

Vom guten Beispiel lernen: Integrierte Versorgung in Deutschland und den USA

LEONHARD HAJEN

Prof. Dr. Leonhard Hajen war bis zum Beginn seines Ruhestandes Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Hamburg, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Fachbereich Sozialökonomie

Das Bundeskabinett hat am 12. Dezember 2014 mit dem Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes Änderungen zum SGB V dem Bundestag zugeleitet.¹ Wenn der Bundestag so beschließt, wird es einfacher werden, integrierte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abzuschließen. Ein veränderter gesetzlicher Rahmen ist aber noch keine Garantie, dass eine sektorenübergreifende Versorgung stärker als heute den medizinischen Alltag prägen wird. In den Vereinigten Staaten gibt es schon zwanzig Jahre länger Erfahrungen mit den Schwierigkeiten und Chancen integrierter Versorgung. Mit dem „Affordable Care Act“ (ACA) sind Ende 2010 die Rahmenbedingungen durch die „Accountable Care Organizations“ (ACO) neu gestaltet worden.² Aus den US-Erfahrungen kann man lernen, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Integrierte Versorgung zum Erfolg zu führen.

1. Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V

Seit dem Jahr 2000 ermöglicht § 140a SGB V den Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Gedacht war vom Gesetzgeber an eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, weil an dieser Schnittstelle Effizienz- und Qualitätsgewinne vermutet werden. Die Formulierung des Gesetzes lässt aber auch eine fachübergreifende, interdisziplinäre Versorgung zu. Weil die finanziellen Anreize für alle Beteiligten insgesamt gering sind und die sektoral geprägte Kultur der Leistungserbringer nicht auf Integration ausgerichtet ist, wurde die Möglichkeit zu sektorenüber-

greifenden Integrationsverträgen kaum genutzt.

Der Gesetzgeber zog in 2004 die Konsequenz und führte im § 140a SGB V die Vorschrift ein, dass 1% des jährlichen ambulanten und stationären Budgets für Integrationsverträge pauschal abgeführt werden mussten. Diese Pauschalfinanzierung stellte einen starken ökonomischen Anreiz zum Abschluss von Integrations-

1 Bundesregierung (2014), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 17.12.2014 <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/medizinische-versorgung.html> (15.1.2014)

2 Gesetzestext unter www.hhs.gov/healthcare/rights/law/index.html (20.1.15)

verträgen dar, denn jeder Sektor versuchte „sein“ Geld wieder zurückzuholen. Zudem galt ab Januar 2009 eine neue Finanzierung der Krankenkassen über den Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen „Allgemeinen Beitragssatz“, der kassenspezifisch durch einen Zusatzbeitrag als einkommensunabhängiger Pauschbetrag ohne paritätische Beteiligung der Arbeitgeber erhöht werden konnte, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Kosten nicht deckten. Das heißt aber, alle Mehrkosten durch neue Versorgungsformen müssen sich kurzfristig rechnen, oder sie führen im Zweifelsfall zu einem höheren Zusatzbeitrag, was im Wettbewerb für die betroffene Kasse zu einem dramatischen Mitgliederverlust führen kann, was einige Kassen bitter erfahren mussten. Aus den genannten Gründen ist es nicht verwunderlich, dass nach Auslaufen der Pauschalfinanzierung viele Integrationsverträge, die in der Euphorie der Anfangszeit geschlossen wurden, nicht fortgesetzt wurden. Es ist bezogen auf die Zahl der Verträge aber nicht zu einem großen Einbruch gekommen, sondern die Vertragsabschlüsse stagnierten und die Gesamtausgaben betragen in 2013 1,5 Mrd.³ Im Ergebnis waren und sind Integrationsverträge nach § 140a ein Nischenprodukt geblieben: In 2013 wurden pro Versicherten insgesamt 2.615 € ausgegeben, davon 22 € für integrierte Verträge, also weniger als 1%.⁴ Dafür verantwortlich sind die hohen Transaktionskosten durch Verhandlungen, die fehlende Budgetbereinigung und ungenügende Einsparungen, um höhere Entgelte und andere Mehraufwendungen im Rahmen von Integrationsverträgen zu refinanzieren.⁵ Aus der Sicht der Leistungserbringer ist aber auch der häufig geringe Anteil der Patienten einer Kasse, die Partnerin des Integrationsvertrages ist, ein Hinderungsgrund, weil getrennte Verfahren und Abrechnungen erforderlich sind und zusätzlichen Aufwand verursachen.

§ 140a Abs. 1 SGB V hat in der 1999 beschlossenen Fassung Integrationsverträge als „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung...die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen (soll)“ definiert. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil in 2008 (B 6 KA 27/07 R) dann restriktiv

geurteilt, dass Integrationsverträge die Regelversorgung ersetzen und nicht lediglich ergänzen sollen. Dieser populationsbezogene Ansatz entspricht dem Ideal einer integrierten Versorgung, aber er ist aus den oben diskutierten institutionellen Bedingungen in Deutschland schwer umzusetzen. Zumindest können sogenannte Additiv-Verträge, die die Regelversorgung in bestimmten Indikationsbereichen ergänzen, was unter dem Aspekt guter Versorgung durchaus sinnvoll sein kann und ein gewisses „Trainingsfeld“ für sektorenübergreifende Zusammenarbeit darstellt, damit unzulässig sein. Seit 2012 müssen zudem nach § 71 Abs. 4 Satz 2-4 SGB V die Verträge zur Integrierten Versorgung durch die Aufsichtsbehörden genehmigt werden. Es hat sich -zumindest in der Wahrnehmung der Ersatzkassen- eine restriktivere Genehmigungspraxis durch das Bundesversicherungsamt, das für bundesweite Kassen zuständig ist, und den Ländern, die die Aufsicht über die regionalen Kassen haben, herausgebildet.⁶ Ein Beitrag zur Verbreiterung von Verträgen nach § 140a war diese zusätzliche Bürokratisierung jedenfalls nicht.

