

Versorgung und Vergütung regional gedacht: „Von der Volumen- zur Wertorientierung“

BORIS AUGURZKY,
CHRISTIAN GRAF,
BERND GRIEWING,
DOMINIK WALTER

Prof. Dr. Boris Augurzky ist Geschäftsführer der Stiftung Münch und Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung in Essen

Dr. Christian Graf ist Abteilungsleiter Produktentwicklung, Versorgungsmanagement, Prävention bei der BARMER, Wuppertal

Prof. Dr. Bernd Griewing ist Medizinischer Vorstand der RHÖN-KLINIKUM AG und Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik in Bad Neustadt/Saale

Dominik Walter M. A. ist Leiter Fachbereich Medizinisches Prozessmanagement bei der RHÖN-KLINIKUM AG in Bad Neustadt/Saale

Im deutschen Gesundheitswesen stehen immer weniger junge Menschen zur Verfügung, um immer mehr ältere, hilfsbedürftige Menschen zu versorgen. Ein „Weiter so“ würde zu versteckter Rationierung führen. Das wertvolle Personal muss daher effizient eingesetzt werden, z.B. durch Ambulantisierung der Medizin und sektorenübergreifender Koordination. Die Erprobung neuer Vergütungssysteme ist hier ein notwendiger Lösungsbeitrag. Dazu schlagen wir mittelfristig regional verankerte Capitation-Modelle vor, kombiniert mit einem Qualitätswettbewerb zwischen Regionen. Kurzfristig plädieren wir für den Aufbau eines regionalen Netzwerks mit der Auswahl geeigneter Indikationen mit klar definierten Versorgungszielen.

1. Herausforderungen und Handlungsoptionen

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer gewaltigen Herausforderung. Immer weniger junge Menschen stehen zur Verfügung, um immer mehr ältere, hilfsbedürftige Menschen zu versorgen. Die Relation „jung zu alt“ wird sich schon in wenigen Jahren, besonders im Laufe der 2020er Jahre, dramatisch verschärfen. Bereits heute ist der Mangel an Fachkräften in vielen Branchen, darunter in der Alten- und Krankenpflege sichtbar – Tendenz steigend. Die aktuelle Diskussion über den Mangel an Pflegefachkräften ist ein Vorbote davon. Die Politik scheint die Lösung darin zu sehen, noch mehr Pflegefachkräfte je Patient zu fordern, wohlwissend, dass dies ein Wunschtraum bleiben wird. Denn zum Beispiel auch die

Handwerker und allerlei andere Branchen melden ihre Personalbedarfe an. Inzwischen bleiben Aufträge liegen und die Preise steigen. Immer wieder kriegen auch Patienten bei einem Anruf in einer Arztpraxis zu hören, dass der Arzt keine weiteren Patienten mehr annehmen kann – nicht aus Bösartigkeit, sondern weil für noch mehr Patienten einfach keine Zeit ist. Am Ende wären es sonst noch weniger „Minuten pro Patient“, die dem Arzt bleiben.

Kurz: uns gehen die personellen Ressourcen aus, auch wenn derzeit noch Geld dafür da wäre. Finanziell enger dürfte es erst Anfang der 2020er Jahre werden, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen. Besonders schwierig gestalten sich diese Situation und die Perspektive in ländlich geprägten Regionen. Dort finden sowohl Fach- als

auch Hausarztpraxen immer seltener einen Nachfolger. Wer die Wahl hat, sucht sich als Nachwuchskraft eine Praxis in der Stadt, in der auch der Partner eine Arbeitsstelle finden kann und in der die Angebote für die eigene Familie attraktiver sind. Denn es zählt primär nicht nur das eigene Einkommen, das der Arzt oder die Ärztin erzielen kann, sondern es wird das gesamte „Paket“ für die Familie bewertet.

Ähnlich sieht es für ländliche Krankenhäuser aus. Die Medizin spezialisiert sich immer weiter. Ein breit aufgestellter Grundversorger auf dem Land kann dabei nicht mithalten. Ärztliche Spezialisten zieht es vielmehr zu Spezialkliniken oder Maximalversorgern, die sich eher in städtischen Gebieten finden. Hinzu kommt der Trend zur Ambulantisierung der Medizin, der in einer Welt der künstlichen Sektorengrenze wie in Deutschland dazu führt, dass ländlichen Grundversorgern perspektivisch trotz Alterung der Bevölkerung ein Teil der stationären Fälle wegbleibt.

Gerade auf dem Land stehen wir also vor der Herausforderung, die Gesundheitsversorgung der alternden Bevölkerung mit weniger personellen Ressourcen bestenfalls aufrecht zu erhalten und eine tragfähige, flexible Infrastruktur der Bedürfnissituation regional anzupassen. Ein „Weiter so“, verbunden mit dem Ruf nach mehr finanziellen Ressourcen wird nicht funktionieren, sondern in eine Welt der zunächst versteckten, nicht offen ausgesprochenen Rationierung von Leistungen führen, sei es durch immer längere Wartezeiten auf Termine oder durch das Weglassen von zeitaufwändigen Therapieoptionen. Der noch verbliebene Landarzt wird es irgendwann so handhaben wie der Handwerker: „dann bleiben Aufträge liegen“. Und Preise erhöhen geht ja nicht – außer ggf. über private Zuzahlungen.

Natürlich werden wir schauen müssen, wie wir Ärzte, Pflegekräfte und anderes medizinisches Fachpersonal in solche ländliche Regionen „locken“ können. Der große Hebel liegt jedoch woanders, nämlich in der Effizienz der Versorgung. Wenn die Medizin stetig ambulanter wird, dann sollte man sich insbesondere auf der Seite der Leistungserbringer ernsthaft mit diesem Trend befassen, weil es die knappen personellen Ressourcen im Krankenhaus langfristig schont und diese Mittel für schwerste

Krankheitsfälle freihält. Wenn die Patienten derzeit oft nicht das für sie passende Versorgungsangebot erhalten, dann sollten wir die Koordination schleunigst optimieren, um unnötige Ressourcen fressende Behandlungen zu vermeiden. Statt eines „Jeder-macht-was-er-will“ und jeder optimiert nur innerhalb seines Sektors brauchen wir eine konsequent patientenorientierte Versorgung mit aktiver Koordination. Das große Problem dabei ist, dass die reine Leistung der Koordination im Gesundheitswesen gering bis nicht vergütet wird. Alle sollen sich kümmern, aber keiner möchte für diese Leistungen bezahlen. Dies kann erstens die Fehlbeanspruchung von Ressourcen und zweitens sogar die Nachfrage nach kurativer Medizin reduzieren. Eine höhere Effizienz gepaart mit einer geringeren Nachfrage senkt den Bedarf an Fachkräften, sodass der Fachkräftemangel abgemildert werden kann.

