbezogen“ (IQTIG 2016).

Die Be- und Auswertung der Verfahren obliegt grundsätzlich Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), die dies an Fachkommissionen delegieren sollen. Werden Auffälligkeiten festgestellt, wird den Leistungserbringern Gelegenheit gegeben, hierzu Stellung zu nehmen. Können die Auffälligkeiten im Rahmen dieses Dialogs nicht aufgeklärt werden, kann die LAG geeignete Maßnahmen einleiten, die mit den Leistungserbringern in einer Vereinbarung beschlossen werden. Dies können sein: die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien oder Qualitätszirkeln, die Implementierung von Behandlungspfaden oder Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien sowie die Durchführung von Audits oder Peer Reviews. Werden die in der Vereinbarung getroffenen Maßnahmen nicht erfüllt oder bleiben schwerwiegende Auffälligkeiten bestehen, drohen den Leistungserbringern Vergü-

tungsabschläge oder die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung (G-BA 2015).

Neben diesen legislativen Maßnahmen gibt es auch Modellversuche seitens der Krankenkassen. So hat der AOK-Bundesverband bereits vor mehr als zehn Jahren im Rahmen des Projekts „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) mit der Qualitätsmessung durch Routinedaten begonnen. Das QSR-Verfahren ermöglicht eine fallübergreifende Analyse von Abrechnungsdaten aus Kliniken in Verbindung mit weiteren administrativen Versichertendaten. „Im QSR-Verfahren wird nicht das gesamte Leistungsspektrum einer Klinik beurteilt, vielmehr werden bestimmte Leistungsbereiche definiert und innerhalb dieser Leistungsbereiche Indikatoren für die Ergebnisqualität analysiert. Die gewählte Längsschnittperspektive erlaubt es, auch Ergebnisindikatoren außerhalb des eigentlichen Klinikaufenthaltes wie z. B. die Sterblichkeit nach 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr sowie komplikationsbedingte Wiederaufnahmen zu analysieren“, heißt es auf der QSR-Website (QSR 2016).

Diese Entwicklung in Deutschland wird flankiert von internationalen Trends (vgl. Porter und Lee 2013). Die sektorenübergreifende Qualitätsmessung ist dabei im angelsächsischen Ausland z. T. schon weiterentwickelt. So bieten die nationalen klinischen Qualitätsaudits (National Clinical Audit) im englischen National Health System (NHS) eine Bewertung des gesamten Behandlungspfades. In der Krebsversorgung schließt dies z. B. die Diagnose beim Hausarzt, Facharzt Diagnostik (mit Informationen zu Art und Schnelligkeit der Überweisung), onkologische Therapie, Chirurgie und schließlich die palliative Behandlung ein. Eine entscheidende Erkenntnis, die sich wiederholt bei der Analyse der Daten ergibt, ist, dass wesentliche Potenziale zur Qualitätsverbesserung nicht innerhalb der Institutionen zu finden sind, sondern zwischen ihnen, z. B. durch einen besseren Zugang zum Facharzt, eine schnellere Überweisung des Patienten in das Krankenhaus, eine multidisziplinäre Therapieplanung, an der Fachzentren beteiligt sind, und eine bessere Koordination der Pflege oder sonstiger Nachbehandlung im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus (Chadwick et al. 2015; Chadwick et al. 2016; Taylor et al. 2016).

12.2 Vergütung: Value und nicht Volume honorieren

Im Arzneimittelsektor wurde es vorgemacht: Der Preis eines neuen Arzneimittels wird nach einem komplexen Verfahren ermittelt, indem der Zusatznutzen eines Wirkstoffs gegenüber der Standardtherapie ermittelt wird. Auch die ambulante wie stationäre Versorgungsleistung wird sich mittelfristig auf den erbrachten Zusatznutzen beziehen müssen. Nur ist diese Messung ungleich schwieriger. Es stellt sich die Frage, welches der Wertbeitrag des Krankenhauses ist. Dieser ist nur zu einem kleinen Anteil getrennt von der Gesamtbehandlung und dem Management der Erkrankung zu erheben, außerdem ist er nicht individuell, sondern nur auf ganze Populationen zu messen. In der Mehrzahl der Fälle ist der Wertbeitrag in hohem Maße abhängig von Faktoren, die durch das Krankenhaus in der gegenwärtigen Form kaum zu kontrollieren sind, z. B. die Gesundheitskompetenz der Patienten, das Vorhan-

densein einer hochwertigen Primärversorgung vor dem Eintritt ins Krankenhaus, genauso aber auch die entsprechend hochwertige Anschlussversorgung und die Aktivierung und Unterstützung der Patienten für das größtmögliche Adhärenzpotenzial (Patienten-Empowerment). Regionale Versorgungssysteme, die sich auf die bestmögliche Kontrolle derartiger Faktoren ausrichten und damit höhere Wertbeiträge zugunsten der Kostenträger generieren können, werden sich am Markt besser behaupten können als einzelne in ihrem Sektor ge- und befangene Einrichtungen. Für die Kostenträger ist es mittelfristig einfacher, value-basierte Vergütungen für ganze regionale Populationen zu vereinbaren als sektorale Vergütungen für den Einzelfall.

Wie meist in Entwicklungsprozessen ist die erste Phase von Suchbewegungen geprägt, die nur erahnen lassen, wo der Trend hingeht, so auch in unserem Fall. Krankenkassenseitig wird über qualitäts- und ergebnisorientierte Zu- und Abschläge für die Krankenhausbehandlung und das durch sie produzierte Ergebnis innerhalb des anschließenden Jahres diskutiert, die Krankenhäuser wiederum bemühen sich um den Nachweis, dass sie bei den immer kürzer werdenden Verweildauern nur zu einem geringen Teil das Ergebnis beeinflussen können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kritisierte das Krankenhausstrukturgesetz im Jahr 2015: Wer mehr Qualität durch weniger Geld und Personal fordere, verweigere sich der Zukunft. Ein völlig falscher Ansatz sei der Versuch, die Krankenhäuser in „gute“ und „schlechte“ einzuteilen, um mit dem absolut unausgereiften Instrument von Qualitätsabschlägen sanktionieren zu wollen (DKG 2015). Andere wiederum diskutieren auf dem Weg weg von der kaum fair zu vergütenden Einzelintervention über die qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung von Krankheitsepisoden (Porter und Guth 2012). Die Politik gründet mit dem im Juni 2014 verabschiedeten GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) das oben bereits erwähnte IQTIG mit der Aufgabe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Mit einem sehr fundierten und umfassenden Ansatz wiederum beleuchtet Matthias Schrappe in seinem Gutachten „Qualität 2030“ das Thema. Er kritisiert an der bisherigen Qualitätssicherungsdiskussion, sie lasse es an der Betrachtung der zukünftigen Anforderungen einer alternden Gesellschaft fehlen, ihr fehle der Patientenbezug und sie sei sogar in der Behauptung der transsektoralen Bestrebungen noch sektoral. Er fordert, dass „... die Entwicklung jetzt zügig und vorrangig eine regionale und Populations-Perspektive einnehmen [sollte], die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (z. B. durch area-Indikatoren) in den Vordergrund stellt. Hierzu gehört auch eine populationsbezogene (und nicht anbieterorientierte) Bedarfsplanung“ (Schrappe 2014).