Insgesamt ist die Praxis der Integrationsverträge nur schlecht evaluiert.⁷ Begleitstudien hat der Gesetzgeber nicht vorgeschrieben, es gibt lediglich eine Meldepflicht der Kassen zur Zahl und Art der Verträge, die aber keine Aussage über die Inhalte enthalten. Zu den wirtschaftlichen Folgen und Qualitätsgewinnen ist die Auskunftsfreudigkeit der Krankenkassen nicht groß, weil Integrationsverträge auch ein Instrument im Wettbewerb sind und deshalb Transparenz ungern hergestellt wird. Am ausführlichsten dokumentiert ist die sektorenübergreifende Integrationsversorgung innerhalb der Knappschaft als einer besonderen Krankenkasse, die aber untypisch ist, weil die Knappschaft aufgrund ihrer besonderen Geschichte als sehr altes Sicherungssystem der Bergleute über eigene Krankenhäuser und Ärzte verfügt, was anderen Kassen untersagt ist. Welches Potential für Einsparungen integrierte Versorgung auch in Deutschland haben kann, wird aber im Knappschaftsmodell PROSPER deutlich: Es wird von Einsparungen in Höhe von 10% im Vergleich zu den Mitgliedern ohne integrierte Versorgung berichtet.⁸

2. Deregulierung der Integrierten Versorgung im neuen Versorgungsstärkungsgesetz

Die Kritik an der Regulierung der Integrierten Versorgung wie sie von Verbänden, aber auch vom Sachverständigenrat geäußert wurde, hat die Bundesregierung zum Teil mit ihrem Beschluss vom 17. Dezember 2014 aufgegriffen. Der Gesetzentwurf ist dem Bundestag zugeleitet und soll im Juni 2015 beschlossen werden, so dass das Gesetz im Januar 2016 in Kraft treten kann. § 140a ist neu gefasst worden und trägt jetzt die Überschrift „Besondere Versorgungsformen“. Er umfasst inhaltlich jetzt auch die Paragraphen 73a (Strukturverträge in der vertragsärztlichen Versorgung) und 73c (Besondere Versorgungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung), die im § 73 SGB V gestrichen wurden. Bei der Neufassung des § 140a sind drei Änderungen zentral:

- Der Satz 2 in der alten Fassung, der eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ der Versorgung vorsah, ist ersatzlos gestrichen. Damit wird zwar das Ideal der integrierten Versorgung relativiert, aber die größere Freiheit in der Ausgestaltung ermöglicht eine pragmatische Herangehensweise und das Erproben neuer Versorgungsmodelle, die die Regelversorgung ersetzen oder ergänzen. In der Begründung des Gesetzes zu § 140a wird zwar noch einmal ausdrücklich benannt, dass der Populationsbezug anzustreben ist, aber die alte Formulierung keine Rechtswirkung gehabt hätte und damit entbehrlich sei. Der Streit um die Bereinigung des ambulanten Budgets wird aber absehbar bleiben, weil es auch künftig keine Doppelbezahlung

3 Leonhardt, U., Müller, E.-C. (2014), Selektivverträge als sinnvolle Ergänzung, in: Die Ersatzkasse, 7./8. 2014, S. 38ff

4 Bundesversicherungsamt (2014), Tätigkeitsbericht 2013, Bonn, S. 15

5 zu den methodischen Problemen der Budgetbereinigung vgl. Sachverständigenrat, a. a. O., S. 320ff

6 Horst, H; Janssen, B.-I. (2014), Gleiche Rahmenbedingungen im Qualitätswettbewerb schaffen, in: Die Ersatzkasse, 7./8. 2014, S. 34

7 Sachverständigenrat, a.a.O., Ziff. 391, S. 313

8 Müller, H.-A.; Vössing, C.; Amelung, V. E. (2007), Das Verbundsystem Knappschaft, in: Weatherly, J. et al., Hrsg., Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Berlin, S. 134

ambulanter Leistungen geben soll. Insgesamt haben die Vertragspartner eine größere Freiheit, Leistungen zu vereinbaren, die über die Regelleistungen hinausgehen. Nur was im Gemeinsamen Bundesausschuss den Krankenkassen ausdrücklich als Leistungen verboten wird, darf nicht gemacht werden, was aber genügend Raum für Innovationen lässt. Ausgeschlossen bleiben unverändert sogenannte Life-Style-Leistungen, weil sie nicht unter die Leistungsdefinition des SGB V fallen.

- Gestrichen ist auch die spezielle Vorschrift zum Sicherstellungsauftrag im § 140a, aber es bleibt bei der allgemeinen Pflicht der Vertragspartner, die ambulante Versorgung sicherzustellen, wobei Leistungen im Rahmen der „Besonderen Versorgungsformen“ zu berücksichtigen sind. Verträge nach § 140a können wie bisher mit allen Leistungserbringern nach SGB V und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI sowie der Pharmaindustrie und den Herstellern medizinische Geräte geschlossen werden. Neu ist, dass nach Abs. 3 auch die KV an der Verhandlung und Umsetzung der Verträge beteiligt werden kann, soweit sie von Mitgliedern der KV damit beauftragt wird. Es bleibt aber dabei, dass die KV keine Verträge nach § 140a für alle Mitglieder abschließen darf. Die Beteiligung der KV ist eine sinnvolle Regelung, weil die KV in Vertrags- und Abrechnungsfragen über hohe Kompetenz verfügt und einzelne Ärzte oder Zusammenschlüsse von Ärzten hier eigene Kapazitäten aufbauen müssten, was zusätzlichen Mitteleinsatz erfordert und weder zur Kernkompetenz von Ärzten gehört, noch von vielen Ärzten gewollt wird.
- Die Vorlagepflicht von Verträgen nach § 140a bei den Aufsichtsbehörden entfällt, was die Verhandlungen wesentlich erleichtert. Auch wenn ausweislich des Jahresberichtes 2013 des Bundesversicherungsamtes die endgültige Ablehnung von Anträgen der Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich gering ist, werden die Verhandlungskosten durch die vorherigen Abstimmungen hoch getrieben und mindern die Bereitschaft, Neues zu probieren, wenn ein Versagen der Genehmigung zu befürchten ist. Unbenommen bleibt, dass die Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer normalen Rechtsaufsicht Verstöße gegen SGB V ahnden können.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Integrationsverträge lassen den Vertragspartnern deutlich mehr Freiheiten, sich vertraglich auf neue Versorgungsformen zu verständigen, die die sektoralen Grenzen überwinden und zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit führen. Wie die Möglichkeiten genutzt werden, bleibt abzuwarten, weil auch die Neuregelung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages wenig daran ändert, dass die Beitragshöhe eine zentrale Rolle im Wettbewerb spielt und die Krankenkassen nur Verträge abschließen werden, die rentierlich sind und zumindest in der mittleren Frist nicht mehr kosten als sie einsparen. Der in §§ 92a und 92b SGB V neu geschaffene „Innovationsfonds kann dazu beitragen, neue Versorgungsmodelle zu erproben.“

