

JULI 2015



STIFTUNG MÜNCH

PROJEKTBERICHT

NETZWERKMEDIZIN – IMPULSE FÜR DEUTSCHLAND AUS DEN USA



STIFTUNG MÜNCH



ABSTRACT

Das US Gesundheitssystem wird häufig aufgrund seiner bestenfalls durchschnittlichen Qualität bei zugleich hohen Kosten kritisiert. Dennoch lohnt sich ein differenzierter Blick. Die aus der starken Fragmentierung des Systems entstehenden Probleme eröffnen zahlreiche Ansatzpunkte für Experimente mit neuen Versorgungs- und Vergütungsformen. Zugleich treffen viele der in den USA vorliegenden Probleme auch auf Deutschland zu: Kostendruck, Brüche in der Kontinuität der Versorgung, Qualitätsdefizite, die Gefahr impliziter Rationierung, unzureichende IT-Infrastruktur, um nur einige zu nennen.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, herauszuarbeiten, inwiefern aus den Erfahrungen in den USA Impulse für eine Reform des deutschen Gesundheitswesens abgeleitet werden können, die sich am Konzept der Netzwerkmedizin orientiert. Hierzu werden zentrale Reformelemente des Patient Protection and Affordable Care Acts (ACA) skizziert und die ersten vorliegenden Ergebnisse diskutiert.

Im Fokus stehen Affordable Care Organizations, Patient Centered Medical Homes, Episode Based Payment Systems und die an Electronic Health Records ausgerichtete IT-Infrastruktur.

Auch wenn es in den meisten Fällen für eine abschließende Bewertung noch zu früh ist, lassen sich die ersten Erkenntnisse schlaglichtartig zu zehn Impulsen verdichten:

- Mehr Experimente zulassen.
- Unternehmerische Freiheit sichern.
- Vergütungssystem flexibilisieren.
- Qualitätsmessung fördern.
- Finanzielle Anreize für Electronic Health Records setzen.
- Patienten gezielt durch das Versorgungssystem steuern.
- Regionale Cluster fördern.
- Konzentrierte Strukturen vermeiden.
- Blockade der Selbstverwaltung durchbrechen.
- Zu starke Fragmentierung verhindern.

Auf absehbare Zeit lohnt es sich, die Entwicklungen in den USA weiter zu verfolgen und die Ergebnisse einer kritischen Analyse zu unterziehen. Positive wie negative Erfahrungen können dabei die Diskussion in Deutschland bereichern. Ziel muss es sein, Offenheit für Impulse von außen zuzulassen, ohne dabei die Stärken des eigenen Systems in Gefahr zu bringen.



INDEX

▶	1 Die USA als Testlabor für neue Versorgungsstrukturen.....	4
	1.1 Die USA als Vorbild?.....	5
	1.2 Netzwerkmedizin als Vision.....	6
	1.3 Impulse für Deutschland	7
▶	2 Struktur der Leistungserbringung in den USA vor ACA	9
▶	3 Komponenten des Patient Protection and Affordable Care Act (ACA).....	10
	3.1 Allgemein	11
	3.2 Accountable Care Organisations	12
	3.3 Patient Centered Medical Homes	15
	3.4 Episode Based Payment System	15
	3.5 Electronic Health Records	16
▶	4 Effekte des ACA auf die Versorgungsstruktur	17
	4.1 Allgemeiner Stand der Forschung zum ACA ...	18
	4.2 Accountable Care Organizations	18
	4.3 Patient Centered Medical Homes	19
	4.4 Episode Based Payment Systems	20
	4.5 Electronic Health Records	21
	4.6 Strukturelle Veränderungen	21
▶	5 Impulse für Netzwerkmedizin in Deutschland	22
▶	6 Fazit	26
▶	Literaturverzeichnis	28

IN ZUSAMMENARBEIT MIT:



UNIVERSITÄT
BAYREUTH



Management im
Gesundheitswesen

1. DIE USA ALS TESTLABOR FÜR NEUE VERSORGUNGS- STRUKTUREN

1.1 DIE USA ALS VORBILD?

Der Ansatz, in den USA nach positiven Impulsen für die Versorgungsstruktur im deutschen Gesundheitswesen zu suchen, erscheint zunächst fragwürdig. Kaum ein Gesundheitssystem wird derart häufig als Negativbeispiel herangezogen wie das amerikanische:

Zu teuer bei mittelmäßiger Qualität und erhebliche Defizite beim Zugang lauten, typische Argumente (Squires 2012). Auch wenn sich in den letzten Jahren an einigen Stellen Verbesserungen eingestellt haben – insbesondere was den Versicherungsschutz angeht (Carman et al. 2015) – trifft diese Kritik im Wesentlichen sicher zu. Dennoch – oder besser: gerade deswegen – lohnt sich jedoch der Blick in die USA, denn der große Druck an den unzähligen Bruch- und Problemstellen hat dazu geführt, dass eine noch größere Anzahl an Versuchen unternommen wurde, diese zu beheben. Mit dem *Affordable Care Act* (ACA), der weitreichenden unter der Präsidentschaft von Barack Obama auf den Weg gebrachten Gesundheitsreform, wurden zahlreiche weitere Impulse gesetzt. Das Ergebnis ist ein Schatz an Versorgungsexperimenten oder, wie Blumenthal et al. (2015) es formulieren: *“A careful examination of the law, however, shows that it constitutes one of the most*

aggressive efforts in the history of the nation to address the problems of the delivery system. Perhaps a fairer criticism of the law is that it tried to do too much – that it launched too many divergent experiments and lacks a coherent strategy.”

Dies findet vor dem Hintergrund statt, dass das „Eine“ amerikanische Gesundheitssystem nicht existiert. Vielmehr erzeugen diverse parallel existierende Versicherungssysteme ein höchst ineffizientes, da extrem fragmentiertes Ganzes (Smith und Medalia 2014). *Medicare*, das im Wesentlichen die Versorgung der älteren Bevölkerung übernimmt, ist eine staatliche Krankenversicherung auf Bundesebene und stellt für viele Leistungserbringer den wichtigsten Kostenträger dar.

Medicaid übernimmt vereinfacht gesprochen den Versicherungsschutz für Teile der armen Bevölkerung und wird von den einzelnen Bundesstaaten verantwortet. Um die Versorgung aktiver Mitglieder der Armed Forces kümmert sich das *Military Health System* des Verteidigungsministeriums in eigenen Einrichtungen. Aus dem Militärdienst ausgeschiedene Veteranen werden hingegen von der *Veterans Health Administration* versorgt – ebenfalls inklusive eines eigenen Leistungserbringernetzes. Hinzu kommen weitere Subsysteme

BEVÖLKERUNG NACH VERSICHERUNGSSCHUTZ IM JAHR 2013

- ARBEITGEBERBUNDENE VERSICHERUNG
- INDIVIDUALVERSICHERUNG
- MEDICARE
- MEDICAID
- MILITÄR, VETERANEN ETC.
- GANZJÄHRIG OHNE VERSICHERUNGSSCHUTZ

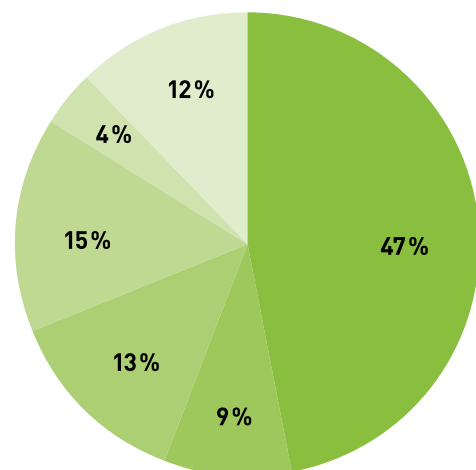


Abbildung 1: Bevölkerung nach Versicherungsschutz im Jahr 2013
Quelle: Smith und Medalia (2014), U.S.Census Bureau



beispielsweise für die Versorgung von Kindern (z.B. *SCHIP*). Der privatwirtschaftlich verantwortete Versicherungsmarkt lässt sich wiederum in die primär üblichen Krankenversicherungsverträge, die über den Arbeitgeber für die Beschäftigten abgeschlossen werden, sowie die auf Personenebene geschlossenen Einzelverträge unterscheiden. Jeder dieser Bereiche differenziert sich weiter aus, so zum Beispiel in unterschiedliche Optionen für kleinere, mittlere und große Unternehmen. Hinzu kommt die nach wie vor hohe Zahl an US Bürgern ohne Versicherungsschutz – weder staatlich noch privat (Silberman et al. 2008).

Die Systeme sind dabei nicht komplementär ausgelegt, vielmehr stehen sie meist weitestgehend unverbunden nebeneinander, zum Teil sich überlappend, zum Teil mit Lücken, die für den Einzelnen fatale ökonomische und gesundheitliche Folgen haben können. Unzureichender Versicherungsschutz, beispielsweise durch hohe Zuzahlungen, stellt ein weiteres gravierendes Problem dar (Schoen et al. 2014). Im Ergebnis kommt es auf verschiedenen Ebenen zu systembedingter, impliziter Rationierung, die nur bei entsprechender Zahlungsfähigkeit umgangen werden kann.

Diese Situation stellt auch die Leistungserbringer vor große Herausforderungen, sind doch unzählige verschiedene Abrechnungsmodalitäten zu beachten und in vielen Fällen auch zu verhandeln. Dazu kommt der Umgang mit nicht bezahlten Krankenhausrechnungen. Der daraus resultierende Verwaltungsaufwand erklärt zumindest einen Teil der Kostenunterschiede zwischen den USA und Deutschland (Himmler und Jugl 2015).

Des Weiteren kommen für die Kostenträger neben vielen anderen Faktoren hohe Ausgaben durch die Inanspruchnahme der Notaufnahmen für Bagatellkrankheiten oder zu späte Erstkontakte aufgrund eines unzureichenden Versicherungsschutzes (The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured 2014). Die Fragmentierung des Versicherungssystems wirkt sich auch auf die Versorgung aus, so dass sich *discontinuity of care* – also Brüche im Behandlungsverlauf – als ein weiteres zentrales Problem auftritt (Shih et al. 2008).

Diese Probleme und – gerade auch was den Versicherungsschutz betrifft – gravierende systembedingte Unterschiede zwischen den USA und Deutschland, verstellen häufig den

Blick darauf, dass die Herausforderungen im Grunde sehr ähnlich sind. In beiden Ländern gilt, dass während auf der einen Seite nahezu alles medizinisch und technisch Denkbare zur Verfügung steht, sich auf der anderen Seite viele Patienten mit einer völlig anderen Realität konfrontiert sehen, die durch Wartezeiten, ausbaufähige Qualität und implizite Rationierung geprägt wird. In beiden Ländern gibt es großen öffentlichen Druck, dem entgegenzuwirken.

Im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen gibt es neben den Unterschieden auch Gemeinsamkeiten. So sind in beiden Ländern öffentliche, private *not-for-profit* und private *for-profit* Krankenhäuser wichtige Bestandteile der Versorgung. Probleme liegen bei der Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum und viele Staaten praktizieren vor diesem Hintergrund eine staatliche Krankenhausplanung (Maier und Schmid 2009).