Für das einzelne Krankenhaus und den einzelnen Krankenhausträger ist diese Diskussion schwer einzuschätzen. Sie ist einerseits zukunftsbezogen, andererseits aber in einzelnen Aspekten auch schon gegenwärtig; gleichzeitig fehlt aber eine dezidierte Richtungsweisung durch die Politik, die Unsicherheit ist deshalb groß und das „Weiter so“ ist damit schnell erst einmal die vorherrschende Devise.

Die Verfasser vertreten die Auffassung, dass sich als die wahrscheinlichste Richtung die der populationsbezogenen Vergütung des Wertbeitrags von regionalen Systemen national wie international durchsetzen wird. Erst in der Aggregation über entsprechende Fallzahlen kann die Variation der Ergebnisse der jeweiligen Einzelfälle sinnvoll verglichen werden, erst im regionalen Vergleich können die Varianz

(und Angemessenheit) von Eingriffen an der Hüfte und ihre Ergebnisse sinnvoll analysiert und erst in der Bündelung die zufallsbedingte Volatilität von Einzelschicksalen zugunsten einer Belohnung des Anbieters für seinen Wertbeitrag fair berechnet werden. Rückversicherer empfehlen zur Vermeidung dieser Zufallseffekte eine Größenordnung von zumindest 20 000 Menschen bei relativ wenig selektierten Populationen. Hier entstehen noch gewisse Schwankungsdifferenzen, die sich durch Aggregated-Risk-Berechnungen und entsprechende Rückversicherungen weitgehend beherrschen lassen.¹

Eine Ergänzung sei hier noch betont: Neben den oben beschriebenen sektorenübergreifenden Verfahren der Bewertung klinischer Ergebnisse wird auch eine Bewertung des Gesundheitsnutzens aus Patientensicht anhand von sogenannten Patient-reported Outcomes erfolgen müssen. Denn nicht alle Qualitätsdimensionen lassen sich durch GKV-Routinedaten erfassen.

12.3 Ein Geschäftsmodell für regionale Versorgungssysteme

Schon die Vorstellung von regionalen Versorgungssystemen und wie sie sich in das gegenwärtige System einfügen könnten fällt schwer – so stark erscheinen die über Jahrhunderte hinweg ausgebildeten sektorisierten Institutionen mitsamt ihren Vergütungssystemen. Und dennoch zeigen sich vielfältige Bewegungen. So versuchen Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte in ihre IT-Systeme zu integrieren, ambulante Einrichtungen entwickeln Versorgungsleistungen, die bisher nur stationären vorbehalten waren. Krankenhäuser übernehmen wiederum Aufgaben der ambulanten Versorgung und etablieren Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder – wie Erfahrungen u. a. in den USA zeigen – sogar voll integrierte Versorgungssysteme, die so weit gehen, dass sie sogar voll oder teilweise die Kostenträgerrolle in ihr Gesamtunternehmen aufnehmen, z. B. das Henry Ford Health System oder das Geisinger Health System. Vormals gänzlich Unbeteiligte wiederum attackieren mit disruptiven Innovationen die bestehenden Anbieterstrukturen, sei es über neu entwickelte digitale App-Lösungen und völlig neuartige Geschäftsmodelle oder sei es über Systempartnerschaften, in denen Medizingerätehersteller die Prozesssteuerung von ganzen OP-Trakten übernehmen – die „Neue Unübersichtlichkeit“ allerorten. Kann in einem solch vielschichtigen Markt ein Systemträger für eine ganze Population, ihre Versorgung und ihre Gesamtkosten Verantwortung übernehmen?

Was sind nun die wichtigsten Herausforderungen und konstituierenden Bedingungen für ein Konzept für regionale Versorgungssysteme mit Outcome-orientierter Vergütung?

- Das Geschäftsmodell muss für alle Beteiligten stimmig sein: Ob es von Niedergelassenen, von einem Krankenhaus, von einer Patientenorganisation, von einer Kommune, von einem national/international operierenden Unternehmen oder von Teil-Partnerschaften aus dem Kreis obiger Interessenten betrieben wird, es

¹ Persönliche Mitteilung durch einen Vertreter von Swiss Re, Münchener Rück und AON. Die Angaben bestätigen sich auch in den Ergebnisberechnungen von *Gesundes Kinzigtal* über die inzwischen neun gemessenen Jahre bei einer Populationsgröße von heute ca. 33 000 Versicherten.

hat eine Konstante: Es muss zumindest hypothetisch einen höheren Ertrag als im gegenwärtigen System ermöglichen, sonst wird niemand einen Anreiz haben, die bisherigen ertragbringenden Optionen zu verlassen. Die internationale gesundheitswissenschaftliche Literatur ist voll von nachgewiesenen Möglichkeiten der Versorgungs- und Outcomeverbesserung, z. B. das Chronic Care Model (Coleman et al. 2009) Selbstmanagementprogramme (Hibbard und Green 2013) oder Entlassmanagement zur Vermeidung von Wiedereinweisungen (Naylor et al. 2011). Ein Modell, das z. B. Krankenkassen eine einprozentige Ergebnisverbesserung (Differenz Zuweisungen zu Gesamtkosten) für die Gesamtpopulation einer Region gegenüber den Status quo ante für die nächsten zehn Jahre garantiert, sollte für die Betreiber wie für die Kassen ein solches Geschäftsmodell darstellen. Die Kassen wären aus dem Risiko für Kostensteigerungen über der Wachstumsquote der Zuweisungen heraus, die Betreiber müssten ihre Intelligenz und ihre Produktion auf die Gesundheitsproduktion ausrichten. Zentral wäre dabei die Übernahme der Verantwortung für alle Versicherten der Krankenkasse in einer Region, da ansonsten über Risikoselektionen der Beeinflussung des Ergebnisses Tür und Tor geöffnet wäre.