3. Innovationsfonds

Der Innovationsfonds wird mit 300 Mio. Euro im Jahr ausgestattet, davon sollen 75 Mio. für die Versorgungsforschung verwendet werden. Refinanziert wird der Fonds zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also zu mehr als 90% aus Beiträgen der GKV-Versicherten, die andere Hälfte finanzieren die Krankenkassen und damit auch die Mitglieder. Anträge auf Finanzierung können Leistungserbringer einschließlich Pharmaindustrie und Geräteindustrie stellen. Krankenkassen sind an der Antragstellung zu beteiligen. Entschieden wird über die Anträge im Gemeinsamen Bundesausschuss, wobei ein Expertenbeirat Empfehlungen zu den Anträgen gibt. Das Gesetz gibt klare Ziele für die Verwendung vor:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und –effizienz
2. Behebung von Versorgungsdefiziten
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen
4. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen und Indikationen
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen
7. Evaluierbarkeit

Der Schwerpunkt liegt eindeutig auf der Förderung von Prozessinnovationen, nicht auf die Entwicklung neuer Produkte. Damit dürfte vermieden werden, dass die Forschung für neue Arzneimittel und Medizinprodukte von den GKV-Versicherten finanziert wird, sondern innovative Versorgungsformen finanziert werden. Der zweite Punkt „Beseitigung von Versorgungsdefiziten“ birgt auch die Gefahr, dass sich die Träger der Gemeinsamen Selbstverwaltung, nämlich Krankenhäuser, Ärzte und Kassen, darauf verständigen, mit den Mitteln des Fonds Lücken zu stopfen. Hier wird der Expertenbeirat eine wichtige Funktion haben, Anträge danach zu bewerten, ob sie ein innovatives Potential haben. Angesichts der relativ geringen Mittel des Innovationsfonds sollten im Sinne der Ziele Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang sektorenübergreifende Integrationsverträge im Vordergrund stehen.

Für neue Versorgungsmodelle stehen 225 Mio. zur Verfügung. Das ist jährlich

Der Innovationsfonds kann nur ein Mosaikstein sein, die sektorale Trennung des deutschen Versorgungssystems zu überwinden.

weniger als ein Drittel des Volumens, das zu Beginn der Integrierten Versorgung über den 1%-Fonds finanziert wurde. Sicher ein Grund mehr, sehr strenge Kriterien hinsichtlich der Innovationskraft von beantragten Versorgungsmodellen anzulegen. Dazu wird auch beitragen, dass bis 2019 ein Zwischenbericht und bis 2021 dem Bundestag ein Endbericht über die Erfolge der geförderten Projekte vorgelegt werden muss, was voraussetzt, dass die neuen Versorgungsmodelle nicht nur evaluierbar sind, wie es in Nr. 7 des § 92a heißt, sondern auch tatsächlich wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden.

So sehr der „Innovationsfonds“ zu begrüßen ist, um integrierte Versorgung anzuschieben, so kann er doch nur ein Mosaikstein in der sehr viel größeren Aufgabe sein, die sektorale Trennung des deutschen Versorgungssystems zu überwinden. Entscheidend wird sein, dass alle Beteiligten, nämlich Leistungserbringer, Krankenkassen und Patienten

für sich einen Vorteil darin sehen. Nur wenn es die viel beschworene aber schwer zu realisierende „Win-Win-Situation“ gibt, wird sich der Versorgungsalltag ändern. Subventionen aus dem Innovationsfonds können ein kurzfristig wirkendes „Schmiermittel“ sein, aber integrierte Formen der Zusammenarbeit müssen auf Dauer ohne sie auskommen. Deshalb ist es sinnvoll, aus der dreißigjährigen Erfahrung der USA mit integrierter Versorgung zu lernen, welche Faktoren zum Erfolg beitragen.

4. Erfahrungen der USA mit integrierter Versorgung

4.1. Neuer Anlauf mit der Gesundheitsreform 2010

Die Gesundheitsreform 2010 in den USA („Obamacare“) sieht mit dem „Affordable Care Act“ (ACA) in integrierter Versorgung in der Form von „Accountable Care Organizations“ (ACO) (frei übersetzt: Organisationen von Leistungserbringern in Eigenverantwortung) den „Königsweg“, um in dem „magischen Dreieck“ von Zugang, Qualität und Kosten alle drei Ziele zu erfüllen.⁹ Die Kennzeichnung „magisch“ ist gewählt, weil es bisher eher eine Hoffnung und ein Versprechen ist, aber noch keine empirisch belastbare Praxis. Allerdings wurden die Erfahrungen mit Modellen integrierter Erfahrung genutzt, um im ACA den gesetzlichen Rahmen neu zu bestimmen und künftig systematisch auszuwerten, was sich bewährt hat. Für Deutschland ist das eine Chance, vom guten Beispiel zu lernen und Fehler zu vermeiden. Daraus könnte ein Weg eröffnet werden, die Integrationsversorgung aus ihrem Nischendasein herauszuführen.

Mit dem "Affordable Care Act" wurde ein Ansatz entwickelt, die ACOs systematisch weiterzuentwickeln und zentral zu evaluieren.

