Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen

Franz Benstetter, Michael Lauerer, Daniel Negele und Andreas Schmid

- 5.1 Einleitung – 71**
- 5.2 Grundlagen zur Vergütung auf Basis prospektiver
regionaler Gesundheitsbudgets – 73**
- 5.3 Beispiel Spanien: Das Valencia-Modell – 75**
 - 5.3.1 Kontextfaktoren – 75
 - 5.3.2 Implementiertes Modell – 76
 - 5.3.3 Erkenntnisse – 77
- 5.4 Beispiel USA: Physician Organization of Michigan
Accountable Care Organisation (POM ACO) – 79**
 - 5.4.1 Kontextfaktoren – 79
 - 5.4.2 Implementiertes Konzept – 80
 - 5.4.3 Erkenntnisse – 84
- 5.5 Implikationen für eine Implementierung
in Deutschland – 85**

5.6 Fazit – 87

Literatur – 87

■ Zusammenfassung

Die im deutschen Gesundheitssystem implementierten Vergütungssysteme sind dringend reformbedürftig. Dies gilt insbesondere für den Krankenhaussektor, in dem die Auswirkungen diverser Fehlanreize zu einer Kaskade korrigierender Eingriffe geführt haben, ohne jedoch die tiefwurzelnden Probleme grundlegend zu adressieren. Eine alternative Vergütungsform stellen prospektive regionale Gesundheitsbudgets dar. Diese basieren auf Konzepten, die dem Prinzip der Capitation folgen und nicht für einzelne Fälle oder auch einzelne Patienten, sondern für ganze Gruppen von Versicherten eine sektorenübergreifende Vergütung beinhalten. Im Idealfall wird damit die gesamte Bevölkerung einer Region abgedeckt. Die Umsetzung derartiger pauschalierter Vergütungssysteme ist herausfordernd. Deshalb stellt dieser Beitrag Erfahrungen aus Spanien und den USA dar und diskutiert Implikationen für eine mögliche Implementierung in Deutschland. Das spanische Valencia-Modell steht dabei für einen unmittelbaren und weitreichenden Systemwechsel durch die Implementierung von Modellen, bei denen der Staat eine Konzession für die regionale Versorgung an private Akteure vergibt. Der am Beispiel einer Accountable Care Organisation dargestellte Ansatz der USA verfolgt hingegen die Strategie eines Transformationspfades, der schrittweise zu einer stärkeren Pauschalierung führt und kontinuierlich auf Basis aktueller Erkenntnisse angepasst wird. Es zeigt sich, dass die Modelle zwingend für alle Beteiligten einen Zusatznutzen gegenüber dem Status quo stiften müssen, um angenommen zu werden. Auf der wirtschaftlichen Ebene müssen die Risiken adäquat abgesichert werden, ohne dabei die gewünschten Anreize auszuhebeln. Gleichzeitig müssen wirksame Vorkehrungen getroffen werden, die Unterversorgung verhindern und positive Qualitätsanreize schaffen.

The current remuneration systems in the German healthcare system are in urgent need of reform. This is particularly true for the inpatient sector where the effects of various disincentives have led to a cascade of corrective measures without fundamentally addressing the underlying

problems. In this context, prospective regional health budgets represent an alternative form of remuneration. These rest on concepts that refer to the principle of capitation and include a cross-sectoral remuneration for entire groups of insured persons rather than individual patients or cases. Ideally, the capitation covers the whole population of a certain region. The implementation of such lump-sum payment systems is challenging. For this reason, this paper outlines experiences from Spain and the USA and discusses implications for a possible implementation in Germany. The Spanish Valencia model represents an immediate and far-reaching system change due to the implementation of regional healthcare concessions granted by the state to private actors. On the other hand, the US approach, illustrated by the example of an Accountable Care Organization, pursues the strategy of a transformation path. This gradually increases the consolidation into a lump sum and is continuously adapted on the basis of current findings. It turns out that in order to be adopted, the models must provide added value over the status quo for all parties involved. From an economic perspective, risks must be adequately hedged without undermining the desired incentives. At the same time, effective precautions must be taken to prevent undersupply and create positive quality incentives.

5.1 Einleitung

Nicht erst die Auslagerung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System zeigt, dass das bisherige Grundmodell der Vergütung von Krankenhausleistungen keine langfristig tragbare Struktur aufweist: Die dem DRG-System immanenten Qualitätsanreize sind im Vergleich zu den Anreizen, Kosten zu minimieren, zu schwach. Auch Anreize zur Mengenausweitung sind überproportional stark ausgeprägt, da nur mit einem behandelten Patienten Geld verdient werden kann. Eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor oder in innovative Versorgungs-

hybride wird folglich ausgebremst, die Verhinderung von Erkrankungen oder die Vermeidung unnötiger Eingriffe wird nicht belohnt. Maßnahmen, die den skizzierten Problemen entgegenwirken sollen, setzen bislang in der Regel an Symptomen an, ohne die dem DRG-System inhärenten Schwächen anzugehen. Diese Fehlentwicklungen höhlt die Logik des DRG-Systems aus und verstärken die Dysfunktionalität, ohne nachhaltig zu einer Verbesserung der Situation beizutragen. So führt beispielsweise die Auslagerung der Pflegepersonalkosten weder zu einer höheren Wertschätzung der Pflegetätigkeit noch wird es für ein Krankenhaus finanziell attraktiv, gute Pflege zu leisten. Zugleich verliert die DRG ihren pauschalierenden Charakter und die aus Systemen der Kostenerstattung bekannten negativen Aspekte kommen verstärkt zum Tragen (Schmid 2018; Wehner et al. 2018).

Auf der Suche nach alternativen Vergütungssystemen liegt es nahe, auch die Erfahrungen anderer Länder zu reflektieren. Dabei ist zunächst festzustellen, dass manche spezifischen Probleme – insbesondere die strikte sektorale Trennung – in anderen Ländern nicht bestehen. Viele grundlegende Herausforderungen hingegen – etwa die Schaffung adäquater Qualitätsanreize und die Vermeidung von Fehlansätzen der Einzelleistungsvergütung sowie die Fokussierung auf den patientenbezogenen Wert erbrachter Leistungen – sind sehr ähnlich. Zu den weiterreichenden Lösungsansätzen gehören Konzepte, die sich am Gedanken der Capitation, also einem prospektiv pauschalierten Entgelt, orientieren und größere Populationen statt den einzelnen Behandlungsfall als Basis heranziehen. Solche Konzepte versuchen, die Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit adäquat auszutarieren. Sofern dies gelingt, kommen Capitation-Modelle der Vision einer Belohnung für die Gesunderhaltung von Patienten bzw. Versicherten deutlich näher als das existierende System. Aufgrund der mit diesen Modellen einhergehenden Annäherung der Interessen von Leistungserbringern und Versicherten scheint eine Reduktion der Regulie-

rungsdichte möglich, da weniger die Details der Leistungserbringung als das Ergebnis in den Fokus genommen wird. Viele dieser innovativen Vergütungsmodelle beziehen sich auf Konzepte wie den Value-Ansatz von Porter (2010) oder den Triple-Aim-Ansatz (Berwick et al. 2008). Während Porter betont, dass die Ergebnisse (Outcomes) der Gesundheitsversorgung in Relation zu den Kosten als Bewertungsmaßstab herangezogen werden müssen, hebt der Triple-Aim-Ansatz die Gleichwertigkeit von drei Zielen hervor: Die Verbesserung der individuellen „Erfahrung“ der Gesundheitsversorgung (individual experience of care), die Verbesserung der Gesundheit ganzer Populationen (health of populations) und die Reduktion der Kosten pro Kopf der Versorgung einer Population (per capita costs of care for populations). Die Umsetzung ist jedoch nicht trivial, wie aus gescheiterten Versuchen insbesondere in den USA deutlich wird (Schmid 2017). Diese negativen Erfahrungen führen auch dazu, dass die deutlich differenzierteren und mit den Vorläufern kaum noch vergleichbaren neuen Modelle den Begriff der Capitation in der Regel vermeiden und beispielsweise Bezeichnungen wie „prospektive regionale Gesundheitsbudgets“ verwenden. Da diese Bezeichnung auch den Populationsbezug und damit den Anspruch, ganzheitlich den Versorgungsbedarf einer Region zu adressieren, besser zum Ausdruck bringt, soll auch in der vorliegenden Studie auf diesen Begriff abgestellt werden.

Der vorliegende Beitrag¹ soll eruieren, inwiefern prospektive regionale Gesundheitsbudgets auch für die Situation in Deutschland geeignete Instrumente sein können. Hierzu werden zunächst die konzeptionellen Grundlagen dieser Ansätze dargestellt, um darauf aufbauend zwei Beispiele aus Spanien und den USA vorzustellen und schließlich Implikationen für eine mögliche Anwendung in Deutschland abzuleiten.

¹ Die Recherchen zum vorliegenden Beitrag erfolgten im Zuge einer Studie, mit der die Autoren von der Stiftung Münch betraut wurden (vgl. Benstetter et al. 2020).

5.2 Grundlagen zur Vergütung auf Basis prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets

Ärzte, Krankenhäuser und alle anderen an der Versorgung von Patienten Beteiligten müssen für ihre Leistungen entlohnt werden. Die entscheidende Frage ist, wie diese Entlohnung erfolgen soll, da jede Form der Entlohnung mit spezifischen Anreizen einhergeht. Die Literatur zeigt, dass Leistungserbringer in ihrem Verhalten neben ihrem Berufsethos und anderen Faktoren nicht unerheblich durch diese finanziellen Anreize beeinflusst werden (vgl. Breyer et al. 2013, S. 397 ff.; McGuire 2008, S. 263 ff.). Ökonomische Anreize sind also auch in regulierten Gesundheitssystemen immer vorhanden und wirken sich auf das Verhalten der Beteiligten aus. Gerade um Fehlanreize zu vermeiden, müssen ökonomische Anreizwirkungen bei der Gestaltung von Vergütungsmodellen zwingend berücksichtigt werden.