In diesem Kontext ist auch zu betonen, dass das amerikanische Gesundheitssystem nicht im Geringsten weniger stark reguliert ist als das deutsche. Auch prägen in weiten Teilen die staatlichen Versicherungszweige – insb. Medicare – beispielsweise die Abrechnungspraxis weitaus mehr, als der private Versicherungsmarkt. Medicare stellt letztlich auch das Einfallstor für die Versorgungsstrukturen betreffende Gesundheitspolitik auf Bundesebene dar, da über die Vergütung gezielt Anreize gesetzt werden können. Ein, die Innovationsfähigkeit des amerikanischen Systems sicherlich beförderndes Element ist das Fehlen einer Selbstverwaltung nach deutschem Muster.

1.2 NETZWERKMEDIZIN ALS VISION

Das Konzept der Netzwerkmedizin (Münch und Scheytt 2014) setzt an den von ihren Vordenkern wahrgenommenen Defiziten des deutschen Gesundheitswesens an. Ressourcen werden demnach verschwendet, da Patienten auf dafür ungeeigneten Versorgungsstufen diagnostiziert und behandelt werden – beispielsweise Bagatellkrankheiten in der Notaufnahme eines Universitätskrankenhauses oder komplexe neurologische Indikationen in einem kleinen Krankenhaus der Grundversorgung. Dies erhöht das Risiko fehlerhafter Diagnosen, unnötig teurer Versorgung und mangelhafter Qualität. Zugleich verhindern Brüche

entlang des Versorgungspfades einen schnellen Informationsfluss und Leistungserbringer mit ineffizienten Organisationsstrukturen können die u.a. demographisch bedingte Mehrnachfrage kaum bewältigen. Die dem Solidargedanken verpflichtete Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann die finanziellen Ressourcen, die für die Finanzierung des von den Patienten erwarteten Versorgungsniveaus im Rahmen der gewachsenen Versorgungsstrukturen benötigt würden, nicht generieren.

Im Ergebnis kommt es zu impliziter Rationierung durch lange Wartezeiten und ungleichen Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Unter dem Stichwort Zweiklassenmedizin wird dies öffentlich beklagt. Substantielle Lösungsvorschläge werden dadurch jedoch nicht generiert.

Das Konzept der Netzwerkmedizin nimmt nun genau dies für sich in Anspruch. Durch eine gezielte Optimierung der Versorgungsstrukturen und die Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen soll Rationierung vermieden werden. Im Kern geht es um die Entwicklung von gestuften Versorgungskonzepten, in denen ambulante Medizinische Versorgungszentren, Portalkliniken und Maximalversorger ein abgestimmtes Versorgungsnetz aufspannen.

Erste Anlaufstelle für einen Patienten ist der ambulante Zugangspunkt, der jedoch durch entsprechende digitale Vernetzung bei Bedarf auf die diagnostischen Kapazitäten der nachgelagerten Versorgungsstufen direkt zugreifen kann. Dies erhöht die diagnostische Qualität beim Erstkontakt und ermöglicht eine zielgenaue Weitervermittlung des Patienten an den fachlich geeigneten Spezialisten auf der angemessenen Versorgungsstufe.

Eine elektronische Patientenakte stellt sicher, dass jederzeit auf alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse zugegriffen werden kann - unabhängig davon, in welchem Teil des Netzwerkes sich der Patient bewegt. Die Behandlungspfade sind aufeinander abgestimmt und stellen sicher, dass eine effiziente Verteilung der Ressourcen erfolgt. Den Zugang zu den garantierten Leistungen des bundesweit präsenten Netzwerkes – beispielsweise keine Wartezeiten für notwendige Großgerätediagnostik – ermöglichen dem Patienten Zusatzversicherungen, die von privaten Versicherungsunternehmen angeboten werden und komplementär zur im Kostenerstattungsprinzip abgewickelten GKV-Komponente

stehen. Verschiedene Nebenbedingungen werden für ein gesellschafts- und gesundheitspolitisch positiv zu bewertendes Gesamtergebnis als notwendig erachtet. Hierzu gehört eine aktive und prominente Rolle von Patientenrechtsvertretern, die ein Gegengewicht zum allein durch seine Größe bereits mächtigen Leistungserbringer darstellen. Ferner muss sichergestellt werden, dass es mehrere, miteinander in Konkurrenz stehende Netzwerke dieses Typs gibt. Abschließend erscheint ein derart radikales Konzept nur umsetzbar, wenn es aus einem unternehmerischen Impetus heraus – also in bewusstem Kontrast zur gesundheitspolitischen Planung – entsteht und die hierfür notwendigen Freiräume eingeräumt werden.

1.3 IMPULSE FÜR DEUTSCHLAND

Ziel dieses Beitrags ist es weder, das amerikanische Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit zu bewerten noch die Tragfähigkeit des Konzepts der Netzwerkmedizin zur Lösung der Probleme im deutschen Gesundheitswesen auszuloten. Vielmehr soll untersucht werden, inwiefern in den USA Versorgungsstrukturen existieren bzw. durch den ACA angestoßen wurden, die Elementen der oben skizzierten Netzwerkmedizin nahekommen. Dabei ist sowohl auf die Anreize zur Schaffung derartiger Versorgungsstrukturen einzugehen als auch auf die vorliegenden bzw. sich abzeichnenden Erfahrungen mit diesen Ansätzen. In einer kritischen Würdigung soll abschließend diskutiert werden, inwiefern hieraus Impulse für die weitere Entwicklung der deutschen Versorgungsstruktur abgeleitet werden können.

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Ausgangslage der Versorgungsstruktur in den USA vor dem ACA skizziert. Die Kernelemente des ACA sowie ausgewählte, das Konzept der Netzwerkmedizin tangierende Teilbereiche werden in Kapitel 3 behandelt. Hierzu zählen insbesondere Anreize durch innovative Vergütungsvarianten sowie sonstige Anreize zur Integration der Leistungserbringung und der digitalen Vernetzung durch Electronic Health Records. Kapitel 4 beleuchtet kritisch den Erfolg dieser Maßnahmen im amerikanischen Kontext. In Kapitel 5 erfolgt schließlich die Analyse hinsichtlich möglicher Impulse für Netzwerkmedizin in Deutschland. Kapitel 6 schließt mit einem kurzen Fazit.

2.

STRUKTUR DER LEISTUNGS- ERBRINGUNG IN DEN USA VOR ACA

Typischerweise wird die Leistungserbringung in den USA von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sowie durch Krankenhäuser durchgeführt. Die niedergelassenen Fachärzte sind im weiteren Sinne als Belegärzte in den Krankenhäusern tätig, die selbst keine Fachärzte direkt anstellen. Formen der Kooperation und Integration unterliegen in den USA jedoch schon immer einer starken Dynamik, sodass das „Standardmodell“ die Realität kaum hinreichend beschreibt. Mittlerweile gehen beispielsweise mehr und mehr Krankenhäuser dazu über, Ärzte direkt anzustellen. Die ambulante fachärztliche Versorgung findet dann über die den stationären Einrichtungen angeschlossenen *Out Patient Clinics* statt. Hinzu kommt, dass es diverse Varianten ärztlicher Verbände gibt, die von eher losen Assoziationen wie *Independent Practice Associations* (IPA) bis hin zu geschlossenen *Medical Groups* mit einem starken rechtlichen und ökonomischen Integrationsgrad gehen.

Gruppen mit hohem Organisationsgrad und eigenem rechtlichen Träger sind elementare Kooperationspartner oder auch Akquisitionsziele für stationäre Leistungserbringer. Letztere sind meist Teil eines lokalen oder regionalen Hospital Systems oder einer überregionalen Krankenhauskette, wobei die Hospital-Systems präsenter sind. Über die letzten Jahrzehnte haben sich immer wieder Trends abgewechselt, die einmal eine starke Ausdehnung vollständig vertikaler Integration brachten (Hospital-Systems kauften Ärztenetzwerke auf), die dann wieder von einer Auflösung dieser Strukturen gefolgt wurde und vice versa (Cutler und Scott Morton 2013; Bazzoli et al. 2004).

Eine der prägnantesten Entwicklungen stellten in diesem Kontext Aufstieg und Fall von Managed Care Konzepten in den 1980ern und 1990ern dar. Versicherer begannen stark Einfluss auf die Leistungserbringung zu nehmen, um Kosten zu drücken und die so generierte Marge selbst verbuchen zu können. In der konsequentesten Umsetzung der *Staff-Model Health Maintenance Organisation* (HMO) waren die Krankenhäuser sowie die zugehörigen Ärztenetzwerke Eigentum der Versicherer. Patienten durften Leistungen nur innerhalb der HMO in Anspruch nehmen und wurden mit einem minimierten Leistungsportfolio konfrontiert. Verschiedenste Exzesse dieses Modells (z. B. Vorenthaltung notwendiger medizinischer Leistungen)

und eine zunehmende Aversion der Versicherten gegen die radikale Beschneidung ihrer Wahlfreiheit führten letztlich zum sogenannten *Managed Care Backlash*.

Dieser hatte die Konsequenz, dass außerhalb von Kalifornien heute nur noch wenige derartige HMOs anzutreffen sind. Andererseits gilt zugleich „*any care is managed care*“, d. h. auch wenn die starke Integration von Versicherung und Leistungserbringung in weiten Teilen gescheitert ist, sind nahezu alle Versicherungsverträge mit Anreizen gekoppelt, die Versicherte beispielsweise durch reduzierte Zuzahlungen belohnen, wenn sie innerhalb des mit dem Versicherer kontrahierenden Netzwerks Leistungen in Anspruch nehmen. Über die Höhe der Selbstbeteiligung und den Grad der in Kauf genommenen Beschränkungen lässt sich so die Versicherungsprämie gravierend beeinflussen.

Im Zuge des Managed Care Booms kam es zu einer massiven horizontalen und vertikalen Konsolidierungswelle. Hierfür waren verschiedene Gründe ausschlaggebend: So musste man, um ein attraktiver Vertragspartner für Versicherungsunternehmen zu sein, in einer bestimmten Region eine möglichst große Abdeckung erreichen. Ferner machen es Varianten, die mit der Übernahme eines höheren Kostenrisikos einhergehen, notwendig, größere Fallzahlen zu generieren, um dieses zu minimieren. Nicht zuletzt war bei den Verhandlungen Marktmacht ein zentrales Argument: Hatten Leistungserbringer hinreichend weit fusioniert, sodass ohne sie in einer Region vom Versicherer keine flächendeckende Versorgung angeboten werden konnte, stärkte dies die Verhandlungsposition gegenüber den Versicherern gravierend. Unabhängig von den konkreten vertraglichen Ausgestaltungen spielen Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern über Leistungsumfänge und Vergütungsformen eine zentrale Rolle (Bazzoli et al. 2004).