- Die bestehende Vielfalt von Anbietern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen und der freie Wettbewerb müssen weiterhin gewährleistet sein. Als Nebenbedingung müsste gelten, dass weiterhin jeder Anbieter im regionalen Markt tätig sein kann, d. h., dass der regional verantwortliche Integrierte Versorgungsbetreiber auch die Kosten derjenigen Anbieter mithilfe des Outcome-Schirms verantwortet, die mit ihm keine Vertragsbeziehung eingegangen sind.² Die Managed-Care-Erfahrungen in den USA und indirekt auch in der Schweiz haben gezeigt, dass die Bevölkerung restriktive Modelle über die Zeit abwählt und stattdessen wettbewerbliche Lösungen mit einer Freiheit der Arzt- und Krankenhauswahl bevorzugt. Schon auch aus kartellrechtlichen Erwägungen müsste einer solchen Lösung der Vorzug gegeben werden. Dies heißt allerdings nicht, dass sich nicht in einer Region ein Betreiber finden kann, der dennoch für die Gesamtversorgung bereit ist, die Verantwortung über alle Versicherten hinweg zu übernehmen. Er kann dies dann tun, wenn er davon überzeugt ist, dass er zumindest einen hinreichenden Anteil von Leistungserbringern zu Partnern machen kann, die mit ihm an einem optimierten Versorgungsmodell arbeiten. Hinreichend in dem Sinne, dass mit diesem Anteil das ökonomische Erfolgsversprechen eingelöst werden kann.
- Eine elektronische Vernetzung ist unabdingbar: Ohne elektronische Vernetzung eines hinreichenden Anteils der Leistungserbringer ist die Optimierung des Informationsflusses, die Vermeidung von Doppelmedikationen bzw. Interaktionsproblemen und die bessere Zielsteuerung der unterschiedlichen Leistungserbringer bei chronisch Kranken nahezu ausgeschlossen. Elektronische Vernetzung meint eine praxisüber-

² Die wirtschaftliche Verantwortung der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ gilt beispielsweise für die Gesamtkosten aller Versicherten der beiden Krankenkassen AOK und SVLFG (vormals LKK Baden-Württemberg) im Kinzigtal und bezieht sich nicht nur auf die Versicherten und die Leistungserbringer, die sich in die Integrierte Versorgung eingeschrieben haben bzw. sich daran vertraglich beteiligen. Dieser Aspekt ist zentral, um für die Krankenkassen Risikoselektionseffekte auszuschließen. Damit wird verhindert, dass sich Effekte vorwiegend aus der Einschreibung „guter“ Risiken und nicht durch die Verbesserung der Versorgung ergeben.

greifende elektronische Patientenakte, die allen am Behandlungsprozess Beteiligten den wechselseitigen Austausch von Diagnosen, Befunden oder Bildern in der eigenen Software ermöglicht. Auch für den Datenfluss von Krankenkassen zu Leistungserbringern besteht eine zwingende Notwendigkeit: Nur in den GKV-Routinedaten finden sich alle Informationen gesammelt, da dort auch die Abrechnungsinformationen sowie Diagnosen, Medikationsverordnungen etc. derjenigen Leistungserbringer erfasst werden, die ggf. nicht Partner im regionalen Versorgungsverbund sind, aber dennoch vom Patienten ausgewählt worden sind. Jegliche Versorgungsoptimierung wiederum setzt sowohl zu ihrer Planung, erst recht aber zu ihrer Evaluation und laufenden Verbesserung den Einblick in die real aufgetretenen Versorgungsakte und ihre Ereignis- und Kostenfolgen voraus. Optimal wäre darüber hinaus, wenn sich derartige regionale Versorgungssysteme dessen besinnen, dass die Patientendaten primär den Patienten gehören und damit auch von diesen jederzeit eingesehen werden können müssen. Einige Versorgungssysteme in den USA haben den elektronischen Zugang der Patienten zu den bei den Ärzten und im Krankenhaus gespeicherten Daten unter dem Stichwort „open notes“ erfolgreich auf den Weg gebracht (Esch et al. 2016).

12.4 Beispiele, die uns einen Weg weisen können

Krankenhausqualität setzt – wie oben dargestellt – in Zukunft nicht mehr nur eine gute Struktur- und Prozessqualität innerhalb eines Krankenhauses voraus, sondern unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisqualität auch die abgestimmte Zusammenarbeit mit einem Netzwerk von ambulanten Partnern.

Geht man von der Hypothese aus, dass sich das Gesundheitswesen von morgen durch eine nachhaltige Strukturqualität mit modernen Krankenhausbauten, innovativen Technologien, moderner Medizintechnik und hoch qualifiziertem Personal etc. auszeichnet, in der gut durchdachte und effizient gemanagte Prozesse möglich sind, ist dort eine exzellente Ergebnis- bzw. Behandlungsqualität sicherzustellen.

Klinische Behandlungspfade stellen eine lokale Festlegung der Patientenbehandlung einer definierten Fall- oder Behandlungsgruppe dar. Unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität und verfügbarer Ressourcen werden bereits bei der Aufnahme des Patienten alle an der Patientenbehandlung beteiligten Mitarbeiter einbezogen. Neben einer optimalen Patientenbehandlung und effizienten Prozessen fördern sie die Zusammenarbeit im Team und die Kommunikation. Das Behandlungsteam schafft Prozesskostentransparenz und definiert und evaluiert die Behandlungsziele. Der gesamte Behandlungsprozess wird über ein behandelungsbegleitendes Dokumentationsinstrument gesteuert.

Doch zu dem Zeitpunkt, wenn der Patient das Krankenhaus verlässt, bricht dieser gut durchdachte Prozess heute noch sehr häufig ab. Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sollen die Krankenhäuser zwar das Entlassmanagement für ihre Patienten so organisieren, dass Versorgungslücken nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr auftreten. Hierzu haben die Krankenhäuser auch etwas mehr Rechte erhalten, z. B. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmit-

teln, Soziotherapie oder bei Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit. Dennoch ist dort, wo Prozesse abubrechen drohen, die Gefahr einer Versorgungslücke oder eines Qualitätsabfalls groß. Daher ist es gerade bei der Behandlung von multimorbid erkrankten und älteren Menschen wichtig, eine systemische, vernetzte Behandlung sicherzustellen. Dabei ist es notwendig, die integrierte Versorgung der Patienten zu gestalten.

Ein zukunftsorientiertes, an hoher Behandlungsqualität ausgerichtetes Netzwerk vereint Patienten, Angehörige, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Pflegende, Sanitätshäuser, Therapeuten, Reha-Anbieter und Krankenkassen. Über ein strukturiertes Case-Management mit einer elektronischen Versorgungsakte, einer Managementplattform und einem Bewertungsportal werden alle Akteure verbunden und alle Versorgungsprozesse erkennbar gemacht. Das Case-Management dient dazu, die Versorgung zu erleichtern und die Behandlungsqualität zu verbessern. Behandlungsexperten, ausgestattet mit modernster Informationstechnologie, navigieren die Patienten durch den klar definierten und transparenten integrierten Behandlungsprozess. Optional navigiert sich der Patient selbst.