Grundsätzlich kann das Vergütungssystem entweder die Menge oder den Preis oder beides fixieren. Dies kann ex ante oder ex post geschehen. Erfolgt die monetäre Bewertung ex post, orientiert sie sich in der Regel an den angefallenen Kosten. Wird in diesem Fall die Menge nicht vorab festgelegt, handelt es sich um ein System der Kostenerstattung, andernfalls um ein Kostenbudget. Die monetäre Bewertung kann jedoch auch ex ante erfolgen. Wird die Menge nicht vorab festgelegt und kommt die Bewertung über einen Verhandlungsprozess zwischen Angebots- und Nachfrageseite zustande, handelt es sich um einen klassischen Preis, andernfalls um ein Erlösbudget (vgl. Schlüchtermann 2016; Neubauer 1999). Je nach Aggregationsniveau bezieht sich die Menge auf erbrachte Einzelleistungen, Behandlungsfälle, Behandlungskomplexe, Leistungserbringer, Patienten, Versicherte oder ganze Populationen. Hinzu kommen diverse weitere Varianten der Vergütung. So können beispielsweise Preise ex post auch vom erreichten Qualitätsniveau abhängig gemacht werden und Leistungserbringer eine pauschale

Grundvergütung erhalten. Auch Kombinationen verschiedener Modelle sind möglich (siehe auch Neubauer 2011). Im Grundsatz fehlt bei Modellen der Kostenerstattung ein Anreiz zur Wirtschaftlichkeit. Jede Vergütung, die sich an einzelnen Leistungen oder Behandlungsfällen bemisst, setzt ohne entsprechende Gegenmaßnahmen Anreize zu einer Ausdehnung der Leistungsmenge. Neben den damit einhergehenden negativen Anreizen – insbesondere hinsichtlich der Gefahr der Überversorgung und der Verschwendung solidarisch bereitgestellter Mittel – bestehen auch positive Anreize: Wenn der Leistungserbringer von höheren Fallzahlen profitiert, kann für ihn – um im Wettbewerb um Patienten erfolgreich zu sein – die Steigerung der Qualität eine sinnvolle Strategie darstellen. Anreize zur Prävention oder Verlagerung zu anderen – evtl. besser geeigneten oder effizienter versorgenden – Leistungserbringern fehlen jedoch, da jede nicht selbst erbrachte Leistung zu Umsatzeinbußen führt. Diese Probleme vermeiden Ansätze, die an der Person und nicht am Behandlungsfall ansetzen. Jedoch sind auch hier adäquate Rahmenbedingungen zu schaffen, da sonst Anreize zu Kosteneinsparungen dominieren, die mit der Gefahr einer Unterversorgung oder Qualitätseinbußen durch erhöhte Zugangshürden und übermäßige Leistungsbeschränkungen einhergehen.

Die Basis prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets sind pauschalisierte Entgelte, die unabhängig vom Kontakt mit Leistungserbringern bzw. von erbrachten Leistungen je Bewohner einer Region (bzw. teilnehmendem Versicherten) ausgezahlt werden. Sowohl die Menge (Zahl der Teilnehmer) als auch die Höhe der Vergütung (Pauschale pro Teilnehmer) sind ex ante und damit prospektiv festgelegt. Damit geht teilweise ein finanzielles Risiko von der Kostenträgerseite (z. B. Versicherungen) auf die teilnehmenden Leistungserbringer über, da diese nicht nur für eine mögliche eigene Ineffizienz haften, sondern auch die Kostenrisiken komplexer, teurer Behandlungen tragen. In der Risikoaufteilung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in Ge-

5
sundheitsmärkten lassen sich die Risiken aus der Perspektive der Leistungserbringer grundsätzlich in ein aggregiertes Risiko (das sogenannte Morbiditätsrisiko, das die Anzahl der Krankheitsfälle der Gesamtbevölkerung in einem Land zum Gegenstand hat) und in ein individuelles (idiosynkratisches), nur einen bestimmten Leistungserbringer betreffendes Risiko einteilen. Dieses individuelle Risiko kann wiederum in ein „Komplexitätsrisiko“ (teure Einzelfälle) und in ein „individuelles Mengenrisiko“ (hier: Anzahl der Behandlungsfälle der Leistungserbringer mit Capitation-basierter Budgetverantwortung in einer Region) aufgeteilt werden (vgl. Benstetter 2002).

Wenn die Zahl der Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und/oder der Region z. B. in der Grippesaison besonders niedrig ist, garantiert eine Capitation-Vergütung stabile Einnahmen. Bei einer Einzelleistungsvergütung hingegen würden die Einnahmen sinken, da die Leistungserbringer bei leeren Wartezimmern auch nur wenig abrechnen können. Das Capitation-System bietet den teilnehmenden Leistungserbringern also eine Versicherung gegen sinkende Einkommen durch geringere Nachfrage und somit Planungssicherheit. Andererseits sind die Kostenrisiken unerwartet erhöhter Fallzahlen oder sehr teurer Einzelfälle zu berücksichtigen und ggf. ab einer adäquaten Grenze – beispielsweise in Form einer Rückversicherung – abzusichern. Zusätzliche Vorteile eines Capitation-Systems für die teilnehmenden Leistungserbringer ergeben sich durch die Abfederung ihres Morbiditätsrisikos bei einem relativ geringeren Gewicht der variablen Kosten, wenn beispielsweise Personalkosten, Miete, Abschreibungen und Schuldentilgung den Hauptteil des Kostenblocks bilden (vgl. Benstetter 2002).

Bereits vorab ist bei der Kalkulation der Pauschale bzw. des prospektiven regionalen Gesundheitsbudgets eine möglichst weitgehende Risikoadjustierung vorzunehmen, die dafür sorgt, dass gegebene Unterschiede in der Morbiditätsstruktur ggf. nicht einseitig von den Leistungserbringern verantwortet werden müssen. Die Anreize für eine kostensparen-

de Leistungserbringung sind bei pauschalier-ten Entgelten entsprechend hoch. So wird heute bei teuren technologieintensiven Eingriffen häufig ein hoher Deckungsbeitrag erzielt, während präventive Maßnahmen im Vergleich nur minimal honoriert werden. Diese Gewichtung stellt sich in Capitation-Systemen völlig anders dar: Da der Erlös pro Versicherten gleichbleibt, kann ein vermiedener kostenintensiver Eingriff einen sehr positiven wirtschaftlichen Effekt haben. Im Hinblick auf diesen Zusammenhang muss sichergestellt werden, dass notwendige Leistungen nicht vorenthalten und keine Zugangshürden zur Versorgung aufgebaut werden. Entsprechend sind üblicherweise umfangreiche begleitende Maßnahmen der Qualitätsmessung und -sicherung erforderlich. Zudem kann den Versicherten eine Versorgung außerhalb des Capitation-Modells durch ein Opt-out ermöglicht werden. Bei Capitation-Modellen verschiebt sich im Idealfall das Monitoring weg von detaillierten Struktur- und Prozessvorgaben hin zu einer konsequenten Überwachung der Outcomes – was in der Summe eine Reduktion der regulatorischen Eingriffe erlaubt.

Der SVR (2009) macht deutlich, dass unter dem Begriff Capitation häufig eine Vielzahl von Ausprägungen zusammengefasst wird. Dieser Beitrag fokussiert im Sinne von prospektiven regionalen Gesundheitsbudgets klar auf Varianten, die weitgehend dem Idealtypus entsprechen, das heißt, sich auf alle anfallenden Leistungen und nicht nur einzelne Leistungsgruppen oder Indikationsbereiche beziehen, wodurch zumindest alle Einwohner, die bei einem bestimmten Kostenträger versichert sind, im Optimum aber alle Versicherten einer Region, abgedeckt werden.

Entsprechend stellt dieser Ansatz das im deutschen Gesundheitssystem extrem sektoral ausgeprägte Vergütungssystem sowie damit einhergehend die auch organisational stark arbeitsteilige Leistungserbringung vor Herausforderungen. Soll das komplette Leistungsspektrum mit einer Pauschale abgedeckt werden, erfordert dies auch auf Seiten der Leistungserbringer eine formalisierte Kooperation, die im

Extrem bis zur Integration in eine Unternehmung führen kann.

Die folgenden Beispiele aus dem spanischen und dem amerikanischen Gesundheitssystem machen deutlich, wie unterschiedlich dieses konzeptionelle Grundraster in der Praxis ausgestaltet werden kann. Die beiden Gesundheitssysteme unterscheiden sich dabei fundamental – was bereits als erstes Indiz dafür dienen kann, dass Capitation-Ansätze weitgehend unabhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems umsetzbar sind. Das spanische Modell repräsentiert dabei einen Ansatz, bei dem in einem Schritt ein kompletter Systemwechsel vollzogen wurde, während in den USA eine Strategie der sukzessiven Einführung verfolgt wird.