3. KOMPONENTEN DES PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (ACA)

3.1 ALLGEMEIN

Das amerikanische Gesundheitswesen ist durch eine Koexistenz verschiedener Systeme charakterisiert, in der eine ganzheitliche, sinnvolle Gesundheitspolitik nur schwer umzusetzen ist. An einer Verwirklichung einer solchen Politik ist Präsident Clinton in den 90er Jahren trotz einer Mehrheit in Kongress und Senat gescheitert. Dies macht die Verabschiedung des ACA im Jahr 2010 ohne eine demokratische Mehrheit im Senat umso beeindruckender. Der *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* wurde nach langer politischer Diskussion im März 2010 verabschiedet und bildet die größte Reform des amerikanischen Gesundheitssystems seit der Einführung von *Medicare* und *Medicaid*. Der über 800 Seiten lange Gesetzestext adressiert verschiedene Bereiche der Gesundheitsversorgung, von Krankenversicherung und Bürokratieabbau über Effizienz und Qualität der Versorgung bis hin zu Prävention und Anforderungen an die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Die genannte Fragmentierung des Systems ist vermutlich auch eine Ursache der zwei drängendsten Probleme im amerikanischen Gesundheitswesen, die der ACA lösen soll. Zum einen soll der weitere Anstieg des international unerreichten Ausgabenniveaus gedämpft werden, zum anderen soll die Anzahl der Nichtversicherten und Unter-versicherten gesenkt werden, die sich vor der Reform auf 47 bzw. 32 Millionen Amerikaner belaufen haben (Schoen et al. 2014).

Die ersten Kapitel des ACAs befassen sich mit verschiedenen Instrumenten, die den Krankenversicherungsschutz der amerikanischen Bürger erhöhen sollen. Der heterogene Versicherungsmarkt mit seinen unterschiedlichen Regelwerken in den verschiedenen Staaten wird durch bundesweite Vorgaben stärker vereinheitlicht und Onlineplattformen – die sogenannten *Exchanges* oder *Health Insurance Market Places* – erhöhen die Transparenz. Elementar ist auch das „*guaranteed issue*“, das mit dem in Deutschland bekannten Kontrahierungszwang zu vergleichen ist. Versicherer müssen Interessenten aufnehmen, die gewisse Kriterien erfüllen und können nicht mehr aufgrund von bestehenden Erkrankungen den Versicherungsschutz verwehren. Eine individuelle Risikoadjustierung findet nicht statt, weshalb ein Ausgleich der Risikostruktur zwischen den Versiche-

ren erfolgt. Zudem ist jeder Amerikaner, der finanziell dazu in der Lage ist, dazu verpflichtet (*mandate*) substantiellen Krankenversicherungsschutz zu erwerben oder aber eine spürbare Steuerstrafe zu zahlen. Dies soll vor allem verhindern, dass risikoarme Bevölkerungsschichten, deren erwartete Gesundheitsausgaben weit unter der durchschnittlichen Prämie liegen, aus dem Versicherungsmarkt austreten. Für den privaten Krankenversicherungsmarkt sind zudem neu geschaffene Subventionen essentiell. Diese sollen für einen Großteil der Bevölkerung nicht nur die Prämien erschwinglich machen, sondern auch vor einer zu hohen Selbstbeteiligung schützen. Individuen und Familien, die zwischen 133% und 400% der Armutsgrenze liegen, erhalten gestaffelte Subventionen, falls sie nicht anderweitig über *Medicare/Medicaid* oder über den Arbeitgeber versichert sind. Die Subventionen können dann an den neu kreierte Versicherungsmärkten zum Kauf von Versicherungsverträgen verwendet werden (McDonough 2011). Diejenigen, die sich unter 133% des Armutsniveaus befinden, sind nach dem ACA über *Medicaid* versichert, solange der betreffende Staat einer *Medicaid Expansion* zugestimmt hat (United States Congress 2010).

Trotz *Medicaid Expansion* und den Versicherungssubventionen soll das Gesetz von 2010 bis 2019 das staatliche Defizit um 143 Milliarden Dollar reduzieren (Congressional Budget Office 2010). Durch administrative Vereinheitlichungen, Maßnahmen gegen Missbrauch von *Medicare* und *Medicaid*, Einsatz von Generika, Abbau von Subventionen für *Medicare Advantage Plans* und Reduzierung von *Medicare* Vergütungen wird das Ausgabenniveau abgesenkt. Um das Ausgabenwachstum zu verringern, wurde zum einen die sogenannte *Cadillac Steuer* eingeführt, die das Halten von zu teuren Versicherungsplänen und damit Überversicherung bestraft. Zum anderen soll der durch den ACA geschaffene Wettbewerb an den Versicherungsmärkten zu Einsparungen führen. Es wurden zudem Institutionen, wie das „*Patient-Centered Outcomes Research Institute*“, das „*Independent Payment Advisory Board*“ und das „*Center for Medicare & Medicaid Innovation*“ (CMMI) geschaffen, die eine effizientere Gesundheitsversorgung vorantreiben sollen (Orszag und Emanuel 2010; Zuckerman und Holahan 2012).

Das größte Potential, das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu reduzieren und dabei auch die Versorgungsqualität zu verbessern, liegt vermutlich allerdings in dem Teil, der



mit „*Payment & Delivery System Reform*“ zusammengefasst werden kann und durch verstärkte Integration der Versorgung, Setzung entsprechender Anreize und den Einsatz von Informationstechnologie gekennzeichnet ist. Dafür beinhaltet der ACA einen bunten Strauß an Neuerungen und Instrumenten, von denen die wichtigsten im Folgenden dargestellt werden. Aufgrund der starken Fragmentierung des Systems ist allerdings zu beachten, dass deren Anwendung und damit auch deren Einfluss zunächst meist auf Teilbereiche beschränkt ist.



Abbildung: Hauptbestandteile der Payment and Delivery System Reform
Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden soll nun zunächst auf zwei der Versorgungsreform zuzurechnende Innovationen eingegangen werden: *Accountable Care Organisationen (ACO)* und *Patient Centered Medical Homes (PCMH)*. ACOs stellen dabei den breitesten Ansatz dar, der die größte Integrationstiefe besitzt, und potentiell vom Maximalversorger bis zum niedergelassenen Physiotherapeuten alle Leistungserbringer unter einem strukturellen Dach vereinen kann. PCMH setzen hingegen an der Primärversorgung der Patienten an und sollen eine Screening-, Koordinations- und Lotsenfunktion erfüllen. Eine weitergehende Integration zum Beispiel in den Bereich der stationären Versorgung ist nicht vorgesehen. Natürlich kann eine ACO aber auch mit PCMH

kooperieren oder diese in ihr System integrieren. Als Beispiel für verschiedene Ansätze, wie mit den neuen Versorgungsstrukturen kompatible Vergütungsformen aussehen können, folgt darauf eine kurze Erläuterung der *Episode Based Payments*, welche die noch immer weit verbreitete Einzelleistungsvergütung ablösen sollen. Abschließend wird auf die konsequente Förderung von *Electronic Health Records (EHR)* eingegangen. Diese stellen ein notwendiges Bindeglied für die effiziente Kooperation verschiedener Leistungserbringer dar. Auch viele der innovativen Versorgungsansätze oder Vergütungssysteme sind ohne eine derartige IT-Infrastruktur nicht umsetzbar.

3.2 ACCOUNTABLE CARE ORGANISATIONS

Accountable Care Organisations (ACO) sind Netzwerke von Ärzten, Krankenhäusern und anderen zugelassenen Leistungserbringern, die für Qualität und Kosten des gesamten Versorgungsgeschehens für eine bestimmte Patientenpopulation verantwortlich sind. Dies stellt insofern eine Neuerung dar, als das bisherige System vor allem durch eine mengentreibende, reine *fee-for-service (FFS)* Vergütung und starre sektorale Grenzen geprägt ist. Einige wenige, aber prominente Ausnahmen stellen hierbei Leistungserbringer wie die *Mayo Clinic* oder Weiterentwicklungen der klassischen HMOs wie *Geisinger Health Systems* dar, die als voll integrierte Versorger das gesamte Behandlungsspektrum abdecken und schon länger alternative Vergütungsansätze verfolgen.

ACOs können als eigene rechtliche Einheit firmieren, sie können jedoch auch lediglich als virtuelle Organisationen kooperierender Akteure existieren. Leistungserbringer in der ACO können unter Einhaltung gewisser Qualitätsstandards finanziell von Kosteneinsparungen bezogen auf die gesamte Behandlungsepisode profitieren. Dabei gibt es verschiedene Formen, wie dieser Anreiz zu erhöhter Integration gesetzt wird. Im *Medicare System* z.B. erhalten ACOs durch das *Shared Savings Programm* zusätzlich zur Einzelleistungsvergütung einen Bonus, falls ein bestimmtes Kostenziel erreicht wird. Die ACO erhält zwischen 50 und 60 Prozent der eingesparten Kosten einer Behandlungsepisode, wobei der Bonus auf 10 bis 15 Prozent des Kostenziels gedeckelt ist.

Eine Modifizierung dieses Modells sind *Shared Risk* Verträge, bei denen die Leistungserbringer zwar auch von Kosteneinsparungen profitieren, aber auch das Kostenrisiko tragen, indem sie bei Überschreitung eines Kostenziels Strafzahlungen zu leisten haben. Die Zahlungen sind abgestaffelt und die ACO übernimmt nicht die volle Kostenverantwortung, wie es z.B. bei einem reinen *Capitation* Modell der Fall wäre. Die daran teilnehmenden ACOs werden in Anlehnung an das entsprechende Programm *Pioneer ACOs* genannt. Parallel wird auch mit sogenannten *Partial Capitation Modellen* experimentiert, bei denen Einzelleistungsvergütung und eine pauschale Vergütung pro Patient kombiniert werden. Ein großer Unterschied zu den HMOs aus

den 90er Jahren ist, dass Patienten ohne ihr aktives Zutun, prospektiv auf Grundlage ihres Leistungsgeschehens den ACOs zugeordnet werden, dabei aber nicht in der Wahl ihres Leistungserbringers eingeschränkt werden (Berenson und Burton 2012; Casalino 2014). Die Versicherer haben allerdings die Möglichkeit, entsprechende Anreize zu setzen, indem sie die Höhe der Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von Leistungserbringer innerhalb bzw. außerhalb einer ACO entsprechend staffeln.

ACOs können dabei unterschiedlichste Organisationsformen annehmen, die sich aus der Eigentümerstruktur – einzelner Eigentümer vs. mehrere Eigentümer – und dem Ausmaß der Integration ergeben, wobei die ACO sowohl von Krankenhäusern, Ärztenetzen als auch von sonstigen Leistungserbringern geführt werden können. Wie in Tabelle 1 zusammengefasst, lassen sich die ACOs dabei in sechs Grundtypen einordnen (Muhlestein et al. 2014): So gibt es *voll integrierte Versorgungssysteme*, den Archetyp der ACOs, die einen Großteil des Versorgungsspektrum abdecken, eine dominante Rolle im lokalen Markt spielen, an einer langfristigen Mehrwert generierenden Gesundheitsversorgung orientiert sind, dabei das Kostenrisiko übernehmen und verstärkt auf umfassende IT-Lösungen setzen.