Managed Care“ wird in den USA seit den 80er Jahren in vielfältigen Formen praktiziert. In den „Health Maintenance Organizations“ (HMO), die Versicherungsfunktion und ambulante und sta-

tionäre Versorgung durch eigene Einrichtungen oder vertragliche Bindung in einer Hand verbinden, ist die sektorenübergreifende Versorgung am stärksten ausgeprägt. Sie ist aber bei Ärzten und Patienten wenig geschätzt, weil die nicht unberechtigte Befürchtung verbreitet ist, dass die finanziellen Interessen aufgrund der Versicherungsfunktion auf niedrige Prämien und begrenzte Leistungen gerichtet sind. Die größten Einsparungen können erzielt werden, wenn die Krankenhauseinweisungen restriktiv erfolgen, was ein engmaschiges System von Genehmigungen und Kontrollen erfordert. Aus Patientensicht entsteht der Eindruck, dass der Arzt nicht seinen Interessen verpflichtet ist, sondern den ökonomischen Zielen der HMO. Das wird in den Formen der HMOs verstärkt, die die Leistungserbringer am Gewinn beteiligen. Daraus sind schon zwei Lehren für Deutschland zu ziehen:

- Integrierte Versorgung muss sicherstellen, dass Leistungserbringer und Patienten darauf vertrauen können, dass eine Behandlung nach ausschließlich medizinischen Kriterien erfolgt. Versorgungsmodelle, die nur als Modelle zum Kostensparen konzipiert werden, scheitern.
- Integrierte Versorgung muss eine hohe Qualität der Behandlung sichern und kontrollieren, was nicht ausschließt, dass sie auch Einsparungen ermöglicht.

Es gab seit den 80er Jahren auch unterschiedliche Formen einer lockereren Kooperation sektorenübergreifender Versorgung in der Form „Accountable Care Organizations“ (ACO), in denen sich die Vertragspartner auf medizinische Standards und enge Zusammenarbeit verpflichtet haben. Mit der Gesundheitsreform 2010 hat der „Affordable Care Act“ einen Ansatz entwickelt, die ACOs systematisch weiterzuentwickeln und zentral mit einer Bundesagentur zu evaluieren, durch welche Organisationsform am ehesten die Qualität der Versorgung verbessert und

Kosten gesenkt werden können.¹⁰ ACA reguliert die ACOs in der sozialen Krankenversicherung, also Medicare und Medicaid, d. h. die Teilnehmer (Krankenhäuser, Ärzte, Patienten) müssen Verträge mit

der sozialen Krankenversicherung haben, bzw. dort versichert sein. ACOs müssen von der Bundesagentur „Centers for Medicare & Medicaid Services“ (CMS) nach gesetzlich vorgegebenen Mindestbedingungen zertifiziert werden. Das ACA lässt eine große Bandbreite in der Ausgestaltung von ACOs zu, die aber die von CMS geforderten Regeln erfüllen müssen. Die ACOs unterscheiden sich vor allem in der verbindlichen Einbeziehung von Krankenhäusern und Fachärzten. Das reicht von eigenen, angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung und eigenen Krankenhäusern bis zu relativ lockeren Verbindungen von Ärzten.¹¹ Auch in der privaten Krankenversicherung gibt es ca. 300 ACOs, die aber nicht den engmaschigen Berichtspflichten und Kontrollen des ACA unterworfen sind. Hier entscheidet der Wettbewerb, welche Versorgungsform gut und kostengünstig ist. Das ACA verlangt für ACOs von den Leistungserbringern im Sinne von Mindestbedingungen:

- Verträge mit Medicare und Medicaid
- Beteiligung an einem Netz von Leistungserbringern (mit und ohne Krankenhaus)
- Klare Führungsstruktur
- Managementkapazitäten
- Regeln zur Verteilung der Gewinne
- Qualitätsmanagement
- Berichtspflicht über Qualität und Kosten
- Prozesse zur Förderung von „Evidence-based medicine“
- Patientenorientierte Organisation
- Mindestens 5.000 Patienten in der ACO¹²

ACA hat als Hauptziel, allen US-Bürgern eine erschwingliche Krankenversicherung zu garantieren und so den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verbessern. Dazu werden für einkommensschwache

9 Hajen, L. (2014), Stand der Umsetzung und Erfahrung mit „Obamacare“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 68. Jg., Heft 1, S. 24-31

10 Centers for Medicare & Medicaid Services www.innovation.cms.gov (20. 1. 15)

11 Shortell, S. et al. (2014), Accountable Care Organizations in the United States and England, Testing, Evaluating and Learning what Works, in: The King's fund, Briefing, March 2014, S. 3 <http://www.kingsfund.org.uk/publications/accountable-care-organisations-united-states-and-england>

12 a.a.O., S. 4 und US-Department of Health and Human Services (2011), Final Regulation Adjustments, Section 3022 on October 20, 2011

Haushalte die Krankenversicherungsprämien subventioniert, bzw. die Anspruchsberechtigung für Medicaid ausgeweitet. Gleichzeitig ist das erklärte Ziel, das Haushaltsdefizit nicht zu erhöhen (Präsident Obama: „Not one dime“). Dazu wurden einerseits Steuern erhöht, aber auch Maßnahmen ergriffen, um die Wirtschaftlichkeit zu verbessern: Reform der Entgelte in Niveau und Struktur, Regulierung der Arzneimittelpreise etc., aber an zentraler Stelle steht eine bessere Integration der Versorgung durch ACOs, um so gleichzeitig höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit zu realisieren. 2011 begann die Umsetzung des Gesetzes, so dass bisher nur zwei Jahre auswertbar sind. Bei aller Vorsicht in der Interpretation der Ergebnisse, weil nicht alle Erfolge den ACOs zuzurechnen sind, kann doch festgestellt werden, dass bei Qualität und Kosten eine positive Tendenz zu verzeichnen ist.¹³ Der Ausgabenanstieg ist in 2013 gegenüber dem Vorjahr fast halbiert worden und das Bureau of Budget des Kongresses hat die Ausgabensteigerung in seiner Prognose für die nächsten zehn Jahre abgesenkt.¹⁴ Welche Bestandteile der ACOs zu dem Erfolg beigetragen haben können und was davon auf Modelle der Integrierten Versorgung in Deutschland übertragbar ist, kann wegen der kurzen Erfahrung mit den neuen ACOs nur vorläufig bewertet werden: Es gibt Anlass zu Optimismus, aber nicht zu Euphorie hinsichtlich der Erfolge integrierter Versorgung. Auf der Systemebene gibt es allerdings relevante Unterschiede, die eine einfache Übertragung der US-Erfahrungen ausschließen.