5.3 Beispiel Spanien: Das Valencia-Modell

5.3.1 Kontextfaktoren

Seit Mitte der 1980er-Jahre verfügt Spanien über ein Gesundheitssystem, das öffentlich organisiert ist und überwiegend über Steuern finanziert wird. In der Region Valencia wurden im Laufe der letzten beiden Dekaden im Rahmen dieses steuerfinanzierten Gesundheitssystems innovative Konzessionsmodelle mit einer Capitation-Vergütung etabliert. Konzession steht hierbei für die auf einer Ausschreibung basierenden Übergabe der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung einer Region an einen privaten Träger – in Form einer öffentlich-privaten Partnerschaft. Damit sollte die Gesundheitsversorgung im „Valencia-Modell“ nach den Prinzipien der Dezentralität, einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung sowie über Wettbewerbselemente neugestaltet werden mit dem übergeordneten Ziel, sowohl die Qualität als auch die Effizienz der Versorgung zu verbessern.

Die Kontextfaktoren, welche die Implementierung der dabei entstandenen Konzessionsmodelle zwischen Staat und privaten An-

■ **Abb. 5.1** Dezentrale Organisationsstrukturen im spanischen Gesundheitssystem

biern bzw. Managementgesellschaften positiv beeinflussten, lassen sich zwei unterschiedlichen Kategorien zuordnen. Erstens können ökonomische Faktoren angeführt werden: Das spanische Gesundheitswesen war seit Beginn der 2000er-Jahre von starken Finanzierungsproblemen geprägt. Dies befeuerte alternative Finanzierungs- und Versorgungsmodelle, denen das Potenzial zugesprochen wurde, die medizinische Versorgung effizienter und damit nachhaltiger zu gestalten. Zweitens sind politische Faktoren zu nennen: Seit 2002 ist das spanische Gesundheitssystem durch 17 Regionalregierungen dezentral und regional autonom organisiert (■ Abb. 5.1) – sowohl in der Finanzierung als auch in der Versorgung (Schölkopf und Pressel 2017). Die Einrichtung von Konzessionsmodellen fand auf der Ebene der Gesundheitsgebiete statt, die im Durchschnitt jeweils ca. 250.000 Einwohner umfassen. Die dadurch installierte Mitverantwortung der Gesundheitsgebiete stellte eine wichtige Voraussetzung für Capitation-Modelle auf regionaler Ebene dar. Aber erst Gesetzesänderungen, insbesondere in den Jahren 1994 bis 2003, befähigten private Anbieter und Investoren, die öffentliche Gesundheitsversorgung zu managen und finanziell sicherzustellen (Europäische

■ **Tabelle 5.1** Gesundheitskosten der Valencia-Region und jährlich gezahltes Pro-Kopf-Budget in der Region La Ribera (Quelle: NHS Confederation 2011, S. 8)

	2006	2007	2008	2009	2010
Pro-Kopf-Ausgaben Valencia-Region	660 €	731 €	781 €	812 €	825 €
Pro-Kopf-Budget La Ribera	495 €	535 €	572 €	598 €	607 €
Differenz	–25 %	–27 %	–27 %	–26 %	–26 %

Krankenhaus-Report 2020

Union 2013). Diese Gesetzesänderungen waren auch durch Qualitäts- und Wartezeitenprobleme motiviert (NHS 2014).

5.3.2 Implementiertes Modell

Das Valencia-Modell entspricht einer öffentlich-privaten Partnerschaft, in welcher die Regierung Valencias vertraglich Konzessionen an private Managementunternehmen vergibt. Diese bestehen meist aus einer privaten Krankenversicherung als Gesundheitsspezialist und einem Zusammenschluss mehrerer öffentlicher Kreditinstitute, die die Gesundheitsversorgung und die finanzielle Stabilität der regionalen Versorgung gewährleisten. Realisiert wurde dieses Versorgungsmodell in den Gesundheitsgebieten „La Ribera“, „Dénia“, „Torrevieja“, „Manises“ und „Elche-Crevillent“, die jeweils an ein Managementunternehmen vergeben wurden. Insgesamt umfassten diese Modelle im Jahr 2015 rund 20 % der Einwohner der Region Valencia (Rechel et al. 2009; Sosa Delgado-Pastor et al. 2016).

Das Ziel der Regionalregierung von Valencia war es, das Know-how in den Bereichen privatwirtschaftliches Versorgungsmanagement, Finanzierung und Risikotragung zu nutzen, um so die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern (Sosa Delgado-Pastor et al. 2016). Im Rahmen eines langfristigen Vertrages überträgt dabei die öffentliche Hand das Aufgabenportfolio der Konzession „design – finance – develop –

build – operate – deliver“ mitsamt den entsprechenden Risiken an den privaten Partner. Die Managementgruppe ist damit für den Aufbau, die Instandhaltung, die Finanzierung und das Management eines Gesundheitsnetzwerks im Zuständigkeitsgebiet verantwortlich. Diese Verantwortlichkeit umfasst sowohl die ambulante Grundversorgung als auch die stationäre Versorgung und wird vom privaten Partner i. d. R. für 15 Jahre – ggf. mit einer Verlängerungsoption – übernommen. Um das Aufgabenspektrum der Regierung, in dessen Kern die umfangreiche integrierte Versorgung der Einwohner steht, erfüllen zu können, erhält die Managementgruppe jährlich eine Capitation, d. h. ein prospektives Budget, das aus dem Gesundheitsbudget der Regierung anhand der Einwohnerzahl und der Altersstruktur der Einwohner bestimmt wird (Acerete et al. 2011).

Um dem Konzessionsnehmer einen Anreiz zu einer effizienteren Versorgung zu geben, lag der durchschnittliche Capitation-Betrag pro Einwohner unter den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Einwohner Valencias und daher auch gleichzeitig unter dem durchschnittlichen Budget pro Einwohner der öffentlich gemanagten Gesundheitsgebiete (Sosa Delgado-Pastor et al. 2016). Im Jahr 2006 lag z. B. das in der Region La Ribera („Alzira-Modell“) ausbezahlte Pro-Kopf-Budget umgerechnet ca. 25 % unter den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesamten Valencia-Region (■ Tab. 5.1). Der private Betreiber hatte damit erheblich weniger Mittel zur Verfügung als ein vergleichbares benachbartes Gesundheitsgebiet ohne Konzessionsmodell (Sosa Del-

Abb. 5.2 Schematische Anreizsystematik „Money follows the patient“ (PPIP = public-private integrated partnership)

gado-Pastor et al. 2016). Die Einsparungen der Gebiete mit Konzessionen im Vergleich zu öffentlich-gemanagten waren dabei in den ersten Jahren der Umstellung hin zu Konzessionsmodellen meist noch geringfügig bzw. nicht vorhanden, gestalteten sich im späteren zeitlichen Verlauf allerdings recht konstant.

Ein entscheidender Aspekt, über den im Valencia-Modell ein Anreiz für eine Qualitätsorientierung und einen Qualitätswettbewerb geschaffen wurde, stellt das Prinzip „Money follows the patient“ dar: Lässt sich ein Patient aus einer Region mit bestehendem Konzessionsmodell in einem öffentlich organisierten Gesundheitsgebiet behandeln, ist der private Versorgungspartner für die daraus resultierenden Kosten verantwortlich, d. h. zu einer vollständigen Übernahme verpflichtet (Abb. 5.2). Lässt sich dagegen ein Patient, der in einem Gesundheitsgebiet ohne Konzessionsmodell lebt, z. B. in der Region La Ribera, behandeln, werden dem privaten Partner die Kosten nur zu 80 bis 85 % der Referenzkosten erstattet. Die Gewichtung erfolgt mit sogenannten Transfer-Koeffizienten (Sosa Delgado-Pastor et al. 2016).

Aus der Verpflichtung, die Behandlung von abwandernden Patienten mit Kosten oberhalb der eigenen Referenzkosten zu vergüten, er-

gab sich ein starker Anreiz, die Einwohner im eigenen Gesundheitsgebiet zu halten (Acere et al. 2011). Nahe liegt auch das Bestreben, eine gleiche oder gar bessere Qualität in der Gesundheitsversorgung zu geringeren Kosten anzubieten (Sosa Delgado-Pastor et al. 2016).

Um im Rahmen einer Capitation-Vergütung eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen, existieren zusätzlich vorab definierte Indikatorensets zur Qualitätsmessung. Diese beziehen sich v. a. auf die Prozess- und Ergebnisqualität (Tab. 5.2).

5.3.3 Erkenntnisse

Es gibt kaum belastbare Evidenz aus Evaluationen, die Aussagen bzgl. der Steuerungswirkungen der Konzessionsmodelle der Valencia-Region oder zu deren potenzieller Überlegenheit gegenüber öffentlich organisierten Regionen zulassen. Die vorhandenen Studien zu Kosten- und Wettbewerbseffekten kommen zum Ergebnis, dass die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben in Konzessionsmodellen mehr als 30 % niedriger waren als in den öffentlich organisierten Regionen (Sosa Delgado-Pastor et al. 2016).