Bislang lässt das in Deutschland bestehende Vergütungssystem eine solche patientenorientierte Versorgung nicht zu. Ein Leistungserbringer, der die Patientenversorgung aus einem Guss gestalten möchte, muss sich dies gut überlegen. Denn es kann passieren, dass er unter den gegenwärtigen Bedingungen für diesen Ansatz nicht adäquat entlohnt wird. Bisherige Systemanreize bestehen fast ausschließlich in einer Volumenorientierung: Das bedeutet, wer viel „Menge“ erbringt, wird wirtschaftlich belohnt. Die Rolle bzw. die Kompetenz „Koordination“ wird dagegen im aktuellen System nicht gewürdigt und nicht vergütet. Die kleinteilige intrasektorale Optimierung einzelner Versorgungsangebote bringt nicht die notwendigen Ressourceneinsparungen. Auch wettbewerbliche Instrumente haben in der Vergangenheit nur eine bedingte Wirkung diesbezüglich gezeigt.

Es liegt auf der Hand, dass der Schlüssel zur Optimierung der Gesundheitsversorgung – auch und gerade in ländlichen Regionen – im Vergütungssystem liegen muss. Dieser Beitrag plädiert für die Erprobung von neuen Vergütungssystemen, um die Schaffung regionaler Netzwerke zu befördern, die aufgrund ihrer Größe und ihrer lokal motivierten Einstellungs- und Reaktionsmöglichkeiten effizienter arbeiten können als unkoordinierte, separierte und im Silodenken verharrende kleine Einheiten. Gleichzeitig braucht es einen Qualitätswettbewerb zwischen

Regionen, um den Patienten stets Ausweichmöglichkeiten bei schlechter Leistung bieten zu können und um damit das Ringen um die besten Lösungen im Sinne der Qualität und der Wertigkeit zu begünstigen.

2. Neue Vergütungsmodelle für die regionale Versorgung

Es stellt sich also die Frage nach einem geeigneten Vergütungsmodell für die regionale Versorgung, um eine ganzheitliche Versorgung für Patienten aus einem Guss zu befördern und dabei auch die Ambulantisierung der Medizin voranzutreiben. Im Folgenden soll der Idealfall eines Capitation-Modells als mittelfristiges Ziel und ein „Rückvergütungsmodell“ als kurzfristiges Ziel diskutiert werden. Beim Capitation-Modell übernimmt ein in der Region prägender Leistungserbringer die Gesamtverantwortung für die regionale Versorgung. Im Rückvergütungsmodell wird das Erreichen von Versorgungszielen, wie zum Beispiel die Ambulantisierung, unter den gegebenen Vergütungssystemen wie dem DRG-System und dem EBM finanziell belohnt. Die damit einher gehende Rückvergütung an die Leistungserbringer speist sich aus den daraus erzielten Einsparungen.

2.1 Capitation-Modell

2.1.1 Definition und Voraussetzungen

Im Capitation-Modell übernimmt ein Leistungserbringer oder ein Konsortium aus Leistungserbringern die Gesamtverantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der bzw. die Leistungserbringer werden zu *dem* Regionalversorger. Der Regionalversorger erhält von den Krankenversicherungen je Bürger bzw. Versicherter eine risikoadjustierte prospektive Kopfpauschale oder in anderen Modellen eine Patientenpauschale nach den Maßgaben der diskutierten Bundle-Payment-Konzepte (siehe Quellen).

Die Menge der Versicherten in der Region definiert also das Gesamtbudget des Versorgers. Seine Aufgabe ist es, damit die Bevölkerung in der Region bestmöglich medizinisch zu versorgen, was auch und besonders Präventionsangebote für einen volkswirtschaftlichen Effekt einschließt. Denn je weniger Krankheiten

aufreten, desto weniger kurative Medizin ist nötig und desto geringer fallen am Ende die Kosten bzw. desto höher fällt der Gewinn für den Versorger aus. Viel „Menge“ wird unattraktiv. Dabei ist jedoch streng darauf zu achten, dass vorgegebene Qualitätsziele erreicht werden, um eine kostengünstige Versorgung nicht zu Lasten der Qualität zu erreichen. Die Zielerreichung sollte mit zusätzlichen finanziellen Anreizen versehen werden.

Gegenüber dem bisherigen System verliert für den Versorger die Mengenkomponente ihre erlösrelevante und damit existentielle Bedeutung. An ihre Stelle tritt ein werte- bzw. nutzenorientierter Ansatz mit dem Fokus auf Versorgungs- und Ergebnisqualität. Statt einer trivialen

Im Idealfall beteiligen sich alle gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an einem Regionalmodell und schließen sämtliche Leistungssegmente ein.

und bürokratischen Abrechnungskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen kommt es zu einer direkten Kommunikation- und Vertrauensbasis durch gemeinsame Verträge und Spielregeln. Alle Parteien reflektieren dabei die eigene Qualität.

Wichtig ist zudem, dass die freie Arzt- und Krankenhauswahl für den Patienten erhalten bleiben. Mit dem Versorgungsbudget übertragen die Krankenversicherungen einen Teil oder die gesamte Verantwortung und damit auch das Risiko der Versorgung der Bevölkerung in einer Region an den Regionalversorger. Je nach übernommenen Risikoanteil werden die erzielten regionalen Kosteneinsparungen auf die involvierten Akteure verteilt.

Sollte ein Patient aus dieser Region allerdings einen Leistungserbringer einer anderen Region aufsuchen – was ihm erlaubt sein muss – ist der Regionalversorger verpflichtet, diesen anderen Leistungserbringer gemäß DRG oder EBM aus seinem eigenen Versorgungsbudget zu vergüten. Bei den Krankenversicherungen fallen dabei keine Kosten an. Die freie Krankenhaus- und Arztwahl erzeugt darüber einen Druck auf den Regionalversorger, dauerhaft Qualitätsmedizin zu leisten

und ein attraktives Gesundheitsangebot vorzuhalten. Je kränker dabei ein Patient ist, desto eher sollte sich der Regionalversorger darum bemühen, ihn in seiner Region zu behalten, weil der absolute Effizienzvorteil umso größer sein dürfte, je höher die Kosten der Leistungserbringung für einen Patienten sind. Würde sich der kränkere Patient nämlich außerhalb der Region versorgen lassen, müsste der Regionalversorger die normalen Kosten erstatten, ohne Effizienzvorteile realisieren zu können.