Einzelne Gesundheitsunternehmen sind dieser Zukunftsvision schon nähergekommen. Alle Aspekte sind selten ganz vorhanden.

12.4.1 Gesundes Kinzigtal: ein regionales Vollversorgungssystem und eine Option für die Anbindung eines regional beherrschenden Krankenhauses

2005 gestartet, hat sich die Gesundes Kinzigtal GmbH im badischen Teil des Schwarzwalds mit ihren Gesellschaftern, dem regionalen Ärztenetz MQNK e.V. und der OptiMedis AG, inzwischen einen Namen gemacht. Mit ihrem Vollversorgungsvertrag mit der AOK Baden-Württemberg und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) hat sie ein Modell aufgebaut, das ausschließlich erfolgsabhängig funktioniert. Ihr Ertrag besteht aus einem Anteil des zusätzlichen Deckungsbeitrags der Krankenkasse für die Gesamtpopulation ihrer Versicherten mit Wohnsitz im Kinzigtal, unabhängig davon, durch wen diese Versicherten behandelt werden. D.h., sie fungiert entsprechend der oben beschriebenen Schirmfunktion bei vollständiger Beibehaltung der freien Arzt- und Krankenhauswahl über alle Leistungserbringer hinweg. Hinsichtlich der Einzelheiten des Modells sei auf die entsprechende Literatur verwiesen (Hermann et al. 2006; Hildebrandt et al. 2011). Im Sinne der oben entwickelten Anforderungen ist noch auf die wissenschaftliche Evaluation hinzuweisen, der sich die Akteure im Kinzigtal stellen, sowie auf die laufende Ergebnisberichterstattung (Köster et al. 2014; Hildebrandt et al. 2015 sowie mehr unter www.ekiv.org).

Regional gibt es nur einen relevanten Akutkrankenhausträger, das ist das Ortenauklinikum (Träger Ortenaukreis) mit insgesamt neun Krankenhausstandorten, darunter zwei Standorten direkt innerhalb des Kinzigtals. Das Klinikum ist über einen Leistungspartnervertrag mit der Gesundes Kinzigtal GmbH verbunden, es ist aber nicht Gesellschafter. Die Zusammenarbeit geschieht im Wesentlichen über gemeinsame Qualitätsverbesserungsprojekte, etwa in der Arzneimittelkongruenz, der Antibiotikareduktion, der Delirvermeidung, der rheumatologischen Versorgung, der Wundversorgung und der Aufklärung der Raucher vor der OP. Geplant ist därtü-

ber hinaus noch die Integration der bereits bestehenden zentralen Patientenakte der Ärzte in die Krankenhausakte.

Noch ist das Vergütungssystem des Krankenhauses nicht mit dem von Gesundes Kinzigtal verbunden. D.h., in Teilen sind die wirtschaftlichen Anreize des Krankenhauses und von Gesundes Kinzigtal konträr zueinander. Dies würde sich ändern, wenn die zunächst weiterhin via DRG erfolgende Vergütung des Krankenhauses ergänzt würde durch die Übernahme einer finanziellen Verantwortung gegenüber der Gesundes Kinzigtal GmbH für alle stationären Leistungen, z. B. mit Deckelung der Hochkosten. Das Ausmaß der finanziellen Verantwortung müsste noch verhandelt werden, es könnte sich z. B. um einen prozentualen Anteil an den Gesamtkosten handeln. Im Klartext würde dies bedeuten, dass alle Krankenhäuser weiterhin die Vergütung nach DRG erhalten, das Ortenauklinikum dann aber nach

Tabelle 12–1

Gegenüberstellung der Optionen DRG-System und Integriertes Krankenhaus

	Option DRG-System – jetzige Krankenhaus- vergütung	Option Integriertes Krankenhaus-Subbudget gegenüber einer regionalen Gesellschaft der Integrierten Versorgung mit Ausgleich im Folgejahr
Zugrundeliegende Leistungsmenge	Vereinbarte Menge stationärer und teilstationärer Leistungen eines Krankenhauses	Wie DRG-System mit zusätzlicher Gegenrechnung gegen die erbrachte Gesamtmenge stationärer und teilstationärer Leistungen aller Krankenhäuser für die definierte Versichertenpopulation einer Region.
Vergütung	DRG-Vergütung und teilstationäre Vergütung	DRG-Vergütung und teilstationäre Vergütungen wie bisher, aber Korrektur durch die regionale IV-Gesellschaft nach der Krankenkassenkostenbe- rechnung im Folgejahr: Sofern eine relative Kos- teneinsparung bei den Krankenhauskosten für alle Versicherten der definierten Region ggü. der lan- desdurchschnittlichen Steigerung erbracht wurde, erhält das mit dem IV-Subbudget arbeitende Kran- kenhaus noch einen Vergütungszuschlag. Falls die Gesamtkosten für die Krankenhausbehandlung über- durchschnittlich gestiegen sind, zahlt das Kranken- haus an die Managementgesellschaft eine Rück- vergütung.
Abweichungen Leistungsmenge	Abweichungen von vereinbar- ter Leistungsmenge führt zu Mehr- oder Mindererlösen	Wie DRG-System
Erlöse	Erlös durch Kosteneffizienz	Erlös durch GKV-Kosten- und Mengeneffizienz
Liquidität	Rechnungstellung nach Ent- lassung	Rechnungstellung nach Entlassung, aber Korrektur- rechnung nachträglich nach Spitzabrechnung der Krankenkassen an die Managementgesellschaft und Berechnung der erfolgten Kostenentwicklung für die stationären Gesamtleistungen (Nachzahlung bzw. Rückzahlung).
Erwirkter öko- nomischer Anreiz für das Kranken- haus	Leistungssteigerung soweit die Mehrvergütungen unterhalb der Mehrkosten liegen	Vermeidung von nicht erforderlichen Krankenhaus- leistungen in Abstimmung mit den ambulanten Leistungserbringern – ggf. dennoch Mehrleistungen im eigenen Haus, wenn parallel Verminderungen von Leistungen in anderen Häusern erreicht werden.