Tabelle 5.2 Leistungsindikatoren der Valencia-Modelle (Auswahl) (Quelle: Sosa Delgado-Pastor et al. 2016)

Indikator	Zielwert (Beispiele)
Impfrate	– 95 % Diphtherie, Tetanus und Masern sowie Mumps und Röteln für Kleinkinder – 60 % Grippeimpfung für Senioren
Wartezeit zwischen positivem Brustkrebs-Screening und Behandlungsbeginn 75 %-Perzentil als Messgröße bzgl. der Erreichung des definierten Zielwerts	8 Wochen
Durchschnittliche Verweildauer (Casemix-adjustiert)	In jedem Konzessionsmodell individuell definiert
Krankenhaus-Wiedereinweisungsrate innerhalb von 30 Tagen (Notfalleinweisungen innerhalb 30 Tagen nach Entlassung)	In jedem Konzessionsmodell individuell definiert

Krankenhaus-Report 2020

Am Beispiel der Region La Ribera zeigte sich zudem, dass sowohl die durchschnittliche stationäre Verweildauer als auch die Wartezeiten in ausgewählten Leistungsbereichen im Krankenhaus im Vergleich zu Kliniken in öffentlicher Trägerschaft gesenkt werden konnten (NHS Confederation 2011, S. 13). Die durchschnittlichen Wartezeiten innerhalb der über Konzessionsmodelle organisierten Krankenhäuser konnten sowohl gegenüber der Valencia-Region als auch im gesamtspanischen Vergleich optimiert werden (Ribera Salud 2016).

Weitere Analysen zu Qualitätseffekten, die explizit auf definierte Leistungsindikatoren fokussieren, zeigen heterogene Ergebnisse. Dabei weist die stationäre Versorgung im als Konzessionsmodell organisierten Gesundheitsgebiet La Ribera im Vergleich zu öffentlichen Krankenhäusern, die keinem Konzessionsmodell angehören, oftmals schlechtere Werte auf (Comendeiro-Maaløe et al. 2019a). Bis auf wenige Indikationen, bei denen La Ribera als vorbildliche Benchmark gelten kann (z. B. Asthma), gilt dies beispielsweise für vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Allerdings weist die Untersuchung von Comendeiro-Maaløe et al. methodische Unfeinheiten auf (z. B. in der Wahl der

öffentlichen Vergleichskrankenhäuser), sodass die beschriebenen Ergebnisse zum Modell in der Region La Ribera hinsichtlich Qualitätseffekten nicht zu verallgemeinern sind.

Innerhalb weniger Jahre konnten im Valencia-Modell signifikante Einsparungen von medizinischen und operativen Kosten realisiert werden. Treibende Faktoren waren dabei eine verstärkte Integration der Versorgung inkl. digitaler Kommunikation zwischen den Gesundheitseinheiten der Konzessionen, Prozessoptimierungen sowie Skalenerträge und Fixkostendegression durch Zentralisierung im stationären Bereich sowie die Zusammenlegung von ausgewählter ambulanter und stationärer Versorgung in einem neu gebauten Haus. Allerdings lassen sich derzeit noch keine finalen Aussagen zu erfolgversprechenden Effizienz- und Qualitätsstrategien ableiten. Zunächst sind zusätzliche, umfassendere und detailliertere wissenschaftliche Kosten- und Qualitätsuntersuchungen durchzuführen: Insbesondere fehlen detaillierte Analysen auf der Ebene der einzelnen Konzessionen. Dazu gehört die Analyse der integrierten Finanzierungs-, Versorgungs- und Managementverträge sowie die Analyse der Absicherung von Komplexitätsrisiken, die z. B. durch einzelne schwere Krankheitsfälle

entstehen und nicht in der Capitation-Vergütung abgebildet sind.

Trotz dieser Evidenz-Defizite in der bisher erfolgten Evaluation ist es sinnvoll, die „Valencia-Modelle“ sukzessive weiterzuentwickeln. So scheinen die ökonomischen Anreize positiv zu wirken – wie anhand der Kosteneinsparungseffekte sichtbar wird. Die Kombination eines Regionalbudgets mit einem Qualitätswettbewerb zwischen den Regionen erscheint vielversprechend.

Für eine sinnvolle Weiterentwicklung ist eine transparente Analyse der bisherigen Ergebnisse jedoch zwingend erforderlich. Dies gilt umso mehr, als derzeit das Konzessionsmodell in der Region La Ribera wieder in die öffentliche Hand überführt wird. Für diese Entwicklung sind v. a. politische Kräfte sowie daran anknüpfende Gesetzesänderungen anzuführen (Zafra 2018 und Comendeiro-Maaløe et al. 2019b). Von oppositionellen regionalen Akteuren wie z. B. links-gerichteten Parteien wird argumentiert, dass die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringung im Vergleich zu öffentlich organisierten Regionen nicht günstiger sei. Auch wenn die Evidenzlage wie beschrieben hierzu keine endgültige Beurteilung zulässt, ist es weitgehend unstrittig, dass weder Probleme bezüglich der Qualität noch der Wirtschaftlichkeit ausschlaggebend waren.

5.4 Beispiel USA: Physician Organization of Michigan Accountable Care Organisation (POM ACO)

5.4.1 Kontextfaktoren

Verglichen mit anderen westlichen Industrienationen hat das amerikanische Gesundheitssystem den zweifelhaften Ruf, nicht nur das teuerste, sondern – gemessen an Indikatoren wie Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit – auch eines der schlechtesten Gesundheitssysteme zu sein (Papanicolas et al. 2018). Daraus erwächst ein hoher Handlungs-

druck, der – in Kombination mit der in den USA vorhandenen Exzellenz in Medizin, Public Health sowie Gesundheitsökonomie und -management – innovative Versorgungs- und Vergütungsmodelle hervorbringt. Als ein zentrales Problem werden seit Längerem die vergleichsweise hohen und weiterhin eher überdurchschnittlich steigenden Preise thematisiert (Anderson et al. 2003). Dabei waren die öffentlichen Kostenträger im Vergleich mit privaten Versicherern etwas erfolgreicher, diesen Anstieg in Grenzen zu halten (Anderson et al. 2019).

Der größte öffentliche Kostenträger in den USA ist das Medicare-System, das insbesondere für die über 65-Jährigen den Krankenversicherungsschutz darstellt. Hinzu kommen Medicaid und das Children's Health Insurance Program (CHIP), die vorrangig ärmere Bevölkerungsgruppen bzw. Kinder adressieren. Während Medicare ein reines Bundesprogramm ist, haben die Bundesstaaten in den beiden anderen Programmen eine größere Autonomie. Alle Programme unterstehen den Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), die wiederum dem Gesundheitsministerium untergeordnet sind. Dies erlaubt es der amerikanischen Gesundheitspolitik, direkt auf das Medicare-Programm sowie in beschränktem Umfang auch auf die Medicaid/CHIP-Programme Einfluss zu nehmen. Zusammen decken die Programme 35 % der amerikanischen Bevölkerung ab (KFF 2019) und sind für knapp 40 % der nationalen Gesundheitsausgaben verantwortlich (CMS 2018). Entscheidungen der CMS sind folglich für Leistungserbringer von größter Bedeutung – zumal der Anteil am jeweiligen Umsatz je nach Zusammensetzung des Patientenkollektivs auch deutlich höher liegen kann: So lag 2014 allein der Medicare-Anteil bezogen auf die Umsätze eines durchschnittlichen Krankenhauses bei rund 43 % (Aspen Publishers 2015).

Der Druck auf die Leistungserbringer, sich an Medicare-Modellen zu beteiligen oder Vorgaben umzusetzen, ist entsprechend hoch. Dies gilt umso mehr für die Erprobung neuer Vergütungssysteme, da eine eindeutige politische

Festlegung erfolgte, die besagt, dass die klassische Einzelleistungsvergütung keine Zukunft hat (Burwell 2015). Zentral für die Erprobung und Implementierung neuer Versorgungs- und Vergütungssysteme ist das CMS Innovation Center, das für diesen Zweck für einen Zeitraum von zehn Jahren mit insg. 10 Mrd. Dollar ausgestattet wurde. Das Ergebnis ist eine ganze Reihe an Programmen, die sich zum Teil wieder in verschiedene Tracks untergliedern und regelmäßig basierend auf neuen Erkenntnissen aktualisiert, verändert, zusammengelegt oder aufgespalten werden. Falls Erwartungen nicht erfüllt werden, können sie auch ganz auslaufen und ggf. durch neue Konzepte ersetzt werden. Selbst wenn man nur auf die in diesem Beitrag im Vordergrund stehende Accountable-Care-Organisationen (ACO) blickt, die dem Capitation-Gedanken am nächsten kommen, stellen Kaufman et al. (2019, S. 285) fest: „Despite the common goals, ACO contracts are inherently heterogeneous in the degree of risk, quality metrics reported, and level of support for population health.“ [Trotz der gemeinsamen Ziele sind ACO-Verträge äußerst heterogen, was das übernommene Risiko, die publizierten Qualitätsindikatoren und die Ausrichtung an der Gesundheit einer ganzen Population betrifft.]² Entsprechend soll im Folgenden neben der Darlegung der allgemeinen Vorgaben für entsprechende ACOs das Beispiel der Physician Organization of Michigan ACO (POM ACO) zur besseren Illustration einer möglichen Ausgestaltung dienen. Sie gehört zu einer der ersten Einrichtungen, die sich aktiv in ACO-Modelle sowie deren Vorläufer-Programme eingebracht haben, besitzt einen entsprechend umfangreichen Erfahrungsschatz und steht exemplarisch für einen Ansatz, der – in deutlichem Gegensatz zum spanischen Beispiel – die Beteiligten Schritt für Schritt zu vermehrter Budget- und Qualitätsverantwortung hinführt. Ziel des lau-

fenden Transformationsprozesses sind in diesem Beispiel prospektive regionale Gesundheitsbudgets.