Praktisch findet mit diesem Capitation-Modell ein Risikotransfer von den Krankenversicherungen hin zum Regionalversorger statt. Zwar werden dabei bekannte Risiken, sowie erwartete Kosten, die sich aus der Morbiditätsstruktur der regionalen Bevölkerung ergeben, berücksichtigt, aber unerwartete kostenträchtige Ereignisse muss der Versorger dennoch auffangen. Je größer eine Region ist, desto weniger fallen solche unerwarteten Ereignisse gemäß dem Gesetz der großen Zahl ins Gewicht. Hochkostenfälle in einer kleinen Versorgungsregion können

jedoch schnell das wirtschaftliche Aus des Versorgers bedeuten. In Abhängigkeit von der Größe des Versichertenkollektivs sollten daher mehr oder weniger Hochrisikofälle ausgegliedert werden. Anfänglich kann es sinnvoll sein, mit einzelnen Indikationen nach den Auswahlprinzipien des G-BA, z. B. für DMPs zu beginnen und dann eine sukzessive Ausweitung auf eine indikationsübergreifende Versorgung vorzunehmen. Dies hängt im Wesentlichen von dem regional vorhandenen Gesundheitsnetzwerk und den horizontalen sowie vertikalen Dienstleistungsmöglichkeiten ab.

Im Idealfall beteiligen sich alle gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an einem solchen Regionalmodell und schließen sämtliche Leistungssegmente ein. Abweichend davon kann jedoch auch nur ein Teil der Krankenversicherungen, bis hin zu nur einer großen Versicherung teilnehmen. Denkbar ist auch, dass zunächst nur mit ausgewählten Leistungssegmenten begonnen wird, zum Beispiel nur mit der stationären und ambulanten Versorgung. Um das gesamte Effizienzpotenzial zu heben, sollten langfristig jedoch 100% der Krankenversicherungen und 100% der Leistungen einzogen werden.

Zur Umsetzung dieses Modells müssen einige Voraussetzungen gegeben sein. Erstens braucht es einen verantwortlichen Akteur in der Region, der die Rolle der Koordination und des Managementtransfers bewältigt. Des Weiteren sollte er auch die notwendigen finanziellen Mittel für gezielte Investitionen in innovative Konzepte zur Verfügung stellen. In ländlichen Regionen ist diese Rolle vielerorts, einfacher zu identifizieren. Zweitens muss vom regionalen Zentrum aus eine Möglichkeit zur Anbindung der Fläche bestehen. Dafür nötig sind beispielsweise ein Ansiedelungskonzept für Hausärzte, ein Weiterbildungsverbund sowie Telemedizin und eine „Gesundheitshotline“ wie dies zum Beispiel bei Medgate in der Schweiz seit vielen Jahren existiert.

Drittens sollte die Grundgesamtheit aus versicherungsmathematischen Gründen mindestens 20.000 Personen umfassen. Je kleiner die Region oder der Anteil der teilnehmenden Krankenversicherungen wird, desto eher müssen Hochrisikofälle separiert werden. Sinnvollerweise werden regionale Cluster gebildet, die aus mehr als einem Landkreis bestehen. Viertens bedarf es einer Bereitschaft zu Veränderung in der Region, insbesondere der politischen Meinungsbildner und der Bürgerschaft. Fünftens dürfen die Effizienzgewinne aus einer solchen koordinierten regionalen Versorgung nicht durch administrativen Overhead aufgefressen werden, wozu eine schlanke Projektgesellschaft nötig ist. Schließlich sollte sechstens eine kartellrechtliche Unbedenklichkeit vorliegen. Daher ist ein kooperativer Ansatz aus einem „Guss“ statt aus einer Hand anzuraten.

2.1.2 Vor- und Nachteile

Wie jedes regulierte Vergütungssystem besitzt auch das geschilderte Capitation-Modell Vor- und Nachteile. Einige Vorteile wurden bereits genannt. So verlagert es den Fokus der Leistungserbringer von der Menge auf die Qualität. Es reißt die Sektorengrenze ein und kann damit das propagierte Prinzip „ambulant vor stationär“ konsequent leben. Ebenso fördert es den Ansatz „präventiv vor kurativ“. Im stationären Bereich sollten keine „einfachen“ Fälle mehr behandelt werden, was Raum dafür schafft, den komplexen Fällen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, Wartezeiten zu reduzieren und schnellere Diagnosesicherheit zu schaffen. Der Pati-

ent sollte dann am richtigen Ort und mit der richtigen Versorgungsintensität behandelt werden. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich kann die Anzahl der Kontakte reduziert werden. Infolgedessen dürften auch in der ambulanten Versorgung marginale Leistungen weniger werden und sollten telefonisch oder digital (z. B. Online) erfolgen.

Komplexe Leistungen gewinnen dagegen im Krankenhaus anteilmäßig an Bedeutung. Darüber hinaus entfallen Abrechnungskontrollen durch den MDK. Stattdessen würden die Vertragspartner sich der Qualitätskontrolle widmen. Überdies könnten weitere komplexe Regulierungsinstrumente entfallen, wie zum Beispiel der Fixkostendegressionsabschlag.

Auch wenn diese Vorteile sehr überzeugend klingen, gilt es, die möglichen Nachteile nicht aus den Augen zu verlieren. So muss das Gesamtbudget, das die Krankenversicherungen dem Regionalversorger übertragen, festgelegt werden. Die nötige Berücksichtigung von morbiditätsbedingten Risiken erfordert ein komplexes Verfahren zu ihrer Bestimmung. Man kann sich zwar am bestehenden Morbi-RSA orientieren. Er ist jedoch auch nicht frei von Fehlanreizen und repräsentiert nicht alle Indikationen in der Breite. Darüber hinaus steht er stärker im politischen Fokus. Ferner ist eine risikoadjustierte

dizin (IQM) orientieren, die qualitative Auffälligkeiten überprüft. Bei der Bestätigung qualitativer Auffälligkeiten sind geeignete Gegenmaßnahmen einzuleiten, z.B. die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien oder Qualitätszirkeln, die Implementierung von Behandlungspfaden oder Handlungsempfehlungen an Hand von Leitlinien, sowie die Durchführung von Audits oder Peer Reviews.