Vorliegen der Spitzabrechnung durch die beteiligten Krankenkassen erfahren würde, ob es nachträglich noch einen Bonus erhielt oder einen Teil wieder zurückzahlen müsste. Es würde dadurch positiv angereizt, die Bestrebungen von Gesundes Kinzigtal auf effiziente Krankenhausbehandlung zu unterstützen. Für die Wahrnehmung einer solchen Option müsste der Krankenhausträger sich entscheiden, bei welcher Option er mehr verdienen könnte: im gegenwärtigen DRG-System oder durch eine solche Verantwortungsübernahme. Und bei welcher Option er mehr Erfahrungen sammeln würde, die ihn zukunftsfähiger machen würde, wie er sich gegenüber der regionalen Bevölkerung verantwortlicher zeigen würde und welche Option für ihn höhere Transaktionskosten und Unsicherheiten bedeuten würde. Eine Gegenüberstellung der beiden Optionen findet sich in Tabelle 12–1. Noch dürften sowohl das erste wie das letztere Argument die Entscheidung eher zugunsten der Fortsetzung der bisherigen Finanzierung ausfallen lassen. Eine klare Zielbeschreibung durch die Politik könnte die Bewertung aber verändern. Beispielsweise im Sinne der Vorgaben der Politik in Großbritannien. Simon Stevens, CEO des NHS England, vertritt die Auffassung, dass 50 % des NHS bis 2020 in regionalen Modellen organisiert werden sollten (The Economist 2016). Und in den USA lautet die Zielvorgabe des Department of Health and Human Services: 50 % der traditionellen Fee-for-Service-Vergütungen sollen bis 2018 in alternative Vergütungsmodelle wie z.B. Value-based Payments in ACO-Modellen oder Bundled Payments überführt werden (U.S. Department of Health & Human Services 2015).

12.4.2 Ein Krankenhaus als Motor einer Integrierten Versorgung in einem Teil von Hannover

Die Führungskräfte und Mitarbeiter des DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover haben im Jahr 2015 eine Vision für 2025 formuliert, die ein Bekenntnis zu höchster medizinischer und pflegerischer Qualität ist und eine regionale Gesundheitsversorgung mit Partnern vor Ort anstrebt, die in der Region Hannover langfristige Versorgungsstrukturen sichern will.

Das Clementinenhaus geht davon aus, dass die Zukunft für alle Akteure im Gesundheitswesen nur in der konsequenten und kooperativen Vernetzung erfolgreich gestaltet werden kann. Die Ziele, die dadurch erreicht werden können, sind vielfältig und es profitieren alle Partner davon:

- Durch eine verbesserte Information und Kommunikation der Akteure fühlen sich die Patienten/Versicherten sicherer, besser aufgehoben und werden Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch nehmen.
- Der Gesundheitszustand der Patienten/Versicherten wird sich verbessern, da die Behandlung und Versorgung wesentlich abgestimmter erfolgen kann.
- Die Patienten/Versicherten können wesentlich besser behandelt werden, da es durch eine bessere Abstimmung unter den Akteuren zu einer zielgruppenadäquaten Versorgung kommen wird. Fehlbelegung im Krankenhaus wird dadurch vermieden.
- Durch die Optimierung von Strukturen und Prozessen können Ressourcen besser eingesetzt werden, was zu einer gesicherten und verbesserten Vergütung der Leistungserbringer führen kann. So können teure Doppel- und Mehrfachuntersu-

chungen sowie unnötige Belastungen für die Patienten vermieden werden. Die Liegezeiten in den Krankenhäusern werden verkürzt.

- Die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind besser koordiniert. Lange Wartezeiten entfallen.
- Die Behandlung erfolgt nach definierten Behandlungspfaden und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens. In vielen integrierten Versorgungsprojekten bieten die medizinischen Leistungserbringer Garantiezusagen für ihre Leistungen, z. B. bei chirurgischen Eingriffen.

Was sind nun die Beweggründe eines kleinen Krankenhauses in Hannover, ein integriertes Versorgungsmodell für die Stadtteile List, Vahrenwald und Oststadt aktiv voranzutreiben? Die regionale Versorgung der Zukunft wird nur durch Kooperationen funktionieren, als Voraussetzung für eine sektorübergreifende Versorgung der Patienten und für eine integrierte Qualitätssicherung. Diese Kooperationen brauchen klare, transparente Prozesse und eine verlässliche Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Partnern.

Das Clementinenhaus hat in den letzten Jahren sehr gute Erfahrungen mit Kooperationen gemacht. 30% der wichtigsten Einweiser sind mit der gemeinsamen Behandlung der Patienten sehr zufrieden und wünschen sich mehr Austausch. Im Jahr 2015 kamen knapp ein Drittel der Patienten aus den Stadtteilen List, Vahrenwald und Oststadt. Das zeigt, dass für eine Integrierte Versorgung noch Entwicklungspotenzial vorhanden ist.

Aus Sicht des Clementinenhauses gibt es noch Verbesserungspotenzial vor, während und nach der Behandlung im Krankenhaus:

- Der „richtige“ Patient am richtigen Ort. Warum sollten in einem Krankenhaus Koloskopien gemacht werden? Warum ein MRSA-Test? Warum Blutentnahmen? Die Patienten müssen gut diagnostiziert ins Krankenhaus eingewiesen werden.
- Während der Behandlung kann der Austausch zwischen Hausarzt, ambulanter Pflegekraft und Stationsarzt sehr befruchtend sein und für den Patienten die Liegezeit im Krankenhaus verkürzen. Der Hausarzt kann sich über ein elektronisches Portal jederzeit über seinen Patienten informieren. Darüber hinaus können wichtige Informationen schnell ausgetauscht werden.
- Zwischen Partnern, die eng zusammenarbeiten, können Herausforderungen schneller und besser bearbeitet und umgesetzt werden.
- Das Clementinenhaus möchte die Kooperationspartner und damit auch die Patienten enger an sich binden und einen regen Austausch gestalten. Dadurch soll eine kontinuierliche Betreuung sichergestellt werden.
- Das Clementinenhaus will exzellente Behandlungsqualität liefern – das geht nur mit den besten Partnern vor Ort.

Das dazu notwendige Vergütungs- und Geschäftsmodell kann auf den Erfahrungen im Kinzigtal aufbauen und soll nach der Diskussion mit den Niedergelassenen mit den relevanten Krankenkassen der Region zur Verhandlung gebracht werden.

Ziel ist es, eine regionale Managementgesellschaft zu etablieren, deren Gesellschafter sowohl die Niedergelassenen als auch das Krankenhaus sein können. Mittels des im Kinzigtal etablierten Einsparcontractings (shared savings) würden beide

Akteure am wirtschaftlichen Erfolg der Managementgesellschaft beteiligt. Der wirtschaftliche Ertrag entsteht bei dem Einsparcontracting nicht aus der Leistungsmenge, sondern aus dem erzielten Gesundheitsnutzen für die gesamte Versicherten-schaft der beteiligten Krankenkassen in der Region. Entscheidend ist die Entwicklung des Deltas der Versorgungskosten der beteiligten Krankenkassen für alle Versicherten der Region gegenüber den Einnahmen der Krankenkassen für diese Population – die anhand der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend der Populationszusammensetzung ermittelt werden.