5.4.2 Implementiertes Konzept

Eine ACO verknüpft die Elemente einer optimierten Struktur der Leistungserbringung mit neuen Vergütungsansätzen. Auf struktureller Ebene definieren die CMS eine ACO als eine Gruppe von Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern, die sich freiwillig zusammenschließen, um koordinierte und qualitativ hochwertige Leistungen für Medicare-Patienten zu erbringen (CMS 2019a). Ob die Organisation in Form eines Netzwerks erfolgt oder im anderen Extrem in Form eines Zusammenschlusses zu einem vollständig integrierten Unternehmen geschieht, bleibt dabei zunächst offen. Zentral ist die an die CMS gemeldete Liste aller teilnehmenden Leistungserbringer. Sie ist die Grundlage für alle weiteren Berechnungen (Benchmark, reale Kosten, Einsparungen etc.) (CMS 2019c).

Im Fall der POM ACO handelt es sich um ein Netzwerkformat, das mit Hilfe einer eher kleinen zentralen administrativen Einheit koordiniert und gesteuert wird. 2015 waren mehr als 6.300 Ärzte und andere Leistungserbringer Teil der ACO und deckten rund 133.000 Medicare-Patienten in Michigan ab. Seit 2014 ist das University of Michigan Health System durch seine Ärzte nahezu vollständig (zuvor schon in Teilen) Mitglied der ACO und damit der mit weitem Abstand größte Teilnehmer des Netzwerks (University of Michigan 2015).

Die Zuordnung eines Patienten zu einer ACO erfolgt auf Basis abgerechneter Leistungen aus einer Liste allgemein- bzw. hausärztlicher Leistungen in einem definierten Zeitraum. So soll der primäre Versorger eines Patienten ermittelt werden. Ist dieser Teil einer ACO, wird die ACO verantwortlich für diesen Patienten im Sinne der ACO Abrechnungslogik (Norris et al. 2018). Dem Patienten steht es aber frei, einen alternativen Leistungserbrin-

² Auch im privaten Sektor existieren zahlreiche ACO Modelle, die im Zuge dieses Beitrags jedoch nicht weiter berücksichtigt werden können, da diese noch heterogener ausgestaltet sind, was eine kompakte Darstellung und stringente Bewertung erschwert (Kaufman et al. 2019).

■ **Abb. 5.3** Zeitliche Abfolge der verschiedenen CMS-ACO-Programme (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KFF 2017)

ger auch außerhalb der ihm zugeordneten ACO zu wählen. Die Patienten haben weiterhin ein uneingeschränktes Recht der freien Arztwahl (CMS 2016).

Der Kern der in der POM ACO zusammengefassten Leistungserbringer war bereits 2005 Teil der CMS Physician Group Practice Demonstration, einem Vorläufer der heutigen ACOs, und kann auf entsprechend lange Erfahrung zurückblicken. 2013 wurde das Engagement in der Pioneer ACO, dem ersten CMS-ACO-Programm, intensiviert. Kurz darauf erfolgte der Wechsel ins Medicare Shared Savings Program (MSSP) (University of Michigan 2015).

■ Abb. 5.3 illustriert die Abfolge der verschiedenen CMS-ACO-Programme. Während die meisten nach einer begrenzten Laufzeit eingestellt wurden, ist das Medicare-Shared-Savings-Programm (MSSP) unbefristet angelegt, wird jedoch regelmäßig aktualisiert und umgestaltet. So existieren innerhalb des MSSP-Programms verschiedene Tracks, die den ACO-Gedanken unterschiedlich ambitioniert abbilden und zuletzt Anfang 2019 neu zugeschnitten wurden.

Die unterschiedlichen Varianten differenzieren sich weniger über die Art der Vernetzung oder die Struktur der Leistungserbringung als anhand der zweiten Dimension, d. h.

der Art der Vergütung und damit einhergehend des Grades an Risiko, den die Leistungserbringer übernehmen. Gemäß der Definition der CMS charakterisieren sich ACOs neben dem Zusammenwirken der verschiedenen Akteure dadurch, dass die Beteiligten Verantwortung (Accountability) für Qualität und Kosten der Versorgung übernehmen (CMS 2019a). Die frühen Varianten waren fast ausschließlich „one sided risk“-Verträge zwischen Kostenträger (Medicare) und der ACO, bei denen die ACO zwar im Falle von realisierten Einsparungen von selbigen profitieren konnten, aber kein finanzielles Risiko eingingen. Dies kann letztlich nur als Zwischenschritt auf dem Weg zu echter Capitation verstanden werden, den die ambitionierteren Modelle mit einer vollständigeren Budgetverantwortung konsequenter gehen.

Die Neugestaltung des MSSP-Programms 2019 (DHHS 2018) sieht vor, dass ACOs über einen fünfjährigen Zeitraum im Basic Track Jahr für Jahr zunehmend Risiken übernehmen und die fünf Stufen (Level A bis E) durchlaufen, bis sie in die weitreichendste Variante (Enhanced) übertreten. Während Level A und B nur einseitig ausgestaltet sind und entsprechend kein finanzielles Risiko für die ACO enthalten, beginnt ab Level C der Bereich der „two sided risk“-Modelle. Diese beginnen mit

eher restriktiven Verlustlimits, die in Level C (D/E) verhindern, dass der Verlust im Verhältnis zum Umsatz 2 % (4 %/8 %) übersteigt.³ Auf der anderen Seite können bis zu 50 % der im Vergleich zur Benchmark erreichten Einsparungen an die ACO ausgeschüttet werden, sofern der Quality Score entsprechend hoch ist (Champagne et al. 2019).

Zum Verständnis der Benchmark ist zunächst festzuhalten, dass eine ACO eine fünfjährige Verpflichtung eingeht (Agreement Period), die entsprechend fünf Performance Years umfasst. Die drei Jahre vor Beginn der Agreement Period sind die Vergleichsperiode. An Letzteren wird die ACO in jedem der fünf Performance Years gemessen, bis die Benchmark am Ende der Agreement Period wieder aktualisiert werden kann. Da zwischen erstem Benchmark Year und letztem Performance Year sieben Jahre liegen, werden zur Adjustierung nationale und regionale Ausgabentrends herangezogen und Veränderungen im ermittelten Risk Score berücksichtigt. Somit wird die ACO sowohl an ihrer historischen Benchmark als auch anhand der Performance ihrer Wettbewerber in der Region sowie der nationalen Kostenentwicklung gemessen. Dies mildert etwas den möglichen Fehlanreiz, durch höhere Ausgaben in den für die Benchmark relevanten Jahren in der Folge überproportional höhere Einsparungen zu erreichen. Für eine Risikoadjustierung wird die Population in Risikogruppen eingeteilt, die je nach Zweck zum Teil auf CMS-HCC⁴ und zum Teil auf sozio-demografischen Merkmalen beruhen. Um die Risiken teurer Einzelfälle zu minimieren, werden die Ausgaben der Patienten ggf. beim 99. Perzentil der Ausgaben der grundsätzlich einer ACO zuordenbaren Medicare-Population gekappt (Her-

bold et al. 2019; DHHS 2018). Die von den CMS implementierte Berechnung der Benchmark sowie deren Risikoadjustierung wird von vielen beteiligten Organisationen kritisch gesehen, da das Vorgehen eine derart hohe Komplexität aufweist, dass es für einzelne ACOs selbst ex post kaum rekonstruierbar ist (DHHS 2018).⁵

Zur Ermittlung möglicher Einsparungen oder Verluste werden die Kosten, die die ACO im jeweiligen Performance Year für die zugeordnete Population verursacht hat, indem sie die Leistungen weiterhin nach den üblichen Abrechnungsregeln (weitgehend Einzelleistungsvergütung und DRGs) abgerechnet hat, den adjustierten Werten der Benchmark gegenübergestellt. Die Differenz entspricht den aufzuteilenden Einsparungen bzw. Verlusten. Auch hier wird deutlich, dass es sich bei diesem Modell um einen Weg hin zu „echten“ Capitation-Formaten handelt, da die traditionelle Vergütung im Hintergrund weiter mitläuft. Es wird lediglich ein virtuelles Budget für die Population ermittelt, das auch nur bei der Wahl einer prospektiven Zuordnung der Patienten einen prospektiven Charakter hat. Da die Trends i. d. R. erst ex post bestimmt werden, kann sich die Festlegung der finalen Höhe deutlich verzögern.⁶

Die letztendliche Ausschüttung ergibt sich aus dem Produkt der maximal erreichbaren Einsparungs-Rate (Savings Rate) mit dem Quality Score und dem Betrag der Einsparungen, die sich aus der Differenz der Benchmark und der real angefallenen Medicare Umsätze auf Basis der üblichen Einzelleistungsvergütung im jeweiligen Performance Year erge-

³ Es existieren weitere Restriktionen, wie ein Limit des Verlusts relativ zu den Kosten der zugeordneten Benchmark-Population, die jedoch eher kleinere ACOs betreffen und die grundlegende Aussage nicht verändern.

⁴ Stetig weiterentwickeltes Risikoadjustierungsmodell der CMS, das auf einer hierarchisch angelegten Kategorisierung anhand von Erkrankungen basiert. HCC steht dabei für Hierarchical Condition Category.

⁵ Für eine detaillierte Darstellung siehe Abschnitt D, Benchmarking Methodology Refinements in DHHS (2018). Dies enthält sowohl detaillierte Hinweise zum Vorgehen als auch weitere Referenzen sowie Einwände und Antworten aus dem Stellungnahmeverfahren.

⁶ Im Portfolio der diversen ACO-Varianten finden sich durchaus auch Programme, die z. B. durch Advance Payments näher am klassischen Capitation-Ansatz sind. Siehe exemplarisch Green (2016). Sie haben derzeit jedoch eher eine kleinere Rolle und scheinen primär dem Sammeln von Erfahrungen zu dienen.