2.1.3 Beispiele

Ein mit dem oben beschriebenen Capitation-Modell vergleichbares Versorgungsmodell existiert in der Region Madrid. Im Rahmen eines Public-Private-Partnership (PPP) versorgen dort vier Krankenhäuser der privaten Klinikkette Quirónsalud die Bevölkerung von Madrid in den Kliniken zugewiesenen Versorgungsgebieten. Die Versorgung umfasst nicht nur privatversicherte Patienten mit einer ergänzenden Zusatzversicherung, wie dies sonst oft in Spanien der Fall ist. Die Versorgung beinhaltet sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen. Eine Sektorengrenze existiert in Spanien grundsätzlich nicht. Dafür erhält Quirónsalud ein festes Budget von der Region Madrid, das sich an der zugewiesenen Bevölkerungszahl orientiert

und jährlich angepasst wird. Wichtig dabei ist, dass trotz der Zuordnung bestimmter Versorgungsgebiete zu den Kliniken alle Patienten aus der Region Madrid das Krankenhaus frei wählen können, was im restlichen Spanien in der Regel nicht der Fall ist. Es steht den Patienten also frei, auch andere Krankenhäuser aufzusuchen. Wählen sie ein

anderes als das ihnen zugordnete Versorgungskrankenhaus muss Quirónsalud den entsprechenden Capita-Anteil an das behandelnde Krankenhaus abtreten. Wenn sich dagegen umgekehrt ein Patient außerhalb des Versorgungsgebiets von Quirónsalud für eine Klinik von Quirónsalud entscheidet, erhält die Klinik 90% der normalen Behandlungsentgelte, die mit DRGs in Deutschland vergleichbar sind.

Aufgrund dessen besteht für Quirónsalud ein großer Anreiz, eine hohe Versorgungsqualität in den Madrider Häusern anzubieten, um möglichst wenige

Patienten an andere Kliniken zu verlieren und möglichst viele Patienten aus anderen Versorgungsgebieten zu gewinnen. So sind die Wartezeiten bei sowohl ambulanten als auch stationären Behandlungen gering¹ und Patienten erhalten Einzelzimmer mit der Möglichkeit eines zusätzlichen Betts für Angehörige. Die Kliniken erreichen außerdem ein hohes Qualitätsranking. Die Verweildauer in den Kliniken von Quirónsalud beträgt im Durchschnitt nur 3,8 Tage. Schon bei der Aufnahme liegen alle Befunde über den Patienten vor. Im Vorfeld haben der Patient und sein Arzt alle Risiken und den Behandlungsablauf besprochen. Ein strukturierter Behandlungspfad während des stationären Aufenthalts führt dazu, dass im Krankenhaus keine „neuen“ Wartezeiten entstehen. Auch wird eine unnötige Immobilisation vermieden. Die Entlassung aus dem Krankenhaus verläuft sehr geplant und insbesondere findet die poststationäre Betreuung aus einer Hand statt, was außerdem eine schnellere Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglicht. Der Patient erlebt damit keine Versorgungsbrüche. Ein ähnliches Modell gibt es in der Region Valencia. Es wurde 1999 als erstes solches PPP-Modell implementiert (Serrano, Ferrer und de Rosa Toner, 2009).

2.1.4 Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen

Der geschilderte Ansatz setzt voraus, regionale Budgets auf Basis einer risikoadjustierten Kalkulation der Regelversorgungskosten zu bilden. Zudem müssen die so budgetierten Kosten aus den sonstigen Zahlungsflüssen der Regelversorgung (z.B. KV- und KH-Budgets) bereinigt werden. Dies ist umso schwieriger, je stärker gegliedert das Gesundheitssystem ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist aufgrund der besonders starken Gliederung der Verantwortlichkeiten (Bund, Länder, Kommunen, ca. 100 GKVen, PKV, Sozialversicherungsträger RV, PV etc.) hier beispielhaft.

Hinzu kommt, dass ein allgemein anerkanntes Adjustierungsmaß für die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die regionale Budgetbildung gefunden werden muss. In Deutschland wurde

¹ Nach Aussagen von Tetzel (2018) betragen die Wartezeiten auf einen Arzt unter 15 Minuten und auf eine OP unter 15 Tagen.

Das geschilderte Capitation-Modell setzt voraus, regionale Budgets auf Basis einer risikoadjustierten Kalkulation der Regelversorgungskosten zu bilden.

Qualitätsmessung nötig, um eine faire Überwachung der vorgegebenen Qualitätsziele zu gewährleisten. Derzeit ist dies nur für wenige Leistungssegmente zufriedenstellend möglich. Neben Parametern zur Messung der Ergebnisqualität können auch ganzheitliche Qualitätsparameter („area-Indikatoren“) eine wichtige Rolle spielen, um den Gesundheitszustand der zu versorgenden Population zu messen, insbesondere Langzeitbetrachtungen, die sich nicht allein auf den kurzen Krankenhausaufenthalt beschränken.

Die Vorgehensweise könnte sich beispielsweise an der Initiative Qualitätsme-

hierfür ab ca. 2005 die Nutzung des Risikostrukturausgleichs vorgeschlagen. Beispielhaft wurde dieses Konzept im „Gesunden Kinzigtal“ umgesetzt (Hermann, Hildebrandt et al. 2006). Dieser Ansatz stößt jedoch an verschiedene Grenzen: So ist etwa der Durchdringungsgrad der teilnehmenden Ärzte im „Gesunden Kinzigtal“ ca. 40%. D.h. dass weiterhin die Mehrheit der ärztlichen Behandlungen in dieser Region außerhalb der Steuerungsgemeinschaft verantwortet wird. Weiterhin zeigen zahlreiche Studien und Morbiditätsanalysen, dass vor allem soziodemografische Einflussfaktoren (z.B. Zu- oder Abwanderung junger Fachkräfte, niedrige bzw. hohe Arbeitslosenquote) und partiell standortspezifische Faktoren (Anzahl und Versorgungsschwerpunkte der regionalen Krankenhäuser) maßgeblich für die Ausgabenunterschiede und die Ausgabenentwicklung sind. Aufgrund der genannten Schwierigkeiten ist ein allgemein anerkanntes Modell für regionale Capitation in Deutschland bislang nicht etabliert.