Daneben existieren *unabhängige Arztgruppen ACOs*, bei denen überwiegend Hausärzte lose miteinander kooperieren, mit dem Ziel, die Mindestanforderungen für das *Medicare Shared Savings Program (MSSP)* zu erfüllen. Der dritte Typ, *Arztgruppen Allianzen*, unterscheiden sich von den unabhängigen Arztgruppen ACOs nur dadurch, dass hier auch Fachärzte mit einbezogen werden. Bei den erweiterten Arztgruppen ACOs handelt es sich um eine Verbindung von niedergelassenen Ärzten, die mit anderen Versorgungsstufen, hauptsächlich Krankenhäusern, kooperiert und durch multiple Eigentümerschaft gekennzeichnet ist. *Unabhängige Krankenhaus ACOs* haben dagegen nur ein alleinstehendes Krankenhaus als Eigentümer, wobei allerdings auch ambulante Leistungen durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten erbracht werden können. Diese Art der ACO bietet allerdings oft keine spezialisierte Medizin an und wurde oft mit dem Ziel gegründet, dem Krankenhaus einen stetigen Patientenstrom zu sichern, um sich gegen größere *Hospital Systems* behaupten zu können. *Krankenhaus Allianz ACOs* haben wiederum mehrere Eigentümer mit oft mehreren, kleinen Krankenhäusern, die



zusammen mit niedergelassenen Leistungserbringern vermehrt in ländlichen Gebieten tätig sind. Dort haben diese eine große Patientenbasis auf deren Grundlage die ACO das finanzielle Risiko gut glätten können. Unter anderem das

CMMI soll das Versorgungsgeschehen sowie Qualität und Kosten der verschiedenen ACO Formen evaluieren, um letztendlich die wirksamste Variante zu ermitteln, die dann anschließend weiter gefördert werden soll.

ACO TYP	LEISTUNGSERBRINGER	EIGENTÜMERSCHAFT	ZIELE
VOLL INTEGRIERTES VERSORGUNGSSYSTEM	Krankenhäuser, Niedergelassene Ärzte, Langzeitpflege, sonstige Leistungserbringer	Multiple Eigentümerschaft dominant, vereinzelt lediglich ein Eigentümer	Langfristige Generierung von Mehrwert für Patienten
UNABHÄNGIGES ARZTGRUPPEN ACO	Erbringer medizinischer Grundleistungen	Ein Ärztenetz ist alleiniger Eigentümer der ACO	Zugriff auf Vergütung des MSSP (Medicare Shared Savings Program)
ARZTGRUPPEN ALLIANZEN ACO	Haus- und Fachärzte	Mehrere Ärztenetze	Angebot einer ambulanten Vollversorgung
ERWEITERTE ARZTGRUPPEN ACO	Ärzte in Kooperation mit zumindest einer Kliniken	Überwiegend multiple Eigentümerschaft	Schaffung eines Zusatznutzens ohne zu hohem Integrationsgrad
UNABHÄNGIGE KRANKENHAUS ACO	Krankenhaus bzw. Krankenhaussystem; Ambulante Leistungserbringer als Kooperationspartner	Krankenhaus alleiniger Eigentümer	Sicherung des Patientenstroms für das Krankenhaus
KRANKENHAUSALLIANZ ACO	Krankenhäuser mit eigenen Ärztenetzen bzw. Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern	Mehrere Eigentümer	Schaffung einer breiten Patientenbasis zur Risikoglättung

3.3 PATIENT CENTERED MEDICAL HOMES

Ein weiteres Versorgungsmodell, das in gewissen Teilbereichen bereits in den 90er Jahren eingeführt wurde, ist das *Patient Centered Medical Home* (PCMH). Auch wenn es sehr unterschiedliche Formen des PCMH gibt, lässt sich der Idealtyp wie folgt beschreiben: Patientenzentrierung, erleichterter Zugang sowie eine stabile, langfristige und persönliche Beziehung zu einem Arzt, der die Versorgung lenkt und organisiert. Prävention allgemein und die Thematik chronischer Erkrankungen spielen dabei eine zentrale Rolle (Davis et al. 2011).

Im Gegensatz zu den ACOs besteht eine Organisationseinheit hier überwiegend aus einem Team mit einem niedergelassenen, für die Primärversorgung verantwortlichen Arzt im Zentrum und nicht aus einem Netzwerk von Leistungserbringern, welches das gesamte Behandlungsspektrum abdeckt (Edwards et al. 2014). Das PCMH Team kann neben Ärzten und Pflegekräften auch Ernährungsberater, Pharmakologen und Sozialarbeiter umfassen. Der integrative Aspekt dieser Versorgungsform besteht in dieser interdisziplinären, ganzheitlichen Herangehensweise an die Primärversorgung, die Gesundheitsförderung und Prävention mit einschließt. Des Weiteren sollen die PCMH die Koordination des Versorgungsgeschehens übernehmen. Die Organisation des Übergangs von ambulanter zu stationärer Versorgung, vom Krankenhaus zu Rehabilitation oder Langzeitpflege, sowie die Berücksichtigung familiärer Umstände liegt im Aufgabenbereich der PCMH (Davis et al. 2011; National Conference of State Legislatures 2012).

Um das Ziel der PCMH – verbesserte Qualität bei zumindest gleich bleibenden Kosten – zu erreichen, müssen entsprechende Formen der Vergütung angewendet werden, welche die Behandlung und zusätzlich vorgehaltene Infrastruktur abbilden und z. B. aus einem Mix aus Einzelleistungsvergütung und einer Pauschale pro eingeschriebenem Patient bestehen. Die Bundesstaaten wurden durch den ACA befähigt, Vergütungssysteme für PCMH zu entwickeln, die dann im Medicaid Sektor angewendet werden sollen. Ferner ist eine zielgenaue Outcome-Messung nötig, um die Behandlungsqualität sicher zu stellen. Für viele der genannten Aspekte ist zudem essentiell, dass eine funktionierende IT Infrastruktur aufgebaut und vorgehalten wird (Fields et al. 2010). Neben neuen finanziellen Anreizen

zur Erbringung medizinischer Grundversorgung ist die großflächige Förderung der PCMH die wichtigste Neuerung durch den ACA, um die unzulängliche Primärversorgung in den USA zu verbessern.

3.4 EPISODE BASED PAYMENT SYSTEM

Eine weitere Neuerung durch den ACA, die zu einer stärkeren Integration führen kann, ist die Einführung von *Episode Based Payments*, die den im stationären Sektor bereits existierenden DRGs ähneln. Der Unterschied besteht allerdings darin, dass die Behandlungsepisode breiter definiert wird und über sektorale Grenzen hinweg geht. Für festgelegte klinische Episoden erhalten die an der Leistungserbringung beteiligten Akteure einen Pauschalbetrag von den Versicherungen. Wie bei den ACOs tragen die Leistungserbringer damit das finanzielle Risiko, falls die Kosten über der Pauschale liegen. Sie können aber auch von Kosteneinsparungen profitieren (Hussey et al. 2011). Eine Behandlungsepisode könnte z. B. alle mit einer Knieendoprothese zusammenhängenden Schritte umfassen. Die Episode und damit die entsprechende Pauschale umfassen sowohl mehrere Tage vorstationärer Behandlung, den stationären Aufenthalt als auch die darauf folgenden 30 Tage in der Rehabilitation. Der Anreiz für die Leistungserbringer liegt damit darin, durch eine höhere Kooperation, Koordination und Integration der Versorgung Effizienzpotentiale zu realisieren und wie bei den ACOs gemeinsam von den Kosteneinsparungen zu profitieren (Mechanic 2011). Die Bündelung der Vergütung kann dabei entweder auf eine bestimmte Prozedur oder auf eine medizinische Indikation bezogen werden, wobei sich hier insbesondere chronische Erkrankungen anbieten dürften.

Die Schwierigkeiten der *Episode Based Payments* liegen darin, eine Episode klar und sinnvoll zu definieren, eine angemessene Pauschale zu kalkulieren sowie sicher zu stellen, dass keine Einsparungen auf Kosten der Behandlungsqualität erfolgen. Schon vor dem ACA wurde in einzelnen Staaten bezogen auf wenige Indikationen mit gebündelten Vergütungen experimentiert, wobei durchaus Kosteneinsparungen bei gleichbleibender oder sogar verbesserter Qualität zu beobachten waren (Korda und Eldridge 2011).



3.5 ELECTRONIC HEALTH RECORDS

Mit der großflächigen Einführung einer einheitlichen IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen wird schon lange die Hoffnung auf Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen verbunden (Terry 2013). Die oben vorgestellten Versorgungsformen mit ihren komplexen Vergütungsmechanismen und Qualitätsanforderungen machen den Aufbau einer IT-Infrastruktur mit einer elektronischen Patientenakte als Kernbestandteil unerlässlich. Fehlanreize und die auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers durchaus rationale Strategie, die weitere Entwicklung erst abzuwarten, verhinderten jedoch lange Zeit entscheidende Fortschritte bei ihrer Verbreitung (Christensen und Remler 2009). Als Vorgriff auf den ACA und als Teil des Recovery Acts, dem Konjunkturpaket von 2009, wurde deshalb ein milliardenschweres Paket geschnürt, das die Verbreitung von Gesundheits-IT vorantreiben sollte (Schmid und Schmidt 2014; Korda und Eldridge 2011). Unter dem Begriff HITECH Act werden verschiedene Maßnahmen gebündelt. Eine davon ist die Stärkung einer bereits unter der Präsidentschaft von G. W. Bush geschaffenen Bundesbehörde, der ONCHIT, welche die Führung und Koordination der Implementierung von bundesweiter, kompatibler Gesundheits-IT übernehmen soll. Herzstück des HITECH

Act sind geschätzte 30 Mrd. Dollar, die von 2011 bis 2017 bereitgestellt werden und den Leistungserbringern zu Gute kommen, sobald diese *Electronic Health Records* (EHR) einführen und benutzen. Außerdem sollen Leistungserbringer ab 2015 finanzielle Einbußen erleiden, falls sie keine EHR verwenden.

Darüber hinaus werden nicht unerhebliche Mittel bereitgestellt, um Unterstützungssysteme und regionale IT Zentren zu bilden, die den Leistungserbringern bei der Implementierung und Verwendung der EHR zur Seite stehen (Blumenthal 2009). Durch die genannten Maßnahmen wurde die Implementierung von EHR vorangetrieben. Ob sich die erhofften Effekte von EHR auf die Gesundheitsversorgung einstellen, hängt vor allem von zwei Faktoren ab: Erstens muss die Zertifizierung von EHR, die unter der Bundesbehörde ONCHIT erfolgt, zu anwenderfreundlichen und sinnvoll einsetzbaren Patientenakten führen. Zweitens müssen diese dann auch in einem substantiellen Umfang in der Praxis verwendet werden. Dies soll dadurch sichergestellt werden, dass die finanziellen Mittel nur fließen, wenn „*meaningful use*“ der EHR nachgewiesen wird, d.h. sukzessiv steigende Anforderungen an den Umfang, die Leistungsfähigkeit und die Interoperabilität der IT erfüllt werden (Buntin et al. 2010).