12.4.3 Ein Krankenhaussystem trägt die Verantwortung für die Gesamtversorgung: Ribera Salud (Alzira) in Spanien

Im Zuge der Entwicklung von Public-Private-Partnership-Modellen hatte die Region Valencia 1999 die komplette Finanzierungs- und Investitionsverantwortung für ein Krankenhaus an die eigens dafür gegründete Gesellschaft Ribera Salud übertragen. Vier Jahre später wurde dieser Gesellschaft auch die Verantwortung für die ambulante Versorgung übertragen: Der Träger erhält dafür ein Fixum pro Einwohner pro Jahr, das auf Grundlage der Durchschnittskosten in der Region berechnet wird, und ist für die Versorgungskosten aller Einwohner verantwortlich. Letztere sind frei, sich auch außerhalb der Region versorgen zu lassen, wodurch dann Ribera Salud mit den dort gültigen Preisen belastet wird. Umgekehrt darf Ribera Salud auch Patienten aus anderen Regionen versorgen, bekommt dann aber nur ca. 80% der üblichen Leistungsvergütungen, um jeglichen Anreiz für Mehrleistungen auszubalancieren. Mit der Integration der ambulanten Versorgung entwickelte sich ein massiver Anreiz auf Versorgungsoptimierung, d. h., der Anreiz, die ambulante Versorgung gezielt zu verbessern und auszubauen, um die teurere stationäre Versorgung soweit möglich und soweit insgesamt kosteneffektiv zu vermeiden.

Heute präsentiert sich Ribera Salud in Alzira im Vergleich zu den anderen Distrikten von Valencia durchweg positiv, das gilt sowohl für die Verringerung der Zahl der Notfalleinweisungen im Krankenhaus (stattdessen gibt es vermehrte ambulante Notfallbehandlung), für die Reduktion der Wartezeiten auf Operationen, für bessere Überlebensraten bei chirurgischen Eingriffen und eine verringerte Zahl von Krankenhauseinweisungen als auch für eine erhöhte Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit (NHS Europe/NHS Confederation 2011 und siehe <http://www.riberasalud.com>).

12.4.4 Ein Krankenhausträger entwickelt eine Vollversorgungslösung mit Netzen von Niedergelassenen im NHS: Imperial Health Alliance in London

Im englischen NHS wurden im Jahr 2013 die sogenannten „Academic Health Science Networks“ (AHSNs) initiiert. Diese Initiative geht auf das von Professor Lord Ara Darzi bemängelte Innovationsdefizit im NHS zurück. Sie zielt darauf ab, einen Wandel einzuleiten, wie der NHS neue Technologien identifiziert, entwickelt und adoptiert, um dadurch Optimierungspotenziale zu erschließen und die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu verbessern. In diesem Prozess soll auch die institutionelle Fragmentierung bei Innovationsprozessen überwunden werden; der Kollaboration zwischen dem NHS, den Universitäten, dem privaten Sektor und externen

Partnern kommt dabei eine neue Bedeutung zu (Fisch et al. 2013; Ovseiko et al. 2014). AHSNs zeichnen sich durch folgende Kriterien aus:

- Ein Fokus auf die Patientenbedürfnisse lokaler bzw. regionaler Bevölkerungen durch Kollaboration von Leistungseinkäufern (der Gesundheitsversorgung) und öffentlichem Gesundheitsdienst
- Stärkung einer gemeinsamen Kultur und Partnerschaft durch Berücksichtigung von Inklusion, Ungleichheiten und einer Abstimmung zwischen lokalen, regionalen und nationalen Prioritäten
- Beschleunigung des Innovationsprozesses zur Verbesserung klinischer Ergebnisse und Ergebnisse aus Patientensicht
- Wirtschaftlicher Erfolg durch die Ko-Produktion, Pilotierung, Evaluation und die frühe Adaptation neuer Produkte und Dienstleistungen

Seit 2013 wurden 15 Academic Health Science Networks berufen, die – mit jeweils klarem regionalem Fokus – mittlerweile ganz England abdecken. Ein bekanntes AHSN ist Imperial College Health Partners in Nord-West London, eine Partnerschaft führender Leistungsanbieter, bestehend aus drei Akutkrankenhäusern, zwei psychiatrischen Einrichtungen und einem kommunalen Gesundheitszentrum, und Leistungseinkäufern, bestehend aus acht durch die niedergelassenen Arztzentren geführten Clinical commission groups, sowie der universitären Forschung und Entwicklung, u. a. das angesehene Imperial College. Dieses AHSN entwickelt Konzepte für eine Bevölkerung von 2,3 Millionen Menschen und setzt sie um. Durch den Zusammenschluss auf regionaler Ebene können Patientenbedürfnisse besser evaluiert und die Fragmentierung in der Leistungserbringung sowie bei Innovationsprozessen reduziert werden. Die im AHSN eingeschlossenen Partner profitieren dabei in vielfältiger Weise: eine bessere Anbindung der universitären Forschung an Real-Life-Probleme (resultierend in neuen Produkten und Leistungen), universitäre Implementationsforschung zur Adaptation neuer Produkte und Leistungen bei Leistungserbringern (Reduktion des sogenannten „translation gaps“) oder Möglichkeiten, Innovationsstrategien außerhalb des bestehenden Verantwortungsbereichs oder von Budgetzwängen zu entwickeln (Imperial College Health Partners 2016).

Die AHSNs wurden anfänglich mit einem jährlichen Budget von jeweils 5 Millionen Pfund ausgestattet. Dieses Budget dient nur der Unterstützung der Innovationsprozesse. Die Versorgungsprozesse laufen weiterhin über das NHS-Budget; im Falle von Imperial College Health Partners in Nord-West-London beläuft sich dies auf jährlich 3,4 Milliarden Pfund. Eine umfassende Evaluation der AHSN steht noch aus, aber es deutet viel darauf hin, dass durch den Fokus auf einer partnerschaftlichen Orientierung aller Leistungserbringer und -einkäufer, zusammen mit dem Know-how der Universitäten, enorme Verbesserungspotenziale identifiziert und die Innovationsprozesse im staatlichen NHS stark beschleunigen werden konnten (Ferlie et al. 2016).