■ Tabelle 5.3 Qualitätsmatrix (Quelle: CMS 2019b)

Bereich	Indikatoren
Erfahrungen der Patienten/Betreuer	a. Zeitnahe Behandlung, Termine und Informationen b. Qualität der Kommunikation der Leistungserbringer c. Patientenbewertung des Leistungserbringers d. Zugang zu Fachärzten e. Gesundheitsförderung und -beratung f. Partizipative Entscheidungsfindung g. Gesundheitszustand & Funktionsstatus h. Verantwortlicher Umgang mit Patientenressourcen i. Freundliches und hilfsbereites Praxispersonal j. Behandlungskoordination
Behandlungs-koordination/Patientensicherheit	a. Risikostandardisierte Wiederaufnahmen b. Ungeplante Aufnahmen von Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen c. Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (Dehydrierung, bakterielle Pneumonie und Harnwegsinfektionen) (zusammengesetzter AHRQ-Qualitätsindikator Prävention (PQI) #91) d. Screening auf zukünftiges Sturzrisiko
Prävention und Früherkennung	a. Gripeschutzimpfung b. Raucherentwöhnung c. Screening Klinische Depression und Follow-up-Planung d. Darmkrebs-Screening e. Brustkrebs-Screening f. Statin-Therapie zur Prophylaxe und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Risikopopulationen	a. Depression: Remission nach zwölf Monaten b. Schlecht eingestellter Diabetes (Hämoglobin-A1c-Wert) c. Bluthochdruck
Krankenhaus-Report 2020	

ben. Die Leistungserbringer werden also weiterhin primär über die traditionelle Vergütungslogik bezahlt, ex post erfolgt jedoch ein Ausgleich der Differenz. Unzureichende Qualität wird über den Quality Score direkt finanziell sanktioniert. Um überhaupt einen Anspruch auf Ausschüttungen zu haben, müssen alle Indikatoren gemeldet werden und für mindestens einen der Indikatoren je Bereich muss das Ergebnis über dem 30. Perzentil liegen. Der Quality Score kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen und wird für das Performance-Jahr 2019 aus Indikatoren in vier Bereichen berechnet (■ Tab. 5.3). Die Datenerhebung erfolgt durch kommerzielle Anbieter nach den Vorgaben und im Auftrag unabhängiger bzw. den CMS unterstehender Einrichtungen.

Bei den zehn Indikatoren für „Erfahrungen der Patienten/Betreuer“ handelt es sich um einen Auszug aus umfangreicheren Patientenbefragungen (CAHPS, vgl. AHRQ 2016), an denen amerikanische Leistungserbringer routinemäßig teilnehmen müssen, um sich für bestimmte CMS-Programme zu qualifizieren. Andere Indikatoren speisen sich aus Abrechnungsdaten oder – in geringerem Umfang – zusätzlich erhobenen Daten. Die einzelnen Indikatoren werden zunächst in einheitliche Skalen (0–100) transformiert und u. a. Casemix-adjustiert. Für jeden Indikator werden die ACOs dann nach dem erreichten Ergebnis sortiert und können entsprechend ihrem Perzentil bis zu maximal 2 Punkte je Indikator erreichen (z. B. 0 Punkte bei < 30. Perzentil, 1,4 Punkte bei 50. Perzentil und 2 Punkte bei 90. Perzentil). Für jeden der vier Bereiche wird anschlie-

ßend der Anteil der erreichten an den maximal erreichbaren Punkten ermittelt (Bonuspunkte für Qualitätsverbesserungen sind möglich). Der Mittelwert über die vier Bereiche ergibt den finalen Quality Score (CMS 2019b). Die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren der POM ACO 2017 können auf der Website eingesehen werden, wobei kein direkter Rückschluss auf den erreichten Score möglich ist (POM ACO 2019). Zwischen 2014 und 2017 lag der Score im Korridor zwischen 0,91 und 0,98.

Zum ersten Juli 2019 wechselte die POM ACO in den Basic Track Level E des MSSP. Damit kann die ACO maximal 50 % der erreichten Einsparungen multipliziert mit dem Quality Score vereinnahmen bzw. muss 30 % der angefallenen Verluste übernehmen, wobei Letztere auf 8 % des relevanten Umsatzes begrenzt sind. Mögliche Verluste würden aus einem primär vom Universitätsklinikum befüllten Risikopool bestritten. Ist dieser erschöpft, tritt eine von der POM ACO abgeschlossene Rückversicherung ein. Allerdings konnte die POM ACO in allen ihren bisherigen Performance Years Einsparungen generieren. Da deren Ausschüttung aber an eine Mindesteinsparung gekoppelt ist, unterhalb derer keine Ausschüttung erfolgt, resultierte nicht in allen Jahren eine Zahlung (Ausschüttungen in Höhe von 20 Mio. Dollar und 12 Mio. Dollar in den Jahren 2017 bzw. 2014, keine Ausschüttungen in den Jahren 2013, 2015 und 2016; die größten Einsparungen in Höhe von 54,5 Mio. Dollar bzw. 3,8 % wurden 2017 erreicht). Berücksichtigt man jedoch, dass ein erheblicher Teil dieser Ausschüttungen für Investitionen in die Infrastruktur bzw. zur Prozessoptimierung verwendet werden, bleibt bei mehr als 6.000 teilnehmenden Ärzten und anderen Leistungserbringern pro Person nur ein Dollarbetrag im niedrigen vierstelligen Bereich. Dementsprechend kann der beschriebene Mechanismus derzeit auf Ebene eines einzelnen Arztes kaum einen Verhaltensanreiz entfalten.

Dies wird sich auch in den kommenden Jahren nicht ändern, auch wenn sich die POM ACO zum Wechsel in den Basic Track Level E deutlich verkleinert hat. Unter dem neuen Mis-

sion Statement „We collaborate with patients, providers, and communities to improve population health through coordinated high quality care at a lower cost.“ arbeiten nun 4.100 Leistungserbringer von vier Physician Groups zusammen und decken damit rund 48.000 Medicare-Patienten ab. Hintergrund dieser Maßnahme sind Erfahrungen aus der bisherigen Zusammenarbeit und der Erkenntnis, dass manche Physician Groups (noch) nicht bereit sind, den eingeschlagenen Weg im selben Tempo weiterzugehen. Ein erneutes Wachstum wird dabei durchaus positiv gesehen, kurz- und mittelfristig wurde einer höheren Agilität eine höhere Priorität eingeräumt.⁷

5.4.3 Erkenntnisse

Insgesamt zeichnen die wissenschaftlichen Ergebnisse zu den Resultaten der bisher etablierten ACOs noch ein sehr unscharfes Bild. Grundproblem sind kurze Laufzeiten mit jetzt fünf, davor sogar nur drei Jahren sowie die vielen Veränderungen im Regelwerk, die eine Identifikation kausaler Effekte deutlich erschweren. Aktuelle Reviews wie von Kaufman et al. (2019) zeigen, dass unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der ACO am häufigsten eine Reduktion der Krankenhausnutzung und der Besuche in Notaufnahmen festzustellen war, bei zugleich verbesserten Angeboten im Bereich Prävention und Management chronischer Erkrankungen. Hinsichtlich des Patientennutzens bzw. klinischer Outcomes konnten die Autoren zumindest keine Verschlechterung feststellen, mahnen aber aufgrund der schwierigen Datenlage ein weiteres Monitoring an. Zahlreiche Studien (z. B. Colla et al. 2016; Green 2016; Ho et al. 2016; Nyweide et al. 2015; Song et al. 2014) adressieren die erhofften Effekte in der Kostenreduktion, stehen dabei jedoch vor ähnlichen Problemen: Die meisten Studien können insgesamt oder für Teilpo-

⁷ Einige Physician Groups schieden aus eigener Motivation aus, mit anderen wurde die Zusammenarbeit beendet.

pulationen Kostenreduktionen feststellen, haben jedoch Schwierigkeiten, die Netto-Einsparungen zu beziffern, da ein Teil der Einsparungen an die ACOs ausgeschüttet wird und von den ACOs zum Teil erhebliche Investitionen getätigt wurden. Die nicht ausgeschütteten Einsparungen verbleiben beim Kostenträger, d. h. beim Medicare-Programm. McWilliams et al. (2018) weisen jedoch darauf hin, dass die von den CMS ausgewiesenen Einsparungen den tatsächlichen Effekt eher unterschätzen. Den stärksten Effekt finden die Autoren bei ACOs, die von niedergelassenen Ärzten betrieben werden, da diese die höchsten Einsparungen in der stationären Versorgung auslösen.⁸

Für eine erfahrene ACO wie die POM ACO erscheinen Einsparungen durchaus realisierbar. Betrachtet man allerdings die Ausschüttungen in Relation zur Anzahl der Beteiligten, dürfte die Rolle der finanziellen Anreize derzeit eher noch begrenzt sein. In den ersten Stufen ergeben sich die größeren Veränderungen im Verhalten der Leistungserbringer durch gewisse Aufnahmekriterien, die Teilnehmer einer ACO erfüllen müssen. Diese beziehen sich beispielsweise auf das Angebot jährlicher Check-ups oder selbst auferlegte Vorgaben der ACO, die damit die Einhaltung bestimmter Leitlinien erreichen kann. Hierzu gehört auch die Bereitstellung von Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten. Auch bei der POM ACO ist die Anwendung fortgeschrittener Management- und Analysetools, z. B. auf Basis von klinischen Daten in EHRs, noch im Planungsstadium.⁹

Blickt man auf die historischen Erfahrungen mit Capitation-basierten Ansätzen zurück,

bleibt festzuhalten, dass die damals ausschlaggebenden Gründe für den Managed-Care-Backlash bisher komplett ausgeblieben sind. Die großen Freiheitsgrade der Patienten sowie die neutralen bis positiven Entwicklungen der Qualitätsindikatoren haben bisher zu keinen Akzeptanzproblemen geführt. Auch bei den teilnehmenden Ärzten scheint eine recht große Akzeptanz vorzuherrschen, wobei – wie beschrieben – die finanziellen Effekte in Relation zum Jahreseinkommen noch einen recht geringen Anteil ausmachen und nur ein kleinerer Teil in Modellen mit echten Verlustrisiken engagiert ist. Hier bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

5.5 Implikationen für eine Implementierung in Deutschland

Die Erfahrungen in Spanien und den USA – mit sehr unterschiedlich ausgestalteten Systemen – ermöglichen durchaus relevante Schlüsse für eine mögliche Implementierung prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets in Deutschland. Das Valencia-Modell repräsentiert dabei einen Ansatz mit echten prospektiven regionalen Gesundheitsbudgets, die ACOs im Rahmen des MSSP stellen eher ein Modell zur langsamen Transformation in diese Richtung dar.