4.

EFFEKTE DES ACA AUF DIE VERSORGUNGS- STRUKTUR



4.1 ALLGEMEINER STAND DER FORSCHUNG ZUM ACA

Obwohl bereits fünf Jahre seit Verabschiedung des ACA vergangen sind, ist kaum abschließend einzuschätzen, ob einzelne Reformbestandteile erfolgreich waren. Dies liegt vor allem daran, dass einige der Instrumente und Versorgungsformen erst seit relativ kurzer Zeit tatsächlich angewendet werden und dadurch eine umfassende qualitative und quantitative Analyse noch nicht möglich ist. Die folgenden Ausführungen basieren deshalb oft auf Schätzungen und Tendenzen.

Als gesichert kann die erhöhte Verfügbarkeit von Krankenversicherungsschutz angesehen werden. Bis Februar 2015 haben 11,7 Millionen Amerikaner eine Krankenversicherung über die neu geschaffenen Exchanges erworben, wobei die meisten Käufer Subventionen erhalten haben. Durch die Medicaid Erweiterung und sonstige Regelungen beläuft sich die Zahl der durch den ACA versicherten Personen auf über 30 Millionen.

Da viele dieser Personen vorher allerdings bereits über anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügten, wird die Nettozunahme an Versicherten auf zwischen 7 und 16 Millionen geschätzt, was einer anderen Schätzung nach einer Abnahme des Anteils der Nichtversicherten von ungefähr 20 auf 16 Prozent entspricht (Blumenthal et al. 2015). Bezogen auf die Kostenentwicklung im amerikanischen Gesundheitswesen lassen sich keine allgemeingültigen Schlüsse ziehen. Das Wachstum der Gesundheitsausgaben von 2010 bis 2013 hat sich im Vergleich zu den Vorjahren zwar verlangsamt, doch ist davon auszugehen, dass dies eher ein Resultat der Wirtschaftskrise ist und nicht dem ACA zugeschrieben werden kann (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014).

Im *Medicare-Bereich*, lässt sich die Abschwächung des Ausgabentrends allerdings auch durch die Einschnitte bei der Vergütung von Gesundheitsleistungen erklären. Unter anderem deswegen wird prognostiziert, dass die Medicare Ausgaben im Jahr 2020 um 200 Mrd. Dollar niedriger sein werden, als noch 2010 prognostiziert wurde (Blumenthal et al. 2015). Es bleibt festzuhalten, dass die durchaus umfassenden Reformen im Bereich des

Versicherungsschutzes nicht zu einer Vereinheitlichung des Systems führen. Während die Zahl der Nichtversicherten reduziert wird, bleibt die Fragmentierung bestehen. Dies stellt eines der Zugeständnisse an die politische Durchsetzbarkeit des Reformprojekts dar. Die Nachteile dieser Fragmentierung für die Leistungserbringer – insbesondere der hohe administrative Aufwand – bleiben bestehen.

4.2 ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATIONS

Was die Versorgungs- und Vergütungsmodelle betrifft, ist vor allem die Entwicklung der ACOs hervorzuheben. Nimmt man die verschiedenen Formen der ACOs zusammen, wurden bis Ende 2014 im *Medicare Bereich* 424 derartige Organisationen gegründet. Diese bestehen aus circa 40.000 Leistungserbringern, die für die Gesundheitsversorgung von knapp acht Millionen Amerikanern verantwortlich sind.

Verschiedene Studien deuten derzeit auf moderat positive Effekte bezüglich Kriterien wie Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität hin. Auch scheinen zumindest geringe Einsparungen hinsichtlich der *Medicare* Behandlungskosten möglich, wobei allerdings in vielen Kalkulationen die Investitions- und Administrationskosten der Leistungserbringern und Kostenträger nicht berücksichtigt werden. Neben den *Medicare* ACOs existieren hunderte ACO-ähnliche Verträge mit privaten Versicherern, für welche die Studienlage jedoch noch weniger aussagekräftig ist.

Ein starker Treiber für diese privaten ACOs ist der durch verschiedene Maßnahmen des ACA weiter zunehmende Druck auf die Rendite der privaten Versicherungen, die deshalb versuchen, ein größeren Teil des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer zu übertragen (Shalowitz 2013; McWilliams et al. 2015; Casalino 2014; Cavanaugh 2014; Blumenthal et al. 2015). Wie Casalino (2014) hervorhebt, ist allerdings nur ein Teil der ACOs ökonomisch erfolgreich. Einige der *Pioneer* ACOs haben sich aus dem Projekt zurückgezogen und sind vorerst in das *Shared Savings Programm* gewechselt, andere renommierte Health Systems nahmen von Anfang an

nicht Teil. Casalino sieht vor diesem Hintergrund zwei Gefahren:

Zum einen, dass die ACOs scheitern, da insgesamt zu wenige Verträge abgeschlossen werden, sie sich also nicht durchsetzen können. Zum anderen, dass ACOs erfolgreich sind, allerdings aus den „falschen“ Gründen. Letztere seien in der im Folgenden noch näher ausgeführten Anhäufung von Marktmacht vollständig integrierter Systeme zu sehen, die sich in der Vergangenheit in starken Preissteigerungen niedergeschlagen hat.

Von den oben skizzierten Varianten möglicher ACO Ausprägungen erscheinen jene am erfolgreichsten, die von einem großen Universitätsklinikum koordiniert werden. „Virtuelle“ ACOs (d.h. Kooperationen zwischen den Leistungserbringern) sind zwar möglich, scheinen aber deutlich schwerer implementierbar zu sein als real integrierte Organisationen.

Insbesondere Fragen wie die Aufteilung der erreichten Einsparungen sind hier kritisch. Solange die *fee-for-service* Komponente nach wie vor eine zentrale Rolle spielt, bestehen ferner starke Anreize, die einer Reduktion des Fallvolumens entgegenwirken. So interpretiert Shalowitz (2013) die bisher vorliegenden Ergebnisse dahingehend, dass die Präsenz eines Krankenhauses in einer ACO eher ein Hindernis für die Realisierung von Einsparpotentialen darstellt, da Krankenhäuser in der Regel nach wie vor ein stark volumenorientiertes Geschäftsmodell verfolgen. Noch weitestgehend ungeklärt ist die Frage, wie sich die Situation entwickeln wird, wenn nach den ersten durch Effizienzsteigerungen realisierten Einsparungen weitere Erfolge nur deutlich langsamer zu erzielen sind. Manche Beobachter befürchten insbesondere für die *Shared Savings Programme*, dass bei einem Nachziehen der Benchmark kurzfristig kaum weitere verteilbare Einsparungen erreichbar sind.

4.3 PATIENT CENTERED MEDICAL HOMES

Was die PCMH angeht, scheinen für eine Implementierung in der Breite noch einige Hürden zu bestehen. Ende 2013 waren einer nationalen Studie zufolge nur 5% der Primärversorger als PCMH anerkannt. Das liegt auch

daran, dass selbst unter den diversen existierenden innovativen Primärversorgungsformen lediglich 40% als PCMH zertifiziert sind. Noch scheint die Akkreditierung als PCMH nicht attraktiv genug und die Anforderungen der Zertifizierung – zumindest aus Sicht der Leistungserbringer – zu hoch zu sein (Hahn et al. 2014). Mit Stand 2013 war auch die Zahl der evaluierten PCMH Projekte noch zu klein, um belastbare Aussagen zum ökonomischen Erfolg zu machen. Es zeigten sich allerdings starke Indizien für eine zumindest moderate Verbesserung im Bereich der Patientenzufriedenheit und der Prävention (Jackson et al. 2013).

Zugleich gibt es mittlerweile einzelne, umfangreich dokumentierte und analysierte Beispiele, wie die von *Geisinger Health Systems* unter dem Begriff *ProvenHealthNavigator* (PHN) etablierten *Medical Homes* (Maeng et al. 2015). Hier koordinieren in den Praxen situierte Case Manager sektorübergreifend die Versorgung der Patienten. Dabei wird ein populationsbezogener Ansatz verfolgt, in welchem auf Basis von Abrechnungs- und Behandlungsdaten Hochrisikopatienten identifiziert und gezielt angesprochen werden. Im Hintergrund steht ein umfangreiches EHR System, das die notwendigen Daten standortübergreifend zugänglich macht, populationsbezogene Auswertungen ermöglicht und teambasierte Behandlungspfade unterstützt.

Die Vergütung erfolgt neben einer klassischen *fee-for-service* Komponente über erfolgsabhängige Komponenten, die neben den erreichten Einsparungen auch Qualitäts- und Patientenzufriedenheitsindikatoren berücksichtigen. Verschiedene Auswertungen konnten für dieses Beispiel eine deutlich wahrnehmbare Kostenreduktion dokumentieren. Den größten Beitrag dazu lieferten Einsparungen durch vermiedene oder kürzere stationäre Aufenthalte. Aber auch in anderen Kostenkategorien, wie den Ausgaben für Arzneimittel, wurden Kosten reduziert. Die inhärente Präventionslogik zeigt sich dadurch, dass über eine zunehmende Dauer der Mitgliedschaft in einem Geisinger Medical Home die realisierten Einsparungen zunehmen. Dabei haben nicht nur Praxen, die zum *Geisinger Health System* gehören, den PHN implementiert, sondern auch *Independent Physician Practices*. Alle Praxen versorgen nicht nur Geisinger Patienten, sondern im Mittel 70% Patienten anderer Versicherer. Letztere wurden in die vorangehenden Analysen naturgemäß nicht einbe-



zogen, profitieren aber in Teilen von den durch den PHN etablierten Strukturen in den teilnehmenden Praxen. Bestimmte Elemente, wie der Zugang zu den Case-Managern, stehen allerdings ausschließlich den Teilnehmern am PHN offen. Geisinger selbst hat nach einer Startphase ausschließlich mit *Medicare Patienten* das Modell auch auf den Rest der Versicherten ausgeweitet.

Als Nebenprodukt generieren die Experimente mit PCMH wertvolle Erfahrungen für *Multipayer* Ansätze, d.h. Kooperationen verschiedener Kostenträger zum Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern, die innovative Versorgungsformen anbieten. So wurden zwischen 2008 und 2014 siebzehn *Multipayer* Kooperationen für PCMHs umgesetzt und umfangreich dokumentiert (Takach et al. 2015).

Zusammenfassend ist noch unsicher, ob durch die zusätzlichen ACA Mittel für PCMH durch Medicaid deren Verbreitung entscheidend gefördert werden kann. Bereits vor dieser zusätzlichen Förderung konnten PCMH etabliert werden, die ökonomisch erfolgreich waren. Allerdings scheint dies primär großen und zumeist integrierten Health Systems zu gelingen (Jackson et al. 2013), die nicht nur entsprechende Anfangsinvestitionen leisten können, sondern auch die nötigen Managementressourcen besitzen. Eine systematische Analyse der Erfolgsfaktoren liegt nach heutigem Stand noch nicht vor.