12.4.5 Krankenhausträger und die ACO-Bewegung in den USA

Auch in den USA stellt die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung eine große Herausforderung für Patienten und Kostenträger dar. Um diese Probleme in Angriff zu nehmen, hat die US-Regierung in den letzten Jahren eine Vielzahl von Reformen

implementiert. Eine der vielversprechendsten im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt dieses Beitrags ist die Einführung von Accountable Care Organizations (ACOs). ACOs sind Verbände von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, die sich freiwillig zusammenschließen, um die Koordination, Qualität und Effizienz der Versorgung ihrer Patienten zu verbessern. Schaffen es ACOs, sowohl die Qualität der Versorgung zu erhöhen als auch die Kosten besser zu managen, werden sie von den Kostenträgern an den Einsparungen beteiligt (Barnes et al. 2014; Centers for Medicare 2016). ACOs haben seit ihrer Einführung im Jahr 2010 ein enormes Wachstum verzeichnet. In nur fünf Jahren ist die Zahl privater und staatlich initiiertes ACOs auf über 700 gestiegen (Muhlestein 2015). Allein in den staatlich initiierten ACOs werden derzeit über 7,8 Millionen Versicherte versorgt. Und die neuesten Zahlen sprechen aus Sicht der Kostenträger eine eindeutige Sprache: Die Zahlen für das Jahr 2014 zeigen, dass ACOs kontinuierlich die Qualität der Versorgung steigern und gleichzeitig mehr als 411 Millionen Dollar an Einsparungen erzielt haben (Frizzera 2015), weshalb ein weiterer Ausbau dieser Modelle angestrebt wird. Und aus der Perspektive der Leistungserbringer? Das rapide Wachstum der Vergangenheit offenbart das große Interesse der Leistungserbringer, denn die Teilnahme an ACOs ist freiwillig. Dieses Interesse kommt aber nicht von ungefähr. Die US-Regierung hat ein klares Ziel kommuniziert: 30% aller Vergütungen von Medicare – der staatlichen Krankenversicherung für alle US-Bürger über 65 Jahre – sollten bis Ende 2016 mittels alternativer Vergütungsmodelle wie z. B. ACOs an Qualität oder Gesundheitsnutzen geknüpft werden. Und Ende des Jahres 2018 sollen es dann schon 50% sein. Derzeit läuft alles nach Zeitplan. Diese Neuausrichtung auf value-based Vergütungsformen hat einen Veränderungsimpuls für den ganzen US-Gesundheitsmarkt gegeben (Burwell 2015).

Die Führungsrolle geht dabei klar von niedergelassenen Ärzten aus. Eine erste Fragebogenerhebung unter ACOs zeigt, dass 51 Prozent aller ACOs von niedergelassenen Ärzten oder Arztverbänden geleitet werden; nur drei Prozent werden von Krankenhäusern geleitet (Colla et al. 2014). Dies ist unter der Prämisse zu verstehen, dass in populationsorientierten Verträgen durch eine Verminderung von Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen relevante Einsparungen direkt durch die niedergelassenen Ärzte ohne eine Kooperation mit Krankenhäusern erzielt werden können. Auf der anderen Seite offenbart die Studie von Colla et al. (2014) auch, dass ACOs, die nur von niedergelassenen Ärzten geleitet werden, im Vergleich zu anderen ACO-Formen unterdurchschnittliche Werte bei der Integration der Versorgung über das gesamte Versorgungskontinuum aufweisen. Andere ACO-Formen, z. B. gemeinsam von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geleitete ACOs, weisen hier bessere Werte auf. Und wenngleich Krankenhäuser nicht in der Mehrheit der ACOs in der Führungsrolle sind, so ist die Teilnahme an ACO-Modellen doch groß. Im Durchschnitt waren pro ACO mehr als drei Krankenhäuser beteiligt. Dieses Interesse ist nachvollziehbar. Auch wenn kurzfristig mit Einbußen aus dem traditionellen Vergütungsmodell für Krankenhäuser in ACOs zu rechnen ist, so sichert die aktive Teilnahme an ACOs, dass Krankenhäuser die Einbußen infolge verminderter Krankenhausleistungen durch die Einsparungen ihrer ACO ausgleichen können. Darüber hinaus haben early adopters die Chance, sich auf den Wandel hin zu value-orientierten Vergütungsmodellen einzustellen und sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber ihren Konkurrenten zu sichern, indem sie frühzeitig

in den notwendigen Infrastrukturaufbau, z. B. integrierte IT, Performance Management Systeme, und in den Beziehungs- bzw. Koordinationsaufbau mit anderen Leistungserbringern investieren und diesen aus den Einsparungen refinanzieren können.

Mit der Neuausrichtung des US-Gesundheitsmarktes auf value- und gesundheitsnutzen-orientierte Vergütungsmodelle müssen sich Krankenhäuser reorientieren, um am Markt bestehen zu bleiben. Mit ähnlichen Effekten ist bei einer stärker populationsorientierten Vergütung auch in Deutschland zu rechnen. Ein Blick auf die Erfahrungen in den USA lohnt hier.

12.5 Ausblick

Sicherlich ist das Gesundheitswesen in einem hohen Maß „pfadabhängig“ und beharrlich gegenüber raschen Veränderungen. Und dies ist sicherlich auch gut, denn zu eilig herbeigeführte Experimente mit der Gesundheit der Bevölkerung sind riskant. Andererseits führt der Kostendruck auf die Krankenkassen und das gegenwärtige DRG-Vergütungssystem mit seinen Fehlanreizen zu einer stetig anwachsenden Diskussion über Veränderungen hin zu ergebnisbezogenen Vergütungen, die nicht nur die Leistung des Krankenhauses, sondern im Sinne der Krankenkassen und der Patienten auch die Leistungen der Vor- und Nachbehandlung in den Blick nehmen. Eindrucksvoll zeigt dies der englische NHS, der sich in der augenblicklichen Reform stark an integrierten Versorgungsmodellen wie z. B. ACOs orientiert und bis 2020 die Hälfte der Versorgungsleistung in solchen Netzwerken anbieten will (The Economist 2016). Die oben beschriebenen Beispiele zeigen Möglichkeiten auf, wie und unter welchen Voraussetzungen sich Krankenhäuser in Teilen aus der Pfadabhängigkeit lösen und zugunsten einer Outcomeverbesserung der betreffenden Population weiterentwickeln können.

Dabei ist für die Zukunft nicht zu erwarten, dass dies alle Krankenhäuser in gleicher Weise betreffen wird. Wahrscheinlich werden höchstspezialisierte Krankenhäuser weiterhin primär auf der Basis von preis- und leistungsbasierten Vergütungssystemen finanziert. Allerdings zeigt das Beispiel der Imperial College Health Partners, dass sich auch für diese neue Mischformen ergeben können. Anders wird es für klassische Regionalversorger aussehen, aber auch hier wird es je nach Region angepasste Lösungen geben. Generell sehen wir aber den internationalen Trend zu „value-based health care“ auch als Trend für Deutschland.