2.2 Rückvergütungsmodell und Erfahrungen mit BrAVo-Ärztetenzen

Solange die Hürden zur Umsetzung eines Capitation-Modells noch nicht überwunden sind, besteht eine weitere Handlungsoption in einem Rückvergütungs- bzw. Pay-for-Performance-Modell.

2.2.1 Definition und Voraussetzungen

Bei einem solchen Modell werden klar abgrenzbare Versorgungsziele regional fokussiert. Bei Erreichung konkreter qualitativer und ökonomischer Ziele erfolgt dann eine Rückvergütung von Einsparungen durch die Krankenkasse an das regionale Netzwerk. Grundsätzlich können beliebige Versorgungsziele, die zwischen den Vertragspartnern als relevant und realistisch erreichbar konsentiert werden, Gegenstand dieses Modells sein. Im Hinblick auf die Vermeidung stationärer Krankenhausfälle könnte die Reduktion des Anteils ambulant-sensitiver Krankenhausfälle in einer Region ein vorrangiges Ziel darstellen.

Eine wesentliche Voraussetzung zur Realisierung dieses Modells ist die Verfügbarkeit von Instrumenten, mit denen

das regionale Versorgungsgeschehen abgebildet und eingeordnet werden kann. Auf dieser Grundlage gilt es dann

1. nach explorativer Analyse, Versorgungsdefizite und realistische Handlungsoptionen zu identifizieren,
2. deren ökonomische Relevanz zu ermitteln,
3. konkrete gemeinsame Ziele und die Pay-for-Performance-Konditionen zu vereinbaren und
4. die Zielerreichung zu messen bzw. den Rückvergütungsbetrag zu kalkulieren.

2.2.2 Erfahrungen: Das BrAVo-Konzept der BARMER

Mit dem BrAVo-Konzept (Benchmarking regionaler Arztnetz-Versorgung) hat die BARMER bereits 2010 ein Kennzahlensystem entwickelt, welche den o.g. Anforderungen weitgehend gerecht wird (Laag et al. 2013). Es ermöglicht die Versorgung in Arztnetzen einerseits untereinander und andererseits mit der Regelversorgung zu vergleichen. Auf dieser Basis werden seit 2012 Vereinbarungen über Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele zwischen der BARMER und einzelnen Arztnetzen getroffen, um eine messbar hochwertigere ambulante Versorgung zu verwirklichen. Die vereinbarte Vergütung der Arztnetze basiert bei diesem Ansatz allerdings nicht auf einer Rückvergütung exakt kalkulierter Einsparungen, sondern auf der Zielerreichung vorab gemeinsam definierter spezifischer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele.

Von zentraler Bedeutung ist in dem BrAVo-System die Zuordnung aller Versicherten einer Region zu einem Hausarzt, der als Lotse die koordinierende Rolle bei der Versorgung einnimmt. Auf dieser Grundlage kann dann festgelegt werden, ob die Versorgung eines Patienten primär innerhalb des Arztnetzes oder „unvernetzt“ in der Regelversorgung erfolgt. Darüber hinaus kann auf diese Weise die Versorgungsregion, also der Einflussbereich eines Arztnetzes definiert werden.

Das Kennzahlensystem basiert ausschließlich auf den gesetzlich definierten Leistungs- und Abrechnungsdaten der

BARMER. Ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entfällt somit für die Leistungserbringer. Alle Kennzahlen und Indikatoren zur Abbildung der regionalen Versorgungsmerkmale wurden in einem intensiven Austausch gemeinsam mit den Vertragspartnern entwickelt. Auf dieser Basis kann daher eine Gruppe von Netzärzten mit anderen Ärzten sowohl innerhalb derselben Region (intraregional) als auch aus anderen Arztnetzregionen (interregional) verglichen werden.

Der intraregionale Vergleich ermöglicht die Beurteilung, ob die Versorgung unter ansonsten gleichen regionalen Bedingungen zwischen Netzärzten und Nichtnetzärzten unterschiedlich ausgeprägt ist. Die regionale Kontrollgruppenbildung hat in diesem Zusammenhang eine überaus wichtige Bedeutung, da spezifische regionale Einflussfaktoren auf die Versorgung, wie etwa die Krankenhaus- oder Facharztdichte, soziodemografische Faktoren (etwa Arbeitslosenquote der Region) oder administrative Besonderheiten (etwa KV, MDK) für beide Gruppen identisch

Die Entwicklung und Umsetzung eines Rückvergütungsmodells bietet eine Chance, um Erfahrungen zu den intersektoralen Handlungsoptionen zu sammeln.

gelten. Der interregionale Vergleich erlaubt das bundesweite Benchmarking mit anderen Arztnetzen und deren jeweiliger Kontrollgruppe. Regionale Versorgungsstärken und -schwächen können so abgebildet und Versorgungspotenziale aufgezeigt werden, die sich erst beim Blick über die jeweilige Region hinaus ergeben.

Zur Einordnung der beobachteten Versorgungsergebnisse werden Indikatoren für die Morbidität der Versicherten bei Netzärzten und Nichtnetzärzten der betreffenden Region ermittelt, weil es in der Regel schwieriger ist, bei einem höheren Anteil schwerkranker Patienten gleiche oder sogar bessere Ergebnisse zu erreichen. Die auf eine Ergebnismesung abzielenden Kennzahlen des BrAVo-Konzeptes sind spezifisch auf relevante Versorgungsfragen ausgerichtet. Sie be-

trachten sowohl Fragen der Versorgungsqualität als auch der Wirtschaftlichkeit. Aktuell können zwischen der BARMER und den Arztnetzen Ziele zu 27 allgemeinen Versorgungskennzahlen und 36 Arzneimittelkennzahlen vereinbart werden. Beispielhafte Ziele hieraus sind:

- die Vermeidung von Krankenhausbehandlungen bei Versicherten mit Pflegestufe,
- Senkung des Anteils von Versicherten mit Arbeitsunfähigkeit bei bestimmten Diagnosen und Steigerung des Anteil an Versicherten mit leitliniengerechter Medikation bei ausgewählten Indikationen.

Die Arzneimittelkennzahlen fokussieren insbesondere den Verordnungsanteil von Leit- und Quotensubstanzen. Darüber hinaus können bei Bedarf weitere Ziele zur Entwicklung ausgewählter Krankenhausfallzahlen vereinbart werden. Die Gesamtwirtschaftlichkeit wird über eine weitere Kennzahl berechnet.