4.4 EPISODE BASED PAYMENT SYSTEMS

Episode Based Payment Systems scheinen zunehmend angenommen zu werden, da bereits fast 7000 Leistungserbringer an einer Art der gebündelten Vergütung teilnehmen. Allerdings gibt es hierzu bisher kaum belastbare Studien, sodass eine weiterführende Bewertung über die Zahlen der amtlichen Statistik hinaus derzeit noch nicht möglich ist (Blumenthal et al. 2015). Es zeichnet sich jedoch im Kontext der bereits beschriebenen ACOs ab, dass derartige Vergütungsformen an Bedeutung gewinnen und die noch dominierenden *fee-for-service* Varianten sukzessive ergänzen bzw. ersetzen werden. Ferner dürfte wiederum durch *Medicare Policy* Reformen ein starker Impuls in den gesamten Markt erfolgen. So wird von Seiten des Gesundheitsministeriums angestrebt, dass *Medicare* – mithin der größte Kostenträger des US-Gesundheitssystems – 30%

des Leistungsvolumens bis Ende 2016 nicht mehr über *fee-for-service* Modelle abrechnet. 2018 soll die 50% Marke überschritten werden und die dann noch existierenden *fee-for-service* Komponenten sollen beinahe vollständig an Qualitätskriterien angekoppelt werden (Cutler 2015). Cutler und Ghosh (2012) gehen ferner davon aus, dass es für das Einsparpotential nachrangig ist, ob die Bündelung auf Episodenebene oder Patientenebene erfolgt, obwohl erstgenannte Option den Anreiz zur Maximierung der Anzahl an Behandlungsepisoden nicht verringert.

4.5 ELECTRONIC HEALTH RECORDS

Die Verbreitung und der sinnvolle Einsatz von EHR sind unter anderem durch den *Recovery Act* sowie den ACA stark angestiegen. Von 2007 bis 2012 hat sich der Anteil der Arztpraxen mit einer vollfunktionsfähigen EHR von 4 auf 24% erhöht, wobei der Anstieg seit 2009 bedeutend höher ausgefallen ist (Hsiao et al. 2014). Auch im stationären Bereich sprang die Durchdringung zumindest mit grundlegenden EHR von 9 Prozent im Jahr 2008 auf 44 Prozent im Jahr 2012. Allerdings konnten nur 17 Prozent der Einrichtungen einen umfassenden EHR vorweisen, wobei jedoch ein deutlich positiver Trend vorlag. Insbesondere die drohenden Kürzungen von *Medicare* Zahlungen scheinen einen starken Anreiz darzustellen und haben eine in diesem Bereich vorher nicht bekannte Dynamik entfacht. Im Rahmen der Implementierung mussten allerdings mehrfach Deadlines für die Erfüllung der *meaningful use* Kriterien verschoben werden. Zudem wurden insbesondere Anforderungen, welche die Interoperabilität betreffen, eher abgeschwächt.

Der veranschlagte Zeitrahmen erscheint rückblickend als vermutlich zu ambitioniert und beschleunigte zudem die Konsolidierung der Anbieter weiter. So sahen sich viele insbesondere kleinere Anbieter von der schnell ansteigenden Nachfrage bei gleichzeitiger Knappheit an Fachpersonal überfordert. Zugleich haben Krankenhäuser eine starke Präferenz für etablierte Systeme mit minimalen Implementierungsrisiken. Beide Aspekte haben ferner bewirkt, dass in der Tendenz eher auf ältere Systemarchitekturen zurückgegriffen wurde, statt die Gelegenheit für die Verbreitung innovativer Systeme zu nutzen, welche die heute bereits existierenden technischen Möglichkeiten vollständig ausschöpfen (Schmid und Schmidt 2014).

4.6 STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN

Mit der Einführung des ACA erlebte der amerikanische Krankenhausmarkt eine massive Welle an Fusionen. So wurden im Jahr 2012 105 Fusionen realisiert, während es in den Jahren vor dem ACA meist zwischen 50 und 60 Fusionen pro Jahr waren (Dafny 2014). Der ACA wird dabei vielfach als Treiber für eine verstärkte Konsolidierung angesehen, da Instrumente wie ACOs oder Episode Based Payment Systems – aus Sicht der Leistungserbringer – so am besten umgesetzt werden können. Die Leistungserbringer argumentieren ferner, dass sie so bessere Qualität und höhere Effizienz anbieten können, bleiben aber Belege für diesbezügliche Erfolgsaussichten schuldig (Tsai und Jha 2014). Vielmehr gibt es umfangreiche Literatur und belastbare Evidenz, dass zunehmende Konsolidierung im amerikanischen System, das zu einem großen Teil auf Verhandlungen zur Preisfindung basiert, zu gravierenden Preissteigerungen geführt hat. Qualitätsverbesserungen lassen sich im Gegenzug kaum dokumentieren (Gaynor und Town 2012).

Es bleibt ferner abzuwarten, wie sich PCMH und ACOs hinsichtlich ihrer funktionalen Verknüpfung organisieren. Die Konzepte sind im Prinzip komplementär, allerdings werden sie – wie oben ausgeführt – zum Teil noch durch gegenläufige Anreize gesteuert. So haben nicht alle ACOs einen Nutzen davon, wenn Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Edwards et al. (2014) skizzieren verschiedene Varianten, wie das Verhältnis von PCMH und ACO ausgestaltet werden könnte. In der konsequentesten Umsetzung müssten beide auf Vergütungssysteme umgestellt werden, die vom Behandlungskontakt weitestgehend unabhängig sind. Zugleich gehen die Autoren aber davon aus, dass die beiden Organisationen, wenn auch eng verzahnt, zumindest vorerst doch weitestgehend getrennt nebeneinander bestehen bleiben. Durch den starken Anreiz zu kurzfristig realisierbaren Einsparungen dürfte der Fokus bei ACOs zunächst auf „high margin, high cost services“ (S. 1411) im stationären Bereich liegen.

5.

IMPULSE FÜR NETZWERKMEDIZIN IN DEUTSCHLAND

Betrachtet man die Dynamik der im US Gesundheitssystem ablaufenden Veränderungen, so liegt einer der Gründe dafür sicherlich in der Bereitschaft, zahlreiche Experimente einzugehen. Dies geschieht auf zwei Ebenen: Durch Medicare werden deutlich wahrnehmbare Erprobungen initiiert, die durch eine große Grundpopulation dafür sorgen, dass auch hinreichend große Teilnehmerzahlen garantiert werden können. Private Versicherer sehen sich zudem gezwungen, auch selbst tätig zu werden. Wie Takach et al. (2015, S. 670) es mit Bezug auf PCMH formulieren: *“Public and private payers across the country have since invested many years and millions of dollars in myriad single-payer programs that employ a range of payment methodologies, medical home standards, and performance metrics.”*

Zugleich verweisen sie aber darauf, dass in Fällen, in denen ein Versicherer einen Standard – z.B. für die Zertifizierung als PCMH – durchgesetzt hat, andere Anbieter diesen übernehmen, ohne eigene Modelle entwickeln zu müssen.

► Impuls 1: Mehr Experimente eingehen

Im Vergleich zu den USA erscheinen die deutschen Versuche neue Versorgungs- und Vergütungssysteme zu testen zaghaft und halbherzig. Hier wäre ein deutlich entschiedeneres Vorgehen wünschenswert. Erfolgsversprechende Ansätze sollten schneller in den Regelbetrieb implementiert und weiter erprobt werden.

Auch Leistungserbringer können aktiv die Entwicklung von Versorgungsmodellen vorantreiben, eigene Standards definieren und versuchen, hierfür Versorgungsverträge verschiedener Versicherer zu erhalten. Letzteres würde im Grunde dem von Münch und Scheytt (2014) postulierten, von Leistungserbringerseite initiierten Konzept der Netzwerkmedizin nahekommen.

Dieses in den USA eingeräumte Maß an unternehmerischer Freiheit ermöglichte es beispielsweise auch, dass trotz der starken Antipathie in der Bevölkerung gegen klassische HMOs einzelne Unternehmen wie das oben beschriebene *Geisinger Health System* oder *Kaiser Permanente* mit überzeugenden HMO Konzepten durchaus Erfolg haben.

► Impuls 2: Unternehmerische Freiheit sichern

Auch außerhalb großformatiger und bundesweit konzentrierter Versorgungsstudien müssen Leistungserbringer und Kostenträger die Möglichkeit haben, unorthodoxe und innovative Formate zu erproben. In diesen Fällen geht es nicht um finanzielle Subventionen, sondern um die Befreiung – im amerikanischen Sinne um Waiver – von Vorschriften beispielsweise in den Bereichen der Finanzierung und Vergütung.

Auch wenn die hier vorgestellten ACO und PCMH Modelle zunächst stark auf *fee-for-service* Konzepten aufbauen, werden diese durch verschiedene andere Vergütungskomponenten ergänzt, um die Investitionen in Strukturen und Personal zu ermöglichen und die negativen Anreize von *fee-for-service* abzumildern. Es zeigt sich bereits kurz nach Start dieser Initiativen, dass mittelfristig nur von Behandlungsepisoden unabhängige Vergütungsformen die erwünschten Effekte erzielen können. Damit geht ein starker Populationsbezug einher.

► Impuls 3: Vergütungssystem flexibilisieren

Neben der zwingend erforderlichen Überwindung der sektoralen Trennung im Vergütungssystem müssen verschiedene Varianten von stärker pauschalierenden Vergütungsformen erprobt werden. Dabei ist zunächst durchaus denkbar, dass episodensbasierte Ansätze einen wichtigen Zwischenschritt zu stärker populationsbezogenen Ansätzen darstellen. In der Praxis scheinen sich Kombinationen dieser Ansätze zu bewähren.

Um die Nachteile von weiterhin bestehenden *fee-for-service* Komponenten zu minimieren und Auswüchse wie in den klassischen HMOs zu verhindern, muss umfangreiche Qualitätssicherung betrieben werden. Gerade in ACOs spielt die Erreichung qualitativer Zielvorgaben auch für die Vergütung eine entscheidende Rolle.

In diesem Kontext gilt es verschiedene Formen der Qualitätsmessung auch unter Einbeziehung von Patientenzufriedenheit und sonstiger „weicher“ Kriterien zu erproben. Neben bundesweiten Initiativen können auch die Leistungserbringer selbst entsprechende Konzepte mit entwickeln.



► Impuls 4: Qualitätsmessung fördern

Um Vergütung an Qualität koppeln zu können und die Interessen der Versicherten und Patienten sichern zu können, muss die Messung und Kommunikation von Qualität eine zentrale Rolle einnehmen. Gerade in der Entwicklungsphase erscheint die Erprobung und auch langfristige Evaluation verschiedener Ansätze von besonderer Bedeutung.