Für Krankenhäuser stellt sich die Frage, ob sie sich eher als Opfer oder als Gestalter dieser Entwicklung begreifen. Das Beispiel des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus in Hannover zeigt, dass Krankenhäuser das regionale Versorgungssystem aktiv und kooperativ gestalten wollen. Ribera Salud in Spanien, das Imperial College in London oder die Beispiele aus den USA zeigen, wie sich europäische und nicht europäische Gesundheitssysteme in Richtung integrierter Versorgungsmodelle bewegen. Krankenkassen, Politik und Ärztgemeinschaften können aber auch Regionalsysteme zunächst ohne Beteiligung der Krankenhäuser entwickeln, die Entwicklung ist insofern nicht eindeutig. Die „neue Unübersichtlichkeit“ wird noch forciert durch die neue Rolle und Bedeutung der Patienten und ihrer Organi-

sationen sowie die der digitalen Anbieter. Dem „hospital at home“, ursprünglich eher als Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen konzipiert, kommen wir durch die neuen Anbieter mit so klingenden Namen wie Microsoft, Google, IBM Watson und die vielen kleinen Wearable- und App-Hersteller deutlich schneller näher als noch vor Kurzem gedacht. Muss man das vernetzte Krankenhaus der Zukunft bald eher als eine digitale Organisations- und Logistikplattform à la booking.com denken statt als klassische und an einen Standort gebundene Organisation?

Literatur

- Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A, van Ginneken E. Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges. *Health Policy* 2014; 118 (1): 1–7. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.019>.
- Burwell SM. Setting Value-Based Payment Goals – HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. *New England Journal of Medicine* 2015; 372 (10): 897–9. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1500445>.
- Centers for Medicare. Accountable Care Organizations (ACOs). General information | Center for Medicare & Medicaid Innovation. <http://innovation.cms.gov/initiatives/aco/> (15 März 2016)
- Chadwick G, Groene O, Riley S, Hardwick R, Crosby T, Hoare J, Hanna GB, Greenaway K, Cromwell DA. Gastric Cancers Missed During Endoscopy in England. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015; 13 (7): 1264–70.
- Chadwick G, Riley S, Hardwick RH, Crosby T, Hoare J, Hanna G, Greenaway K, Varagunam M, Cromwell DA, Groene O. Population-based cohort study of the management and survival of patients with early-stage oesophageal adenocarcinoma in England. *Br J Surg* 2016; 103 (5): 544–52.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, January/February 2009; 28 (1): 75–85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75.
- Colla CH, Lewis VA, Shortell SM, Fisher ES. First national survey of ACOs finds that physicians are playing strong leadership and ownership roles. *Health Affairs* 2014; 33 (6): 964–71. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1463>.
- DKG. Krankenhaus-Reform – So nicht! Pressemitteilung vom 23. September 2015. http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/38/aid/13857/title/Kliniken_demonstrieren_vor_dem_Brandenburger_Tor_fuer_eine_Krankenhausreform_die_wirklich_hilft (12 August 2016).
- Esch T, Mejilla R, Anselmo M, Podtschaske B, Delbanco T, Walker J. Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ Open* 2016; 6:e010034. doi:10.1136/bmjopen-2015-010034.
- Ferlie E, Nicolini D, de Pury J, Ledger J, D’Andreta, D. NHS Top Managers, Knowledge Exchange and Leadership: The Early Development of Academic Health Science Networks. <http://www.nets.nihr.ac.uk/projects/hsdr/12500219> (29 August 2016).
- Fish D. Academic Health Sciences Networks in England. *The Lancet* 2013; 381 (9882): e18–e19.
- Frizzera C. The Future of CMS ACO Programs: Prepare for Evolution not Extinction. <http://leavitt-partners.com/2015/09/the-future-of-cms-aco-programs-prepare-for-evolution-not-extinction/> (29 August 2016).
- G-BA. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Stand 15.12.2014. <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsicherung/sektoreneuebergreifend/> (02 August 2016).
- G-BA. Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung/Qesü-RL. Stand 17.12.2015. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1191/Qes%C3%BC-RL_2015-12-17.pdf (02 August 2016).
- Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M, Schwartz FW, Witzenrath W. Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Po-

- pulation auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen 2006; 60 (5–6): 10–28.
- Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Affairs, February 2013; 32 (2): 207–14. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1061.
- Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B. Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 2011; 105: 585–9.
- Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Hermann C, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel A, Wetzel M. Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2015; 58 (4–5). doi:10.1007/s00103-015-2120-y|QITIG.
- Imperial College Health Partners. Annual Report for 2015/16, 15. Juli 2016. <http://imperialcollege-healthpartners.com/blog/ichps-annual-report-for-201516/> (02 August 2016).
- IQTIG. Neues Kapitel in der externen Qualitätssicherung: IQTIG entwickelt erste sektorenübergreifende Patientenbefragung für Herzkatheter-Interventionen (PCI). Pressemitteilung vom 21. April 2016. <https://iqtig.org/pressemitteilungen#top> (05 August 2016).
- Köster I, Ihle P, Schubert I. Evaluationsbericht 2004–2011 für Gesundes Kinzigtal GmbH. Hier: AOK-Daten. Köln: Universität Köln, PMV-Forschungsgruppe 2014.
- Muhlestein D. Growth And Dispersion Of Accountable Care Organizations In 2015. <http://healthaffairs.org/blog/2015/03/31/growth-and-dispersion-of-accountable-care-organizations-in-2015-2/> (29 August 2016).
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform. Health Affairs, April 2011; 30 (4): 746–54. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0041.
- NHS Europe/NHS Confederation. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia, 14. Dezember 2011. <http://www.nhsconfed.org/resources/2011/12/the-search-for-low-cost-integrated-healthcare> (29 August 2016).
- Ovseiko P, Heitmueller A, Allen P et al. Improving accountability through alignment: the role of academic health science centres and networks in England. BMC Health Services Research 2014; 14:24. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-24> (12 August 2016).
- Porter ME, Lee TH. Strategy That Will Fix Health Care. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care> (05 August 2016).
- Porter ME, Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Wiesbaden: Springer Gabler 2012.
- QSR. Methoden. <http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/methoden/> (05 August 2016).
- Schrapppe M. Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2014.
- Taylor A, Neuburger J, Walker K, Cromwell D, Groene O. How is feedback from national clinical audits used? Views from English National Health Service trust audit leads. J Health Serv Res Policy 2016; 21 (2): 91–100. <http://doi.org/10.1177/1355819615612826>.
- The Economist. The National Health Service. Accident and emergency. 10. September 2016. <http://www.economist.com/node/21706563/print>. (29 September 2016).
- U.S. Department of Health & Human Services. Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value. Pressemitteilung vom 26. Januar 2015. <http://www.hhs.gov/about/news/2015/01/26/better-smarter-healthier-in-historic-announcement-hhs-sets-clear-goals-and-timeline-for-shifting-medicare-reimbursements-from-volume-to-value.html> (29 September 2016).