- Die Trennung in eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung mit unterschiedlichen Möglichkeiten der gesetzlichen Regulierung gilt in beiden Ländern. Das Problem guter Qualität und Kontrolle der ansteigenden Kosten haben beide Länder, allerdings verantwortet in den USA die soziale Krankenversicherung nur die Hälfte der Gesundheitsausgaben, in Deutschland 90%.¹⁵ Die Regulierungskompetenzen sind vergleichbar: Der Bundesstaat kann zentral regulieren, aber seine Möglichkeiten sind bei Medicaid durch die Kompetenzen der States eingeschränkt.
- Die Anforderungen an ACOs im Sinne von Mindestbedingungen können auch eine Blaupause für die Anforderungen an innovative Versorgungskonzepte in

Deutschland sein. Sie könnten Vorbild für die Entscheidungskriterien zum Innovationsfonds sein.

- Im Unterschied zu Deutschland gibt es in der sozialen Krankenversicherung der USA unter den Versicherern keinen Wettbewerb. Die zentrale Ebene verfügt über alle Patientendaten der Medicare-Versicherten. Alle Teilnehmer an ACOs werden ihnen gemeldet. Sie kennt die Ausgaben aller Leistungserbringer und zertifiziert und kontrolliert die ACOs, so dass Vergleiche mit der traditionellen Versorgung problemlos möglich sind. Sie kann auch die Ausgaben den Patienten zuordnen, die obwohl Mitglieder einer ACO, Leistungen außerhalb dieses Netzes in Anspruch genommen haben.
- Ein vergleichbarer Datenstamm liegt in der gegliederten Krankenversicherung in Deutschland auf Bundesebene nicht vor. Für große Krankenkassen mit genügend Versicherten ließe sich aber eine Vergleichbarkeit zwischen Integrationsversorgung und traditioneller Versorgung herstellen. Im ambulanten Bereich wird das durch das Kollektivvertragssystem erschwert, aber aus den Datensätzen für den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich müssten sich die Daten generieren lassen, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Das ist relevant, wenn die Einsparungen durch integrierte Versorgung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verteilt werden sollen, um finanzielle Anreize zu setzen. In dem Versorgungsmodell PROSPER der Knappschaft wird ebenfalls der Weg gewählt, einen „statistischen Zwilling“ zu den Patienten in konventioneller Versorgung zu bilden, um Kosteneinsparungen zu kalkulieren.¹⁶

4.2. Kultur als Erfolgsbedingung für integrierte Versorgung

In der Antike bezeichnete Kultur den Gegensatz zur Natur, Kultur war also das bewusste Gestalten des Menschen, er formte seine Umgebung. In diesem Sinne wird hier die Kultur der Leistungserbringer und Patienten verstanden: Wie sie Versorgungsprozesse organisieren,

also das Miteinander ihrer Aktivitäten, ihr Verhalten im Gesundheitssystem. Es klingt banal, aber es ist fundamental: Der entscheidende Faktor auf einem erfolgreichen Weg zu integrierter Versorgung ist Kultur. Die wichtigste Lehre aus den Erfahrungen der USA mit integrier-

Die wichtigste Lehre aus den Erfahrungen der USA mit integrierter Versorgung ist, dass die Teilnehmer es selber wollen müssen.

ter Versorgung ist, dass die Teilnehmer es selber wollen müssen. Dazu gehört in erster Linie die freiwillige Teilnahme. Das hat auch Nachteile, weil damit die Kontinuität der Versorgung weniger gewährleistet werden kann, als mit einer Pflicht, sich nur durch Netzteilnehmer behandeln zu lassen. Es kann Kompromisse geben, indem eine Mindestdauer der Teilnahme eingeführt wird, danach aber für Patienten ein Wechsel in andere ACOs oder konventionelle Versorgung möglich ist. In den USA ist die Teilnahme für Patienten und Leistungserbringer freiwillig. Patienten werden in den ACOs nicht mit Prämiennachlässen geworben, die neue Versorgungsmodelle teurer machen, sondern die bessere Qualität soll überzeugen. Thomas Kloos, CEO von Optimus Health Partners, hat das mit der Formulierung auf den Punkt gebracht: „The best fence is a good pasture“.¹⁷ In Deutschland spielt eine Rolle, dass sich die Mehrzahl der Patienten gut versorgt fühlt, aber Umfragen zeigen auch, dass die Kommunikation an der Grenze der Sektoren schlecht ist. 41% der über 65-Jährigen berichten über Erfahrungen

13 Auch die schlechte Arbeitsmarktlage hat die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gebremst, weil sie für viele Menschen zu teuer waren.

14 CMS (2014), National Health Expenditures Continued Slow Growth in 2013, Press Release December 3, 2014 und Congressional Bureau of Budget (2014), The Budget and Economic Outlook 2014 to 2023, Washington, S. 113

15 OECD (2013), Health at Glance 2013, Tab. 7.6.1, Geneva, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (27. 1. 15)

16 Müller, H.-A.; Vössing, C.; Amelung, V. E., a.a.O., S. 134

17 zitiert bei: Meyer, H. (2012), Many Accountable Care Organizations Are Now Up And Running, If Not Off to the Races, in: Health Affairs 31 (November), S. 2365

mit schlechter Koordination der Versorgung. Das ist der höchste Wert in den 11 vom Commonwealth Fund untersuchten Staaten.¹⁸ Deshalb können sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, die eine kontinuierliche Betreuung garantieren, eine besondere Anziehungskraft für Patienten entwickeln.