Die PCMH verfolgen in der Betreuung der Patienten einen ganzheitlichen Ansatz, der mit dem Screening von Hochrisikopatienten beginnt und bis zur Koordination des weiteren Versorgungsweges reicht. Für das entsprechende Screening ist die Verfügbarkeit entsprechender (klinischer und Abrechnungs-) Daten von fundamentaler Bedeutung. Dies tangiert direkt elementare Patientenrechte wie den Datenschutz. Auch in den USA spielt Datenschutz eine wichtige Rolle, die Mentalität ist jedoch offener gegenüber derartiger Nutzungen. Auch in Deutschland sollte in diese Richtung weiter untersucht werden, wie sich berechnigte Interessen von Versicherten und Patienten mit dem gemeinsamen Ziel einer besseren und auch weiterhin finanzierbaren Gesundheitsversorgung verbinden lassen.

Der HITECH Act hat vor Augen geführt, wie eine entschiedene und konsequent umgesetzte Förderung von EHR – bei allen damit einhergehenden Problemen – eine starke Dynamik in Gang setzen kann. Ohne diese Förderung in der Breite, wäre Abwarten für die meisten Leistungserbringer eine rationale Option geblieben.

► Impuls 5: Finanzielle Anreize für Electronic Health Records setzen

Um eine kritische Masse zu erreichen, ist die Investition in EHR mit starken finanziellen Anreizen – positiver und/oder negativer Natur – zu belegen. Hierbei ist es Aufgabe des Regulators, die Interoperabilität sicherzustellen und den rechtlichen Rahmen für die verantwortungsvolle Nutzung dieser Daten zu schaffen.

Die PCMH zeigen jedoch auch, dass die Koordination der Versorgung nicht zwingend von einem die nachgeordneten Versorgungsstufen integrierenden Leistungserbringer erfolgen muss. Gerade auch um eine informierte Wahl

zwischen verschiedenen Netzen zu ermöglichen, könnte eine stärkere Unabhängigkeit sogar von Vorteil sein. Gleichwohl deuten viele Indizien darauf hin – gesicherte Erkenntnisse stehen hierzu noch aus – dass die effiziente Abstimmung von Behandlungsverläufen am einfachsten in integrierten Organisationen umgesetzt werden kann.

► Impuls 6: Patienten gezielt durch das Versorgungssystem steuern

Funktionen zur Versorgungskoordination sollten gezielt etabliert und separat vergütet werden. Ferner sollten Leistungserbringer, die durch eine effiziente Abstimmung ihrer Behandlungswege eine effiziente Versorgung erreichen, an den daraus resultierenden Einsparungen partizipieren können.

Während der Ansatz der Netzwerkmedizin eine bundesweite Präsenz vorsieht, zeigt das Beispiel der USA, dass durchaus auch regionale Versorgungssysteme wirtschaftlich erfolgreich betrieben werden können. Hier sind sicherlich verschiedene Faktoren gegeneinander abzuwägen. Der Vorteil bestünde jedoch in einer größeren Pluralität der Versorgungsstrukturen, der auch weiterhin den Raum für innovative Experimente gibt. Gerade um einen entsprechenden Populationsbezug herstellen zu können, muss dabei auch die Verknüpfung von ambulanter Grundversorgung und nachgelagerten Versorgungsstufen bedacht werden. In den USA scheint sich allerdings abzuzeichnen, dass nicht zwingend eine vollständige vertikale Integration nötig und sinnvoll ist.

So wächst in vollständig integrierten Organisationen die Herausforderung, das Spannungsfeld der Interessen von niedergelassenen Allgemeinärzten auf der einen und stationären Leistungserbringern auf der anderen Seite zu orchestrieren

► Impuls 7: Regionale Cluster fördern

Um populationsbezogene Versorgungsansätze umsetzen zu können, sollte regionale Vernetzung angestrebt und gefördert werden. Die Initiative kann sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch von Seiten der Kostenträger ausgehen. Eine überregionale Verknüpfung dieser Netze stellt eine Ausbauoption dar.

Anreize zur Integration gehen mit der Gefahr einher, dass konzentrierte Versorgungsstrukturen entstehen. Dies ist problematisch, da Patienten nicht unbegrenzt mobil sind und in der Folge in ihrer faktischen Wahlfreiheit eingeschränkt werden, während ein vollständig integrierter Anbieter möglicherweise Marktmacht ausüben kann. Deshalb ist genau abzuwägen, inwiefern die Vorteile zum Beispiel hinsichtlich der potentiell entstehenden Effizienzgewinne eine vollständige Integration erfordern oder nicht auch durch weniger restriktive Formen der Koordination erreicht werden können.

Hierzu ist eine funktionierende und unabhängige Fusionskontrollbehörde zwingend erforderlich, die auch auf regionaler Ebene die industrieökonomischen Zusammenhänge kritisch hinterfragen und gegebenenfalls entsprechend eingreifen kann. Zusätzlich ist zu bedenken, dass in den USA eine starke Restriktion der Wahloptionen durch *Managed Care Organisationen* letztlich gegen den Widerstand der Versicherten nicht umsetzbar war und zu ihrem Ende entscheidend beitrug. Das Portalkonzept der Netzwerkmedizin scheint hier ein interessanter Ansatz zu sein, da es durchaus überlappende Abdeckungsbereiche zulässt und es ermöglicht, dass auch weiter entfernte, gegebenenfalls zu unterschiedlichen Netzwerken gehörende stationäre Leistungserbringer nachgelagerter Versorgungsstufen miteinander in Konkurrenz stehen. Inwiefern durch die vorgesehenen Zusatzversicherungen Lock-In-Effekte entstehen können, wäre kritisch zu prüfen.

► Impuls 8: Konzentrierte Strukturen vermeiden

Die Entstehung monopolartiger Strukturen ist zu vermeiden. Das dadurch entstehende Spannungsverhältnis ist zu moderieren. Ausnahmen vom klassischen Fusionskontrollverfahren erscheinen nicht zielführend. In Regionen, in denen konzentrierte Strukturen nicht vermeidbar sind, ist zu prüfen, inwiefern weitere Kontrollmechanismen notwendig sind.

Blickt man auf die notwendigen Entscheidungen, die beispielsweise im Hinblick auf Vergütungsformen oder Vertragsoptionen zu treffen sind, ist schwer vorstellbar, dass diese mit den Mechanismen der Selbstverwaltung

umsetzbar sind. Auch die geringen Fortschritte bei der elektronischen Gesundheitskarte fördern den Optimismus nicht.

► Impuls 9: Blockade der Selbstverwaltung durchbrechen

Erprobungen sollten auch außerhalb des Systems der Selbstverwaltung möglich sein, die aufgrund innerer und äußerer Restriktionen nicht ausreichend flexibel erscheint, entsprechende Innovationen in den Versorgungsstrukturen anzustoßen. Problematisch erweist sich ferner die Überführung erfolgreich erprobter Modelle in die Regelversorgung. Sind hier oder bei der Entwicklung wegweisender Projekte (z.B. Digitalisierung) keine Fortschritte absehbar, ist es Aufgabe des Regulators tätig zu werden.

Wichtig ist es, die Probleme des amerikanischen Gesundheitssystems nicht zu ignorieren. Hierzu gehört die starke Fragmentierung, die unter anderem entscheidend zu den hohen Kosten der Gesundheitsversorgung beiträgt. Auch selektives Kontrahieren geht mit einem nicht zu vernachlässigbaren administrativen Aufwand einher. Daher erscheint es erstrebenswert, möglichst viele der erfolgreich erprobten Konzepte zeitnah in die Regelversorgung zu überführen.

Die Idee, im Rahmen der Netzwerkmedizin die kollektivvertragliche Struktur der GKV nach wie vor als kohärenzstiftende Basis zu nutzen, scheint in diesem Kontext interessant.

► Impuls 10: Zu starke Fragmentierung verhindern

Die Schaffung von Wahloptionen für die Patienten und die Förderung eines Wettbewerbs der besten Behandlungsansätze dürfen nicht dazu führen, dass das Gesundheitssystem zu stark fragmentiert wird. Es besteht sonst die Gefahr mangelnder Transparenz und exzessiver Transaktionskosten.

6. FAZIT

ZUSAMMENFASSEND LOHNT SICH ÜBER DIE NÄCHSTEN JAHRE EIN GENAUER BLICK IN DIE USA, UM DORT DIE ENT- WICKLUNGEN WEITER ZU VERFOLGEN.

Es kann durchaus sein, dass im Kontext des ACA vielleicht zu viele Veränderungen zugleich angestoßen wurden. Umso schneller wird sich jedoch zeigen, wo Chancen und wo Risiken liegen, welche Herausforderungen lösbar sind und welche Projekte scheitern werden. Sicherlich wird dies noch viele Anregungen und Impulse für die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen liefern.

Zugleich zeigt die Erfahrung der USA jedoch auch, dass die Jagd nach dem Heiligen Gral – der umfassenden Lösung für das amerikanische Ausgabenproblem – nach wie vor nicht erfolgreich war. Vielmehr argumentieren Marmor und Oberlander (2012, S. 1216): *“Our enthusiasm for innovative and organizational solutions to cost containment is, then, partly a product of our political incapacity to produce universal health insurance.”* Dabei seien viele der Innovationen gar nicht neu, sondern vielmehr neue Labels für altbekannte Ideen. Sie empfehlen den USA vielmehr einen Blick in andere Gesundheitssysteme, um von den Vorteilen einer konsistenten und nicht so stark fragmentierten Gesundheitsversorgung zu lernen.

In unseren Augen scheint eben die maßvolle Kombination beider Perspektiven – Offenheit für Impulse von außen ohne die Vorzüge des eigenen Systems über Bord zu werfen – die sinnvollste und erfolgversprechendste Herangehensweise zu sein. Das Konzept der Netzwerkmedizin ist in diesem Sinne selbst ein Impuls für das deutsche Gesundheitssystem, der zu einer offenen und kritischen Auseinandersetzung anregt.



LITERATURVERZEICHNIS

Bazzoli, G. J.; Dynan, L.; Burns, L. R.; Yap, C. (2004):

Two decades of organizational change in health care: What have we learned? In: *Medical Care Research and Review* 61 (3), S. 247–331.

Berenson, Robert A.; Burton, Rachel A. (2012):

Health Policy Brief: Next Steps for ACOs. *Health Affairs*, January 31, 2012.

Blumenthal, David (2009):

Stimulating the adoption of health information technology. In: *N. Engl. J. Med.* 360 (15), S. 1477–1479. DOI: 10.1056/NEJMp0901592.

Blumenthal, David; Abrams, Melinda; Nuzum, Rachel (2015):

The Affordable Care Act at 5 Years. In: *N. Engl. J. Med.* (epub ahead of print). DOI: 10.1056/NEJMp1503614.

Buntin, Melinda Beeuwkes; Jain, Sachin H.; Blumenthal, David (2010):

Health information technology: laying the infrastructure for national health reform. In: *Health Affairs* 29 (6), S. 1214–1219. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0503.