Aktuell bestehen zwischen der BARMER und acht Arztnetzen entsprechende Pay-for-Performance-Verträge. Darüber hinaus nutzen weitere 28 Netze die Auswertungen nach dem BrAVo-Konzept zur Selbststeuerung ohne vertragliche Vereinbarungen. Zur Erreichung vereinbarter Ziele ist es notwendig, aus der mit dem BrAVo-System erzeugten Transparenz Konsequenzen abzuleiten. Erforderlich ist somit eine intensive Auseinandersetzung mit den regional- und netzspezifischen Behandlungsstrukturen und -prozessen. Identifizierte Defizite müssen ferner korrigierbar und Verhaltensänderungen durchsetzbar sein. An dieser Stelle wird deutlich, dass eine effiziente Organisation sowie ein professionelles Management der in der Netzversorgung organisierten Leistungserbringer eine Conditio sine qua non für ein zielorientiertes, erfolgreiches Handeln darstellt.

2.2.3 Übertragung des BrAVo-Konzeptes auf ein intersektorales Modell

Das BrAVo-Konzept ist primär auf die Leistungserbringer der ambulanten Versorgung ausgerichtet. Die bisherige Erfahrung mit Arztnetzen hat gezeigt, dass die Trennung des ambulanten und stationären Sektors jedoch häufig eine

Hürde bei der Erreichung wichtiger Ziele darstellt, weil die Krankenhäuser bislang aus systembedingten Gründen nicht substantiell in die Netzorganisation eingebunden werden konnten. Ein typisches Problem ergibt sich beispielsweise aus stationär angesetzten Arzneimittelverordnungen, wenn deren unveränderte Weiterführung nach der Entlassung zu hinterfragen ist.

Beim Ziel der Vermeidung von Krankenhausbehandlungen stehen i.d.R. die die ambulant sensitiven Diagnosen (beispielsweise Herzinsuffizienz, ischämische Herzerkrankungen, COPD etc.) im Vordergrund. Nach den publizierten Einschätzungen von Experten ist eine Vermeidung in erster Linie durch die Optimierung der ambulanten Versorgung zu erreichen (Sundmacher et al. 2015). Ungeachtet dessen besteht für Krankenhäuser unter den gegebenen ökonomischen Bedingungen aber derzeit kein Anreiz, entsprechende Aufnahmen zu vermeiden und der ambulanten Versorgung zu überlassen.

Ein Modell, in dem die Überwindung der sektoralen Trennung wirklich gelingt und beispielsweise eine regional führende Klinik die Organisation und das Management der vernetzten Kooperation übernimmt, bietet entsprechend neue Chancen zur Erreichung relevanter Versorgungsziele und bei der Vermeidung unnötiger Leistungsausgaben. Grundsätzlich können wesentliche Kernelemente des BrAVo-Konzeptes daher auch auf ein solches sektorenübergreifendes Modell übertragen werden, sobald ein Netzwerk organisierter Leistungserbringer vorhanden ist. Die konkreten Möglichkeiten zur Realisierung ergeben sich dann aus der Exploration des Status quo und den weiteren Rahmenbedingungen: konkrete regional identifizierte Versorgungsdefizite und Handlungsoptionen, Größe der Population, Fallzahlen etc. Erfahrungsgemäß empfiehlt sich dabei ein iteratives Vorgehen und eine Orientierung an den Empfehlungen zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig et al. 2008).

2.2.4 Vor- und Nachteile / Chancen und Risiken

Die Hürden zur Realisierung eines Rückvergütungsmodells sind gegenüber dem Capitation-Modell niedriger, insbesondere weil die finanziellen Risiken für

Kostenträger und Leistungserbringer durch die Einschränkung auf überschaubare Handlungsfelder begrenzt sind. Vorausgesetzt, dass eine erfolgreiche Umsetzung zu messbaren Einsparungen bei der Krankenkasse führt, könnte die entsprechende Rückvergütung einer verstärkt qualitätsorientierten Ausrichtung sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung zugutekommen. Dies lässt wiederum eine höhere Patientenzufriedenheit und eine zunehmende Attraktivität der Leistungsanbieter und des Kostenträgers erwarten.

In jedem Fall bietet die Entwicklung und Umsetzung eines Rückvergütungsmodells eine Chance, um Erfahrungen zu den intersektoralen Handlungspotenzialen zu sammeln, welche auch bei der Weiterentwicklung zu einem Capitation-Modell von hohem Nutzen wären. Das Handlungsspektrum ist bei diesem Modell jedoch von vornherein begrenzt auf Ziele, die über das Kennzahlen- und Messsystem abgebildet und konsentiert werden können. Potenziell können dadurch relevante Handlungsfelder und Chancen ungenutzt bleiben.

3. Pilotregion Rhön-Grabfeld

Der Landkreis Rhön-Grabfeld gehört zum Regierungsbezirk Unterfranken und liegt an der nördlichsten Spitze Bayerns. Er zählt zum Netzwerk „Bayerisches Bäderland“ und ist als ehemaliges Zonenrandgebiet an der Grenze zu Thüringen und Hessen von unterschiedlichen Einflüssen geprägt. Es handelt sich um eine ländliche Region mit ca. 80.000 Einwohnern. Im Zentrum befindet sich die Kreisstadt Bad Neustadt an der Saale. Die Bevölkerung kann dort auf eine breite und tiefe medizinische Versorgung zurückgreifen. Traditionell zeichnet sich die Kreisstadt durch Heilquellen und den Kurbetrieb aus. Gesundheit wird als zentrale Dienstleistung und als wichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region geschätzt. Es gibt eine gut ausgebildete Arbeitnehmerschaft in den Gesundheitsberufen. Zudem besteht durch die medizinische Ausrichtung und hohe Spezialisierung der Fachkliniken ein überregionaler Versorgungsanspruch mit einem Einzugsgebiet von rund 100 km. Dies entspricht in etwa den zehn umliegenden Landkreisen, die im Folgenden als Kernregion bezeichnet werden.

Am Mutterstandort der RHÖN-KLINIKUM AG hat man sich für die erste vollständige Umsetzung des RHÖN-Campus-Konzepts entschieden. Hier sind insgesamt sieben Kliniken mit etwa 1.500 Betten und 2.500 Mitarbeiter angesiedelt. Inbegriffen sind rehabilitative stationäre Angebote zu den medizinischen Schwerpunkten. Die grundlegende Idee des RHÖN-Campus findet sich im Konzept der Netzwerkmedizin des Unternehmensgründers Eugen Münch (Münch und Scheytt, 2014). Es wird von einem altersdominierten, steigenden Gesundheitsbedarf ausgegangen, der auch in Zukunft ohne Rationierung für jeden Patienten gedeckt werden soll. Wie eingangs geschildert, kann dies aufgrund sich gleichzeitig verknappender Ressourcen nur über spürbare Effizienzsteigerungen geschehen. Dabei werden Effizienzreserven besonders auf der Angebotsseite gesehen.