Auf Seiten der Leistungserbringer ist das Hauptproblem, dass ihr Verhalten darauf ausgerichtet ist, den eigenen Sektor zu optimieren, und zwar sowohl wirtschaftlich, als auch hinsichtlich des Ergebnisses der Behandlung. Sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren und -berichtssysteme sind in Deutschland seit 2007 mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Vorgabe des Gesetzgebers, aber in der klinischen Praxis bisher so gut wie nicht umgesetzt.¹⁹ Das mit dem im Versorgungsstärkungsgesetz neu geschaffenen „Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTG) wird ein neuer Anfang gemacht, um auch sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln, was im Hinblick auf integrierte Versorgung zu ähnlichen Lösungen wie durch das CMS führen kann. Die Sektoren sind in den USA weniger stark „versäult“ als in Deutschland, weil die Spezialisten im Krankenhaus in der Regel niedergelassene Ärzte sind, die mit dem Krankenhaus Verträge über stationäre Eingriffe vereinbaren. Kollektivverträge existieren nicht, ambulant wird in der Regel wie im Krankenhaus nach Einzelleistung abgerechnet, so dass das leidige Problem der Budgetbereinigung nicht besteht. Nicht jedes Krankenhaus darf mit der sozialen Krankenversicherung abrechnen. Das macht Integration einfacher, aber aus den amerikanischen Modellen kann man lernen, welche Vertragsformen sich bewährt haben, insbesondere ob die Einbeziehung von Krankenhäusern in ACOs zu besserer Qualität und niedrigeren Kosten führt.

- Die freiwillige Teilnahme an der Integrationsversorgung sollte auch in Deutschland bleiben, weil anders das „Wollen“ der Teilnehmer nicht zu erreichen ist. Die Versicherten sollten nicht mit Prämien oder Zahlungserlassen in die integrierte Versorgung gelockt werden, sondern über bessere Qualität und der Perspektive, dass die Beiträge weniger stark steigen, wenn die Kosten bes-

ser kontrolliert werden können. Eine andere Frage ist, ob in bestimmten Indikationsbereichen, wenn der Bedarf in einer Region durch Integrationsverträge gedeckt ist, noch jedes Krankenhaus alle gesetzlichen Leistungen mit der GKV abrechnen darf. Um weniger Kosten durch höhere Fallzahlen zu haben, wäre eine Beschränkung auf die Krankenhäuser mit Selektivverträgen sinnvoll.

Aber der Widerstand des Krankenhaussektors gegen Selektivverträge mit dieser finanziellen Folge ist groß, auch wenn im Wettbewerb starke Krankenhäuser das anders sehen, weil durch größere Fallzahlen bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann.

- Zur Kultur des Gesundheitssektors gehört auch, dass ökonomische Anreize wirken, allerdings auch in einer Weise, die gesundheitspolitisch unerwünscht sein kann. Deshalb ist das Entgeltsystem in der integrierten Versorgung besonders wichtig. Es muss aber mit einer genauen Dokumentation und Kontrolle der Qualität verbunden werden, um Fehlanreize in der Form von „Undertreatment“ zu vermeiden. Der Rahmen des SGB V ermöglicht das, weil die Vertragsparteien eine Gestaltungsfreiheit bei den Entgelten haben, solange das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht verletzt wird. Das ist kurzfristig nicht zu erreichen, aber mittel- bis langfristig wird ohnehin keine Kasse Verträge abschließen, die über den Zusatzbeitrag finanziert werden müssen und ihre Wettbewerbsfähigkeit gefährden.

4.3. Erfolgsfaktor Managementkapazitäten

Bei einer Mindestteilnehmerzahl von 5.000 Patienten ist unvermeidlich, dass die ACOs nicht nebenbei von Ärzten verwaltet werden können. Führung einer großen Organisation erfordert auch personelle und sachliche Kapazitäten, um die Behandlungsprozesse zu organisieren und die Patienten sektorenübergreifend gut zu betreuen. Hierbei spielt auch eine große Rolle, die Prozesse berufsübergreifend zu organisieren, so dass nur das durch Ärzte gemacht wird, was ihre

Kernkompetenz ist. Gerade angesichts der Bedeutung chronischer Erkrankung bekommt die Vermittlung von Gesundheitswissen und das „Empowerment“ der Patienten eine immer größere Bedeutung,

Bei einer Mindestteilnehmerzahl von 5.000 Patienten können die ACOs nicht nebenbei von Ärzten verwaltet werden.

was in den ACOs angestrebt wird. Der Patient soll aktiv an der Gestaltung seiner Gesundheit und an Heilungsprozessen beteiligt werden, das reicht von guter Schulung im Umgang mit Medikamenten bis zur Beratung in Ernährungsfragen, Suchtverhalten, Stressvermeidung oder körperliche Bewegung, was alles nicht Ärzte machen müssen, sondern andere Heilberufe können ein effektives Fallmanagement ebenso gut oder besser leisten.

Die US-Erfahrungen zeigen, dass eine breite Beteiligung von Ärzten der Allgemeinmedizin notwendig ist, die die Rolle des „Lotsen“ im Behandlungsprozess übernehmen: Sie steuern die Überweisung zu Fachärzten innerhalb oder außerhalb des Netzes der ACO und überweisen ins Krankenhaus.²⁰ Notwendig sind gemeinsam strukturierte Prozesse, die von allen Teilnehmern des ACOs gewollt und gelebt werden. ACOs brauchen eine klare Führungsstruktur, die die Einhaltung der Prozesse kontrolliert, die Qualität sichert und auf Wirtschaftlichkeit der Behandlung achtet. Angesichts der Größe der ACOs geht das nicht ohne eine gute IT-Struktur, damit alle Informationen über die Patienten schnell zur Verfügung stehen. Ideal ist, wenn alle Netzteilnehmer mit einer einheitlichen, elektronischen Patientenakte arbeiten. Die einzelnen Behandler müssen auch eine zeitnahe Rückmeldung

18 Commonwealth Fund (2014), Health Policy Survey of Older Adults in Eleven Countries, Slide 20, Washington

19 http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/in-the-literature/2014/nov/pdf_1787_commonwealth_fund_2014_intl_survey_chartpack.pdf (27. 1. 15)

20 Gemeinsamer Bundesausschuss (2013), Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Beschluss des Unterausschuss QS vom 4. 9. 2013 www.g-ba.de/downloads/17-98-3536/Eckpunkte-Handlungsempfehlungen-sQS.pdf (27. 1. 15)

des ACO-Managements über ihre Zielerreichung bei Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit haben, um daraus zeitnah Konsequenzen ziehen zu können.²¹ Transparenz über die Quellen von Gewinnen und Verlusten ist eine wichtige Voraussetzung, um das Vertrauen der Leistungserbringer innerhalb der ACO zu erhöhen. Wenn der jeweilige Sektor oder eine Berufsgruppe glauben, von anderen übervorteilt zu werden, entstehen eine Kultur des Misstrauens und ein Rückfall in sektorales Denken.