Zunächst müssen derartige innovative Modelle für alle Beteiligten – Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger – im Vergleich zum Status quo hinreichend attraktiv sein, um die Sicherheit des Bekannten aufzugeben. In Spanien wurden die wirtschaftlichen Aspekte bereits im Rahmen der Ausschreibung geprüft und können ex post als weitgehend erfüllt angesehen werden. Auch von den Patienten wird das Modell gut angenommen. In den USA zeigt sich, dass aktuell unter Umständen schon die Perspektive auf eine deutliche Verschlechterung der Rahmenbedingungen ausreicht, um eine hinreichend große Teilnahmebereitschaft für Modelle zu erreichen, für die es zumindest

⁸ Für weitere Aspekte wie zu den Herausforderungen des Benchmarkings siehe einführend Distler (2017).

⁹ Allein die Teilnahme an einer ACO löst ferner für den Leistungserbringer eine Bonuszahlung in Form einer Erhöhung der Medicare-Vergütung um bis zu 5 % auf Basis des Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) der CMS aus und stellt einen weiteren Anreiz zur Teilnahme dar. In der Zukunft werden diese Boni in Abschläge überführt, die alle diejenigen hinnehmen müssen, die entsprechende Kriterien nicht erfüllen. Dies stellt einen weiteren Anreiz dar, sich dem Regelwerk einer ACO zu unterwerfen.

Hinweise auf eine neutrale bis positive Entwicklung der Qualität und Effizienz gibt.

Darüber hinaus müssen Aspekte, die dem zugrunde liegenden Konzept des Qualitätswettbewerbs zwischen Versorgungsregionen (wie im Valencia-Modell beschrieben) immanent sind, berücksichtigt werden. Beispielfhaft sei hier der Fall genannt, wenn benötigte spezifische ärztliche Kompetenz nicht in der eigenen Versorgungsregion, sondern nur in der benachbarten Region vorhanden ist und die Anreizgestaltung eine Inanspruchnahme in der eigenen Region befördert.

Langfristig muss aber für alle drei Parteien (Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger) eine Win-Win-Win-Situation erreicht werden. Die Situation der Krankenhäuser ist dabei von besonderer Brisanz. So sind im Bereich der stationären Versorgung kurzfristig die größten Einsparungen (z. B. durch vermiedene Krankenhausaufenthalte) zu erreichen. Da in der Regel nur ein Teil der Einsparungen an die beteiligten Leistungserbringer ausgeschüttet wird, würden sich Krankenhausbetreiber *ceteris paribus* schlechter stellen. Sie müssen durch Effizienzgewinne, auch in vorgelagerten Stufen der Versorgung, die von den Kostenträgern einbehaltenen Einsparungen überkompensieren. Entsprechend erscheint es sinnvoll, dass das Ziel möglicher Kosteneinsparungen auf der Seite der Kostenträger insbesondere in der Startphase, die mit notwendigen Investitionen einhergeht, nicht zu ambitioniert formuliert wird. Um eine konstruktive Mitwirkung zu erreichen, muss es Krankenhäusern ermöglicht werden, sich auf ein neues, nicht mehr am Volumen orientiertes Geschäftsmodell umzustellen, mit dem sie auch wirtschaftlich erfolgreich sein können. Dies erfordert einen erheblichen Wandel im Selbstverständnis, der nicht unmittelbar zu erreichen ist.

Ein weiterer zentraler Faktor für den langfristigen Erfolg ist der angemessene Umgang mit wirtschaftlichen Risiken. Dies tangiert das Thema der Risikoaversion von Ärzten (Rischatsch 2015), aber auch grundsätzliche versicherungsökonomische Zusammenhänge. In den USA setzt man derzeit auf eine Limitierung

der Risiken durch die Begrenzung möglicher Verluste. Bei ACOs mit großen Kliniken im Verbund haben diese häufig hinreichend große Kapitalreserven, um kleine Schocks absichern zu können. Bei kleineren Kollektiven sind andere Arten des Risikomanagements notwendig. Die Diskussion um die Frage der Risikoadjustierung in den USA zeigt dabei, dass der Zielkonflikt zwischen möglichst korrekter Anpassung und transparenten und nachvollziehbaren Mechanismen nur schwer aufzulösen ist. Dies erscheint insbesondere dann kritisch, wenn sich die realisierbaren Einsparungen in kleineren Größenordnungen als im spanischen Beispiel bewegen.

Auch die vertragliche Umsetzung prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets in Deutschland bedarf – z. B. im Gegensatz zum spanischen Gesundheitssystem – weiterer Detailüberlegungen. Während in Spanien in den beschriebenen Gesundheitsregionen um Valencia jeweils ein singulärer Krankenversicherer für die Versorgung der gesamten Population der Region verantwortlich ist, herrschen in Deutschland durch die Vielzahl an unterschiedlichen Krankenkassen jeweils zersplitterte und heterogene Verhältnisse vor. Auch wenn es in einzelnen Regionen sicherlich Krankenkassen gibt, die über einen hohen Marktanteil an Versicherten verfügen, wird es unter Einbeziehung ökonomischer Überlegungen trotzdem nur schwer möglich sein, ohne Kooperationen mit weiteren regional relevanten Kostenträgern ein wirtschaftlich tragfähiges Vertrags- und Versorgungsmodell zu etablieren. Insofern gehen von der Konstruktion prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets im deutschen Kontext Kooperationsanreize aus, die der umfassenden medizinischen Versorgung nutzen können.

Die Strategie einer schrittweisen „Gewöhnung“ der Teilnehmer an höhere Risiken in den USA adressiert einen weiteren wichtigen strategischen Aspekt: Der langsame Übergang erlaubt es allen Beteiligten, hinreichend Erfahrung zu sammeln. Zugleich erschwert dieser weiche Einstieg jedoch eine Bewertung der aktuellen kausalen Auswirkungen des Vergü-

tungsmodells, ebenso wie eine Prognose der Effekte eines „scharfen“ Modells mit weiterreichender Risikoübernahme. In Spanien wurde ein komplett anderer Ansatz verfolgt: Gebiete, die bereit waren, diesen Weg einzuschlagen, stellten vollständig auf den neuen Vergütungsansatz um. Dies bringt Vorteile hinsichtlich Transparenz und der Klarheit der Effekte, erfordert aber in der Umsetzung mehr Mut von allen Beteiligten. Sind die potenziellen Teilnehmer eher zurückhaltend, zeigt der in den USA verfolgte Ansatz ein Modell auf, bei dem die Capitation zunächst in Form virtueller – erst retrospektiver dann prospektiver – Budgets eingeführt und das etablierte Vergütungssystem zur Zahlungsabwicklung parallel fortgeführt wird.

Das Thema Transparenz ist dabei eng mit dem letzten Punkt verknüpft, der besonders relevant erscheint: Nur durch eine transparente Erfassung und unabhängige Auswertung der Ergebnisse kann zum einen die Akzeptanz bei allen Beteiligten gesichert werden und zum anderen auf Erkenntnisse reagiert werden. Zwangsläufig haben derartig grundlegende Vergütungsinnovationen einen experimentellen Charakter und müssen entsprechend evaluiert werden. Die Erfahrungen aus Spanien zeigen, dass es zu erheblichen Schwierigkeiten führt, wenn zentrale Finanz- und Qualitätsindikatoren als interne Informationen verstanden werden, die einer wissenschaftlichen Bewertung kaum zugänglich sind. Dies ist in den USA besser gelöst, allerdings fehlen auch hier zum Teil Daten, was eine abschließende Bewertung der Wirtschaftlichkeit behindert. Auch ist darauf zu achten, dass eine gewisse Stabilität im Regelwerk gewahrt wird, um überhaupt Effekte verlässlich identifizieren zu können.

5.6 Fazit

Prospektive regionale Gesundheitsbudgets gehören zu den ambitionierten Optionen, die Struktur der Leistungserbringung und -vergütung zu reformieren. Zugleich werden diesen und ähnlichen an Capitation-Modellen orientierten Ansätzen ein großes Potenzial

zugesprochen, zielführende Anreizstrukturen zu erzeugen. Auch wenn skeptische Stimmen nicht ausbleiben (z. B. Marmor und Oberlander 2012), stimmen die bisherigen Erkenntnisse doch optimistisch, dass Konzepte prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets eine Option darstellen, die hinreichend erfolgversprechend ist, dass sie auch in Deutschland in unterschiedlichen Kontexten erprobt werden sollten.