Ein dazu notwendiges zentralisiertes Vollversorgungskonzept bringt alle für den Patienten wichtigen Gesundheitsdienstleister an einem Ort, baulich eng auf einem Campus, zusammen. Dort findet die Patientennavigation durch Fachpersonal statt. Am Prozessanfang kann damit die richtige Versorgungsstufe definiert und das für den Patienten individuell passende Behandlungsprogramm zeitnah und ohne Brüche an Schnittstellen durchgeführt werden. Denn die auch kulturell oft getrennten Sektoren „ambulant“ und „stationär“ werden durch die örtliche Nähe zu einer neuen Form der Zusammenarbeit motiviert. Bevor der Patient in das stationäre Zentrum für klinische Medizin kommt, trifft er auf ein umfassendes ambulantes fachärztliches Versorgungsangebot. Insgesamt sind 30 Facharztsitze per Mietvertrag auf dem Campusgelände angesiedelt worden. Zusätzlich gibt es medizinische Dienstleistungen wie Sanitätshäuser, eine Apotheke, ein ambulantes therapeutisches Angebot und die Bereitschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung. Umfassende Beratungsangebote z. B. durch das Bayerische Rote Kreuz und telemedizinische Anwendungen runden das Konzept ab.

In der Region hat sich die RHÖN-KLINIKUM AG einen vertrauensvollen Ruf durch umfassende Managementkompetenz und wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen erarbeitet. Parallel haben die politischen

Entscheider schon frühzeitig die Weichen gestellt, um die Krankenhauslandschaft zu konsolidieren und langfristig in nicht-öffentliche Führungsstrukturen zu überführen. Es wurde erkannt, dass sowohl die Managementkompetenz im Krankenhaussektor nicht selbst durch die öffentliche Hand vorzuhalten ist als auch die notwendigen investiven Mittel nicht im gebotenen Umfang aus dem öffentlichen Haushalt bereitgestellt werden können. Die RHÖN-KLINIKUM AG verfügt über die Mittel für Investitionen in innovative Strukturen und gleichsam über die unternehmerische Veränderungsbereitschaft.

Gegenwärtige gesetzliche Rahmenbedingungen unterstützen das geplante Konzept jedoch nur bedingt. Gespräche mit Kostenträgern zeigen einerseits eine grundsätzliche Bereitschaft zu individuell abgestimmten Versorgungsverträgen, andererseits hegen sie ihnen gegenüber auch eine gewisse Skepsis. Grundsätzlich werden in den Diskussionen Qualitätsaspekte und transparente Bedingungen der Zusammenarbeit und eigene Zielvorstellungen noch zaghaft thematisiert. Risiken liegen in den Partikularinteressen der einzelnen Selbstverwaltungspartner. Die BARMER Krankenkasse hat sich diesem Diskurs gestellt. Insgesamt gibt es in Rhön-Grabfeld ca. 9.000 BARMER-Versicherte und in allen Nachbarregionen zusammen ca. 100.000. Zur Risikostreuung empfehlen Rückversicherer eine Populationsgröße von mindestens 20.000 Menschen. In der Kernregion um Rhön-Grabfeld wären individuelle Versorgungsmodelle also realisierbar.

Das Konzept kann auch in anderen Regionen realisiert werden. Um zu beurteilen, ob eine Region für das RHÖN-Campus-Konzept geeignet ist, werden zunächst generelle Strukturdaten wie z. B. Alters- und Siedlungsstruktur, die regionale Bevölkerungsprognose und die Bruttowertschöpfung analysiert. Außerdem fließen in die Beurteilung die Ärztedichte, die Anzahl Krankenhausbetten, die Trägerstruktur sowie Angebote der primären, sekundären und tertiären Gesundheitsversorgung ein. Eine ergänzende Umfeldanalyse liefert Erkenntnisse zur Entfernung zum nächsten Maximalversorger und zur sonstigen

Wettbewerbssituation. Schließlich spielt das politische und wirtschaftliche Meinungsgefüge eine nicht zu unterschätzende Rolle.

4. Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer gewaltigen Herausforderung. Immer weniger junge Menschen stehen zur Verfügung, um immer mehr ältere, hilfsbedürftige Menschen zu versorgen. Die Relation „jung zu alt“ wird sich schon in wenigen Jahren, besonders im Laufe der 2020er Jahre, dramatisch verschärfen. Besonders schwierig gestaltet es sich in ländlich geprägten Regionen. Dort finden sowohl Fach- als auch Hausarztpraxen immer seltener einen Nachfolger. Ähnlich sieht es für

Wir plädieren für die Erprobung von neuen Vergütungssystemen, um die Schaffung regionaler Netzwerke zu befördern.

ländliche Krankenhäuser aus. Die Medizin spezialisiert sich immer weiter. Ein breit aufgestellter Grundversorger auf dem Land kann dabei nicht mithalten. Ärztliche Spezialisten zieht es vielmehr zu Spezialkliniken oder Maximalversiegern, die sich eher in städtischen Gebieten finden. Hinzu kommt der Trend zur Ambulantisierung der Medizin, der dazu führt, dass ländlichen Grundversiegern perspektivisch trotz Alterung der Bevölkerung ein Teil der stationären Fälle wegbricht.

Ein „Weiter so“, verbunden mit dem Ruf nach mehr finanziellen Ressourcen wird nicht funktionieren, sondern in eine Welt der zunächst versteckten Rationierung von Leistungen führen, sei es durch immer längere Wartezeiten auf Termine oder durch das Weglassen von zeitaufwändigen Therapieoptionen. Der einzige erfolgsversprechende Weg geht über eine Steigerung der Effizienz der Versorgung, die den Personalbedarf reduzieren kann. Dazu müssen die Ambulantisierung der Medizin vorangetrieben und mittels sektorenübergreifender Koordination eine patientenorientierte Versorgung aufgebaut werden. Dies kann die Fehlbean-

spruchung von Ressourcen und überdies die Nachfrage nach kurativer Medizin reduzieren. Das große Problem dabei ist, dass das bestehende Vergütungssystem eine solche patientenorientierte Versorgung nicht zulässt. Bisherige Systemanreize bestehen fast ausschließlich in einer Volumenorientierung. Die Rolle bzw. die Kompetenz „Koordination“ wird dagegen nicht vergütet.