Die Verhandlungs- und Einigungsprozesse zum Aufbau einer ACO kosten Zeit und Geld. Die IT-Infrastruktur erfordert hohe Anfangsinvestitionen und dauerhaft eine professionelle Betreuung. Im ACA hat man die Regelung getroffen, dass CMS den Aufbau neu gegründeter ACOs finanziell unterstützt („Shared Savings Programs“, in 2013 waren es 330 ACOs mit 4,9 Mio. Patienten), im Gegensatz zu den 30 „Pioneer Programs“, die schon Erfahrung mit Netzstrukturen haben. An 46% aller ACOs waren 2013 Krankenhäuser beteiligt.

- In Deutschland ist das Gesundheitssystem sehr stark arztzentriert und die berufsübergreifende Kooperation und die Delegation oder Substitution ärztlicher Aufgaben auf andere Heilberufe wenig ausgeprägt. Der § 92a SGB V zum Innovationsfonds hat ausdrücklich nicht nur die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern auch die berufsübergreifende Versorgung als Ziel genannt, was eine Chance darstellt, hier Erfahrung zu sammeln.
- Die Bereitschaft, mit anderen zu kooperieren und Prozessvorgaben für das eigene Handeln zu akzeptieren, erfordert in Deutschland den stärksten Kulturwandel. Aber nur so kann erreicht werden, dass nicht jeder Sektor für sich optimiert, sondern die Behandlungsqualität über den gesamten Verlauf einer Krankheit im Vordergrund steht.
- Aus den US-Erfahrungen kann gelernt werden, dass eine zusätzliche Finanzierung der Startphase eines Netzes sinnvoll ist, um die finanziellen Barrieren für die Gründung von ACOs zu senken. Der Innovationsfonds macht das in seinem begrenzten Budgetrahmen ebenfalls möglich, aber auch die Finanzierung Integrierter Versorgung

nach § 140a durch die Kassen kann die Anfangsinvestitionen gesondert berücksichtigen. Für die Kassen ist das dann attraktiv, wenn die Kosten mittelfristig unter den Pauschalen liegen, die sie morbiditätsorientiert als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bekommen. Der neue, morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich gleicht die Ausgaben für kranke Kassenmitglieder deutlich besser aus als sein Vorgänger, aber er ist noch nicht perfekt. Es ist immer noch günstiger für eine Krankenkasse, gesunde Mitglieder zu haben.²² Darin kann ein Grund für Krankenkassen liegen, auf neue Versorgungsmodelle zu verzichten, wenn dadurch Kranke angezogen werden und so die Wettbewerbssituation verschlechtern. Das ist versorgungspolitisch unerwünscht und unterstreicht die Notwendigkeit, den bestehenden Risikostrukturausgleich weiter zu verbessern.

4.4. Erfolgsfaktor Finanzierungsregelung

Geld steuert nicht alles, aber viel. Bei den ACOs besteht eine große Freiheit, wie die Verträge mit Medicare und Medicaid ausgestaltet werden. Das reicht von einem gemeinsamen Budget für alle Patienten der ACO auf der Basis von morbiditätsgewichteten Kopfpauschalen, wobei neue ACOs von einer Kappung der Verluste profitieren können, was das Risiko in der Anfangsphase über drei Jahre senkt. Es können aber auch Einzelleistungsvergütungen vereinbart werden, und zwar mit und ohne eine Bindung der Vergütung an Qualitätsindikatoren. Wie die Vergütung innerhalb des Netzes verteilt wird, kann die ACO selber entscheiden. CMS prüft nur, ob es eine Regel für die Verteilung der Gewinne gibt.

Wie die Gewinne zwischen Medicare und ACOs verteilt werden, ist innovativ, weil die Ziele Ausgabenbegrenzung und hohe Qualität gleichzeitig gut erreicht werden können. Dazu kalkuliert CMS die Ausgaben einer Stichprobe der Versicherten, die konventionell versorgt werden. Die Stichprobe entspricht hinsichtlich der Morbidität dem Patientenkollektiv der individuellen ACO, so dass

die Ausgaben verglichen werden können. Wenn die Kosten 2% niedriger als in der Vergleichsgruppe sind, wird der Gewinn zwischen Medicare und ACO hälftig geteilt und kann von der ACO nach ihrem

Dem ökonomischen Anreiz, Gewinne auf die Leistungserbringer zu verteilen, wird durch die Kontrolle der Qualität eine Grenze gesetzt.

Ermessens verwendet werden. Voraussetzung für eine Auszahlung ist, dass die Qualitätsindikatoren, die CMS als Mindeststandards vorgibt, erfüllt werden. Weitergehende Fortschritte in der Qualität können auch zu zusätzlichen Zahlungen führen, wenn das vereinbart wurde. Damit ist ein transparentes und faires System geschaffen, wie Gewinne aus integrierter Versorgung auf Versicherung und Leistungserbringer verteilt werden.²³ Dem ökonomischen Anreiz, Gewinne auf die Leistungserbringer zu verteilen, wird durch die Kontrolle der Qualität eine Grenze gesetzt, um zu verhindern, dass Patienten nicht die medizinische Behandlung nicht bekommen, die sie benötigen. CMS wertet die Erfahrungen aus, so dass in der Zukunft gesagt werden kann, welche Formen von ACOs und welche Entgeltsysteme zu den besten Werten bei Qualität und Wirtschaftlichkeit führen. Reformpolitik wird so auf eine empirische Basis gestellt werden können.