Dabei muss unbedingt sichergestellt werden, dass die alternative Vergütungsform in ihren Anreizen klar auf die Sicherstellung der Qualität der Versorgung ausgerichtet ist. Gute Qualität darf nicht vom guten Willen abhängen, sondern muss sich auch finanziell lohnen. Damit geht einher, dass die Vergütung gegenüber dem Status quo – bei entsprechend guter Performance im Vergleich zum Referenzmodell – attraktiver sein muss. Hierzu gehört auch ein adäquater Umgang mit den Risiken. Unabdingbar für eine breite Akzeptanz sowie für eine sachliche Auseinandersetzung mit den damit einhergehenden Veränderungen ist eine transparente und wissenschaftlichen Standards genügende Evaluation. Sind diese Grundvoraussetzungen erfüllt, erscheint es realistisch, ein neues, in sich konsistentes Vergütungssystem zu schaffen, das die Krankenhausfinanzierung nachhaltig reformiert und zudem hilft, die Sektorengrenze zu überwinden.

Literatur

- Acerete B, Stafford A, Stapleton P (2011) Spanish health-care public private partnerships: the “Alzira model”. *Crit Perspect Account* 22(6):533–549. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004>
- AHRQ (2016) Consumer assessment of healthcare providers and systems (CAHPS). Agency for Healthcare research & quality. <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>. Zugegriffen: 16. Juli 2019
- Anderson GF, Hussey P, Petrosyan V (2019) It's still the prices, stupid: why the US spends so much on health care, and a tribute to Uwe Reinhardt. *Health Aff* 38(1):87–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05144>
- Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey P, Petrosyan V (2003) It's the prices, stupid: why the United States is so dif-

- ferent from other countries. *Health Aff* 22(3):89–105. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.3.89>
- Aspen Publishers (2015) Medicare, managed care, & other sources of revenue. *Hosp Accounts Receiv Analysis* 29(1):20–21
- Benstetter F (2002) Health care economics. The market for physician services. Peter Lang, Frankfurt am Main
- Benstetter F, Lauerer M, Negele D, Schmid A (2020) Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei, Heidelberg (Studie im Auftrag der Stiftung Münch)
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008) The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff* 27(3):759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2013) Gesundheitsökonomik, 6. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg
- Burwell SM (2015) Setting value-based payment goals—HHS efforts to improve U.S. health care. *N Engl J Med* 372(10):897–899. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1500445>
- Champagne N, Mills C, Karcher J (2019) „Pathways to Success“ MSSP final rule: key revisions to the proposed rule. Milliman Issue Brief
- CMS (2016) Summary of the June 2015 final rule provisions for accountable care organizations (ACOs) under the medicare shared savings program. Washington, DC
- CMS (2018) National health expenditure data. <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccountshistorical.html>. Zugegriffen: 8. Juli 2019
- CMS (2019a) Accountable care organizations. <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/aco/>. Zugegriffen: 9. Juli 2019
- CMS (2019b) Medicare shared savings program: quality measurement methodology and resources (Specifications, May 2019, Version 2019, Applicable for Performance Year 2019)
- CMS (2019c) Shared savings program, participant list and participant agreement. Version #7
- Colla CH, Lewis VA, Kao L-S, O'Malley AJ, Chang C-H, Fisher ES (2016) Association between medicare accountable care organization implementation and spending among clinically vulnerable beneficiaries. *JAMA* 316(8):1167–1175. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2827>
- Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E (2019a) A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy* 123(4):412–418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>
- Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E (2019b) Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health policy* 123(4):408–411. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012>
- DHHS (2018) Accountable care organizations—pathways to success and extreme and uncontrollable circumstances policies for performance year 2017 – final rule. *Federal Register* 83(249):67816–68082
- Distler F (2017) Accountable care organizations. In: Schmid A, Singh S (Hrsg) Crossing borders – innovation in the U.S. health care system. Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 84. Verlag P.C.O. Bayreuth, S 69–84
- Europäische Union (Hrsg) (2013) Health and economics analysis for an evaluation of the public private partnerships in health care delivery across EU. Annexes. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_annexes_en.pdf. Zugegriffen: 5. Mai 2019
- Green L (2016) Advance payment ACO final report. Evaluation of CMMI accountable care organizations initiative. L&M Policy Research, Washington, DC
- Herbold JS, Gusland C, Mills C, Kramer MJ (2019) “Pathways to success” MSSP final rule: financial benchmark. Milliman White Paper
- Ho V, Allen TK, Kim U, Keenan WP, Ku-Goto M-H, Sandereson M (2016) Measuring the cost implications of the collaborative accountable care initiative in texas. *Am J Manag Care* 22:e304–e310
- Kaufman BG, Spivack BS, Stearns SC, Song PH, O'Brien EC (2019) Impact of accountable care organizations on utilization, care, and outcomes: a systematic review. *Med Care Res Rev* 76(3):255–290. <https://doi.org/10.1177/1077558717745916>
- KFF (2017) 8 FAQs: medicare accountable care organizations (ACO). <https://www.kff.org/faqs-medicare-accountable-care-organization-aco-models/>. Zugegriffen: 10. Juli 2019
- KFF (2019) Health insurance coverage of the total population 2017. <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. Zugegriffen: 8. Juli 2019
- Marmor T, Oberlander J (2012) From HMOs to ACOs: the quest for the Holy Grail in U.S. health policy. *J GEN INTERN MED* 27(9):1215–1218. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2024-6>
- McGuire TG (2008) Physician Fees and Behavior. In: Sloan FA, Kasper H (Hrsg) Incentives and choice in health care. MIT Press, Cambridge, S 263–288
- McWilliams JM, Hatfield LA, Landon BW, Hamed P, Chernew ME (2018) Medicare spending after 3 years of the medicare shared savings program. *N Engl*

- J Med 379(12):1139–1149. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803388>
- Neubauer G (1999) Formen der Vergütung von Krankenhäusern und deren Weiterentwicklung. In: Braun GE (Hrsg) Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Schäffer-Poeschel, Stuttgart, S 19–43
- Neubauer G, Beivers A, Paffrath D (2011) Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen. In: Klauwer J, Mx Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011; Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Schattauer, Stuttgart, S 149–160
- NHS (Hrsg) (2014) Capitation payment – international examples. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/445741/Capitation_payment_-_international_examples.pdf. Zugegriffen: 5. Mai 2019
- NHS Confederation (2011) The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia. https://www.nhsconfed.org/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf. Zugegriffen: 18. Mai 2019
- Norris C, McEwen J, Broulette J (2018) “pathways to success” MSSP proposed rule: beneficiary assignment. Milliman White Paper
- Nyweide DJ, Lee W, Cuerdon TT, Pham HH, Cox M, Rajkumar R, Conway PH (2015) Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs traditional Medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience. JAMA 313(21):2152–2161. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.4930>
- Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK (2018) Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA 319(10):1024–1039. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
- POM ACO (2019) Physician Organization of Michigan ACO. <http://pom-aco.com/>. Zugegriffen: 16. Juli 2019
- Porter ME (2010) What is value in health care? N Engl J Med 363(26):2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Rechel B, Erskine J, Dowdeswell B, Wright S, McKee M (Hrsg) (2009) Capital Investment for Health. Case studies from Europe. Observatory Studies Series N° 18. European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)
- Ribera Salud (Hrsg) (2016) La aportación de valor de Ribera Salud al sistema sanitario público en España. http://riberasalud.com/wp-content/uploads/2016/05/Memoria_webES.pdf. Zugegriffen: 23. Juni 2019
- Rischatsch M (2015) Who joins the network? Physicians’ resistance to take budgetary co-responsibility. J Health Econ 40:109–121. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.12.002>
- Schlächtermann J (2016) Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis, 2. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schmid A (2017) USA: innovative payment and care delivery models—accountable care organizations. In: Amelung V, Balicer R, Goodwin N, Nolte E, Stein V, Suter E (Hrsg) Handbook integrated care. Springer, Cham, S 541–549
- Schmid A (2018) Vergütungssysteme für eine vernetzte und populationsbezogene Medizin der Zukunft. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg) Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen. Gesundheitsmarkt in der Praxis, Bd. 10. medhochzwei, Heidelberg, S 175–189
- Schölkopf M, Pressel H (2017) Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME (2014) Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. N Engl J Med 371(18):1704–1714. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1404026>
- Sosa Delgado-Pastor S, Brasher E, Foong S, Montagu D, Feachem R (2016) Innovation roll out. Valencia’s experience with public-private integrated partnerships. Healthcare public-private partnerships series, No. 3. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/pub/pwcc-innovation-rollout-af8_0.pdf. Zugegriffen: 3. März 2019
- SVR (2009) Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770
- University of Michigan (2015) Saving millions for Medicare across Michigan: POM ACO reports second-year results – Michigan Medicine Headlines. <https://mmheadlines.org/2015/09/saving-millions-for-medicare-across-michigan-pom-aco-reports-second-year-results/>. Zugegriffen: 9. Juli 2019
- Wehner R, Werblow A, Spika S, Pauer F, Schmid A (2018) Weiterentwicklung DRG-System: Pflegepersonaluntergrenzen. Diskussionsbeitrag des Ausschusses Stationäre Versorgung. 10. dggö Jahrestagung, Hamburg
- Zafra I (2018) Así se revierte una privatización sanitaria. https://elpais.com/politica/2018/03/12/actualidad/1520873923_638479.html. Zugegriffen: 30. Juli 2019

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.