Dieser Beitrag plädiert daher für die Erprobung von neuen Vergütungssystemen, um die Schaffung regionaler Netzwerke zu befördern, die aufgrund ihrer Größe und ihrer lokal motivierten Einstellungs- und Reaktionsmöglichkeiten effizienter arbeiten können als unkoordinierte, separierte und im Silodenken verharrende kleine Einheiten.

Gleichzeitig braucht es einen Qualitätswettbewerb zwischen Regionen, um den Patienten stets Ausweichmöglichkeiten bei schlechter Leistung bieten zu können und um damit das Ringen um die besten Lösungen im Sinne der Qualität und der Wertigkeit zu begünstigen.

Wir schlagen dazu regional verankerte Capitation-Modelle vor, wie sie zum Beispiel in manchen Regionen Spaniens implementiert wurden. Dabei übertragen Krankenversicherungen die Gesamtverantwortung für die Versorgung ihrer Versicherten in der Region an ein Konsortium an Leistungserbringern. Das Konsortium erhält dafür ein Gesamtbudget, das von der Zahl der Versicherten in der Region und ihrer Morbidität abhängt. Die freie Arzt- und

Krankenhauswahl der Patienten bleibt jedoch erhalten. Wählt ein Patient einen Leistungserbringer, der nicht Teil des Konsortiums ist, muss das Konsortium die Kosten aus seinem Budget tragen.

Als kurzfristigen Einstieg plädieren wir für den Aufbau eines regionalen Netzwerks mit der Auswahl geeigneter Indikationen mit klar definierten Versorgungszielen für das Netzwerk. Bei Erreichen der Ziele erhalten die Leistungserbringer eine Rückvergütung aus den erzielten Kosteneinsparungen. Der BrAVo-Ansatz der BARMER bietet dafür einen geeigneten Rahmen. Damit ließe sich die Volumenorientierung des derzeitigen Systems überwinden und durch eine Wertorientierung ersetzen. ■

Literatur

Augurzky B., Holzinger S. (2015)

Netzwerkmedizin – Fakten. Diskurs.

Perspektiven für die praktische Umsetzung:
medhochzwei Verlag; Auflage: 1 Heidelberg,
ISBN: 978-3862162468

Albach H., Meffert H., Pinkwart A.,

Reichwald R., von Eiff W. (2016) Boundaryless Hospital: Rethink and Redefine Health Care Management. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, DOI 10.1007/978-3-662-49012-9

Bodenheimer T., May, J. H., Berenson R. A. und Coughlan J. (2005). Can Money Buy Quality?

Physician Response to Pay for Performance. Issue Brief Cent Stud Health Syst Change, 102, S. 1-4.

Brandhorst A., Hildebrandt H., Luthe E.-W. (2017) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems

(Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft), Springer VS Wiesbaden, ISBN: 978-3658137823

Bresnick, J. (2013). Pros and cons of

accountable care: Is an ACO right for you?. URL: <https://ehrintelligence.com/news/pros-and-cons-of-accountable-care-is-an-aco-right-for-you> (Letzter Aufruf am 20.05.2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services, (2015). Better Care. Smarter Spending.

Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume. URL: <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-01-26-3.html> (Letzter Aufruf am 10.05.2018).

Christensen C. (2000) Will Disruptive Innovations Cure Health Care?. Harvard Business Review, September 2000

Craig et al. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ.2008; 337:a1655

Forum Managed Care FMC, (2017). Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das?

Performance- orientierte Vergütungsmodelle 2025. FMC Denkstoff No 3.

Hermann, C.; Hildebrandt, H.; Richter-Reichhelm, M.; Schwartz, F.W. & Witzenrath, W. (2006): Das Modell Gesundes Kinzigtal: Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 5-6/2006, S. 11-29.

Herzlinger, R. E. (2014), Innovating in Health Care – Framework. Harvard Business Review, March 12, 2014

Kaestner, R., Agor, K., Beivers, A., (2018): Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern – Mit innovativen Versorgungsansätzen zur Erlösoptimierung, 1. Aufl., Lohmar: Springer Gabler. S. 91-115.

Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem G. (2017) Krankenhaus-Report 2017: Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Mit Online-Zugang, Schattauer Verlag Stuttgart , ISBN: 978-3794532292

Kocot, L. S., Dang-Vu, C., White, R. und McClellan M., (2013). Early Experiences with Accountable Care in Medicaid: Special Challenges, Big Opportunities. Population Health Management, 16(S1), S. S4-S11.

Laag et al. 2013. Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance. Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze. BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 222-247)

Münch E., Scheytt S. (2014) Netzwerkmedizin – Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung. Springer Gabler, Wiesbaden

Porter, M.E. & Guth, C. (2012) Chancen für das Deutsche Gesundheitssystem: Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen.

ISBN: 978-3642256820, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.

Preusker U. (2015) Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel. 2. Auflage. Medhochzwei Verlag, Heidelberg

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (2014) Gerlach F. M., Greiner W., Haubitz M., Schaeffer D., Thürmann P., Thüsing G., Wille E., Langfassung, Bonn, Berlin.

Schrappe, M. und Gültekin, N. (2011). Pay for Performance (P4P). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 54, S. 166-170.

Schütz, J. (2015). Selektivverträge als Alternative zum Kollektivvertrag – Voraussetzung für eine echte Versorgungsalternative. Medizinrecht, 33 (3), S.162-167.

Serrano, Carlos Trescoli, Manuel Marin Ferrer, Alberto de Rosa Toner (2009), Alzira Model: Hospital de la Ribera, Valencia, Spain.

Sundmacher et al. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy. 2015 Nov;119(11), S. 1415-23

Tetzl, Caroline (2018), Vortrag „Deutschland versus Spanien“, bei Think Camp der Stiftung Münch vom 2.3.2018.

Von Eiff W. (2012) Wettbewerbsstrategie. Bedeutung des Porter-Ansatzes für Kliniken. Health Care Management 3(5):14-27

Walter D., Auner H., Griewig B. (2017) Und der Patient entscheidet doch! Campus-Modell der RHÖN-KLINIKUM AG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung. KU Gesundheitsmanagement, 1/2017