Die Erfahrungen mit ACOs nach dem ACA decken bisher nur zwei Jahre ab, aber es zeichnet sich eine gewisse Tendenz ab. Im Vergleich zu den konventionell Versorgten ist der Anteil der über 80-Jähriger, der Weißen und der höheren Einkommensbezieher größer, was eine Selektivität beim Zugang erkennen lässt. Die Kosten bei ACO-Patienten waren 5,8% niedriger, nämlich 7.694 \$ im Vergleich zu 8.146 \$, was

21 Burns, L. R., Pauly, M.V. (2012), Accountable Care Organizations May Have Difficulty Avoiding the Failures of Integrated Delivery Networks of the 1990s, in: Health Affairs 31, No. 11, S. 2413ff

22 a. a. O., S. 2409ff

23 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn, S. 51ff

eine spürbare Einsparung ist und unterstreicht, dass integrierte Versorgung ein richtiger Weg ist. Das Bild ist aber uneinheitlich: Nicht alle ACOs waren in der Lage, Gewinne zu verteilen.²⁴ Bei niedergelassenen Ärzten gibt auch in den USA eine gewisse Zurückhaltung, ACOs gemeinsam mit Krankenhäusern zu gründen, weil befürchtet wird, dass diese die ACO als „Reuse“ nutzen, um ihre Kapazitäten zu füllen. Das konnte in der Auswertung der ersten beiden Praxisjahre nicht bestätigt werden: ACOs mit Krankenhäusern hatten nicht mehr stationäre Aufnahmen als ohne. Leider lässt die Auswertung nicht erkennen, ob es einen Einfluss auf Qualität und Kosten gab. Die Ergebnisse sollten vorsichtig interpretiert werden, denn der untersuchte Zeitraum ist zu kurz. In diese Phase fallen die hohen Anfangsinvestitionen und man weiß nicht, ob zunächst die „niedrig hängenden Früchte“ gepflückt wurden. Das Instrumentarium für eine belastbare Empirie ist aber geschaffen worden.

- Medicare und mit Einschränkungen Medicaid (Regulierungskompetenz liegt bei States) können zentral gesteuert werden und versichern 40% der US-Bürger. Der Anteil der Sozialversicherten ist in Deutschland mit 90% zwar viel höher, aber sie verteilen sich auf aktuell 126 Krankenkassen, so dass die Population in einer Region, die zwischen einer Krankenkasse und Leistungserbringern im Rahmen der Integrierten Versorgung erfasst werden kann, viel geringer ist. Große Kassen wie AOK und einige Ersatzkassen können Zahlen wie in den ACOs in Ballungsgebieten erreichen und sollten die Chancen nutzen. Eine andere Möglichkeit ist die Kooperation von Kassen bei der Integrierten Versorgung. Das ist aus Wettbewerbsgründen nicht so attraktiv, weil die Verträge schlechter als Marketinginstrument genutzt werden können, aber für die Versorgung der Patienten wäre es ein Vorteil.
- Eine Gewinnbeteiligung wie bei den ACOs, indem CMS eine Vergleichsgruppe bildet, die konventionell behandelt wird, ist wegen der anderen Entgeltstruktur im ambulanten (Kollektivvertrag) und stationären Sektor (Abrechnung von Einzelleistungen) schwieriger als in den USA, aber durch

die Erfassung der Morbidität für den Risikostrukturausgleich und die auch im ambulanten Bereich bei der KV bekannten Kosten durchaus darstellbar. Es ist allerdings komplizierter, die Kosten zu erfassen, die außerhalb der Netze durch Leistungserbringer entstehen. Auch sie sind dem CMS bekannt und der einzelnen ACO zu-rechenbar. Aber letztlich sind das technische Fragen, die man lösen kann, wenn man kooperieren will. Die neue Möglichkeit, dass die KV an Integrationsverträgen beteiligt werden kann, dürfte das erleichtern.

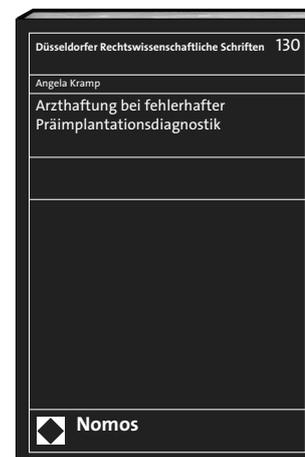
5. Fazit

Aus den Erfahrungen in den USA kann man lernen, dass integrierte Versorgung eine neue Kultur bei den Leistungserbringern erfordert, die auf einen ganzheitlichen Behandlungsprozess gerichtet ist. Integrierte Versorgung kann in vielfältigen Formen stattfinden, aber alle benötigen eine professionelle Managementstruktur und gemeinsame IT. Finanzielle Anreize können effektiv konstruiert werden, wenn das Budget des Netzes in der Integrationsversorgung mit den Ausgaben für Patienten vergleichbarer Morbidität verglichen werden und die Gewinne oberhalb eines Schwellenwertes hälftig zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geteilt werden. Das muss aber zwingend damit verbunden werden, dass Qualitätsstandards vereinbart werden, über die berichtet werden muss. Nur wenn sie eingehalten werden, kommt es zur Auszahlung von Gewinnen an die Netzteilnehmer. Durch die gegliederte Krankenversicherung ist in Deutschland manches schwieriger als in der zentral organisierten, sozialen Krankenversicherung der USA, aber die neuen Freiheiten durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im § 140a erlauben einen Neuanfang für die Integrierte Versorgung. Eine bessere Versorgung der Patienten und geringere Kosten können gleichzeitig erreicht werden. ■

24 CMS, ACO-Website [http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/index.html?redirect=/sharesavingsprogram/\(27.1.15\)](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/index.html?redirect=/sharesavingsprogram/(27.1.15))

25 Epstein, A. et al. (2014), Analysis of Early Accountable Care Organizations Defines Patient, Structural Cost, and Quality-of-Care Characteristics, in: Health Affairs, 33, no. 1 (2014), S. 95ff

Düsseldorfer Rechtswissenschaftliche Schriften



Arzthaftung bei fehlerhafter Präimplan- tationsdiagnostik

Von Angela Kramp

2015, Band 130, 334 S.,

brosch., 84,- €

ISBN 978-3-8487-1906-8

www.nomos-shop.de/23824

Das Werk gibt einen umfassenden Überblick über die vertragliche und deliktische Arzthaftung bei fehlerhafter Präimplantationsdiagnostik. Es wird insbesondere erörtert, wem Ansprüche zustehen, inwiefern eine Haftung für Zusatzbefunde in Betracht kommt und ob Haftungsbeschränkungen zulässig sind.



Nomos