Carman, Katherine G.; Eibner, Christine; Paddock, Susan M. (2015):

Trends In Health Insurance Enrollment, 2013–15. In: *Health Affairs* 34 (6). DOI: 10.1377/hlthaff.2015.0266.

Casalino, Lawrence P. (2014):

Accountable care organizations—the risk of failure and the risks of success. In: *N. Engl. J. Med.* 371 (18), S. 1750–1751. DOI: 10.1056/NEJMe1410660.

Cavanaugh, S. (2014):

ACOs moving ahead. *The CMS Blog*. Washington D.C. Online verfügbar unter <http://blog.cms.gov/2014/12/22/acos-moving-ahead/>, zuletzt geprüft am 25.05.2015.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2014):

National Health Expenditures 2013 Highlights. Online verfügbar unter <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/National-HealthExpendData/Downloads/highlights.pdf>.

Christensen, M. C.; Remler, D. (2009):

Information and Communications Technology in U.S. Health Care: Why Is Adoption So Slow and Is Slower Better? In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 34 (6), S. 1011–1034. DOI: 10.1215/03616878-2009-034.

Congressional Budget Office (2010):

Manager's Amendment to Reconciliation Proposal. U.S. Congress. Washington D.C.

Cutler, David M. (2015):

Payment reform is about to become a reality. In: *JAMA* 313 (16), S. 1606–1607. DOI: 10.1001/jama.2015.1926.

Cutler, David M.; Ghosh, Kaushik (2012):

The potential for cost savings through bundled episode payments. In: *N. Engl. J. Med.* 366 (12), S. 1075–1077. DOI: 10.1056/NEJMp1113361.

Cutler, David M.; Scott Morton, Fiona (2013):

Hospitals, market share, and consolidation. In: *JAMA* 310 (18), S. 1964–1970. DOI: 10.1001/jama.2013.281675.

Dafny, Leemore (2014):

Hospital industry consolidation--still more to come? In: *N. Engl. J. Med.* 370 (3), S. 198–199. DOI: 10.1056/NEJMp1313948.

Davis, Karen; Abrams, Melinda; Stremikis, Kristof (2011):

How the Affordable Care Act will strengthen the nation's primary care foundation. In: *J Gen Intern Med* 26 (10), S. 1201–1203. DOI: 10.1007/s11606-011-1720-y.

Edwards, Samuel T.; Abrams, Melinda K.; Baron, Richard J.; Berenson, Robert A.; Rich, Eugene C.; Rosenthal, Gary E. et al. (2014):

Structuring payment to medical homes after the affordable care act. In: *J Gen Intern Med* 29 (10), S. 1410–1413. DOI: 10.1007/s11606-014-2848-3.

Fields, Daniel; Leshen, Elizabeth; Patel, Kavita (2010):

Analysis & commentary. Driving quality gains and cost savings through adoption of medical homes. In: *Health Affairs* 29 (5), S. 819–826. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0009.

Gaynor, Martin; Town, R. (2012):

The impact of hospital consolidation – Update. *The Synthesis Project, Policy Brief, No. 9.*

Hahn, Karissa A.; Gonzalez, Martha M.; Etz, Rebecca S.; Crabtree, Benjamin F. (2014):

National Committee for Quality Assurance (NCQA) patient-centered medical home (PCMH) recognition is suboptimal even among innovative primary care practices. In: *J Am Board Fam Med* 27 (3), S. 312–313.

Himmler, Sebastian; Jugl, Madlen (2015):

Hospital Costs in the USA and Germany. In: Andreas Schmid und Bruce Fried (Hg.): *Crossing Borders – Health Reform in the U.S.*, S. XX (in Vorbereitung).

Hsiao, C.; Hing, E.; Ashman, J. (2014):

Trends in electronic health record system use among office-based physicians: United States 2007–2012. National Center for Health Statistics. Hyattsville (National health statistics reports, 75).

Hussey, Peter S.; Ridgely, M. Susan; Rosenthal, Meredith B. (2011):

The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. In: *Health Aff (Millwood)* 30 (11), S. 2116–2124. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0784.

Jackson, George L.; Powers, Benjamin J.; Chatterjee, Ranee; Prvu Bettger, Janet; Kemper, Alex R.; Hasselblad, Vic et al. (2013):

The Patient-Centered Medical Home. In: *Ann Intern Med* 158 (3), S. 169. DOI: 10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00579.

Korda, Holly; Eldridge, Gloria N. (2011):

Payment Incentives and Integrated Care Delivery. Levers for Health System Reform and Cost Containment. In: *Inquiry* 48 (4), S. 277–287. DOI: 10.5034/inquiryjrn1_48.04.01.

Maeng, Daniel D.; Khan, Nazmul; Tomcavage, Janet; Graf, Thomas R.; Davis, Duane E.; Steele, Glenn D. (2015):

Reduced Acute Inpatient Care Was Largest Savings Component Of Geisinger Health System's Patient-Centered Medical Home. In: *Health Affairs* 34 (4), S. 636–644. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0855.

Maier, Christian; Schmid, Andreas (2009):

Potentiale internationaler Vergleiche im Gesundheitswesen am Beispiel von Konzentrationsprozessen im stationären Sektor. In: Winand Gellner und Michael Schmöller (Hg.): *Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften*. Baden-Baden: Nomos, S. 247–258.

nären Sektor. In: Winand Gellner und Michael Schmöller (Hg.): *Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften*. Baden-Baden: Nomos, S. 247–258.

Marmor, Theodore; Oberlander, Jonathan (2012): From HMOs to ACOs: the quest for the Holy Grail in U.S. health policy. In: *J Gen Intern Med* 27 (9), S. 1215–1218. DOI: 10.1007/s11606-012-2024-6.

McDonough, John E. (2011):

Inside national health reform. Berkeley, New York: University of California Press; Milbank Memorial Fund.

McWilliams, J. Michael; Chernew, Michael E.; Landon, Bruce E.; Schwartz, Aaron L. (2015):

Performance Differences in Year 1 of Pioneer Accountable Care Organizations. In: *N. Engl. J. Med.* DOI: 10.1056/NEJMsal414929.

Mechanic, Robert E. (2011):

Opportunities and challenges for episode-based payment. In: *N. Engl. J. Med.* 365 (9), S. 777–779. DOI: 10.1056/NEJM-p1105963.

Muhlestein, David; Gardner, Paul; Merrill, Thomas; Petersen, Matthew; Tu, Tianna (2014):

A Taxonomy of Accountable Care Organizations: Different Approaches to Achieve the Triple Aim. Online verfügbar unter <http://leavittpartners.com/wp-content/uploads/2014/06/A-Taxonomy-of-Accountable-Care-Organizations.pdf>, zuletzt geprüft am 01.06.2015.

Münch, Eugen; Scheytt, Stefan (2014):

Netzwerkmedizin. Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer

National Conference of State Legislatures (2012):

The Medical Home Model of Care. Online verfügbar unter <http://www.ncsl.org/research/health/the-medical-home-model-of-care.aspx>, zuletzt geprüft am 11.05.2015.

Orszag, Peter R.; Emanuel, Ezekiel J. (2010):

Health care reform and cost control. In: *N. Engl. J. Med.* 363 (7), S. 601–603. DOI: 10.1056/NEJMp1006571.



Schmid, Andreas; Schmidt, Steffen (2014):

Abgestimmtes Vorgehen. Staatliche Förderung von Electronic Health Records in den USA beschleunigt einheitliche IT-Strukturen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, f&w 2014 (1), S. 92–95.

Schoen, Cathy; Hayes, Susan L., Collins, Sara R.; Lipa, Jacob A.; Radley, David C. (2014):

America's Underinsured: A State-by-State Look at Health Insurance Affordability Prior to the New Coverage Expansions. Publikation Nr. 1736, The Commonwealth Fund.

Shalowitz, Joel (2013):

What is a Hospital? Future Roles and Prospects for Success: The Business of Medicine: A Course for Physician Leaders. In: The Yale Journal of Biology and Medicine 86 (3), S. 413–424.

Shih, Anthony; Davis, Karen; Schoenbaum, Stephen C.; Gauthier, Anne; Nuzum, Rachel; McCarthy, Douglas (2008):

Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance. Report of the Commission on a High Performance Health System.

Silberman, P.; Ricketts, T.; Cohen-Ross, D. (2008): The U.S. healthcare system and the Need for Patient Advocacy. In:

Jo Anne L. Earp, Elizabeth A. French und Melissa B. Gilkey (Hg.): Patient advocacy for health care quality. Strategies for achieving patient-centered care. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Pub, S. 29–58.

Smith, Jessica C.; Medalia, Carla (2014):

Health Insurance Coverage in the United States: 2013. Current Population Reports, P60-250, U.S. Census Bureau. Washington, DC.

Squires, David A. (2012):

Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality (10). In: Issues in International Health Policy (Mai 2012).

Takach, Mary; Townley, Charles; Yalowich, Rachel; Kinsler, Sarah (2015):

Making multipayer reform work: what can be learned from medical home initiatives. In: Health Aff (Millwood) 34 (4), S. 662–672. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.1083.

Terry, Nicolas P. (2013):

Meaningful Adoption: What We Know or Think We Know About the Financing, Effective-ness, Quality, and Safety of Electronic Medical Records. In: Journal of Legal Medicine 34 (1), S. 7–42. DOI: 10.1080/01947648.2013.768143.

The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2014):

Key Facts about the Uninsured Population. Henry J. Kaiser Family Foundation, zuletzt geprüft am 28.05.2015.

Tsai, Thomas C.; Jha, Ashish K. (2014):

Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better? In: JAMA 312 (1), S. 29–30. DOI: 10.1001/jama.2014.4692.

United States Congress (2010):

Patient Protection and Affordable Care Act, 23.03.2010.

Zuckerman, Stephen; Holahan, John (2012):

Despite Criticism, The Affordable Care Act Does Much to Contain Health Care Costs. Urban Institute Health Policy Center. Online verfügbar unter <http://www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/412665-Despite-Criticism-The-Affordable-Care-Act-Does-Much-to-Contain-Health-Care-Costs.PDF>, zuletzt geprüft am 28.04.2015

IMPRESSUM

- ▶ Herausgeber: Stiftung Münch
Maximilianstr. 58, 80538 München
- ▶ Verantwortlich für den Inhalt: Stephan Holzinger
- ▶ Erscheinungsdatum: Juli 2015
- ▶ Gestaltung: CUBE Werbeagentur GmbH, München

VERFASSER

Prof. Dr. Andreas Schmid und Sebastian Himmler
JP Gesundheitsmanagement
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Universität Bayreuth
95440 Bayreuth
Tel.: 0921-55-4327
Email: andreas.schmid@uni-bayreuth.de
Internet: www.mig.uni-bayreuth.de

STIFTUNG MÜNCH

Maximilianstr. 58
80538 München

T +49 (0)89 269 49 447
F +49 (0)89 242 16 087

kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org